



giovedì, Giugno 22, 2023 **Ultimo:** SANITÀ PUBBLICA IN ITALIA



CRONACA ATTUALITÀ POLITICA

EVENTI E CULTURA SPORT L'EDITORIALE

REGIONALI ▾ CONTATTI ▾ BLOG ▾

FORMAT TV ▾ DIRETTA





Le Cronache **68** TASTO BLU



IN UN SOLO CANALE
TANTI CONTENUTI

CRONACHE
ha fatto **BOM**
CHANNEL

853 IMPIANTI PER
VEDERCI IN TUTT'ITALIA!

UN CANALE INTERATTIVO CON:
MUSICA ● INTRATTENIMENTO ● INFORMAZIONE
● SALUTE ● E MOLTO ALTRO





15ª Conferenza Nazionale GIMBE



SSN

**IL CORAGGIO DELLE SCELTE
PER IL FUTURO DELLA
SANITÀ PUBBLICA**

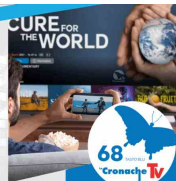
VISIONE, RISORSE, RIFORME

Bologna, 31 marzo 2023

BLOG SALUTE SANITÀ



**LA MIGLIORE
VETRINA
NAZIONALE
IDEALE PER LA
TUA ATTIVITÀ.**



Palinsesto

GIOVEDÌ 22 GIUGNO 2023

07:00 CARTOON WORLD
08:00 CINQUE CASA
09:00 CARTOON ITALIA
10:00 TUTTI A TAVOLA
11:00 NEWS
12:00 BOM
13:00 CARTOON WORLD
14:00 COMICHE 68
15:00 NEWS
16:00 STADIUM
17:00 ULTRA IL GARDINO
18:00 CRONACHE "DA" - APICCALE SANITÀ
19:00 SERIE 68
20:00 NEWS DELLA NOTTE



BLOG PALINSESTO

ANALISI GIMBE SULLA QUESTIONE SANITÀ PUBBLICA IN ITALIA

📅 Domenico Leccese 22 Giugno 2023

SSN IL CORAGGIO DELLE SCELTE PER IL FUTURO DELLA SANITÀ PUBBLICA


Comunicati stampa

22 giugno 2023

Liste di attesa. Analisi GIMBE: nel 2022 recuperato solo il 65% delle prestazioni saltate per la pandemia. Troppe le differenze tra regioni e oltre 7 milioni di prestazioni da erogare

I tempi di attesa per le prestazioni sanitarie costituiscono una delle principali criticità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con cui cittadini e pazienti si scontrano quotidianamente subendo gravi disagi (necessità di ricorrere alle strutture private, migrazione sanitaria, aumento della spesa out-of-pocket, impoverimento), sino alla rinuncia alle cure con pesanti conseguenze sulla salute.

«Il problema delle liste di attesa – dichiara Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione GIMBE – affligge da sempre il nostro SSN, ma negli ultimi anni si è aggravato per l'enorme quantità di prestazioni non erogate durante la pandemia COVID-19»

In particolare, secondo i dati del Ministero della Salute, nel 2020 – rispetto al 2019 – in Italia sono stati oltre 1,57 milioni i ricoveri programmati in meno; per gli screening oncologici oltre 4,1 milioni di inviti e oltre 2,53 milioni di prestazioni in meno; infine, oltre 112 milioni le prestazioni ambulatoriali “saltate”, tra visite specialistiche, esami di laboratorio e strumentali.

Per fronteggiare il problema sono state stanziare risorse ad hoc per il recupero delle prestazioni: € 500 milioni come da Legge di Bilancio 2022 che ha ulteriormente prorogato quanto previsto dal DL 104/2020, le cui risorse non erano state completamente utilizzate dalle Regioni.

Nel gennaio 2022 il Ministero della Salute, con le “Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-CoV-2” ha individuato tre categorie di prestazioni prioritarie: ricoveri per interventi chirurgici programmati, inviti e prestazioni per le campagne di screening oncologici e prestazioni ambulatoriali. «Seguendo le indicazioni ministeriali – spiega Cartabellotta – ciascuna Regione ha elaborato un Piano

IL PALINSESTO DEL GIOVEDÌ

📅 22 Giugno 2023 📍 redazione

Scopri tutti i programmi del palinsesto di oggi



Trasmissioni



BLOG TRASMISSIONI

CANTIERE ITALIA: ARPAL PUGLIA, IL POLTRONIFICIO DI EMILIANO

📅 21 Giugno 2023 📍 redazione

Una panoramica su ARPAL e sulla Regione Puglia

Conduce Onofrio D'Alesio

Ospiti :

MARCO GALANTE – CAPOGRUPPO

M5S REGIONE PUGLIA

MICHELE MAZZARANO – CONS.REG.

PD

FABIANO AMATI – COORD.REG.LE

AZIONE

ANTONIO TUTOLO – CONS.REG.LE

GRUPPO MISTO


OLTRE IL GIARDINO, SPACCIO DI OPPOSTA OPINIONE

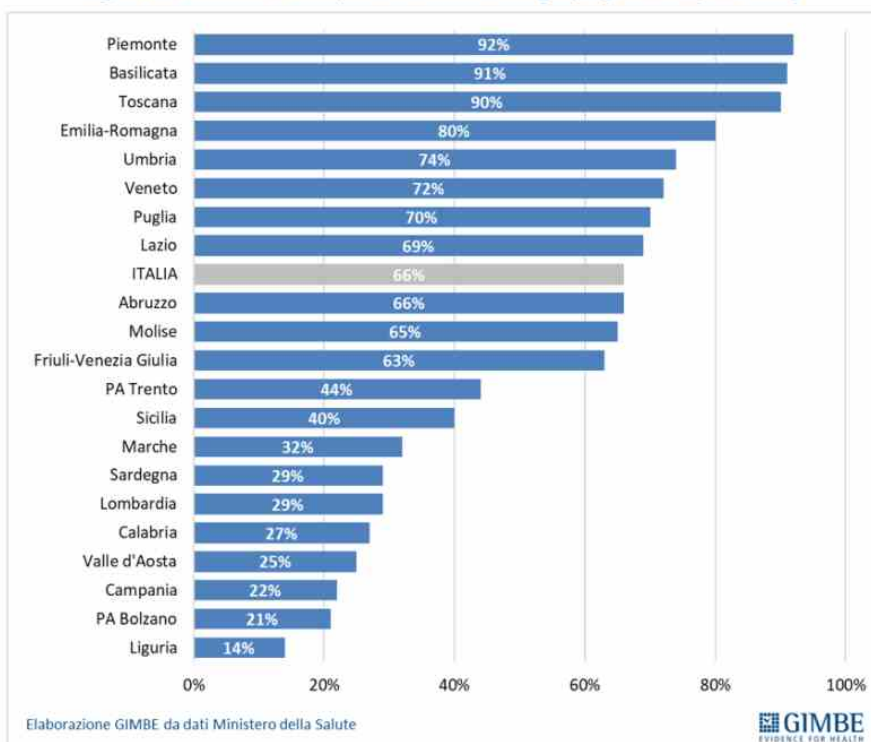
📅 20 Giugno 2023


OLTRE IL

Operativo Regionale (POR) dove ha delineato strategie e modalità organizzative per recuperare le prestazioni non erogate durante il periodo pandemico». Il recente Rapporto sul coordinamento della Finanza Pubblicadella Corte dei Conti ha reso noti i dati del Ministero della Salute sia sul recupero delle prestazioni nel 2022 da parte delle Regioni, sia sul finanziamento utilizzato: dati su cui la Fondazione GIMBE ha effettuato le analisi di seguito riportate.

