



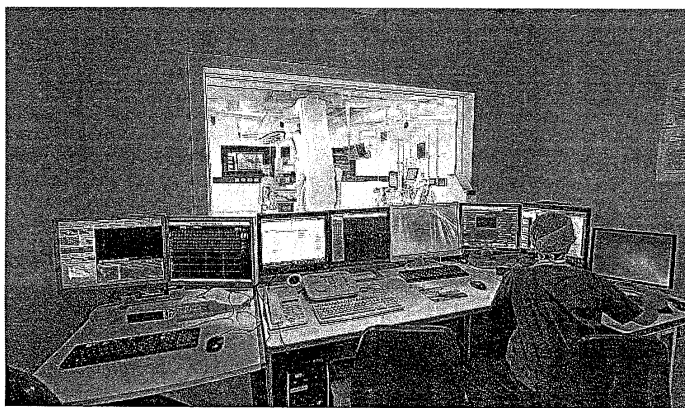
Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA CRT SICILIA

22 NOVEMBRE 2018

**A CURA DELL'UFFICIO STAMPA CRT SICILIA
(TIZIANA LENZO –MARIELLA QUINCI)**



La sala ibrida dell'Ismett. Il blocco operatorio innovativo per interventi cardiovascolari

Medicina e ricerca

Ismett, valvola innovativa impiantata a un cardiopatico

Un paziente affetto da stenosi aortica severa

Salvatore Fazio

Per quella malattia al cuore, la stenosi aortica severa, rischiava gravi conseguenze e non avrebbe mai potuto essere operato chirurgicamente. La ricerca tecnologica, invece, lo ha salvato grazie ad un sistema di ultima generazione: una nuova valvola aortica con tecnologia a procedura semplificata. Adesso il paziente sta bene e grazie a questa particolare innovazione la sua vita è cambiata.

Molti sono i vantaggi portati dalla nuova valvola: consente di diminuire i tempi di ospedalizzazione dei pazienti sottoposti a procedure di cardiocirurgia mini-invasiva come la Tavi (Transcatheter aortic valve implantation), migliora la procedura di impianto e riduce i rischi post-operatori. Il nuovo sistema è utilizzato all'Ismett. La struttura è una delle prime individuate in tutto il mondo per l'utilizzo di questo tipo di tecnologia innovativa.

Tecnicamente, la valvola presenta una «gonnellina» esterna più alta progettata per eliminare i distacchi parziali delle protesi valvolari cardiache, ovvero il leak paravalvolare.

«Il sistema di introduzione - spiegano i medici - consiste di una

nuova guaina espandibile di basso profilo, quello di rilascio è, invece, "on-balloon" ovvero è progettato per il montaggio diretto della valvola sul pallone eliminando la necessità di allineamento della stessa durante la procedura».

Caterina Gandolfo, responsabile dell'unità operativa di Cardiologia Interventistica dell'Ismett sottolinea: «Il nuovo sistema di valvola espandibile con il pallone incorpora funzionalità progettate per semplificare e migliorare l'efficacia della procedura di Tavi». La Tavi è una procedura transcatheter, grazie alla quale è possibile applicare protesi cardiache in sostituzione delle valvole aortiche compromesse dalla malattia stenotica (restringimento) senza dover eseguire un intervento di chirurgia maggiore e senza dover fermare l'attività del cuore. Grazie a questa procedura, pazienti che erano ritenuti inoperabili hanno oggi una nuova speranza di cura.

**Tecnologia e benefici
Trattamento salva-vita
per soggetti inoperabili
e ad alto rischio
con metodi tradizionali**

za di cura.

«La sostituzione valvolare aortica per via percutanea ha rivoluzionato il trattamento della stenosi valvolare aortica - evidenzia Michele Pilato, direttore del programma di Cardiocirurgia e trapianto di cuore dell'Ismett - pazienti inoperabili e ad alto rischio con le tecniche chirurgiche tradizionali, hanno oggi la possibilità di un trattamento salvavita. Ricerca ed innovazione tecnologica hanno portato al design della nuova valvola, che semplifica ulteriormente la procedura. Sempre più pazienti - aggiunge Pilato - avranno possibilità di beneficiare di tale forma di trattamento mini-invasivo, la cui evoluzione va mantenuta nel contesto di centri di eccellenza con cardiocirurgia on-site, che siano di garanzia ad appropriatezza e qualità del risultato finale».

