



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



L'Istat: la Campania è in testa per i viaggi della salute

Confermato il trend negativo sull'assistenza, le regioni meridionali restano fortemente svantaggiate

NAPOLI L'Istat continua ad inviare fotografie del nostro paese diviso in due parti: il solito Nord ricco ed efficiente e il Mezzogiorno alle prese con mille emergenze.

Il divario

Non ultima quella della assistenza sanitaria. Anche la sanità italiana, infatti, si conferma a due velocità: un Centro-Nord con strutture di eccellenza e più Dipartimenti di emergenza, e un Sud da dove spesso si è costretti ad emigrare per accedere a cure adeguate e ad un servizio di assistenza efficiente e moderno.

In fondo alla hit

La Campania resta assieme alla Sicilia l'area regionale con il saldo negativo peggiore tra mobilità in uscita e i ricoveri registrati presso le proprie strutture ospedaliere, dato che effettua 0,4 ricoveri in entrata per ogni ricovero in uscita.

Un saldo che in termini eco-

nomici (e di debito con le altre regioni settentrionali verso i cui presidi si dirigono i campani per ottenere le dovute cure) ci costa all'incirca trecento milioni di euro l'anno.

La fotografia

Il Rapporto annuale 2018 dell'Istat fotografa una situazione eterogenea, a partire dai posti letto: nel 2015 la media nazionale è scesa a 3,6 posti per mille abitanti (erano 3,9 nel 2010), ma la maggior parte delle Regioni del Nord ha una dotazione superiore alla soglia, con l'eccezione di Liguria e Veneto (3,6 per entrambe).

Per contro, il Molise è l'unica regione meridionale con una dotazione elevata di posti letto per abitante (4,5 per mille).

Viaggi della salute

La mobilità ospedaliera, sebbene resti legata a diverse motivazioni (presenza dell'assistito in regioni diverse

da quella di residenza per motivi di studio o lavoro, vicinanza geografica con strutture di altre regioni) è spesso dovuta all'assenza di un'offerta di strutture ospedaliere o reparti di alta specializzazione, che sono concentrate prevalentemente al Centro-nord; questa evidenza aiuta a spiegare in parte la forte mobilità in uscita dal Mezzogiorno.

La mappa

Ma le regioni con la quota più elevata di mobilità in uscita siano Molise, Basilicata e Calabria (rispettivamente il 26,7, il 23,7 e il 21,2 per cento dei ricoveri dei residenti nel 2016); le stesse regioni hanno la percentuale più bassa di cittadini soddisfatti per l'assistenza medica ospedaliera ricevuta nel luogo di residenza (il 25,6, il 12,6 e il 21,1 per cento rispettivamente).

Mentre le regioni più attrattive per l'assistenza ospedaliera sono la Lombardia e l'Emilia-Romagna, le quali effettuano, rispettivamente, 3,0 e 2,4 ricoveri in entrata per ogni ricovero in uscita.

A. A.

Il saldo
Negativo
quello
che ci
riguarda,
con molti
pazienti
costretti
a trasferirsi

Stati generali della sanità al via domani al Cardarelli

«**L**a tua Campania. I fatti. Il progetto» è il titolo della giornata di confronto (i cosiddetti stati generali della sanità) che la Regione ha organizzato per domani, a partire dalle 9,30, presso la sala congressi Salvatore Moriello del Cardarelli. Introduce e conclude i lavori il presidente della giunta e commissario per il piano di rientro dal debito sanitario, Vincenzo De Luca. Ma è lungo l'elenco degli interventi moderati dal giornalista Ettore Mautone: saranno coinvolti i direttori delle unità operative complesse delle aziende ospedaliere e delle strutture private convenzionate, i vertici dell'Ordine dei medici, dei sindacati e i rappresentanti dei precari della sanità. Tra gli altri, sono previsti gli interventi del direttore generale della programmazione sanitaria del ministero della Salute, Andrea Urbani; del direttore generale dell'Inps, Giuseppe Greco; del direttore generale dell'Istituto superiore di Sanità, Angelo Lino Del Favero.

Prolungare la giovinezza si può Ecco i nuovi consigli della scienza



Il libro di Eliana Liotta con i medici e i ricercatori dell'ospedale universitario Humanitas: dai cibi antinfiammatori, come pomodori e pesce, ai suggerimenti anti stress



La parola

INFLAMMAGING

La teoria più nuova e accreditata sull'invecchiamento è l'inflammaging, dall'inglese inflammation (infiammazione) e aging (invecchiamento). Il decadimento del corpo appare come il risultato di stati infiammatori cronici, senza sintomi, in grado di propagarsi. La persona non se ne accorge finché non ci sono guai. Ma con un'alimentazione smart, il movimento e un approccio sorridente alla vita è possibile spegnere l'infiammazione, dilatando la giovinezza.

di **Giangiaco Schiavi**

Il corpo umano è un campo di battaglia. Ogni tanto esplose qualcosa. Bombe incendiarie per abbattere i nemici: virus, tossine, cellule impazzite. Se la mira è giusta, okay: la vita è salva. Ma non sempre vanno a segno. Ci sono geni piromani che sfuggono al controllo. Giocano col fuoco. Distruggono le difese immunitarie. Lasciano braci che diventano fiamme. Anzi, infiammazioni. È così che serve un altro esercito, per evitare i roghi, arginare l'invasione di parassiti e batteri, tamponare le ferite, frenare il decadimento fisico, garantire anni alla vita. Un esercito di geni pompieri. Missione possibile: spegnere l'infiammazione.

La metafora guerresca si

addice al ciclo dell'esistenza. Per vivere bene e a lungo, scrive Eliana Liotta, giornalista e comunicatrice scientifica, bisogna indossare un elmetto protettivo e difendersi dai bombardamenti, interni ed esterni. Nel nostro corpo ci sono i buoni e i cattivi, sostiene, e bisogna fermare i teppisti. Le bande scatenate alimentate dagli eccessi: di cibo, di alcol, di fumo e da un'alimentazione sbagliata. Se si vuole rimanere sani e giovani più a lungo serve uno sceriffo del corpo, un salvagente al quale aggrapparsi, un difensore come Gary Cooper in *Mezzogiorno di fuoco*, capace di reagire alla sopraffazione del male.

L'età non è uguale per tutti non è un libro che si legge: si divora. L'autrice, specializzata nella divulgazione scientifica, offre un menù speciale: al colaudato cibo protagonista del best seller sulla dieta smartfood, aggiunge un viaggio nelle caldaie della vita. Con l'aiuto dei ricercatori dell'ospedale universitario Humanitas e la supervisione dello scienziato e immunologo Alberto Mantovani, indaga sui misteri e sulle teorie dell'invecchiamento per concludere che la questione della giovinezza e della sua parabola non è solo legata all'accumulo casuale di danni alle cellule o a un programma genetico predeterminato o ancora all'influsso ambientale.

«È una questione di fuoco, da attizzare e da sedare. Il cervello si accende di curiosità e si scalda con i sentimenti, il corpo si nutre come si deve e si muove: ciascuna delle azioni contribuisce a ingaggiare la battaglia contro l'*inflammaging*». Il sistema immunitario, sostiene Liotta, è la nuova

star che mette d'accordo le teorie del passato con il destino e lo stile di vita.

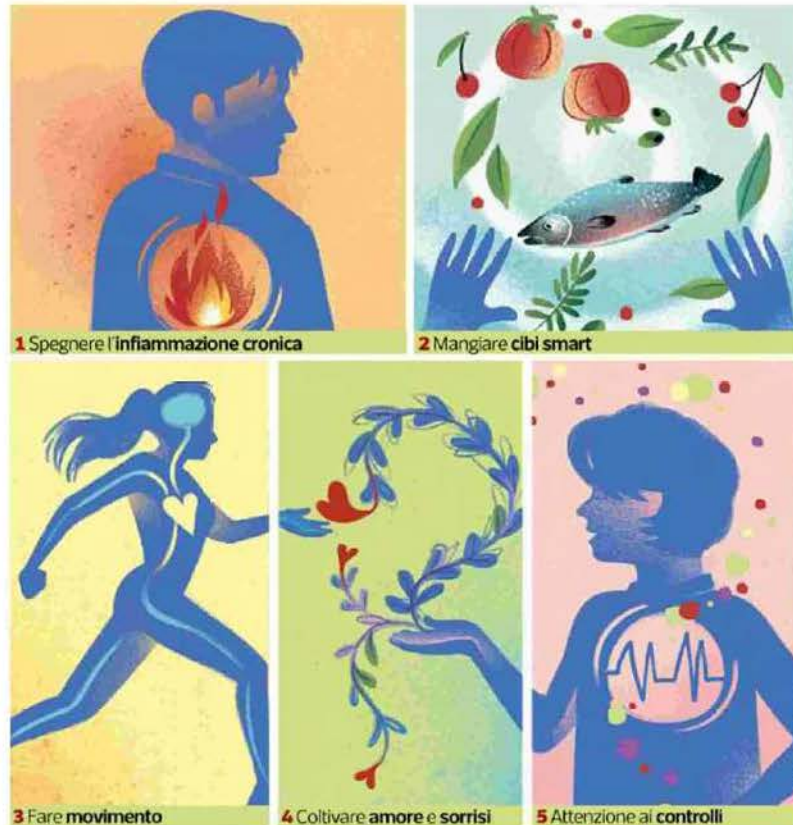
Volersi bene vuol dire sapere che cosa aiuta o sconvolge il nostro organismo. E i processi infiammatori sono il nemico numero uno della sana longevità. Un dolore, un rossore, un prurito segnalano qualcosa che non va. Quando i globuli accendono la spia dell'allarme, bisogna spegnere i fuochi. Neutralizzare gli alieni dello stomaco o dell'intestino. Controllare i grassi. Se la ciccia è troppa, per esempio, si disorientano le difese del corpo. Ci sono i cibi antiinfiammatori. Eccone qualcuno: pomodori, mandorle, cicoria, salmone. Ma l'elenco è lungo. Aiutano, senza fare miracoli. Serve un allenamento costante alla dieta intelligente. Quella mediterranea, innanzitutto. Bisogna tenere il corpo in equilibrio: alimentare e disintossicare. Anche lo sport è un farmaco. I muscoli andrebbero allenati ogni giorno: i pensieri positivi vengono agevolati dal movimento e i grandi longevi non sono sedentari. Indro Montanelli è stato un grande vecchio del giornalismo: prima di scrivere l'articolo di fondo passeggiava nei giardini di via Palestro, a Milano. Gli veniva meglio. Anche i filosofi dell'antica Grecia facevano così: li chiamavano peripatetici.