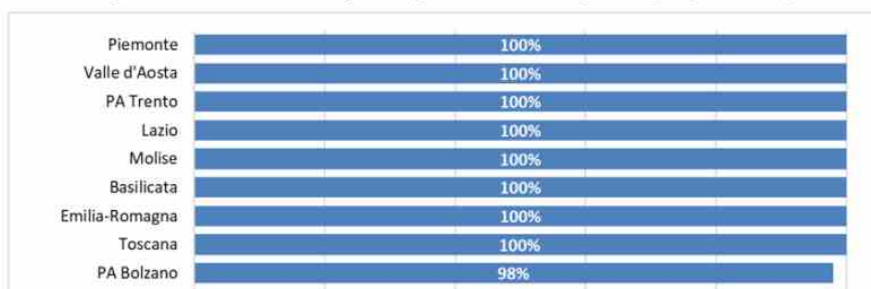
Ricoveri per interventi chirurgici programmati. Complessivamente le Regioni hanno inserito nei POR oltre 512 mila ricoveri programmati da recuperare, per le quali il Ministero della Salute riporta un recupero stimato di poco più di 338 mila (66%). Notevoli le variabilità regionali: dal 92% del Piemonte al 14% della Liguria (figura 1).

Figura 1. Percentuale di recupero dei ricoveri chirurgici programmati (anno 2022)



Screening oncologici: inviti e prestazioni. Le Regioni hanno previsto nei POR di recuperare oltre 5 milioni di inviti e quasi 2,84 milioni di prestazioni. La rendicontazione ministeriale riporta un recupero stimato di quasi 4,2 milioni di inviti (82%) e poco più di 1,9 milioni di prestazioni (67%). Notevoli le differenze regionali: per gli inviti si va dal 100% di Piemonte, Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Molise e Basilicata al 14% del Friuli Venezia Giulia (figura 2). Relativamente alle prestazioni, il recupero oscilla dal 100% di Toscana, Provincia Autonoma di Trento, Piemonte e Basilicata al 9% di Calabria e Lazio (figura 3). Da segnalare che la Regione Umbria aveva già recuperato tutte le prestazioni di screening nell'anno 2021.

Figura 2. Percentuale di recupero degli inviti a screening oncologici (anno 2022)



GIARDINO,
L'ULTIMO TRENO
PER LA BASILICATA

20 Giugno 2023



Diretta Live | H24



Sponsor



Seguici su Twitter

I miei Cinguettii

Tweet e post dai social del
Consiglio regionale di Basilicata

Tweets by CRBasilicata

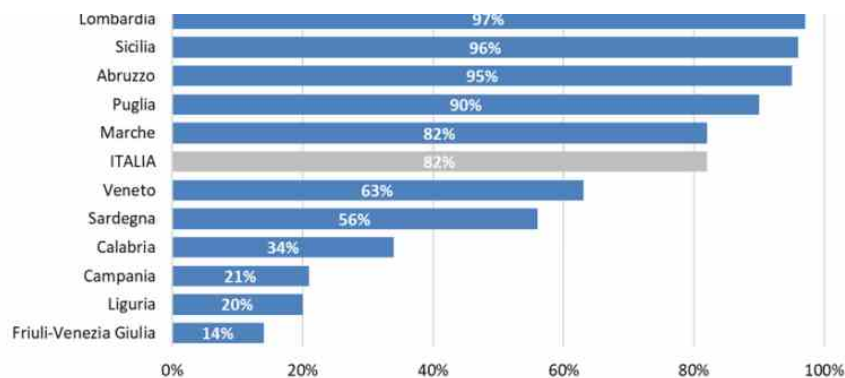
Dall'Italia e dal mondo

Ucraina, Zelensky: "Battaglie feroci al fronte, a Sud distruggiamo il nemico"

Caldo, ondata bollente sull'Italia: allerta arancione in 13 regioni

Sommergibile disperso, corsa contro il tempo per trovare il Titan: ancora poche ore di ossigeno

Pd, Schlein tesse la tela: oggi 'esordio' con

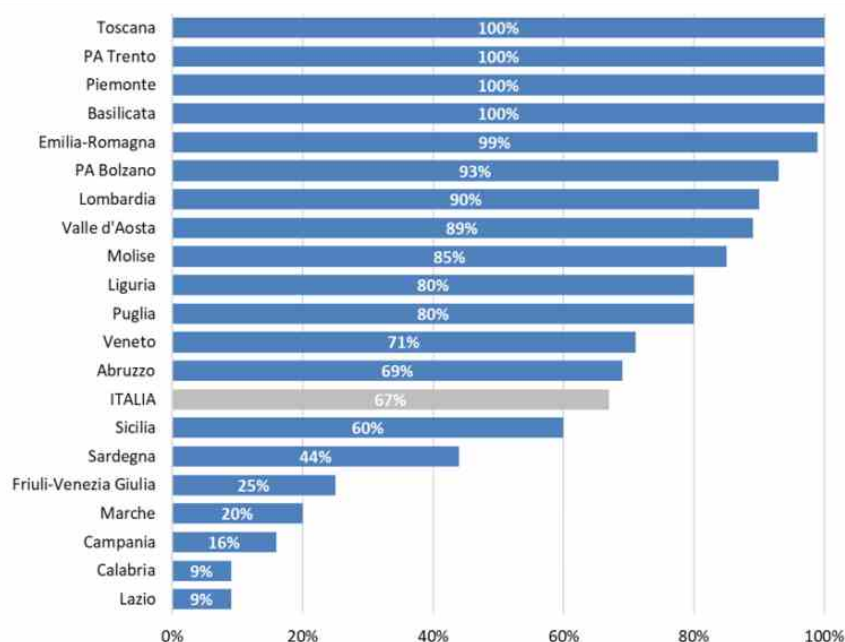


Dal grafico è esclusa la Regione Umbria che ha recuperato le prestazioni di screening nel 2021.

Elaborazione GIMBE da dati Ministero della Salute



Figura 3. Percentuale di recupero delle prestazioni di screening oncologico (anno 2022)



Dal grafico è esclusa la Regione Umbria che ha recuperato le prestazioni di screening nel 2021.