Molteplici, inoltre, i vantaggi per i pazienti: «Il decorso post-operatorio potrà essere molto rapido - spiega Franco Clemenza, responsabile del Servizio di Cardiologia dell'Ismett - con precoce mobilitazione del paziente la sera stessa dell'intervento e dimissione già il giorno dopo, obiettivo fondamentale nel paziente anziano che mal tollera le lunghe ospedalizzazioni». (SAFAZ)

Al via il convegno

Esperti a confronto sulla neurochirurgia

Le nuove tecniche di intervento al cranio e alla colonna vertebrale

Esperti di neurochirurgia a confronto sulle pratiche più innovative di intervento al cranio e sulle operazioni alla colonna vertebrale collegate a malattie come la tubercolosi, ricomparse nel mondo occidentale con i fenomeni migratori.

Protagonisti del convegno che si svilupperà in due giornate, oggi a partire dalle 15 e domani dalle 9 alle 13, all'Hotel delle Palme, saranno 50 specialisti provenienti da tutta Italia.

«Durante i convegni - spiega il professor Natale Francaviglia, primario di Neurochirurgia all'ospedale Civico e organizzatore dell'evento - ognuno presenta le proprie relazioni ma non c'è mai modo di confrontarsi per andare oltre, approfondire e creare rapporti di collaborazione. A Palermo in questi giorni potremo invece dialogare ed entrare nel merito di questioni molto importanti che riguardano il presente e il futuro

della neurochirurgia».

«Neurosurgical living room 2.0. Brain & Spine», è il titolo del convegno che vedrà in apertura anche un confronto con alcuni specialisti infettivologi proprio per indagare sulle conseguenze che possono arrecare alcune malattie infettive come, appunto, la tubercolosi. «Riuscire a confrontarsi sulle pratiche adottate in alcuni tipi di operazioni - spiega ancora Francaviglia - è utilissimo. Per operare al cervello ci sono vari punti di ingresso, poterne discutere con altri specialisti consente a tutti di mettere a frutto le esperienze e fare passi avanti».



Neurochirurgia. Il primario del Civico, Natale Francaviglia

Giovedì 22 NOVEMBRE 2018

Intervista esclusiva a Giulia Grillo. “Ai medici in sciopero dico che siamo dalla stessa parte, lavoriamo a soluzioni condivise sostenibili. Nella legge di Bilancio ci sono le risorse per onorare gli impegni presi rispetto ai rinnovi contrattuali 2019-21 e nella prossima Stato-Regioni via il tetto di spesa del personale”

Alla vigilia dello sciopero del 23 novembre il ministro della Salute sceglie il nostro giornale per mandare un messaggio a medici e dirigenti del Ssn: "Il ministro della Salute è con i lavoratori della Sanità, in ogni caso. Sono anni che i medici, ogni autunno, lanciano l'allarme in vista dell'approvazione della Legge di bilancio, è ora di ascoltarli. Lo sciopero significa due cose. La prima è che i governi precedenti hanno esasperato le situazioni di disagio reale del Servizio sanitario nazionale. La seconda è che ora siamo chiamati a rimediare in pochi mesi a problemi procrastinati da anni. Il contratto è una di queste"

Alla vigilia dello sciopero del 23 novembre, che coinvolge i 120 mila medici e dirigenti del Ssn, il ministro della Salute Giulia Grillo ci ha rilasciato la seguente intervista rispondendo per iscritto alle nostre domande e scegliendo il nostro giornale per mandare un messaggio alla dirigenza del Ssn in sciopero.

Ecco cosa ci ha detto.

Signor Ministro, domani scioperano i 120mila medici e dirigenti sanitari del Ssn. Contratto, carenza organici e scarsezza investimenti sono le principali motivazioni della categoria. Quali impegni si sente di prendere per dare risposte concrete a questo disagio?