Liotta attraverso i sentieri della medicina moderna, parla di scienza del cibo e di antropologia e poi atterra su un consiglio pratico. Come contrastare lo stress. In che modo favorire la digestione. Il giusto riposo che aiuta il cervello a ripulire la spazzatura chimica accumulata nel giorno. Cita Umberto Eco e l'importanza

di tenere in forma la memoria: «La lettura è un'immortalità all'indietro». Anche sentirsi utili è un elisir: la buona anzianità non è fatta di solitudini. «Più che tre pillole, a volte ci vorrebbero tre abbracci», è il consiglio di un medico. Alla fine, tante domande e risposte, per decidere se e come farsi del male con il cibo e la vita o se è il caso di pensare a invecchiare meglio. Gli esperti garantiscono: è possibile. Eliana Liotta conferma. Smontando bufale, fake news, e assurde teorie sui vaccini: «Sono una palestra utile per le nostre difese».

Si può dire che siamo anche quel che mangiamo. E che la vecchiaia non la stabilisce l'anagrafe. Dipende da noi. Dal fuoco e dalle braci che abbiamo dentro. Da quell'equilibrio che Ippocrate aveva intuito più di duemila anni fa: «Ciò che le medicine non guariscono, guarisce il ferro. Ciò che non guarisce il ferro, guarisce il fuoco. Ma ciò che il fuoco non guarisce, è inguaribile». Parole in linea con l'*inflammaging*. Ippocrate è il padre della medicina: visse tra gli 85 e i 109 anni. È una conferma: l'età non è uguale per tutti.

gschiavi@rcs.it
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il saggio



● Esce oggi in libreria *L'età non è uguale per tutti* (La nave di Teseo, 336 pagine, 18 euro), il nuovo libro di Eliana Liotta (foto sopra) in collaborazione con i ricercatori dell'ospedale universitario Humanitas. Il saggio racconta come educare se stessi a restare giovani, nel corpo e nello spirito, in base agli studi scientifici più attendibili

● Al libro hanno collaborato grandi studiosi di neuroscienze, gastroenterologia, nutrizione, fisioterapia, dermatologia, cardiologia, reumatologia, con Alberto Mantovani (foto), direttore scientifico di Humanitas, lo scienziato italiano più citato nella letteratura scientifica interazionale

● Il libro viene presentato oggi a Padova al Festival Galileo, alle 19.15, con Massimo Sideri del *Corriere della Sera* e il cardiologo Gianluigi Condorelli, e il 22 maggio a Milano, in Sala Buzzati alle 18, con la direttrice di *Io donna* Danda Santini, il coordinatore di Humanitas Immuno Center Silvio Danese e Pierluigi Battista del *Corriere*

Scarsa fiducia verso il sistema sanitario mostrata dal saldo negativo: ci sono 0,4 ricoveri in entrata per uno in uscita

In fuga verso gli ospedali del Nord

Pochi posti letto rispetto alla popolazione: nemmeno tre ogni mille abitanti

di **Ilaria Ragozzino**

NAPOLI - L'Istat ha pubblicato il suo Rapporto annuale relativo al 2018 nel quale si analizzano le reti e delle relazioni sociali ed economiche, quelle tra imprese e imprenditori, quelle nel mondo del lavoro, quelle tra familiari e amici, quelle della cultura e della conoscenza. All'interno del dossier vengono snocciolati i dati del sistema sanitario nazionale e di altri disagi avvertiti sulla penisola. La Campania è indietro su molti fronti, in particolar modo sui dati della sanità. Ad esempio il rapporto tra pazienti in entrata e in uscita misura l'attrattività della regione. L'indicatore può esprimere, una volta tenuto conto delle diverse motivazioni di spostamento, il grado di fiducia di cui godono le strutture e la dotazione di ospedali di eccellenza o di alta specializzazione. La Campania, insieme alla Sicilia ha un saldo negativo ed effettua 0,4 ricoveri in entrata per ogni ricovero in uscita. Al contrario le regioni più attrattive per l'assistenza ospedaliera sono la Lombar-

dia e l'Emilia-Romagna, le quali effettuano, rispettivamente 3 e 2,4 ricoveri in entrata per ogni ricovero in uscita. La geografia dettagliata per Asl mette in luce anche divari interni alle regioni. La dotazione di posti letto è più elevata nelle Asl dei grandi centri urbani, dove sono localizzate per lo più le strutture di ricovero con maggior capacità ricettiva, come ad esempio alcune grandi aziende ospedaliere e i policlinici universitari, o strutture di rilevanza nazionale, come gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. A Napoli e Caserta non si raggiungono neppure i tre posti letto per mille abitanti (stiamo al di sotto dei 2,7). La normativa stabilisce per le regioni un livello massimo complessivo della dotazione di posti letto ospedalieri per mille abitanti pari a 3,7 (comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie e al Nord questo valore viene quasi sempre superato. Nel 2015, la media nazionale di posti letto per mille abitanti è scesa a 3,6, abbassata dalle regioni che presentano i dati critici come la Campania. Le stesse regioni hanno la percentuale più bassa di cittadini soddisfatti per l'assistenza medica ospedaliera ricevuta nel luogo di residenza. Mentre le regioni più

attrattive per l'assistenza ospedaliera sono la Lombardia e l'Emilia-Romagna. Altro disagio vissuto dalla Regione è la scarsità di risorse destinate alle politiche di contrasto al disagio economico, in contesti di forte incidenza della povertà relativa e assoluta. La spesa media per l'area 'povertà ed esclusione sociale' in rapporto ai residenti fra i 15 e i 64 anni è di 3 euro l'anno per residenti nei comuni 'poveri di assistenza', contro i 21 dei comuni con la spesa più alta.

Dal punto di vista del contesto socio-economico, questo modello assistenziale caratterizza circa la metà dei comuni dei territori del disagio (tra cui Giugliano in Campania, Pozzuoli, Castellammare di Stabia), di quelli del Mezzogiorno interno (ad esempio Vibo Valentia) e nei centri urbani meridionali (Reggio di Calabria, Caserta). Il quadro di sintesi sull'offerta socio-assistenziale dei comuni è frastagliato e diversificato sul territorio, così come i legami produttivi. Dati allarmanti, soprattutto per quanto riguarda il comparto sanitario, che vedono sconfitta ancora una volta la Campania rispetto alle più efficienti ed attrattive regioni del Nord dello Stivale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Per povertà e inclusione non si arriva a tre euro di spesa a persona tra Pozzuoli e Giugliano

Non si esce dal baratro: le postazioni nei nosocomi sono diminuite rispetto all'analisi precedente



IL RAPPORTO ANNUALE DELL'ISTAT DEL 2018

Il dossier analizza le reti e le relazioni sociali ed economiche su salute, mondo del lavoro, imprese, legami familiari, cultura e conoscenza

LA CARTINA DI TORNASOLE

CHE GAMBE!

Attenti ai segnali: se sono gonfie il nostro cuore funziona male

Basta osservare cosce e caviglie per conoscere il nostro stato di salute, capire se beviamo troppo poco, facciamo abbastanza sport o ci mancano vitamine e potassio

STANCHEZZA

Occhio a pesantezza ed effetto spilli, possono nascondere una patologia

SEDENTARIETÀ

La miglior cura contro l'insufficienza venosa è il movimento

Maria Sorbi

Le gambe sono la cartina tornasole della nostra salute. E, soprattutto ora che sono al debutto estivo, possono dirci parecchie cose, basta saperle «leggere». Quindi avere delle belle gambe non è solo una questione estetica ma è anche una verifica per vedere come funziona il resto del corpo. Per questo non vanno sottovalutati alcuni segnali. Ad esempio le gambe ci sanno dire se facciamo abbastanza movimento o se siamo troppo sedentari, se

mangiamo bene o male, se beviamo abbastanza, se il cuore funziona bene. E questo vale indistintamente per uomini e donne.

COSA NASCONDE IL DOLORE

A volte, soprattutto in estate, sentiamo le caviglie indolenzite e un fastidio che sale fino sopra il ginocchio. Le cause possono essere numerose, non sempre di natura patologica: il dolore può semplicemente celare problemi di ritenzione idrica, un po' di mancanza di vitamine e di potassio, un accumulo di acido lattico do-

po qualche ora intensa di sport. Oppure può semplicemente denunciare un utilizzo di scarpe scorrette. In altri casi invece, può essere il campanello d'allarme di problematiche più serie, a cominciare dall'insufficienza venosa. Se

le caviglie sono gonfie e compaiono piccole macchie scure simili a lividi, se le gambe sembrano indurirsi in alcuni punti a causa della scarsa ossigenazione e dei tessuti, se cominciano a comparire mini ulcere, allora è il caso di farsi visitare da un medico perché potrebbero esserci problemi al cuore. Le vene sono i vasi attraverso i quali il sangue ritorna dalla periferia verso il cuore. Rispetto al percorso d'andata, quello di ritorno è, a tratti, più difficile perché «in salita». Quando camminiamo, l'azione della muscolatura favorisce il ritorno venoso per il meccanismo della pompa muscolare aiutando così il corretto deflusso del sangue. Quando siamo seduti o stiamo in piedi a lungo, invece, il sangue tende a ristagnare aumentando la pressione sanguigna nelle vene che si dilatano. Per questo motivo, a volte, le vene delle gambe hanno difficoltà a far defluire il sangue dalla periferia del nostro corpo al cuore.