Elaborazione GIMBE da dati Ministero della Salute

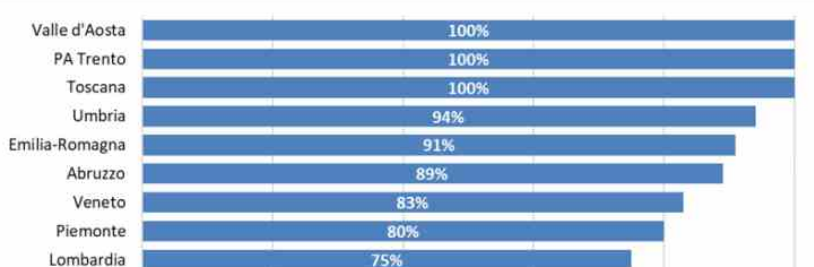


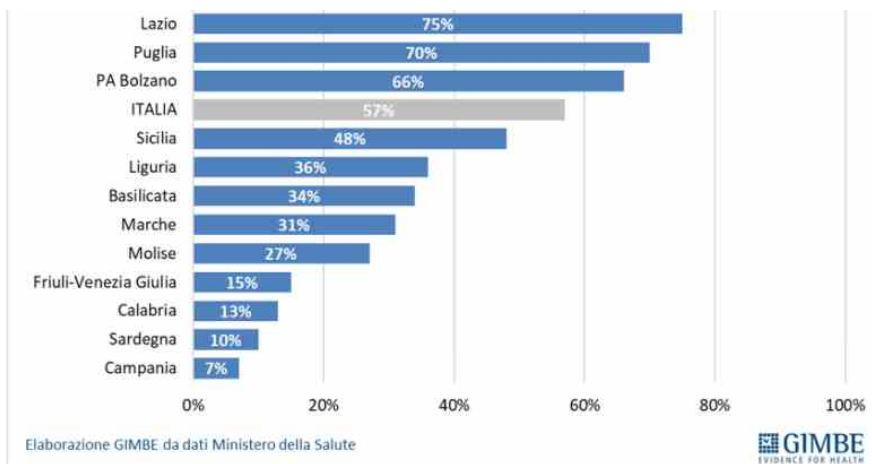
Conte in Molise



Prestazioni ambulatoriali. In totale le Regioni hanno programmato di recuperare quasi 11,9 milioni di prestazioni, di cui Ministero della Salute riporta un recupero stimato di quasi 6,8 milioni (57%). «Un dato –spiega Cartabellotta – che ha avuto conseguenze rilevanti sui tempi di attesa delle nuove prestazioni ambulatoriali, e verosimilmente ne continua ad avere, visto che ne rimangono da recuperare oltre 5 milioni». Anche per queste prestazioni nette le differenze regionali in termini di recupero: dal 100% di Valle D'Aosta, Provincia Autonoma di Trento e Toscana al 7% della Campania (figura 4).

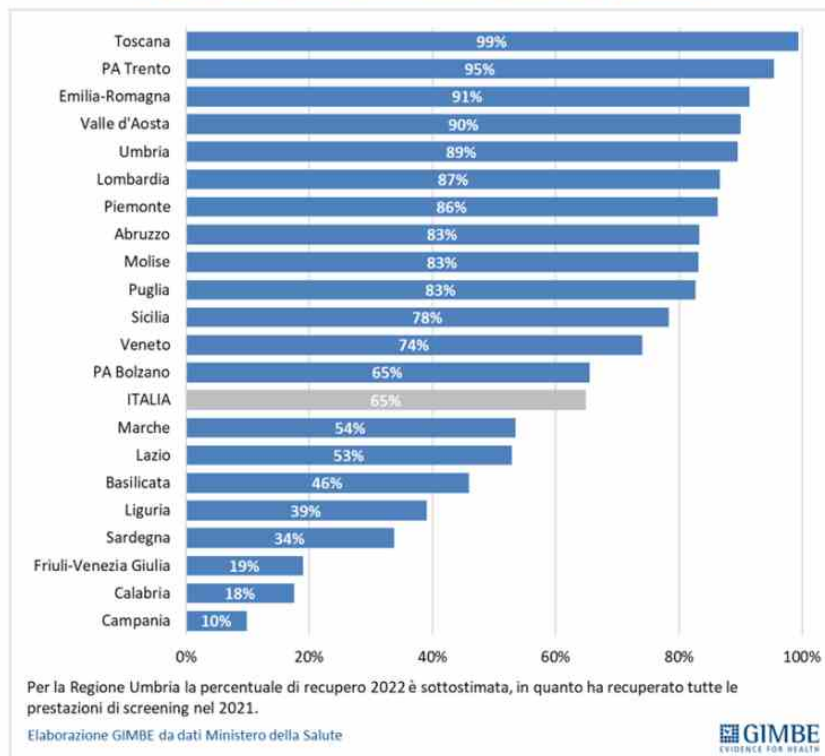
Figura 4. Percentuale di recupero delle prestazioni ambulatoriali (anno 2022)