Il ministro della Salute è con i lavoratori della Sanità, in ogni caso. Sono anni che i medici, ogni autunno, lanciano l'allarme in vista dell'approvazione della Legge di bilancio, è ora di ascoltarli. Lo sciopero significa due cose. La prima è che i governi precedenti hanno esasperato le situazioni di disagio reale del Servizio sanitario nazionale. La seconda è che ora siamo chiamati a rimediare in pochi mesi a problemi procrastinati da anni.

Il contratto è una di queste: il governo precedente ha promesso un aumento a tutto il pubblico impiego, e quindi compresa la parte sanitaria, senza però fare i conti con le risorse reali. Sul passato non posso fare miracoli. Bene hanno fatto i colleghi del MEF a dare disponibilità alle regioni per affrontare i problemi in questo ambito. Il tutto si collega con il tavolo di confronto per il prossimo patto della salute. Anzi, **nella Conferenza Stato-Regioni convocata in proposito il prossimo 29 novembre, è arrivato il momento di mettere sul piatto il vero problema per il personale in sanità: la rimozione dell'anacronistico parametro**

del tetto di spesa sul personale fermo ormai da circa 15 anni. È un aspetto non più tollerabile. È da mesi che lavoro su questo tema. Adesso con il supporto del MEF mi auguro proprio che si superi questo problema non più rinviabile. Una battaglia che sono certa **Garavaglia** vorrà condividere come me considerato anche il suo precedente ruolo. Noi come ministero faremo tutto ciò che è in nostro potere per riaprire questo capitolo: **nuove assunzioni significano futuro per il servizio pubblico e regole certe per chi lavora con contratti fantasiosi.** Sarebbe il modo migliore per festeggiare i 40 anni dell'istituzione del Ssn.

Sul contratto della dirigenza, domani in sciopero, dal 2019 affronteremo il problema delle coperture in modo strutturale ed esaustivo. Nella legge di bilancio ci sono le risorse per onorare gli impegni presi rispetto ai rinnovi contrattuali 2019-21. Contestualmente è previsto l'aumento del fabbisogno sanitario nazionale standard (2019-21). Gli impegni previsti per il rinnovo della dirigenza da prime valutazioni si aggirano intorno ai 450 mln l'anno. Ci sono dunque tutte le premesse per rientrare nell'aumento programmato del FSN che vale complessivamente 4,5 miliardi nel prossimo triennio.

Non è solo un problema economico, nell'anno che celebra il quarantennale del nostro Ssn, dobbiamo ripartire da chi questo sistema lo ha fatto diventare grande: i professionisti che lavorano in corsia, negli ambulatori periferici, nei laboratori, nelle guardie dimenticate da tutti, nei pronto soccorsi affollati. Tutti.

Le sfide da portare avanti sono molte e non deve passare la becera propaganda dell'opposizione che come un disco rotto ripete che il nostro è un Governo sordo alle ragioni di chi lavora nel settore o dell'esigenze dei pazienti. Ci siamo, lavoriamo, ma serve tempo. Ai medici in sciopero dico: siamo dalla stessa parte. Troviamo soluzioni condivise e sostenibili.

Siamo alla prima legge di Bilancio del nuovo Governo 5 Stelle-Lega e per la sanità, stante a quanto scritto nel contratto di Governo che parla espressamente di aumento dei fondi per la sanità, ci si aspettava di più. Perché non è stato possibile andare oltre il miliardo in più che era già stato stanziato dal precedente Governo?