Altro disturbo tipico delle gambe è la teleangectasia: si presenta come un reticolo di piccole vene varicose, rosse e bluastre, che affiorano sottopelle. Non è nulla di grave ma rappresenta semplicemente un inestetismo che si può tenere sotto controllo con prodotti a base di mirtillo o con laser e

scleroterapia a livello ambulatoriale. Poi ci sono le varici, cioè vene dilatate, tortuose: un malfunzionamento delle valvole, cui segue un reflusso del sangue, porta alla loro formazione. Oltre al disagio estetico, le varici non vanno sottovalutate perché, se trascurate, possono portare a insufficienza venosa cronica, flebiti e trombosi superficiali.

CHE PESO...

A volte il senso di pesantezza delle gambe non è solo una sensazione ma una malattia: la cosiddetta sindrome delle gambe stanche. È caratterizzata da un forte formicolio e da un forte affaticamento, con crampi notturni e un'insufficienza venosa superficiale. A differenza di quel che si può pensare, non è il risultato di una mancanza di attività fisica, ma è una condizione associata a stasi venosa. Può essere aggravata dall'utilizzo di contraccettivi, stipsi, aumento di peso, un'alimentazione scorretta, una vita sedentaria. Per alleviare il fastidio, possono essere utili alcuni piccoli accorgimenti: una doccia fredda e un momento di relax (con le gambe sollevate rispetto al busto), una passeggiata o una nuotata, un litro e mezzo di acqua al giorno e una buona dose giornaliera di frutta e

verdura.

Nemica numero uno di tutte le donne, la cellulite non è solo un inestetismo ma una malattia che colpisce il tessuto, principalmente quello adiposo, localizzato al di sotto della pelle, modificando le sue funzioni metaboliche e portando a un malfunzionamento del microcircolo. Ne può soffrire anche chi ha una muscolatura tonica. Oppure può comparire nelle persone di mezza età, quando i muscoli tendono a rilassarsi e perdono tono.

Ma attenzione, può anche rappresentare la conseguenza di una patologia circolatoria. Oltre che dalle cattive abitudini alimentari, ha cause genetiche, ormonali e vascolari. E anche lo stress ha una parte importante.

I LEGAMI CON LA SCHIENA

Il rapporto tra gambe e schiena è a doppio senso: un semplice alluce valgo o una posizione sbagliata del piede possono avere riflessi sulla spina dorsale. E viceversa, se un disco intervertebrale si gonfia (per una torsione, un trauma o uno scorretto sollevamento di pesi) o se un disco della colonna si rompe, allora si possono accusare dolori lungo tutto il nervo sciatico, i glutei e lungo entrambe le gambe.



Un lungo racconto che ci fa avvicinare all'educazione scientifica e pratica per restare giovani: questo il senso del libro scritto dalla giornalista Eliana Liotta in collaborazione con gli specialisti di Humanitas, il grande centro di Milano «Più che di anti-invecchiamento vorrei si cominciasse a parlare di scienza della giovinezza». Dalla tavola alle emozioni

Non ho l'età. Per invecchiare

LO STUDIO

Carla Massi

Aveva ragione Charlie Chaplin. Era convinto che «la giovinezza sarebbe un periodo più bello se solo arrivasse un po' più tardi». Quando si ha più testa per apprezzare la vita, per mantenere le relazioni, per proteggere la salute, per "maneggiare" le emozioni. Ma, visto che la giovinezza arriva e sparisce secondo un calendario naturale a noi non resta che provare a "dilatarla". E provare ad invertire il processo di invecchiamento.

Operazione complessa e articolata che chiede la collaborazione fattiva di mente e corpo. Chiede la conoscenza del nostro corpo, il desiderio di salvaguardare l'organismo, la voglia di andare avanti mantenendo il più possibile le nostre forze, la preparazione di menù adeguati e la capacità di allontanare la pigrizia. Oltre che malattie come il diabete o l'ipertensione che oggi si presentano in uomini e donne sempre più giovani.

Ma, da che parte volgere lo sguardo? Come riuscire, per davvero, a portarci avanti il meglio della nostra giovinezza? La rotta ce la indica un saggio, *L'età non è uguale per tutti* (La nave di Teseo editore) di Eliana Liotta, giornalista, scrittrice e comunicatrice scientifica scritto in collaborazione con gli specialisti di Humanitas, centro di ricovero e ricerca, sede di insegnamento universitario a pochi chilometri da Milano. Un progetto unico in Europa.

Un lungo racconto che ci fa avvicinare all'educazione scientifica e pratica per restare giovani. «Più che di anti-invecchiamento - spiega l'autrice - vorrei si cominciasse

a parlare di scienza della giovinezza. Per quell'uomo o quella donna che non sono solo testa o corpo ma un tutt'uno, una globalità da preservare con estrema cura». Il lavoro è diviso in teoria e pratica. Nove capitoli in tutto da leggere come un testo di divulgazione, una riflessione sull'amore di sé, un piccolo trattato di educazione medico-scientifica facile da avvicinare. Destinato a tutti, da chi ha trent'anni a chi ne ha oltre sessan-



**LAVERA CHIAVE?
SPEGNERE
L'INFIAMMAZIONE
NEL NOSTRO
CORPO**

ta. Perché, come si legge nel saggio, si è sempre in tempo a cambiare il percorso. Fare aggiustamenti e riprendersi quei "pezzetti" di giovinezza che sopravvivono nonostante alcuni comportamenti. Tipo l'immagazzinare calorie in eccesso. Il grave sovrappeso viene vissuto come una vera propria aggressione dall'organismo che, nella maggior parte dei casi, dopo aver mantenuto a lungo l'equilibrio si trasforma in un autentico campo di battaglia. Con incendi, morti e feriti.

«La chiave per restare giovani è spegnere l'infiammazione nel momento in cui si presenta nel nostro corpo - spiega Eliana Liotta - gettare acqua sui piccoli fuochi. Raccontiamo le battaglie tra bene e male che avvengono in noi. Con i soldati del sistema immunitario ingaggiati in una guerra quotidiana. Una guerra spesso silente che degenera e accelera i processi di invecchiamento. La guida che abbiamo nella seconda parte è il risultato delle ricerche degli ultimi anni in materia di an-

ti-invecchiamento. Dalla dieta che combatte l'infiammazione ai consigli contro lo stress». D'altronde, l'infiammazione, quando è acuta, esplose proprio come in un incendio. Manifestandosi, a livello locale, con l'arrossamento, il calore, il gonfiore, il dolore. Ampio spazio alle emozioni. O meglio, all'intelligenza emotiva. Che, si legge nel saggio, deve essere allenata legandola alla capacità di riconoscere, usare, comprendere e gestire in modo consapevole quello che sentiamo e quello che sentono gli altri.

«Per allenare l'intelligenza emotiva - aggiunge Eliana Liotta - bisogna prendere l'abitudine di dare un nome alle emozioni, di osservare le nostre reazioni e l'effetto che hanno su chi è intorno a noi. Sia chiaro: l'intellettuale che disdegna l'attività fisica è superata. Non ha proprio senso immaginare una dicotomia tra quel che fa il corpo e la vita della mente».

L'ingrediente essenziale per stare bene, dunque, risulta essere il rispetto verso l'io dolente e l'attenzione nei confronti di quei segni che potrebbero trasformarsi in malattie invalidanti. Come lo stress, definito nel libro, "cattivo". Lo stress, spiegano

i ricercatori, è come l'infiammazione: serve, deve esserci e poi però andarsene. Se resta lì, a basso numero di giri per tempi troppo lunghi, non va bene. Quando è cronico, per esempio, fagocita il magnesio che è un antinfiammatorio naturale. La strategia è scritta, tocca solo avere la voglia di seguirla.

«L'età non è uguale per tutti»

Nel libro scritto insieme con gli studiosi di Humanitas, Eliana Liotta ci spiega in nove capitoli i segreti per restare giovani, dentro e fuori

La salute

«Smog, un anno di vita in meno per i napoletani»

Pierluigi Frattasi

«**A** Napoli si vive dagli 8 ai 12 mesi in meno a causa dell'inquinamento atmosferico, che è la probabile terza causa di morte nel mondo». È il dato, calcolato sull'aspettativa di vita dell'Organizzazione mondiale della Sanità, che emerge dal primo confronto

tra esperti sull'inquinamento atmosferico a Napoli, organizzato dall'Università Federico II.

> A pag. 29



Sotto tiro
Secondo l'Oms sono a rischio anziani e bambini per la qualità dell'aria

Napoli, si vive un anno in meno per lo smog

«Nessun provvedimento dal Comune»

Pierluigi Frattasi

«A Napoli si vive dagli 8 ai 12 mesi in meno a causa dell'inquinamento atmosferico, che è la probabile terza causa di morte nel mondo». È il dato, calcolato sull'aspettativa di vita dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che emerge dal primo confronto tra esperti sull'"Inquinamento atmosferico a Napoli", organizzato dall'Università Federico II, che ha visto la partecipazione del presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, Walter Ricciardi, del rettore Gaetano Manfredi e dell'ex rettoressa e assessore regionale Guido Trombetti.

Aula Magna gremita, ieri mattina, per il convegno nato su iniziativa del professor Maurizio Bifulco, del Dipartimento di Medicina Molecolare. Dai dati analizzati emerge che tra il 2014 e il 2017 il livello di inquinamento a Napoli è rimasto pressoché stazionario, vicino o oltre i limiti di legge, interrompendo quel trend in diminuzione registrato negli anni precedenti. Mentre per alcuni valori come l'ozono è addirittura peggiorato. Con picchi di smog rilevati in via Nardones, piazza Garibaldi e via Marina. «Iniziamo un percorso di riflessione sull'inquinamento in città - dice Manfredi - partendo dall'esigenza di fornire al dibattito pubblico dati scientifici validati, evitando di scendere nei "sentiti dire". Informazioni che possano servire poi a prendere anche decisioni politiche. Napoli tra gli altri deficit dei servizi ha anche un deficit d'aria».