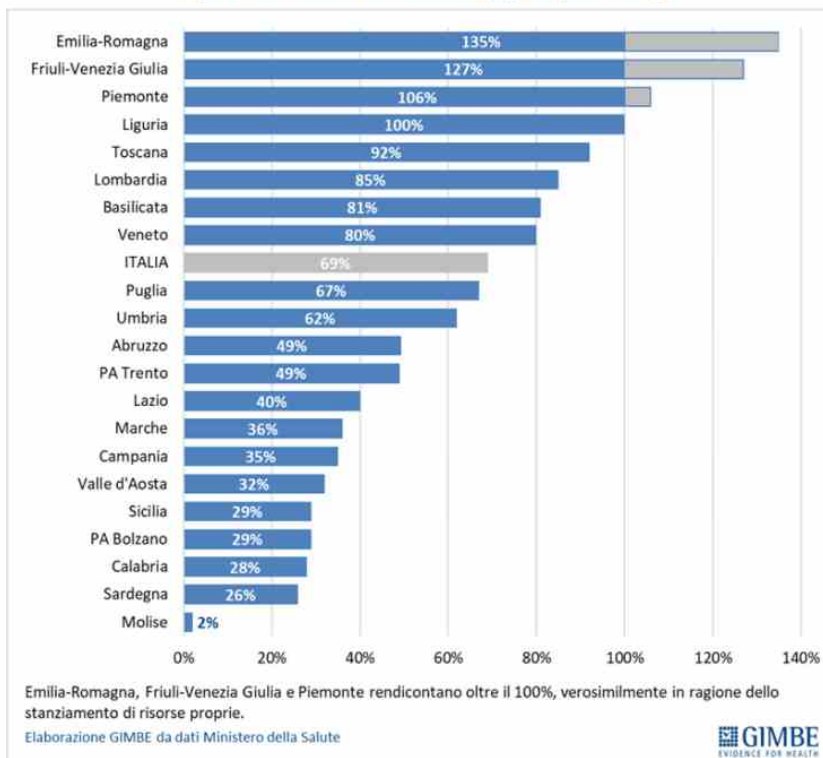
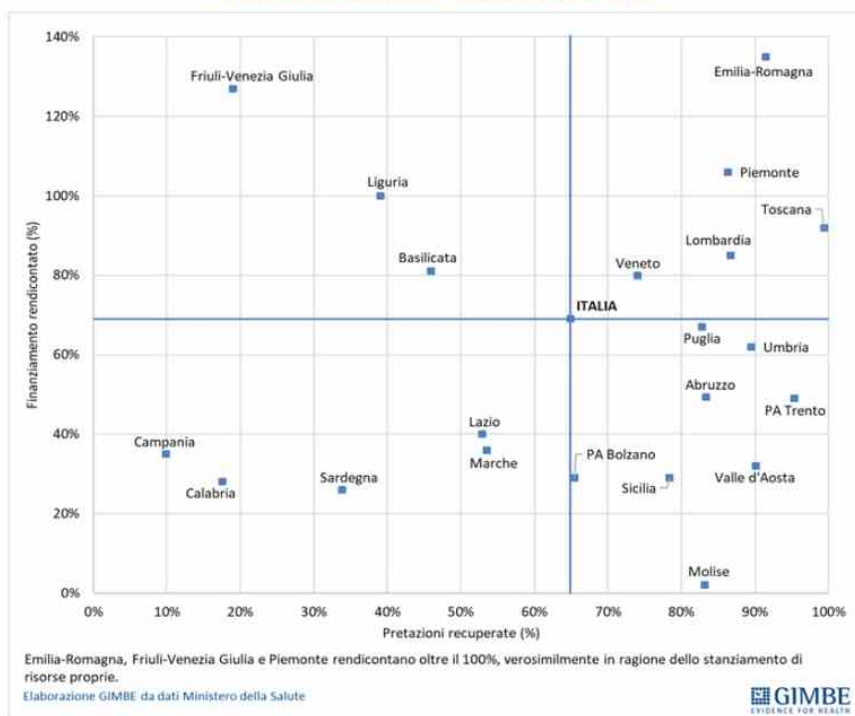
Recupero complessivo delle prestazioni. «Delle 20,3 milioni di prestazioni arretrate, nel 2022 complessivamente ne sono state recuperate poco meno di due su tre, ovvero il 65% – precisa Cartabellotta – e nessuna Regione ha raggiunto per tutte le prestazioni le quote di recupero previste dai POR». Inoltre, i risultati evidenziano un'ampia variabilità nei livelli di performance sia tra le varie Regioni, sia all'interno della stessa Regione tra differenti tipologie di prestazioni. Al fine di fornire un quadro complessivo sulla capacità di recupero delle singole Regioni è stata calcolata la percentuale totale di prestazioni recuperate sul totale di quelle inserite nei relativi POR (figura 5). «Pur trattandosi di tipologie differenti di prestazioni – spiega Cartabellotta – che richiedono un diverso impegno organizzativo ed economico, questa "classifica" vede sul podio Toscana (99%), Provincia autonoma di Trento (95%) ed Emilia-Romagna (91%) e sul fondo Calabria (18%) e Campania (10%)».

Figura 5. Percentuale di recupero delle prestazioni totali (anno 2022)



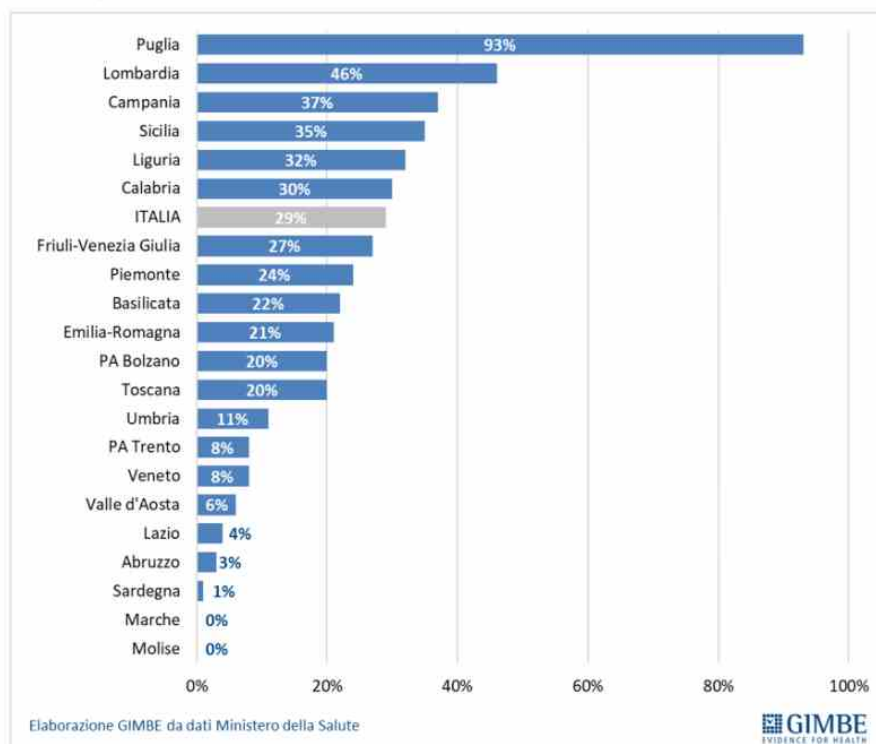
Finanziamento utilizzato. L'attività di audit conclusa nell'aprile 2023 dal Ministero della Salute sull'attuazione dei POR fornisce anche il quadro sull'utilizzo delle risorse. La spesa rendicontata al 31 dicembre 2022 sfiora i € 348 milioni, ovvero quasi il 70% di quella stanziata, con notevoli differenze regionali: dal 2% del Molise al 100% della Liguria, con alcune Regioni (Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia e Piemonte) che superano il 100%,

verosimilmente in ragione dello stanziamento di risorse proprie (figura 6). «Il dato più rilevante – commenta Cartabellotta – è che non risulta una correlazione diretta tra risorse utilizzate e prestazioni recuperate: in altre parole, dalla rendicontazione del Ministero della Salute emergono inspiegabili variabilità regionali tra risorse investite e prestazioni recuperate» (figura 7).

Figura 6. Percentuale delle risorse impegnate (anno 2022)

Figura 7. Relazione tra percentuale di finanziamento rendicontato e percentuale di prestazioni recuperate dalle Regioni


Coinvolgimento delle strutture private accreditate. Al fine di agevolare il recupero delle

prestazioni, la normativa ha previsto che Regioni e Province Autonome potessero coinvolgere gli erogatori privati accreditati, integrando accordi e contratti esistenti, con la possibilità di destinare ai privati sino a un massimo di € 150 milioni sui complessivi € 500 milioni di finanziamento. Il Ministero della Salute riporta una stima complessiva a livello nazionale di committenza alle strutture private del 29%: in dettaglio, il 30% del finanziamento destinato ai ricoveri, il 13% di quello per gli screening e il 32% delle risorse allocate per le prestazioni ambulatoriali. «Tuttavia esiste una enorme variabilità regionale – spiega il Presidente – sia in termini di quota di committenza totale, sia rispetto alla distribuzione delle tre tipologie di prestazioni erogate dal privato». La percentuale stimata di committenza al privato è pari o superiore alla media nazionale in Puglia (93%), Lombardia (46%), Campania (37%), Sicilia (35%), Liguria (32%) e Calabria (30%); le altre Regioni si collocano al di sotto del valore nazionale, con Marche e Molise che non hanno fatto ricorso al privato (figura 8).