Innanzitutto va detto che non c'è solo il miliardo del fondo. Ci sono 2 miliardi nel campo dell'edilizia sanitaria; il fondo per le liste d'attesa (150 milioni complessivi per i prossimi 3 anni); le borse di studio per i giovani medici (100 milioni complessivamente). Date le condizioni non mi sembra poco, ammetto avrei voluto di più. [L'Ocse oggi fa una fotografia a tratti desolante](#) ed è quello che ho trovato al mio arrivo. Spendiamo l'8,9% del PIL in sanità meno della media europea (9,6%), ma in qualche modo siamo al secondo posto per aspettativa di vita. Il Ssn fa un grande lavoro con quello che ha, è un merito oggettivo, visto che la qualità della vita va migliorando. Ovviamente vi sono criticità come il boom (55 mld) di costi sociali legati alla salute mentale (depressione, alcool, droga, disturbi bipolari) e le morti per morbillo che ci vede sul podio con Grecia e Romania, paesi con sistemi sanitari distanti anni luce dal nostro. Sulla salute mentale nelle prossime settimane riattiverò la Commissione, da troppo tempo ferma. Sulle coperture vaccinali partirà presto una campagna di sensibilizzazione. Il ministero è al lavoro, e gli spunti dell'Ocse ci aiutano. Come detto, si parte con zavorre insostenibili, ma bisogna avere il coraggio di cambiare. Per questo già dal prossimo anno si vedrà la concretezza di ciò che sto portando avanti.

In queste settimane si è tornato a parlare di intramoenia, soprattutto dopo le proposte di legge in discussione in Toscana e in Puglia che in qualche modo mettono un freno. Qual è la sua idea in proposito? Pensa che sia una scorciatoia per saltare le liste d'attesa o un diritto del medico e del cittadino in nome della libertà di scelta?

La partita dell'intramoenia è tutta da giocare, la legge istitutiva mostra i segni del tempo. Ci sono sicuramente dei margini di miglioramento rispetto alla situazione attuale, ho intenzione di metterci le mani nei prossimi mesi, finora ho dovuto lavorare su partite già avviate, come un giocatore chiamato a sostituire un altro che non è riuscito a fare goal. Ho dovuto partire dalla gestione nazionale delle liste d'attesa, con un piano (PNGLA) fermo da almeno 6 anni. E quindi come mia prima iniziativa ho chiesto alle regioni l'aggiornamento della situazione a cui hanno risposto ognuna con il suo sistema. Senza dati comparabili, non si può mettere mano alle liste d'attesa. Intanto, con gli uffici competenti abbiamo ultimato il nuovo PNGLA che vede una particolare attenzione per il rispetto dei tempi e la trasparenza nell'erogazione delle prestazioni anche con l'ausilio delle nuove tecnologie. Per questo abbiamo previsto un fondo di 50 mln annui in legge di bilancio.

Con la pubblicazione on line di tutte le agende di prenotazione dei professionisti sarà molto più semplice organizzare in modo efficace ed efficiente i servizi nell’ottica di fornire un servizio fondamentale per i cittadini, soprattutto per quelli che non possono permettersi di andare nelle strutture private o avvalersi dell’intramoenia.

Altra questione che lamentano i medici è lo scarso investimento per le specializzazioni. In manovra ci sono risorse per 900 borse di in più, ma a detta dei medici ne servono almeno 3.000. Lei sta lavorando ad un provvedimento per risolvere la questione. Quando vedrà la luce? Può dirci qualcosa in più rispetto a quanto già anticipato in questi mesi?

Ho parlato con tutti. Abbiamo riaperto il tavolo di confronto con le organizzazioni sindacali e alla prima occasione abbiamo aumentato le borse di studio per futuri medici di medicina generale. Adesso, nella Legge di Bilancio abbiamo messo risorse per 900 borse di studio per gli specializzandi. A me non sembra poco soprattutto se rapportato a quanto non fatto nel passato. Poi è chiaro che si tratta di un avvio dei lavori. Nei prossimi mesi finalizzeremo un intervento integrato per la formazione che superi il pasticcio dell’imbuto formativo post laurea.

L’Upb ha spiegato che, in caso di una minore crescita del Pil rispetto a quella prevista, per riportare il deficit entro i limiti previsti potrebbero scattare tagli automatici alla spesa che andrebbero a colpire principalmente anche la spesa sanitaria. Ce lo conferma?