Concorda Trombetti: «Questo convegno mette insieme competenze diversificate: medici, chimici, fisici, politologi, perché è evidente che la soluzione deve essere interdisciplinare». Tra gli intervenuti, i docenti Vittorio Amato (Scienze Politiche), Fabio Murena (Ingegneria Chimica), Nicola Spinelli (Fisica), Marco Guida (Biologia), Francesco Pi-

rozzi (Ingegneria Civile), Luigi Fusco Girard (Economia), Giuliana Di Fiore (Giurisprudenza). «A Napoli - sottolinea Murena - nel 2017, secondo dati Arpac, la qualità dell'aria è critica per alcuni inquinanti (PM10, NO2, O3) nonostante una meteorologia favorevole». Sotto osservazione soprattutto le centraline Napoli 1, dell'Osservatorio Astronomico, che dà il livello di fondo dell'inquinamento, con il 40% di rilevazioni alte nel 2017, e Napoli 7, di corso Novara, dove si registrano i maggiori picchi, con l'88% di rilevazioni alte.

Tra le principali cause dell'inquinamento solventi per i composti organici volatili (34,5%), trasporto stradale per l'ossido di azoto (48%) e marittimo (33%), impianti a combustione non industriale per i pm10 (75,9%). Mentre pesa la presenza nel perimetro urbano di porto e aeroporto. A penalizzare Napoli anche la conformazione urbanistica piena di vicoli, che crea il cosiddetto effetto "street canyon", che tiene le polveri sottili a livello stradale, aumentandone le concentrazioni. E gli effetti sulla salute possono essere devastanti.

«Infarti, ictus, trombosi, aritmie, scompensi cardiaci, asma, bronchiti acute e croniche, polmonite, virus influenzali e tumori polmonari - spiega Bifulco - sono le malattie che hanno registrato i maggiori aumenti legati all'inquinamento. Le categorie più a rischio sono gli anziani e i bambini». La rete delle centraline Arpac vigila sul livello di smog, ed è diffusa anche in provincia. «Ma sfuggono ai controlli le polveri ultrafini - sottolinea Spinelli - che non sono registrate dalle centraline e sono tra le

più dannose per la salute. Tra le cause della presenza di particolato, poi, ci sono anche quelle naturali, come il vento di scirocco che porta la sabbia e le polveri vulcaniche. Tra quelle antropiche, riscaldamento, traffico, incendi e roghi di rifiuti. Non solo. Dai rilievi effettuati dall'università è stata rilevata la presenza di zolfo nell'aria del porto, vietata dalla legge per i carburanti che le navi attraccate possono utilizzare. Ma il carburante con zolfo è anche quello più economico».

Secondo Di Fiore le istituzioni fanno poco: «Il Comune ha adottato poche misure e scarsamente efficaci non reiterate nel tempo (e peraltro spesso decise senza informazione e partecipazione): bollino blu per auto, operazione caldaie sicure, Ztl, blocchi della circolazione. Il Piano Urbano della Mobilità Sostenibile, è rimasto inattuato. Manca un piano per il turismo, niente bike sharing e auto elettriche. Si può dire che l'attuale modello di mobilità per la città di Napoli ha un costo sociale annuo compreso tra 490 e 850 milioni di euro ogni anno. Con 850 milioni all'anno si potrebbero costruire 8 chilometri di metropolitana o comprare circa 3 mila autobus ogni anno».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il convegno Partendo dai dati dell'Organizzazione mondiale della Sanità, si rileva che a Napoli si vive un anno in meno a causa dello smog. Il convegno sull'inquinamento atmosferico organizzato dalla Federico Secondo prova ad avviare «una riflessione sull'inquinamento in città: l'elenco dei dati scientifici validati» come spiega il rettore Gaetano Manfredi.

Ischia Da oggi a domenica il congresso provinciale Fimp nell'hotel Continental

Vaccini e obesità, pediatri a confronto

Lavori in diretta Facebook per i medici e i genitori interessati a intervenire

ISCHIA Salgono le coperture vaccinali a Napoli, ma il capoluogo partenopeo continua ad avere una forte connotazione culturale «No Vax». Anche per questo il 18esimo congresso provinciale della Fimp Napoli (Federazione italiana dei medici pediatri), che inizia oggi e si concluderà domenica, ha scelto di mettere l'accento sullo stato dell'arte e sui progetti futuri che si dovranno mettere in campo sul tema delle vaccinazioni. A confronto, con i pediatri di libera scelta, i tre direttori generali della Asl di Napoli: Mario Forlenza (Napoli 1), Antonio D'Amore (Napoli 2) e Antonietta Costantini (Napoli 3). Per questo da Ischia, location del congresso (hotel Continental), parte idealmente una nuova stagione vaccinale, guardando con grande attenzione a quanto accadrà in vista del prossimo anno scolastico.

A discutere di vaccini e di possibili implicazioni per la salute nel caso si scelga di eludere gli obblighi di legge ci sarà

anche il virologo e professore universitario Roberto Burioni. «Ischia - spiega Antonio D'Avino, segretario provinciale Fimp - ospiterà un rendezvous di esperti di altissimo spessore. Inoltre, la presenza di tutti i direttori generali delle Asl partenopee consentirà di ragionare in modo molto concreto sul problema. Mettere in campo azioni condivise e concrete significa infatti garantire

una migliore salute per i cittadini e consentire al Sistema sanitario di impiegare al meglio le risorse».

Quanti non potranno prendere parte all'evento di Ischia, e anche per i genitori che vogliono saperne di più sui vaccini, D'Avino ha predisposto una diretta Facebook sulla pagina ufficiale della Fimp Napoli. «Per la prima volta in assoluto - spiega - il congresso pro-

vinciale si aprirà a tutti in maniera semplice e diretta. Grazie alle nuove tecnologie possiamo oggi ampliare il dibattito e restituire ai social, troppo spesso utilizzati in maniera impropria, una dignità scientifica assoluta sul tema della salute».

Il 18esimo congresso provinciale della Fimp Napoli affronterà anche molti altri temi, tra i quali quello dell'alimentazione. Una questione tutt'altro che secondaria, visto che i bambini (in primis quelli campani) sono sempre più spesso obesi. A confermarlo sono i dati: la Campania detiene infatti un triste primato negativo, con il 26,2% dei bambini tra gli 8 e i 9 anni in sovrappeso e il 17,9% di bimbi obesi, per un totale complessivo del 44,1% dei bambini al di sopra di un peso accettabile.

«Il nostro compito - conclude D'Avino - non è più esclusivamente quello di "curare", siamo chiamati a muoverci sul terreno della prevenzione, dell'informazione e dell'educazione alla salute e al benessere psico-fisico. Tutti noi lo sappiamo bene, il pediatra è per ogni genitore, prima di ogni altra cosa, una guida e un punto di riferimento. Anche questo è il motivo per il quale questo congresso scientifico rappresenta da anni per tutti noi l'occasione di un arricchimento. E quindi una ricchezza in più per i nostri assistiti».



Antonio D'Avino

La sanità, l'organico

Ospedali riuniti, partita la caccia a 22 anestesisti

Al «Rummo» vertice tra il manager Pizzuti, i dirigenti e i sindacati sulle 36 assunzioni

Luella De Ciampis

Si è concluso nel primo pomeriggio, l'incontro che il management generale dell'ospedale «Rummo» ha avuto ieri con i direttori di struttura complessa, i dirigenti di struttura semplice dipartimentale e con le organizzazioni sindacali mediche e non mediche, volta a discutere del percorso dell'atto aziendale, in adozione, in quanto ancora al vaglio della Regione.

L'atto aziendale per il 90%, discende dal piano ospedaliero regionale, che stabilisce i posti letto da destinare alle varie discipline, dove allocarli e le strutture complesse da mantenere. In quest'ottica, il potere del direttore generale si riduce a scrivere l'atto aziendale, attenendosi agli standard imposti dal decreto n°8, ad informarne le organizzazioni sindacali e il sindaco e a sottoporlo al vaglio della Regione, che deciderà se approvarlo, apportare modifiche oppure ricusarlo. «Su richiesta di alcuni medici che volevano chiarimenti sull'atto - dice il direttore generale, Renato Pizzuti - ho invitato personale medico e organizzazioni sindacali a incontrarci per fare il punto della situazione. Lo scopo era quello di fornire le spiegazioni richieste in particolare sulle risorse umane disponibili e

La Fials

Ciarlo:
«Non tutti invitati all'incontro, Mastella lo tenga presente»

to che rappresenta gli anestesisti e quello del Cimo. Ho ribadito che i concorsi sono già stati avviati e

che la Regione ha autorizzato l'assunzione di 36 unità, da destinare a diverse aree, per sopperire alla carenza di personale dell'ospedale «Rummo», due delle quali, destinate al reparto di Cardiologia, coordinato da Marino Scherillo».

È certo che il personale reclutato servirà a soddisfare sia le esigenze del «Rummo», che quelle del «Sant'Alfonso». «Tra le figure professionali da assumere - continua Pizzuti - ci sono 22 anestesisti, da suddividere equamente tra l'azienda ospedaliera e la struttura di Sant'Agata, tre medici riabilitatori e tre tecnici della riabilitazione da destinare unicamente al «Rummo». Si è trattato di una riunione tecnica nel corso della quale non ho chiesto consensi, ma critiche mirate proprio ad allargare

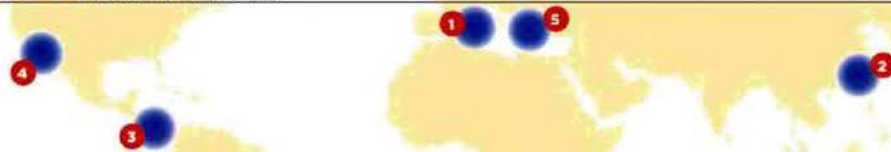
gli orizzonti della conversazione e a fugare eventuali dubbi del personale sanitario. Qualcuno dei presenti ha confermato che l'idea di accorpamento del «Sant'Alfonso» al Rummo viene da lontano ed era già stata avanzata in passato, proprio nell'ottica di potenziare la struttura di Sant'Agata». Dunque, l'atto aziendale è oggetto di chiarimenti anche all'interno dell'ospedale e sulla questione è intervenuto con una lettera inviata, tra gli altri, al management dell'ospedale, al presidente dell'Anac di Roma, al presidente del collegio dei sindaci e agli organi sindacali, il segretario della Fials, Mario Ciarlo, in cui precisa che la convocazione per l'incontro di ieri, oltre che al suo sindacato, non è stato inviato all'area del comparto, alla rsu, ai direttori di dipartimento, agli uffici tecnico-manutentivi e all'ingegneria clinica e chiede al sindaco, Clemente Mastella, che in sede di conferenza dei sindaci non ha approvato l'atto aziendale del Rummo, di intervenire sulla questione.