Figura 8. Percentuale di committenza alle strutture private accreditate (anno 2022)


«Il monitoraggio del Ministero della Salute – conclude Cartabellotta – dimostra che complessivamente che le Regioni non hanno recuperato il 35% delle prestazioni “saltate” durante la pandemia per complessive 7,13 milioni di prestazioni. In dettaglio, 174mila ricoveri programmati, 914mila inviti e 936mila di prestazioni per gli screening oncologici e 5,1 milioni di prestazioni ambulatoriali. Inoltre, i dati restituiscono un quadro molto eterogeneo tra le varie Regioni sia sulle percentuali di prestazioni recuperate, sia sul finanziamento utilizzato che non sempre è correlato con le prestazioni recuperate».

Download comunicato

24 maggio 2023

Allarme medici di famiglia: ne mancano quasi 2.900 ed entro il 2025 ne perderemo oltre 3.400. Il 42,1% dei medici supera il tetto massimo di 1.500 pazienti, riducendo la qualità dell'assistenza. L'aumento dell'età pensionabile e del numero di assistiti nascondono la polvere sotto il tappeto

Secondo quanto riportato sul sito del Ministero della Salute ogni cittadino iscritto al Servizio

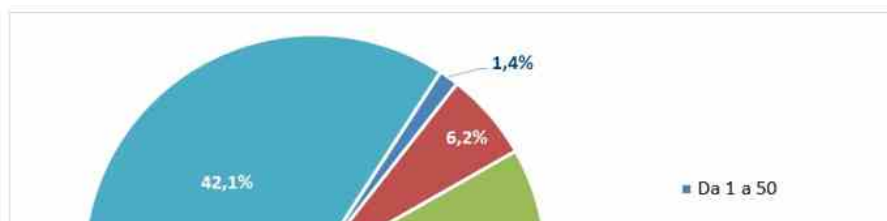
Sanitario Nazionale (SSN) ha diritto a un medico di medicina generale (MMG) – cd. medico di famiglia – attraverso il quale può accedere a tutti i servizi e prestazioni inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Il MMG non è un medico dipendente del SSN, ma lavora in convenzione con l'Azienda Sanitaria Locale (ASL): il suo rapporto di lavoro è regolamentato dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN), dagli Accordi Integrativi Regionali e dagli Accordi Attuativi Aziendali a livello delle singole ASL.

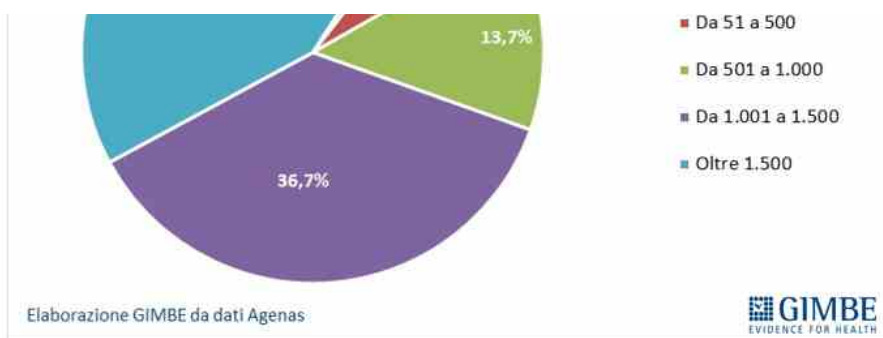
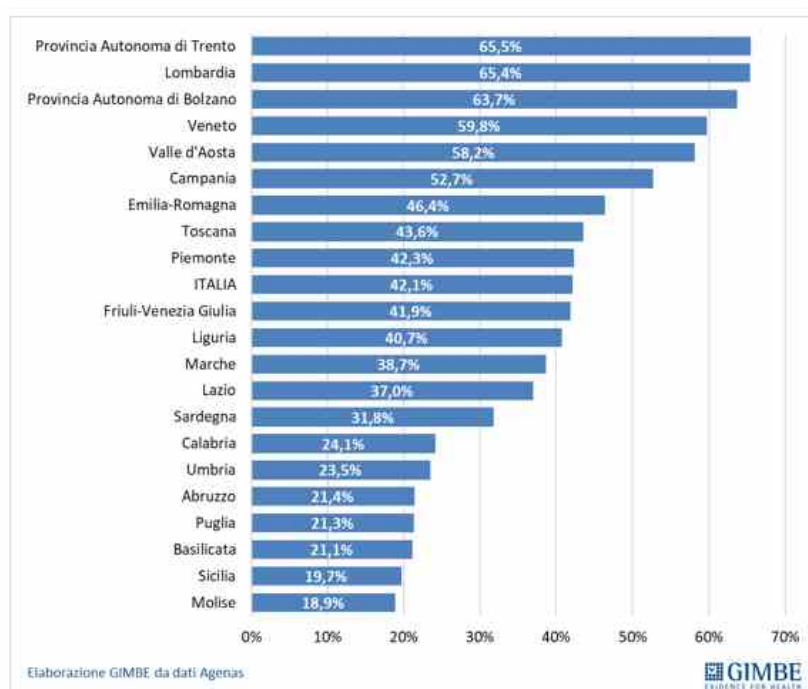
«L'allarme sulla carenza dei MMG – afferma Nino Cartabellotta Presidente della Fondazione GIMBE – oggi riguarda tutte le Regioni per ragioni diverse: mancata programmazione, pensionamenti anticipati, medici con numeri esorbitanti di assistiti e desertificazione nelle aree disagiate che finiscono per comportare l'impossibilità di trovare un MMG nelle vicinanze del domicilio, con conseguenti disagi e rischi per la salute».

Al fine di comprendere meglio le cause e le dimensioni del fenomeno, la Fondazione GIMBE ha analizzato le criticità insite nelle norme che regolano l'inserimento dei MMG nel SSN e stimato l'entità della carenza attuale e futura di MMG nelle Regioni italiane. «È bene precisare – spiega Cartabellotta – che le nostre analisi incontrano tre ostacoli principali. Innanzitutto, i 21 differenti Accordi Integrativi Regionali introducono una grande variabilità del massimale di assistiti per MMG; in secondo luogo, su carenze e fabbisogni è possibile effettuare solo una stima media regionale, perché la reale necessità di MMG viene determinata da ciascuna ASL sugli ambiti territoriali di competenza; infine, la distribuzione non uniforme degli assistiti in carico ai MMG può sovra- o sotto-stimare il loro reale fabbisogno in relazione alla situazione locale».