Con il ministero dell’Economia abbiamo preso degli impegni ben precisi. Individuare risorse certe per la sanità nel prossimo triennio al fine di permettere alle regioni una corretta programmazione. Da questo punto di vista ho inviato un chiaro segnale al Presidente in Conferenza delle Regioni, Bonaccini, per avviare subito un tavolo di confronto con loro e scrivere le linee programmatiche del prossimo triennio. Non saranno un “libro dei sogni”, come in passato, mi riferisco al Patto della Salute 2014-16, ma un documento pragmatico rispetto ai vari punti già presenti nella Legge di Bilancio.

Quali sono gli ostacoli maggiori che ha dovuto affrontare in questi primi mesi di Governo? E quali saranno le prossime sfide sulle quali si sente di prendere precisi impegni con gli operatori e i cittadini?

Ereditiamo un passato pesante. L’ho detto ma non deve diventare un alibi. Ci sono tante sfide aperte in un Paese in cui a seconda della regione in cui vivi, potrai avere livelli di assistenza migliori o peggiori. Dove i medici sono scontenti e i professionisti sanitari alla ricerca di una nuova valorizzazione. E poi nuovi LEA fermi al palo per via di coperture presenti nella relazione tecnica a dir poco scricchiolanti; governance farmaceutica, prevista per legge (30 miliardi di spesa di cui il 75% pubblica) non attuata da due anni; risorse per gli adeguamenti contrattuali del personale insufficienti (mi riferisco al triennio 2016-2018). Questi sono solo alcuni esempi, ma la lista delle cose lasciate a metà dal precedente esecutivo sono molte. Stiamo facendo ordine. Problemi complessi non si risolvono in modo semplice. Già in questa legge di bilancio ci sono aspetti preziosi per organizzare meglio il nostro sistema sanitario. Con la collaborazione di tutti sono certa che potremo dare a tutti i cittadini, in qualsiasi regione essi risiedano, una sanità pubblica degna di questo nome. A Lungotevere Ripa c’è un ministro che pensa a risolvere i problemi, dando priorità alle istanze dei cittadini, che sono i miei azionisti di riferimento, per questo sono stata eletta e per questo mi impegno ogni giorno con tutti i miei collaboratori.

Medici e dirigenti sanitari, è sciopero nazionale: «Urgono assunzioni e il rinnovo del contratto»

insanitas.it/medici-e-dirigenti-sanitari-e-sciopero-nazionale-urgono-assunzioni-e-il-rinnovo-del-contratto/

November 22, 2018



Ci saranno 10 mila medici in meno nelle aziende sanitarie italiane già entro la fine del 2018, 40 mila tra il 2019 e il 2023. E questi sono solo alcuni dei dati che mettono a serio rischio, ancor di più nei prossimi anni, il Servizio Sanitario Nazionale pubblico malato da tempo.

«Contro questo progressivo **depauperamento** degli organici nelle aziende sanitarie e negli ospedali e il più che certo “crollo” sotto l'enorme mole di lavoro», **medici, veterinari e dirigenti sanitari di tutte le sigle sindacali** sciopereranno **venerdì 23 novembre** per l'intera giornata.

Si stima che in tutta Italia **saranno rinviati 40 mila interventi chirurgici** e centinaia di migliaia di visite specialistiche e prestazioni diagnostiche ed il blocco di tutta l'attività veterinaria connessa al controllo degli alimenti.

Tuttavia saranno assicurate le attività di urgenza e di pronto soccorso.

Tra le richieste avanzate dalle categorie, quelle di **finanziamenti** adeguati per la Sanità volti a garantire il diritto dei cittadini a ricevere cure celeri e adeguate, e quello dei medici a prestare le stesse cure in condizioni quantomeno dignitose; la richiesta di **nuove assunzioni** che consentano al **Servizio Sanitario Pubblico nazionale** di poter fronteggiare la progressiva desertificazione delle corsie ed evitare l'emigrazione crescente dei nostri giovani all'estero; il **rinnovo del contratto** di lavoro scaduto da 10 anni.

In Sicilia il sit-in di protesta avrà luogo a partire dalle ore 10 a Palermo, in piazza Ottavio Ziino davanti la sede dell'assessorato regionale alla Sanità.