Intanto, ieri mattina un gruppo di consiglieri regionali ha avanzato una serie di mozioni sul piano ospedaliero della Campania, una delle quali riguarda proprio l'annessione del presidio ospedaliero «Sant'Alfonso Maria de' Liguori» all'azienda ospedaliera «Rummo». Mozioni che saranno esaminate, discusse e vagliate dalla giunta nei prossimi giorni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SCENARI FRONTIERE



Perché nelle «Blue zones» si vive di più

Si chiamano così cinque località del mondo dove le persone sono superlongeve. Come fanno? Così.

Gli abitanti del mondo vivono, in media, 71,4 anni. Quel numero significa che in alcuni parti del pianeta si campa assai a lungo, in altre molto meno. In particolare, cinque luoghi godono di un'aspettativa di vita invidiabile (tra cui anche l'Italia). Vengono definiti «le Zone blu», come spiega *Time*, perché nelle indagini degli scienziati sulla longevità, vengono sempre segnate con un cerchio azzurro.

Tra chi le ha studiate, cercando di capirne i segreti di lunga vita, ci sono l'americano Dan Buettner, autore del saggio *The Blue zones*, e il ricercatore italiano Valter Luongo, nel libro *La dieta della longevità* (Vallardi). Se poi volete saperne di più, il sito www.bluezones.com offre in abbondanza informazioni e suggerimenti su come vivere di più, restando in salute.



SARDEGNA
(Italia)

L'isola vanta una delle più alte concentrazioni di centenari al mondo, il triplo circa di quella dei Paesi occidentali (soprattutto tra i maschi, mentre in genere a essere più longeve sono le donne). Merito di un ottimo kit di geni, senza dubbio, in particolare sembra importante una variante genetica chiama M26: ma hanno un ruolo non secondario l'alimentazione naturale e l'attività fisica all'aperto. I pastori, per esempio, si fanno come minimo una decina di chilometri al giorno.



OKINAWA
(Giappone)

In questo piccolo insieme di isole, la durata media della vita è 81,2 anni, raggiunta in eccellenti condizioni psico-fisiche. E i centenari, di entrambi i sessi, sono numerosi quasi come in Sardegna. È anche una delle popolazioni più gentili e accoglienti al mondo, dove l'enfasi è posta sui legami familiari e sulla comunità. Fattori importanti per ridurre al minimo lo stress e favorire una vita lunga e sana. Non a caso è bassa l'incidenza di malattie come diabete, ictus, cancro, Alzheimer e obesità.



NICOYA
(Costa Rica)

Nella penisola di Nicoya l'alta presenza di persone che hanno superato il secolo sorprende i ricercatori. Probabilmente, fra le cause, c'è anche il modo di alimentarsi: gli abitanti non consumano cibi industriali e ricavano la maggior parte del loro fabbisogno calorico da ortaggi, legumi, mais e frutti tropicali. Questa dieta ricca di alimenti sani di origine vegetale, oltre che il molto tempo libero trascorso all'aperto, fa di questi abitanti individui forti e ben nutriti. E mentalmente in forma anche dopo i 90 anni.



LOMA LINDA
(California)

Qui la Zona blu si concentra nel gruppo religioso degli «Avventisti del settimo giorno» (protestanti), i cui membri sono tra i più longevi di tutto il Nord America, dal momento che vivono circa dieci anni in più. Gli avventisti di Loma Linda condividono un insieme di principi religiosi e di vita che favoriscono comportamenti sani (comprese lunghe camminate) e hanno un elevato senso della comunità e del supporto reciproco. La loro alimentazione? Evitano carne e mangiano cereali integrali, legumi e pesce.



IKARIA
(Grecia)

Nonostante la crisi e l'austerità, gli abitanti di questa isola greca dell'Egeo se la passano bene, da sempre: un ikariano su tre supera i 90 anni, spesso senza incappare in demenza o malattie croniche legate all'invecchiamento. Anch'essi (un classico nelle Blue zone) investono molto nei legami della comunità; il che, insieme a 10 ore di sonno notturno (e pennichelle pomeridiane) e a una stretta aderenza alla dieta mediterranea, con tutti i suoi benefici accertati, li rende sani e longevi.

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Sanità in Emilia Romagna: L'eccellenza passa per la complementarietà tra pubblico e privato

panoramasanita.it/2018/05/16/sanita-in-emilia-romagna-leccellenza-passa-per-la-complementarieta-tra-pubblico-e-privato/



0
0
0
0
0

È quanto emerge dal rapporto Nomisma "Riorganizzazione del sistema sanitario. Il ruolo dell'ospedalità privata in Emilia-Romagna".

La sanità emiliano romagnola può vantare il raggiungimento di elevati standard qualitativi, confermandosi uno dei contesti regionali più virtuosi del nostro Paese. L'analisi condotta da Nomisma, presentata in occasione del convegno "Sanità, welfare e innovazione" organizzato da Aiop (Associazione Italiana Ospedalità Privata) Emilia-Romagna e da Nomisma svoltosi oggi a Bologna, ha evidenziato come questo risultato sia stato possibile grazie a una proficua collaborazione e integrazione tra il sistema pubblico e quello privato che ha saputo fornire prestazioni mediche in maniera efficiente e con standard qualitativi elevati. "Nella regione" evidenzia Nomisma "si contano 99 strutture fra pubbliche e private accreditate: 1 azienda ospedaliera, 4 aziende ospedaliero-universitarie, 4 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), 45 aziende USL, 45 strutture private accreditate con il Sistema Sanitario Nazionale. In totale la regione offre oltre 18.000 posti letto di cui il 75% in strutture pubbliche e il restante 25% in strutture private per attività a carico del SSN. Per ogni 100 abitanti risultano dunque a disposizione 3,97 posti letto (3,07 negli ospedali pubblici e 0,90 negli ospedali privati accreditati). Rispetto al 2009 si evidenzia una contrazione del numero di dimissioni che riguarda sia il pubblico (-14,1%) sia, anche se in misura minore, il privato accreditato (-1,1%).

L'affiancamento fra l'iniziativa e le competenze del pubblico e l'ospedalità privata regionale, economicamente solida e con buone capacità gestionali e di investimento, ha permesso lo sviluppo e il consolidamento di un modello di offerta variegato e complementare. Una complementarietà che emerge in maniera evidente se si guarda alla differenziazione delle prestazioni offerte, testimoniata in primo luogo dalla diversità di avvio dei percorsi di ospedalizzazione nell'ambito delle strutture pubbliche e di quelle private. Se nel primo caso la quota preponderante di ricoveri (39,5%) avviene per ricorso diretto (pronto soccorso), per gli istituti privati accreditati, circa 3 pazienti su 4 (74,5%) arrivano su richiesta di ricovero formulata dal medico di base, mentre l'11,5% viene trasferito da altro istituto pubblico (verosimilmente trasferimenti per terapie riabilitative o lungodegenza) e l'8,9% viene ricoverato tramite ricorso diretto (dal pronto soccorso di un ospedale pubblico). Le discipline, nelle quali il contributo del

riguardano anche le discipline di lungodegenza (41,9%), ortopedia e traumatologia (40,5%) e psichiatria (30,6%). Un vero e proprio modello sinergico" sottolinea Nomisma "che ha portato a importanti risultati nei campi della cardiocirurgia, della psichiatria e del post-acuzie – nei quali tramite le alleanze pubbliche-private si è riusciti ad abbattere i tempi delle liste di attesa per esami e visite specialistiche (il 95% di prime visite ed esami diagnostici sono garantiti entro i tempi previsti). Tutto questo ha fatto dell'Emilia-Romagna uno dei principali poli di attrazione in ambito sanitario. Negli ospedali privati accreditati emiliano romagnoli il 56,4% dei pazienti proviene dal bacino di utenza dell'azienda stessa, a fronte della quota dell'82,5% riferita alle aziende pubbliche USL e del 76% relativa alle Aziende Ospedaliere: nel privato accreditato ben 3 dimessi su 10 sono residenti fuori regione o all'estero. Nel dettaglio, dalle strutture pubbliche e private convenzionate regionali nel 2016 sono stati dimessi 105.715 pazienti residenti in altre regioni e all'estero (-7,8% rispetto al 2009), 57.429 da strutture pubbliche, il restante 48.286 da strutture private accreditate. Dal 2009, i dimessi extra regionali degli ospedali privati accreditati sono cresciuti del 16,8%, mentre negli istituti pubblici si è registrata una contrazione pari al 20,8%. Conseguentemente, la quota percentuale di dimessi extraregionali assorbita dal privato accreditato è passata dal 36,3% del 2009 al 45,7% del 2016. I profondi mutamenti epidemiologici e strutturali della popolazione si incrociano con un clima economico che pone al primo posto rigore nei conti ed efficientamento della spesa. Ciò sta spingendo già da tempo il sistema emiliano-romagnolo ad impegnarsi in un profondo ripensamento dei modelli di offerta che sottenda a una diversa visione delle modalità di erogazione della cura stessa. La tendenza è quella di strutturare un insieme di presidi e nodi in grado di avvicinare la cura al territorio, ovvero direzionare, nella fase non acuta, il cittadino in strutture diverse dall'ospedale. Si tratta di un percorso, sotto determinati aspetti, incontrovertibile che vede la Regione Emilia-Romagna punto di riferimento per una nuova interpretazione dei modelli di erogazione della cura. Ciò ha portato la Regione" conclude Nomisma "a un'incidenza della spesa sanitaria legata all'ospedale al 41% contro una media nazionale superiore di circa 10 punti percentuali".

quotidianosanita.it

Mercoledì 16 MAGGIO 2018

Asl Napoli 1 Centro. Scontro sindacati-Direzione Aziendale: "No alla richiesta di convenzioni per Ospedale del Mare. Mortificate le professionalità mediche dei presidi"

La richiesta di convenzione per esperti in urgenze chirurgiche e traumatologia ortopedica per attivare il Ps dell'ospedale del Mare, avanzata alle altre Ao, e motivata con la considerazione che professionisti dei presidi della Asl "non avrebbero un'esperienza di complessità in linea con le future esigenze" ha scatenato le reazioni dei sindacati. La Direzione aziendale chiarisce e si apre al confronto

"La direzione della Asl Napoli 1 Centro revochi immediatamente la richiesta di convenzione, avanzata alle altre aziende ospedaliere della Campania, per reperire esperti in urgenze chirurgiche e traumatologia ortopedica da destinare all'ospedale del Mare di Napoli motivando tale necessità con la considerazione che professionisti che operano nell'azienda non hanno ancora maturato un'esperienza di complessità in linea con le future esigenze del Dea di II livello".