CRITICITÀ

Massimale di assistiti. Secondo quanto previsto dall'ACN, il numero massimo di assistiti di un MMG è fissato a 1.500: in particolari casi può essere incrementato fino a 1.800 assistiti, ma molto spesso questo numero viene superato attraverso deroghe disposte dagli Accordi Integrativi Regionali (es. fino a 2.000 nella Provincia Autonoma di Bolzano), deroghe locali per indisponibilità di MMG e scelte temporanee del medico (es. extracomunitari senza permesso di soggiorno, non residenti). Parallelamente, altre motivazioni possono determinare un numero inferiore di assistiti: autolimitazione delle scelte, MMG con doppio incarico che ne limita le scelte, MMG nel periodo iniziale di attività, esercizio della professione in zone disagiate. «Per ciascun MMG – commenta il Presidente – il carico potenziale di assistiti rispetto a quello reale restituisce un quadro molto eterogeneo, dove accanto a troppi MMG “ultra-massimalisti” ci sono colleghi con un numero molto basso di assistiti». I dati Agenas per l'anno 2021 documentano infatti che su 40.250 MMG il 42,1% ha più di 1.500 assistiti; il 36,7% tra 1.001 e 1.500 assistiti; il 13,6% da 501 a 1.000; il 6,2% tra 51 e 500 e l'1,4% meno di 51 (figura 1). In particolare, il massimale di 1.500 assistiti viene superato da più di un MMG su due in Campania (52,7%), Valle d'Aosta (58,2%), Veneto (59,8%) e da quasi due su tre nella Provincia Autonoma di Bolzano (63,7%), in Lombardia (65,4%) e nella Provincia Autonoma di Trento (65,5%) (figura 2), «con ovvia riduzione della qualità dell'assistenza – commenta Cartabellotta – accendendo “spie rosse” su varie Regioni in relazione a tre criticità: la reale disponibilità di MMG in relazione alla densità abitativa, la capillare distribuzione territoriale e la possibilità per i cittadini di esercitare il diritto della libera scelta».




Figura 1. Numero di assistiti per MMG (% sul totale)

Figura 2. MMG con oltre 1.500 assistiti (% sul totale)

Ambiti territoriali carenti. I nuovi MMG vengono inseriti nel SSN previa identificazione da parte della Regione (o soggetto da questa individuato) delle cosiddette "zone carenti", ovvero gli ambiti territoriali dove è necessario colmare il fabbisogno e garantire una diffusione capillare dei MMG. Secondo l'ACN per ciascun ambito territoriale può essere iscritto un medico ogni 1.000 residenti o frazione di 1.000 superiore a 500 di età ≥ 14 anni (cd. rapporto ottimale); è inoltre consentita, tramite gli Accordi Integrativi Regionali, una variazione di tale rapporto fino a 1.300 residenti per medico (+30%).

Pensionamenti. Secondo le stime dell'ENPAM al 31 dicembre 2021 più del 50% dei MMG aveva oltre 60 anni di età ed è, quindi, atteso un pensionamento massivo nei prossimi anni: considerando una età di pensionamento di 70 anni, entro il 2031 dovrebbero andare in pensione circa 20 mila MMG.

Nuovi MMG. Il numero di borse di studio ministeriali destinate al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, dopo un periodo di sostanziale stabilità intorno a 1.000 borse annue (2014-2017), è successivamente aumentato, in particolare nel 2021 (n. 3.406) e nel 2022 (n. 3.675) grazie alle risorse dedicate del PNRR (figura 3). «Tuttavia i nuovi MMG – spiega Cartabellotta – non saranno sufficienti per colmare il ricambio generazionale. In particolare, l'ENPAM stima che il numero dei giovani formati o avviati alla formazione in medicina generale occuperebbe solo il 50% dei posti di MMG lasciati scoperti dai pensionamenti».

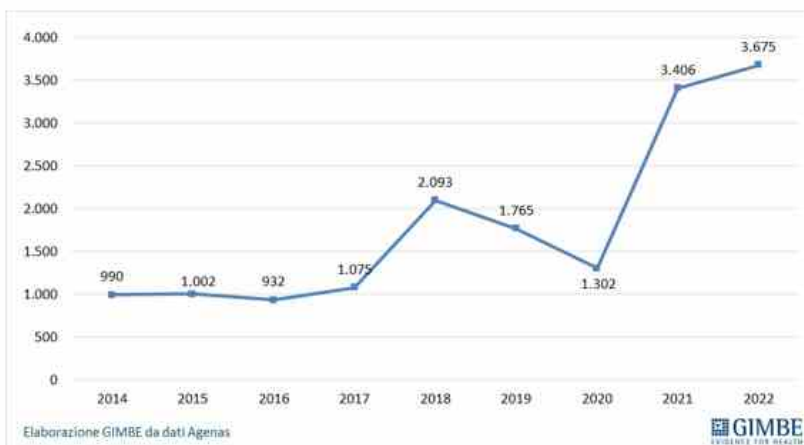


Figura 3. Numero di borse di studio nazionali per il Corso di formazione specifica in Medicina Generale

STIMA DELLE CARENZE ATTUALI E FUTURE

Trend 2019-2021 e anzianità di laurea. Dal recente Rapporto Agenas sui MMG emerge innanzitutto una progressiva diminuzione di quelli in attività: nel 2021 erano 40.250, ovvero 2.178 in meno rispetto al 2019 (-5,4%) con notevoli variabilità regionali (figura 4). «Ma è soprattutto il quadro anagrafico a preoccupare – commenta Cartabellotta – visto che nel 2021 il 75,3% dei MMG in attività aveva oltre 27 anni di anzianità di laurea, con quasi tutte le Regioni del Centro-Sud sopra la media nazionale, anche in conseguenza di politiche sindacali locali che non sempre hanno favorito il ricambio generazionale». In alcune Regioni meridionali la fascia dei MMG più anziani arriva a superare l'80%: Calabria (88,3%), Molise (83,2%), Campania (82,7%), Sicilia (82,6%), Basilicata (82,1%) (figura 5).

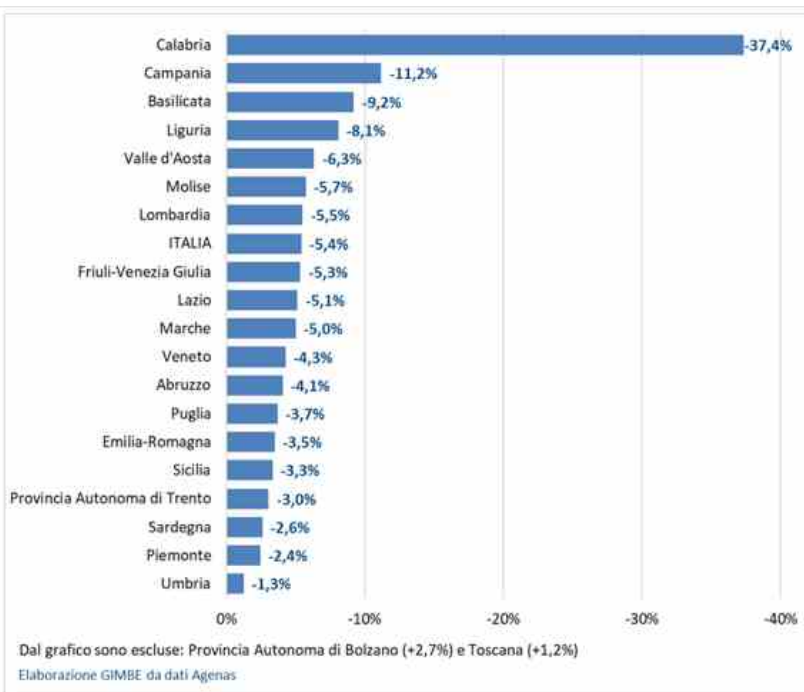
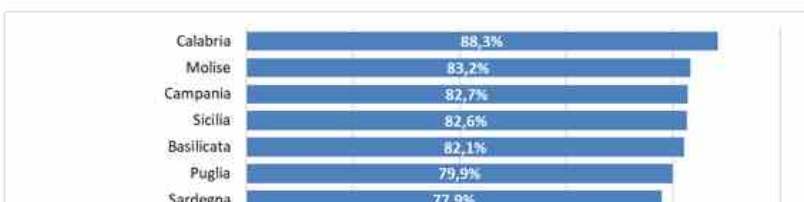