IL DOCUMENTO DELL'INTERSINDACALE MEDICA

«Bisogna essere compatti, determinati e aderire massivamente. È fondamentale testimoniare la compattezza della categoria». Lo scrive l'intersindacale medica in un documento ([clicca qui](#)), sollecitando «finanziamenti adeguati per il Fondo sanitario nazionale 2019 per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza e adeguati investimenti nel patrimonio edilizio sanitario e tecnologico».

Chiesto pure «il **rinnovo del Contratto**, fermo da 10 anni, con adeguate risorse finanziarie e l'abolizione del tetto al trattamento accessorio», così come denunciato «il mancato incremento delle **risorse** destinate all'assunzione del personale della dirigenza medica, veterinarie e sanitaria».

Inoltre l'Intersindacale medica punta l'indice contro «il **mancato finanziamento aggiuntivo** per i contratti di formazione specialistica e il mancato **accantonamento** dei fondi Regionali per il rinnovo Contrattuale».

Sanità siciliana, ecco tutti gli idonei alle cariche di direttore amministrativo e sanitario

insanitas.it/sanita-siciliana-ecco-tutti-gli-idonei-alle-cariche-di-direttore-amministrativo-e-sanitario/

November 22, 2018



Dopo la deliberazione della Giunta regionale che ha individuato nei giorni scorsi i nuovi direttori generali, prosegue l'iter per il rinnovo del management delle Aziende sanitarie e ospedaliere siciliane.

L'Assessore regionale alla Salute **Ruggero Razza** ha firmato il decreto che contiene l'elenco dei soggetti ritenuti idonei a ricoprire il ruolo di **direttore sanitario** e **amministrativo** delle Aziende sanitarie e ospedaliere.

Complessivamente sono 226 gli aspiranti selezionati, 141 per il ruolo di direttore sanitario e 85 per quello di direttore amministrativo.

Come previsto dalla legge, **spetterà ai direttori generali** di ciascuna Azienda individuare le figure apicali da destinare alle rispettive direzioni.

[Clicca qui per idonei alla carica di direttore amministrativo](#)

[Clicca qui per idonei alla carica di direttore sanitario](#)



Vaccini, Ue: "Affidarsi a fake news o salvare bambini"



Il commissario della Salute Ue, Vytenis Andriukaitis

Il commissario alla Salute: "Basta dibattiti, c'è bisogno di azioni"

Stampa

ABBONATI A



22 novembre 2018

"È ORA giunto il momento di una semplice domanda alla società: volete affidarvi alle **fake news** e a teorie fuorvianti o siete pronti a salvare le vite dei bambini", perché "è assolutamente inutile avere solo dibattiti, dibattiti e dibattiti, abbiamo bisogno di azioni". È questo il monito del commissario Ue alla salute **Vytenis Andriukaitis** all'Italia e agli altri stati membri, sottolineando che in quanto commissario è anche sua responsabilità "fare un lavoro migliore".

"Siamo pronti ad aiutare l'Italia a raggiungere un livello elevato di **copertura vaccinale**", ha detto Andriukaitis, "è questo il segnale" che va dato "ai genitori italiani, alla società italiana, al parlamento italiano", per raggiungere "l'obiettivo comune di un'Europa libera da **morbillo** entro il 2020 come stabilito dall'Oms. Se fossi un membro del governo italiano il mio approccio sarebbe questo: per favore non create un gap tra Bruxelles e l'Italia" perché "aiuta solo a far crescere l'euroscetticismo". Andriukaitis ha in seguito sottolineato la "responsabilità comune" dell'Ue e di tutti i Paesi a "salvare le vite dei bambini". "È strano vedere il contrario", ha aggiunto, "crea euroscetticismo", ma "noi dobbiamo andare nella direzione di un dibattito e di una posizione razionale per raggiungere il nostro obiettivo comune di un'Europa senza morbillo entro il 2020".