È quanto hanno chiesto, [in una nota di fuoco](#), le organizzazioni sindacali Anaa Assomed, Anaa Assomed settore dirigenza sanitaria, Cgil Medici, Feder Medici Uil Fpl, Anpo Ascoti, Cisl Medici e Ugl Medici, secondo i quali [la richiesta della Direzione Aziendale](#) "mortifica la professionalità del personale medico, chirurghi ed ortopedici in servizio presso il Pronto soccorso e Dea dell'Azienda che da sempre ed ancora oggi hanno dimostrato e dimostrano sul campo le proprie capacità affrontando ogni tipo di emergenza chirurgica ed orto-traumatologica in un contesto operativo peraltro ai limiti della sufficienza".

Anzi, controbattono i sindacati, i professionisti dell'Asl Napoli 1 "pur ridotti nel numero" hanno "competenza e professionalità idonee alle richieste necessità dell'Azienda e mai hanno fatto mancare nei confronti dei cittadini il proprio contributo di professionalità garantendo risposte tempestive ed adeguate". E aggiungono che "nel caso l'azienda fosse di diverso avviso, dovrebbe trarne le inevitabili conseguenze, disponendo l'immediata sospensione delle attività di chirurgia d'Urgenza e di traumatologia ortopedica in tutti i Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri a tutela dell'incolumità del cittadino".

Le sigle hanno chiesto quindi l'apertura di un tavolo di confronto per attivare le soluzioni più idonee all'apertura del Ps dell'Ospedale del Mare riservandosi azioni sindacali qualora le richieste non fossero rispettate.

E la proposta dell'apertura di un tavolo di confronto tecnico con i sindacati è stata accolta dalla Direzione aziendale e, in una nota, chiarisce le motivazioni della richiesta di convenzione, specificando che la richiesta, oggetto di censure da parte sindacale, è sicuramente "infelice" in qualche passaggio e per questo "ne è derivata un'interpretazione errata che non rispecchia la vera volontà e intenzione dell'Azienda". Si esprime inoltre l'apprezzamento dei sindacati nel voler dare "il massimo contributo di tutte le competenze professionali mediche interne all'Azienda per trovare le soluzioni più idonee per l'apertura in sicurezza del Pronto soccorso".

"Bisogna ricordare – si legge nella nota della Direzione – che per garantire la attivazione dei reparti previsti presso l'Ospedale del Mare, l'Azienda ha fatto spesso ricorso esclusivamente alle professionalità mediche operanti in Azienda che hanno dato un valido supporto nelle fasi iniziali di avvio delle attività ambulatoriali, chirurgiche e di elezione del plesso. Va precisato, a questo punto, che si prende atto che la richiesta di disponibilità di convenzione per esperti in urgenze chirurgiche e traumatologia ortopedica (nota prot. N° 31398 del 9/5/2018) inoltrata a tutte le Aziende Ospedaliere della Regione sedi di DEA II° livello, ed oggetto di censure

17/5/2018 Asl Napoli 1 Centro. Scontro sindacati-Direzione Aziendale: "No alla richiesta di convenzioni per Ospedale del Mare. Mortificate le pr...

Insomma, la nota merita, quindi, dei dovuti chiarimenti per evidenziare meglio le ragioni per le quali è stata fatta. "Lo scopo principale – prosegue la Direzione aziendale – è quello di avere in via preventiva e cautelativa, e solo qualora ve ne fosse bisogno nelle more della conclusione delle procedure concorsuali in corso, la disponibilità di altre aziende ospedaliere a stipulare convenzioni per la immediata gestione del paziente politraumatizzato maggiore, vista la prossima attivazione del Pronto Soccorso dell'Ospedale del Mare (data prevista come obiettivo 30.6.2018) DEA di II livello nonché Centro Traumi di alta Specializzazione. Dati i ben noti tempi burocratici amministrativi per stipulare convenzioni con altre aziende si è ritenuto quindi di acquisire in tempo utile eventuali disponibilità da parte di altre aziende ospedaliere. È del tutto evidente che la disponibilità di una o più aziende ospedaliere a stipulare convenzioni non vincola affatto la Asl NA1 a doverle stipulare con ricorso a professionisti esterni perché la/le convenzione/i saranno eventualmente stipulate solo in caso di impossibilità oggettiva a far fronte con personale interno alle necessità ed urgenze che l'apertura di un Ps comporta".

quotidianosanità.it

Mercoledì 16 MAGGIO 2018

Campania. Tetti di spesa accreditati: l'area della specialistica sul piede di guerra

Oggi la conferenza stampa di Federlab che contesta punto su punto l'ipotesi di programmazione per l'area specialistica messa in campo dalla Regione. Posizioni altrettanto critiche, ma più articolate quelle espresse da Aspat, Snr, Aisa. Intanto, a Napoli, i centri hanno esaurito il budget e riprenderanno a erogare a carico del Servizio sanitario regionale il primo luglio

Tetti di spesa e budget, ma soprattutto calcolo dei fabbisogni, inteso come volume di prestazioni annue richieste dalla popolazione Campania al netto dei controlli di appropriatezza. Minaccia fuoco e fiamme la Federlab che in conferenza stampa oggi contesta, punto su punto, l'ipotesi di programmazione per l'area specialistica messa in campo dalla Regione e annunciata una settimana fa dal Governatore, commissario ad acta per la sanità regionale, **Vincenzo De Luca**. Posizioni altrettanto critiche, ma più articolate quelle espresse da Aspat, Snr, Aisa. Mentre i centri della Asl Napoli 1 hanno esaurito il budget e riprenderanno a erogare a carico del Servizio sanitario regionale il primo luglio.

La battaglia degli accreditati si combatte soprattutto sul fronte della specialistica, laddove le Case di cura hanno sotterrato l'ascia di guerra a fronte delle concessioni di un aumento di budget per l'alta specialità (35 milioni in più su base annua) e in base alla promessa di una mediazione rispetto al calcolo dell'over budget riconosciuto a chi abbia sfiorato i tetti di spesa negli ultimi due anni. E anche per la riabilitazione (unico ambito in cui Palazzo Santa Lucia ha già messo nero su bianco una bozza di decreto) le acque sembrano essere meno agitate grazie ai circa 6 milioni di euro di prestazioni pianificati in più nella nuova programmazione.

La proposta di De Luca

In soldoni sul fronte caldo della specialistica De Luca annuncia (il decreto non è ancora stato redatto) un incremento dell'attività nelle aziende pubbliche per effetto di aumento del personale, migliore tracciabilità dei flussi, miglioramento delle dotazioni tecnologiche, aumento dell'accuratezza delle registrazioni di prestazioni, il riequilibrio tra le 3 aree (branche a visita, diabetologia, cardiologia, dialisi, radioterapia, FKT da un lato, medicina nucleare e radiodiagnostica, in seconda battuta e diagnostica di laboratorio sul terzo fronte, per riorientare il fabbisogno in misura appropriata secondo quanto stimato (riduzione di risorse in misura di circa 5 milioni per l'area Laboratorio e circa 5 milioni per l'area Radiodiagnostica). Prevista l'assegnazione di quote aggiuntive a tutte le altre aree prestazionali, in particolare quelle salvavita (dialisi e radioterapia).

"L'obiettivo – dice la Regione [nella scheda allegata](#) - è quello di tendere ad avvicinarsi quanto più possibile a livelli di prestazioni coerenti con i bisogni di salute della popolazione e tendenti agli standard nazionali, senza ulteriori tagli, effettuando una redistribuzione ragionata, anzi aumentando il plafond per il 2018 di circa 5.500.000,00 e per il 2019 di oltre 2.200.000,00".

La risposta delle associazioni di categoria

E se "De Luca dà i numeri" secondo l'accusa delle associazioni datoriali, **Gennaro Lamberti**, presidente di Federlab Italia lamenta, contro i laboratori, "la mancanza di rispetto della Regione per il lavoro svolto favore dei cittadini e delle fasce più deboli della popolazione che a differenza delle regioni del Nord non hanno risorse per acquistare prestazioni out of Pocket (pagate di tasca)". Federlab invoca uno stop ai tagli alla specialistica ambulatoriale laddove il vero debito della sanità si anniderebbe negli sprechi degli ospedali.

E le associazioni di categoria si armano di grafici e tabelle per smontare quello che viene indicato come "un castello di bugie" dette da De Luca in sala giunta nei giorni scorsi, per indorare la pillola dei sostanziali tagli proposti al comparto. A cominciare dalla condivisione della programmazione smentita seccamente e rispedita al mittente come "del tutto priva di fondamento".

17/5/2018

Campania. Tetti di spesa accreditati: l'area della specialistica sul piede di guerra

A Salerno niente tetti mensili. D'Anna: denunceremo tutto in Procura

E in conferenza stampa stamani oltre a Lamberti c'erano **Pierpaolo Polizzi (presidente regionale Aspat)**, **Luigi Gesuè** (rappresentante dei centri anti-diabete, **Bruno Accarino**, leader del sindacato radiologi. E ancora **Antonio Salvatore** dell'Aisa, **Natalia Magnone** di Federcardio. Tutti seduti al tavolo di una riunione con i giornalisti che ha visto assente Confindustria Sanità che evidentemente non aderisce alla dura presa di posizione.