Figura 4. Riduzione % del numero di MMG 2021 vs 2019



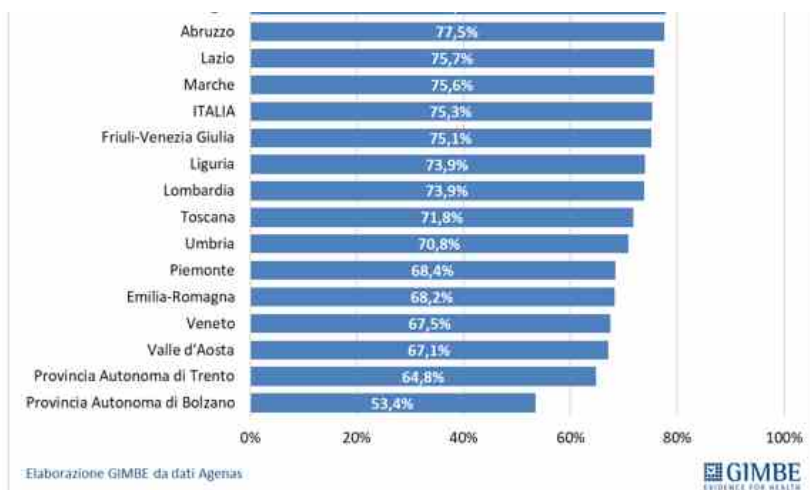


Figura 5. MMG con oltre 27 anni di laurea (% sul totale)

Numero di assistiti per MMG. Secondo le rilevazioni della Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC), al 1° gennaio 2022 39.270 MMG avevano in carico oltre 51,3 milioni di assistiti. In termini assoluti, la media nazionale è di 1.307 assistiti per MMG: dai 1.073 della Sicilia ai 1.461 del Veneto, ai 1.466 della Lombardia, fino ai 1.545 della Provincia Autonoma di Bolzano (figura 6). «Tuttavia lo scenario – precisa Cartabellotta – è molto più critico di quanto lascino trasparire i numeri: infatti, con questo livello di saturazione vengono meno il principio della libera scelta e la distribuzione capillare dei MMG in relazione alla densità abitativa. Di conseguenza, è spesso impossibile trovare disponibilità di un MMG vicino casa, non solo nelle cosiddette aree desertificate (zone a bassa densità abitativa, con condizioni geografiche disagiate, rurali e periferiche) dove i bandi per gli ambiti territoriali carenti vanno spesso deserti, ma anche nelle grandi città».

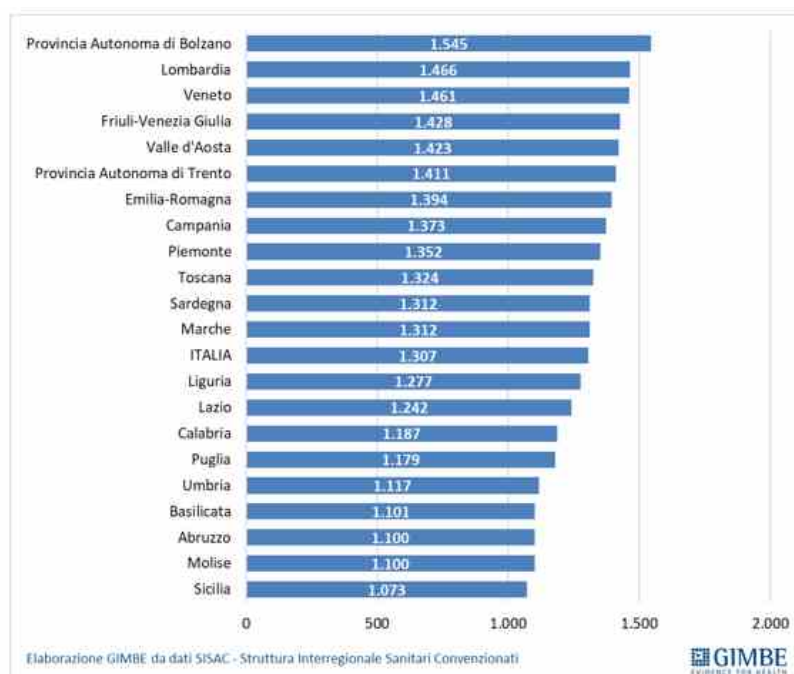


Figura 6. Numero medio di assistiti per MMG al 1° gennaio 2022

Fabbisogno di MMG al 1° gennaio 2022. «Le criticità sopra rilevate – spiega Cartabellotta – permettono solo di stimare il fabbisogno medio regionale di MMG in relazione al numero di assistiti, in quanto la necessità di ciascun ambito territoriale carente viene identificata dalle ASL secondo variabili locali». Se l'obiettivo è garantire la qualità dell'assistenza, la distribuzione capillare in relazione alla densità abitativa, la prossimità degli ambulatori e

l'esercizio della libera scelta, non si può far riferimento al massimale delle scelte per stimare il fabbisogno di MMG. Di conseguenza la Fondazione GIMBE, ritenendo accettabile un rapporto di 1 MMG ogni 1.250 assistiti (valore medio tra il massimale di 1.500 e l'attuale rapporto ottimale di 1.000) e utilizzando le rilevazioni SISAC al 1° gennaio 2022, stima una carenza di 2.876 MMG, con situazioni più critiche nelle grandi Regioni del Nord: Lombardia (-1.003), Veneto (-482), Emilia Romagna (-320), Piemonte (-229), oltre che in Campania (-349) (figura 7).

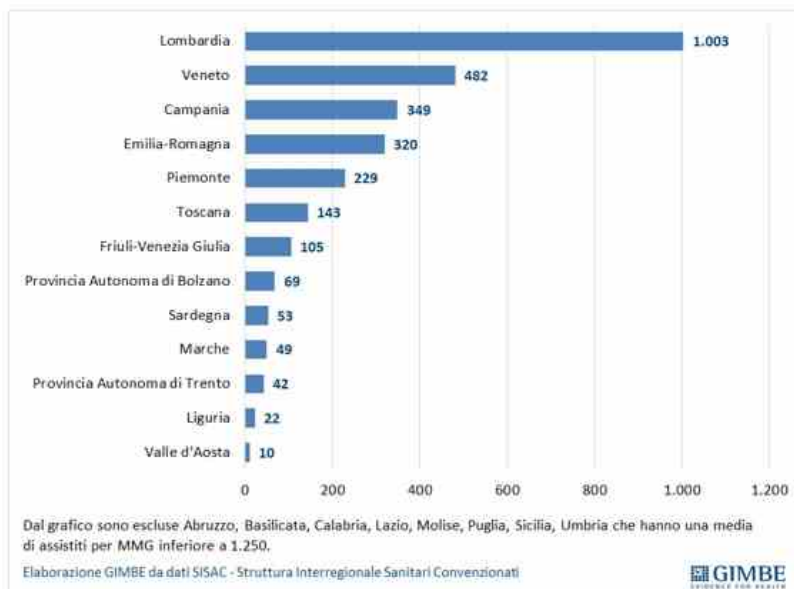
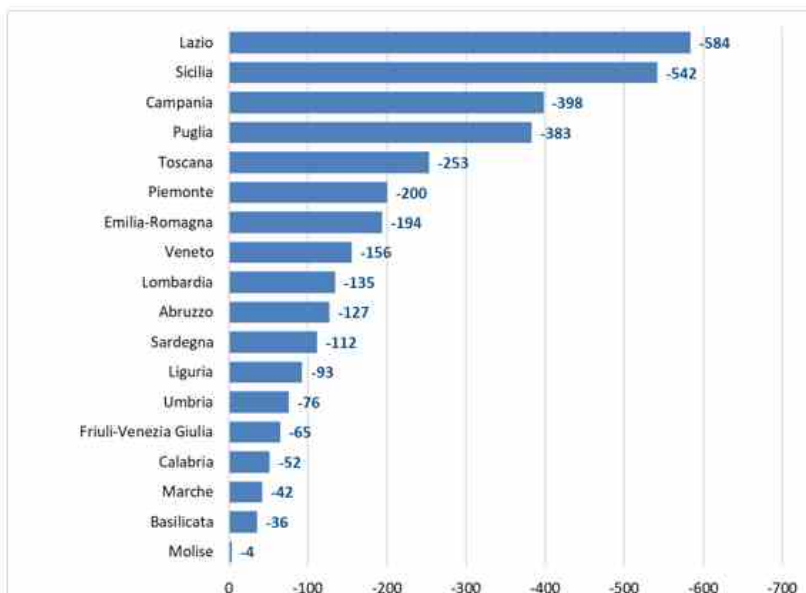


Figura 7. Stima GIMBE del numero di MMG mancanti al 1° gennaio 2022

Proiezione MMG al 2025. Tenendo conto dei pensionamenti attesi e delle borse di studio per il Corso di Formazione in Medicina Generale, i dati Agenas(dove mancano le stime per la Provincia Autonoma di Bolzano) dimostrano che nel 2025 il numero dei MMG diminuirà di 3.452 unità rispetto al 2021, con nette differenze regionali (figura 8). In particolare saranno alcune Regioni del Centro-Sud nel 2025 a scontare la maggior riduzione di MMG: Lazio (-584), Sicilia (-542), Campania (-398), Puglia (-383). «L'entità della riduzione stimata da Agenas - chiosa Cartabellotta - è peraltro sottostimata per almeno due ragioni: innanzitutto, non tiene conto che i medici attualmente iscritti al Corso di Formazione in Medicina Generale possono acquisire già durante la frequenza del corso sino a 1.000 scelte; in secondo luogo perché molti MMG vanno in pensione prima dei 70 anni».



Dal grafico sono escluse: Valle D'Aosta (+9), Provincia Autonoma di Trento (+7); per la Provincia Autonoma di Bolzano i dati non sono disponibili
 Elaborazione GIMBE da dati Agenas

Figura 8. Stima riduzione numero MMG nel 2025 vs 2021

«La progressiva carenza di MMG – conclude Cartabellotta – consegue sia ad errori di programmazione per garantire il ricambio generazionale, in particolare la mancata sincronia per bilanciare pensionamenti attesi e finanziamento delle borse di studio, sia a politiche sindacali non sempre lineari. Ed è evidente che le soluzioni “tampone” attuate dal Governo con il Decreto Milleproroghe (innalzamento dell'età pensionabile a 72 anni) e dalle Regioni (aumento del massimale) servono solo a nascondere la polvere sotto il tappeto, senza risolvere la progressiva carenza dei MMG. In tal senso è necessario mettere in atto una strategia multifattoriale: adeguata programmazione del fabbisogno, tempestiva pubblicazione da parte delle Regioni dei bandi per le borse di studio, attuazione di modelli organizzativi che valorizzino il lavoro in team, piena implementazione della riforma dell'assistenza territoriale prevista dal PNRR (Case di comunità, Ospedali di Comunità, assistenza domiciliare, telemedicina), allineamento degli accordi sindacali ai reali bisogni della popolazione. Perché guardando ai numeri, accanto alla carenza già esistente, le previsioni dimostrano che i medici di famiglia saranno sempre meno nei prossimi anni. Una “desertificazione” che lascerà scoperte milioni di persone con conseguenze sempre più rilevanti per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale e soprattutto per la salute della popolazione, in particolare gli anziani e i fragili».

Download comunicato

10 maggio 2023

Coronavirus, richiami per anziani e fragili in stallo: in sette settimane +0,1% copertura con quarta dose e +0,7% con quinta dose. E i tassi rimangono bassi, soprattutto al sud

Lo scorso 5 maggio, il Comitato tecnico dell'Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS) ha raccomandato la fine dello stato di emergenza internazionale recepita dal Direttore Generale Tedros Adhanom Ghebreyesus, che comunque ha ribadito che *“Resta il rischio di nuove varianti emergenti che possono causare nuove ondate di casi e morti. La cosa peggiore che i paesi possano fare ora è usare questa notizia per abbassare la guardia, per smantellare il sistema che hanno costruito e per lanciare alla gente il messaggio che il COVID non è più qualcosa di cui preoccuparsi”*.

«Al tempo stesso l'OMS – dichiara Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione GIMBE – ha pubblicato infatti il quarto aggiornamento del piano strategico 2023-2025 di preparazione e risposta al COVID-19 che definisce le azioni per minimizzare l'impatto della pandemia sullo stato di salute delle popolazioni, oltre che sui sistemi sanitari». In particolare, tra gli approcci per raggiungere questi obiettivi l'OMS raccomanda di vaccinare le popolazioni a rischio al fine di ridurre l'incidenza di malattia grave e mortalità.

«A un mese e mezzo dalla sospensione della pubblicazione del monitoraggio GIMBE sul COVID-19 – continua Cartabellotta – abbiamo ritenuto opportuno valutare l'avanzamento delle coperture vaccinali relative ai richiami con quarta e quinta dose, pur con la difficoltà di fornire dati precisi visto che entrambe le platee non vengono aggiornate ormai da molto tempo».

Vaccini: quarta dose. La platea per il secondo richiamo (quarta dose), aggiornata al 17 settembre 2022, è di 19,1 milioni di persone: di queste, 12,5 milioni possono riceverlo subito, 0,6 non sono eleggibili nell'immediato in quanto guarite da meno di 120 giorni e 6 milioni l'hanno già ricevuto. Al 5 maggio sono state somministrate 6.003.913 quarte dosi, con una media mobile nell'ultima settimana di 164 somministrazioni al giorno (Figura 1).