In Sala all'Hotel Mediterraneo, anche l'ex senatore **Vincenzo D'Anna**, attuale presidente dell'Ordine nazionale dei Biologi, più che mai bellicoso pronto a denunciare anche in tribunale la disomogenea applicazione tra Asl, dei tetti di spesa attribuiti in base a scadenze trimestrali, fatti valere in tutti territori della Regione, tranne che a Salerno. "Denunceremo per falso e abuso d'ufficio chi oggi fa valere solo in alcuni territori, non in altri, in particolare a Salerno, i tetti di spesa applicati su base trimestrale, costringendo gli erogatori a un assurdo stop&go.

Si vuole nascondere la sottostima del fabbisogno della specialistica ambulatoriale, che è di almeno il 25% rispetto all'entità del budget assegnato – tuona D'Anna – nascondendo sotto il tappeto le prestazioni che servono a garantire i Lea. E' meglio che De Luca ci sconvenzioni tutti e subito – conclude l'ex Senatore con una provocazione.

La mensilizzazione del budget

Quella della mensilizzazione, ovvero della parcellizzazione dei tetti di spesa in dodicesimi (poi articolati su base trimestrale) è un'eredità della programmazione attuata dall'ex commissario **Joseph Polimeni**. Un punto su cui De Luca aveva duramente avvertito il suo predecessore e che ora invece intende portare avanti in vista dei contratti biennali che le Asl dovranno sottoscrivere con gli erogatori privati. Sebbene con toni e contenuti diversi, nessuna delle associazioni di categoria della specialistica ambulatoriale, è comunque disposta a firmare i contratti prossimi venturi sulla base di tutte queste premesse, sebbene il via libera sia stato dato per scontato dal governatore della Campania

La posizione dell'Aspat

Riguardo all'inutilità dei laboratori di analisi del privato accreditato nel settore laboratoristico – avverte Polizzi dell'Aspat – va detto che nel corso del 2016 abbiamo svolto un volume di prestazioni dieci volte superiore a quello pubblico a gestione diretta rispondendo obiettivamente ad una reale e diffusa domanda sull'intero territorio regionale. La recentissima analisi sul fabbisogno (inteso come pubblico e privato insieme) condotta dalla Regione Campania concluderebbe che per assicurare le prestazioni Lea ai cittadini senza alcuna interruzione di erogazione, sono necessarie circa 2,7 milioni di prestazioni laboratoristiche.

Pertanto, la valutazione del Governatore risulta incomprensibile e destituita di fondamento ancor più in presenza di una costituita rete laboratoristica che per l'80 per cento si è già adeguata alle norme nazionali e al modello Hub e spoke come richiesto al tavolo sui Lea e dalle norme nazionali coinvolgendo, allo stato, l'80% dei laboratori di analisi della Campania per garantire qualità, innovazione, capillarizzazione e prossimità dell'offerta.

Quello che denunciavamo – conclude Polizzi – è un vero e proprio furto di prestazioni in danno dei privati accreditati che erogano prestazioni pubbliche per i cittadini. L'intera macroarea della Specialistica ambulatoriale pertanto necessita di un incremento complessivo di circa 7.3 mln di prestazioni annue al fine di garantire ai cittadini assistiti i Lea a tutto il 31 dicembre, scongiurando in tal modo lo stop all'assistenza in autunno. Lo stop periodico ogni tre mesi genera pertanto un preordinato iniquo "furto prestazionale" in danno agli erogatori. Danno che si riverbera sui cittadini assistiti cui vengono negate le prestazioni che il Servizio Pubblico non riesce a garantire".

Rilanciare i Tavoli regionali di confronto per recepire il contributo degli operatori di ciascuna delle Branche specialistiche, armonizzare la programmazione alle reali e concrete esigenze del settore le richieste a fronte della presunta collaborazione ed adesione delle associazioni di categoria al documento regionale di programmazione dei tetti di spesa biennio 2018-2019.

I dati dei laboratori

"Quei laboratori e centri convenzionati che il governatore reputa inutili - conclude Lamberti - assorbono appena il 15% del fondo sanitario disponibile fornendo, di converso, oltre il 90% delle prestazioni richieste dai cittadini per quanto concerne la sola laboratoristica". "In Campania - aggiunge il presidente di Federlab - il volume delle prestazioni sanitarie complessive erogate nel corso del 2016 assomma a circa 36 milioni. Di queste, solo poco meno di 3 milioni e mezzo sono state coperte dal pubblico. Il resto (parliamo di quasi 33 milioni) è stato garantito dalle nostre strutture. Chi è dunque l'inutile?".

www.elfinanziamento.com - Diritto di stampa e uso esclusivo del quotidiano "Il Giornale" -

17/5/2018

Campania. Tetti di spesa accreditati: l'area della specialistica sul piede di guerra

"A fronte di questi dati - incalza il presidente di Federlab - De Luca dovrebbe ben sapere che i campani, per quanto concerne i soli laboratori di analisi, utilizzano un massimo di 6,17 prestazioni pro capite rispetto alle 9,78 della Toscana, al 9,72 dell'Emilia Romagna ed all'8,66 del Veneto. Il tutto senza considerare la cosiddetta spesa "out of pocket", il ricorso cioè a prestazioni anche in assenza di disposizioni mediche e dunque senza copertura del servizio sanitario (insomma, pagate di tasca propria dal cittadino) notoriamente più bassa nelle regioni del Sud".

Come se non bastasse, rincara la dose Lamberti "tuttora, in Campania, si sconta il blocco della mobilità attiva ovvero la possibilità di erogare prestazioni a residenti in altre regioni. E la risposta del presidente De Luca, rispetto a questo stato di cose, qual è? Come un novello Robin Hood alla rovescia, il commissario toglie ai poveri per dare ai ricchi, stanziando fondi per le case di cura di alta specialità e riducendo la specialistica ambulatoriale (analisi e radiologia) di cui proclama addirittura l'inutilità. In soldoni, De Luca fa esattamente l'opposto rispetto alla normativa dei Lea laddove si richiede la diminuzione del costo dell'ospedalità a fronte di un aumento dello stanziamento per la specialistica ambulatoriale.

Ettore Mautone

quotidianosanita.it

Mercoledì 16 MAGGIO 2018

Centri diabetologici: uno studio dimostra che sono veri e propri salvavita

Una metanalisi italiana appena pubblicata dimostra che i pazienti seguiti presso un centro diabetologico presentano una mortalità ridotta del 19% rispetto alle altre persone con diabete. Ma a frequentare i 500 centri diabetologici della penisola è attualmente solo 1 diabetico su due. La piena applicazione del Piano Nazionale Diabete porterebbe dunque a risparmiare circa 15.000 morti l'anno.

Trattare il diabete non è mestiere facile. E anche se, chi vive in Italia è sicuramente in una posizione di vantaggio rispetto ai pazienti del resto del mondo, resta ancora molto da fare per migliorare l'assistenza dei nostri connazionali con diabete e i loro *outcome*. Ma ci sono anche buone notizie e soprattutto indicazioni rispetto alle direzioni da prendere.

Una recente metanalisi italiana pubblicata sul numero di maggio della rivista [Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Disease](#) e basata su dati prospettici raccolti in Lombardia (7 ASL), Veneto (Verona) e Piemonte (Casale Monferrato), ha dimostrato che le persone che effettuano almeno una visita l'anno presso un centro diabetologico presentano una riduzione di mortalità del 19% rispetto a chi non è seguito anche dal diabetologo. Che è poi quello che prevede il Piano Nazionale Diabete, varato 5 anni fa e applicato ancora a macchia di leopardo nelle diverse Regioni. Con tanto di 'anomalie' quali quelle della Regione Lombardia, dove anziché implementare quanto previsto dal PND, si è pensato di assimilare il diabete ad una qualsiasi malattia cronica, da far gestire da non specialisti.

In questo momento solo una persona con diabete su 2 in Italia viene seguita anche presso il centro diabetologico. Ed è su questi numeri che vale la pena di riflettere e lavorare. Soprattutto alla luce dei risultati della metanalisi che evidenziano come per ogni 17 persone seguite per 10 anni presso un centro diabetologico sia possibile prevenire un evento fatale; come dire, un NNT (*number needed to treat*) assimilabile a quello delle statine, noti farmaci salvavita, in prevenzione secondaria.

"Statine e ACE inibitori - afferma il professor **Enzo Bonora**, presidente della Fondazione Diabete Ricerche primo autore dell'articolo - sono considerati farmaci 'salvavita' e, analogamente la visita presso il centro diabetologico dovrebbe essere a pieno titolo considerata un 'salvavita'. L'addestramento alla gestione della malattia (al quale contribuiscono infermieri e dietisti esperti, che affiancano i diabetologi nei centri), lo *screening* e la stadiazione delle complicanze, l'uso delle tecnologia più moderne per il monitoraggio, l'utilizzo di tutto il vasto armamentario terapeutico a disposizione del diabetologo, l'esperienza maturata nell'assistere migliaia di persone, sono fattori che nel loro complesso possono spiegare perché chi viene assistito anche presso i centri diabetologici presenti una ridotta mortalità".

La **legge 115 del 1987** e il **Piano Nazionale Diabete** raccomandano che la cura delle persone con diabete in Italia comprenda anche delle visite periodiche presso i centri diabetologici (attualmente oltre 500, distribuiti in tutta Italia). E i risultati di questo studio avvalorano e supportano questa raccomandazione. Estrapolando i risultati della metanalisi è possibile stimare che la piena applicazione del Piano Nazionale Diabete porterebbe nell'arco del prossimo decennio ad evitare la morte di circa 150 mila persone con diabete (circa 15 mila ogni anno).

"Al momento attuale - afferma il professor **Giorgio Sesti**, presidente della Società Italiana di Diabetologia - solo la metà delle persone con diabete frequenta i centri diabetologici. Visti questi risultati, sarebbe raccomandabile che anche gli altri cominciasse a frequentarli, nella piena applicazione della gestione integrata fra medici di famiglia e centri specialistici, che è il modello assistenziale propugnato dal Piano Nazionale Diabete. Per assistere adeguatamente i quasi 4 milioni di italiani con diabete - conclude il professor Sesti - i centri diabetologici dovrebbero essere però potenziati e, laddove necessario, riorganizzati per poter essere in grado di assistere un maggiore numero di persone con diabete"

quotidianosanita.it

Mercoledì 16 MAGGIO 2018

Rapporto annuale Istat. Più vecchi di noi solo i giapponesi: aspettativa di vita a quasi 81 anni per i maschi e a 85 per le donne. Nascite sempre in calo da 9 anni. Restano elevate le disuguaglianze di salute

Questa la fotografia degli italiani e dei residenti nel nostro Paese scattata oggi dall'Istat nel suo 26° Rapporto annuale presentato stamattina alla Camera. In Italia, si dichiarano in buona salute sette persone su dieci e rispetto ad altri paesi europei c'è una maggiore omogeneità dello stato di salute rispetto alla condizione economica. C'è, però, una sostanziale differenza tra le Regioni rispetto alla disuguaglianza in salute. In generale, al crescere della spesa sanitaria pro capite questa diminuisce; alcune regioni si discostano da questa tendenza. [IL RAPPORTO 2018](#).

Al 1° gennaio 2018 si stima che la popolazione residente ammonti a 60,5 milioni, con un'incidenza della popolazione straniera dell'8,4 per cento (5,6 milioni di persone). La popolazione totale diminuisce per il terzo anno consecutivo: quasi 100 mila persone in meno rispetto all'anno precedente.

Le nascite, in particolare, sono in calo da nove anni: nel 2008 erano state 577 mila, nel 2017 sono state 464 mila, un nuovo minimo storico dopo quello dell'anno precedente.

Per i tre quarti la diminuzione va attribuita al fatto che escono dall'età feconda generazioni particolarmente numerose di donne. Il restante quarto è riconducibile alla diminuzione della propensione a procreare. Inoltre, si diventa genitori sempre più tardi. Per le donne, l'età media alla nascita del primo figlio, che era di 26 anni nel 1980, nel 2016 è di 31.

Nel 2017 i nati con almeno un genitore straniero sono stati circa 100 mila, più di un quinto del totale, ma dal 2012 diminuisce anche il contributo alle nascite della popolazione straniera. Il numero medio di figli delle donne straniere resta più elevato di quello delle donne italiane (1,95 figli per donna rispetto a 1,27), ma diminuisce per effetto di una struttura per età più "vecchia" rispetto al passato e per i cambiamenti nella dimensione e composizione dei flussi migratori.

Siamo uno dei paesi più longevi al mondo: un neonato di oggi ha un'aspettativa di vita che sfiora gli 81 anni se è maschio e di 85 se è femmina. Tuttavia, in presenza di un calo di natalità, aumenta lo squilibrio demografico: con quasi 170 anziani (persone di almeno 65 anni) ogni 100 giovani (tra 0 e 14 anni), l'Italia è il secondo paese più vecchio al mondo dopo il Giappone.

L'anno scorso, il benessere degli italiani misurato nel Def migliora in cinque dei dodici indicatori considerati e arretra o rimane stabile nei rimanenti sette. In positivo, presentano tendenze concordi da un triennio o più la riduzione della criminalità predatoria, il miglioramento nella partecipazione al mercato del lavoro e la riduzione della durata delle cause civili; in negativo, l'aumento della disuguaglianza dei redditi e della povertà assoluta. Quest'ultima, secondo le stime preliminari, nel 2017 interessa il 6,9 per cento delle famiglie e l'8,3 per cento dei residenti (dal 6,3 e 7,9 per cento nel 2016, rispettivamente). In termini assoluti, si tratta di quasi 1,8 milioni di famiglie e 5 milioni di individui.

In Italia, si dichiarano in buona salute sette persone su dieci. Rispetto ad altri paesi europei c'è una

17/5/2018 Rapporto annuale Istat. Più vecchi di noi solo i giapponesi: aspettativa di vita a quasi 81 anni per i maschi e a 85 per le donne. Nasc...

maggior omogeneità dello stato di salute rispetto alla condizione economica. Nel 2016, nel Paese, l'indice di disegualianza nella percezione dello stato di salute presenta un valore di 0,243, registrando il minimo in Valle d'Aosta (0,166) e il massimo in Basilicata (0,331).

Ma, come nel resto d'Europa, anche lo stato di salute degli italiani risente di caratteristiche socio-economiche, demografiche e territoriali, che concorrono a definire stili e ambienti di vita.

In generale, al crescere della spesa sanitaria pro capite diminuisce la disegualianza in salute. Si discostano da questa tendenza: il Molise, con una spesa pro capite particolarmente elevata e uno dei valori più alti di disegualianza in salute; al contrario il Veneto raggiunge un basso livello di disegualianza in salute, nonostante la spesa sanitaria sia al di sotto della media nazionale.

Nel 2016, il 47,1% della spesa sanitaria pubblica è destinato alle prestazioni ospedaliere, il 20,3% all'assistenza ambulatoriale, il 15,8% all'assistenza farmaceutica e altri presidi medici, il 10,2% all'assistenza di lungo periodo; il resto si distribuisce nell'attività di prevenzione delle malattie e nelle altre funzioni di assistenza e per la gestione del sistema.

L'assistenza territoriale assorbe il 30,7% della spesa sanitaria pubblica. Questa è destinata per il 18,3% a funzioni di cura e riabilitazione, per l'8,2% a servizi di laboratorio di analisi, diagnostica per immagini, trasporto di pazienti o soccorso di emergenza e per il 4,2% a prestazioni di assistenza di lungodegenza.

La varietà di offerta di servizi sul territorio può anche essere valutata in relazione alla struttura demografica e ad altre caratteristiche della popolazione beneficiaria. Profili di offerta sanitaria più centrati sui servizi destinati agli anziani e alle persone con disabilità sono tipici delle aree del Nord e di una parte del Centro.

Le Asl con profili di offerta più indirizzati all'assistenza clinica e diagnostica e meno ad anziani e persone con disabilità sono invece prevalenti nel Mezzogiorno, nel Lazio, in alcune zone del Veneto e nelle aree costiere della Toscana.

Nel 2015, operano in Italia 1.344 strutture ospedaliere del Ssn, per un totale di 217 mila posti letto, per l'83,9% destinati alla cura di patologie acute, per circa il 12% alla riabilitazione, e il rimanente alla lungodegenza.

L'80% delle Asl garantisce l'offerta di Dipartimenti di emergenza di primo livello, circa il 50% quella di secondo livello. Ampie zone del Paese, in particolare nelle Isole, nel Lazio, in Abruzzo e in alcune parti del Nord-est, non sono in grado quindi di fronteggiare emergenze di particolare gravità, se non attraverso trasporti speciali.

Le Regioni con la quota più elevata di mobilità ospedaliera in uscita sono Molise, Basilicata e Calabria (rispettivamente 26,7, 23,7 e 21,2% dei ricoveri dei residenti nel 2016); queste stesse regioni hanno la percentuale più bassa di cittadini soddisfatti per l'assistenza medica ospedaliera ricevuta nel luogo di residenza (25,6, 12,6 e 21,1% rispettivamente).

Le regioni più attrattive per l'assistenza ospedaliera sono la Lombardia e l'Emilia-Romagna, le quali effettuano, rispettivamente, 3,0 e 2,4 ricoveri in entrata per ogni ricovero in uscita dalla regione.

Nel 2015, la spesa dei comuni per i servizi sociali, al netto del contributo degli utenti e del Servizio sanitario nazionale, ammonta a circa 7 miliardi di euro, lo 0,4% del Pil. Circa il 40% delle risorse è destinato ai servizi e ai contributi per le famiglie con figli, un quarto della spesa è destinata ai disabili, circa il 20% agli anziani; quote inferiori sono rivolte al contrasto alla povertà e all'esclusione sociale (7,0%), alla gestione degli immigrati (4,2) e al contrasto alle dipendenze (0,4).

La principale fonte di finanziamento dei servizi sociali è costituita da risorse proprie dei comuni, che complessivamente coprono circa il 70% della spesa per i servizi sociali. Il contributo del fondo indistinto per le politiche sociali nel 2015 è inferiore di quattro punti percentuali rispetto al 2006 ed è in proporzione più alto nel Mezzogiorno rispetto al Centro-nord, dove è invece maggiore l'apporto delle risorse proprie dei comuni.

L'Italia è da tempo tra i paesi più longevi al mondo. Secondo le stime riferite al 2017, la speranza di vita alla nascita ha raggiunto 80,6 anni per gli uomini e 84,9 per le donne. Sul totale della popolazione, il valore più elevato si registra nella provincia di Firenze (84,1 anni), seguita dalla provincia autonoma di Trento (83,8 anni). Il valore minimo è rilevato nelle province di Napoli e Caserta (per entrambe 80,7 anni).

Alla nascita l'aspettativa di vita in buona salute a Bolzano è di quasi fino a 70 anni (69,3 per gli uomini e 69,4 anni per le donne) a fronte di una media nazionale di 60 anni per gli uomini e 57 anni e 8 mesi per le donne. I maschi della Calabria e le femmine della Basilicata sono invece ai livelli più bassi, con un'aspettativa di vita in buona salute alla nascita rispettivamente di 51,7 e 50,6 anni.

L'incremento delle professioni qualificate nell'ultimo anno riguarda principalmente le donne (+3,6 per cento contro +0,4 degli uomini) e in termini assoluti, tra i comparti, l'istruzione e la sanità.

Le famiglie in cui sono presenti anziani necessitano, secondo il Rapporto, di aiuti relativi alle prestazioni sanitarie (iniezioni, medicazioni, eccetera): più di un terzo delle coppie senza figli con almeno una persona di 65 anni e più ha ricevuto prestazioni sanitarie, poco meno del doppio del dato medio (18,2 per cento).