Morbillo, il piano del ministero: "Vacciniamo 800 mila giovani"

"È una discussione artificiale" quella tra obbligo vaccinale e vaccinazioni volontarie, ovvero l'obbligo flessibile ipotizzato nel dibattito politico italiano. "Si può usare una combinazione tra le due cose, non sono in contraddizione ma complementari" perché "la questione principale è la copertura". Per questo "spetta agli immunologi, ai medici e agli scienziati, non ai politici decidere quale metodo sia il migliore". Secondo il rapporto Ue-Ocse sui sistemi sanitari, in Italia la copertura vaccinale contro il morbillo è calata dal 91% nel 2010 all'85% nel 2016, ma nel 2017 ha guadagnato di nuovo 7 punti, attestandosi al 92%. Tra maggio 2017 e maggio 2018 in Europa si sono registrati oltre 13mila casi di morbillo, di cui la maggioranza (4.032) in Italia, Grecia (2.752), Francia (2.436) e Romania (2.127). Si tratta soprattutto di persone non immunizzate: bimbi troppo piccoli per il vaccino o adulti che non si sono vaccinati.



Explorer, il primo scanner total body al mondo



È in grado di produrre immagini 3D dell'intero corpo umano e filmati che riescono a tracciare i farmaci mentre si muovono all'interno dell'organismo. Frutto dell'ingegno degli scienziati dell'Università della California a Davis, lo scanner Explorer ha prodotto le prime immagini e verrà installato in primavera nella città di Sacramento per essere utilizzato in progetti di ricerca e studi sull'uomo

di MARIA TERESA BRADASCIO

Stampa

ABBONATI A



22 novembre 2018

EXPLORER. È il nome del primo **scanner** al mondo in grado di catturare in un'unica volta un'**immagine 3D dell'intero corpo umano**. Rispetto a tutti gli altri scanner acquisisce le radiazioni in modo molto più efficiente: la macchina è, infatti, in grado di produrre in pochi secondi un'immagine e, nel tempo, filmati che riescono a tracciare i farmaci - appositamente marcati con l'emittente radioattivo - mentre si muovono all'interno dell'organismo.

Frutto dell'ingegno degli scienziati Simon Cherry e Ramsey Badawi dell'Università della California a Davis (UC Davis), EXPLORER combina due tipi di immagini: quelle della **tomografia a emissione di positroni (PET)** e quelle della **tomografia computerizzata a raggi X (CT)**. Lo scanner è stato sviluppato in collaborazione con United Imaging Healthcare (UIH), con sede a Shanghai, che ha costruito il macchinario basato sulla sua ultima piattaforma tecnologica e alla fine produrrà i dispositivi per il più ampio mercato sanitario. Le prime immagini delle scansioni del nuovo dispositivo saranno mostrate alla prossima conferenza annuale della Radiological Society of North America, che inizierà sabato 24 novembre a Chicago. Gli sviluppatori si aspettano che la tecnologia abbia innumerevoli applicazioni: dal miglioramento della **diagnostica** al monitoraggio della progressione della malattia fino alla ricerca di nuove terapie farmacologiche.

• IMMAGINI DETTAGLIATE

"Per anni ho immaginato come sarebbero state le immagini, ma niente si avvicinava agli incredibili dettagli che siamo riusciti a vedere nella prima scansione", ha detto **Simon Cherry**, eminente professore del Dipartimento di ingegneria biomedica della UC Davis. "Sebbene siano ancora necessarie diverse analisi accurate, possiamo già dire che EXPLORER grosso modo ci sta offrendo quello che avevamo promesso". Anche **Ramsey Badawi**, direttore di medicina nucleare presso la UC Davis Health e vicepresidente per la ricerca presso il Dipartimento di Radiologia, è rimasto interdetto quando ha visto le prime immagini, acquisite in collaborazione con il Dipartimento di Medicina Nucleare dell'ospedale Zhongshan di Shanghai. "Il livello di dettaglio - ha detto - è stato sorprendente, soprattutto una volta che abbiamo ottimizzato meglio il metodo di ricostruzione. Grazie ad EXPLORER - ha sottolineato - possiamo vedere caratteristiche che non si vedono nelle normali scansioni PET. E la sequenza dinamica che mostra il **radiotracciatore**, un'iniezione di glucosio in una vena delle gambe, che si muove lungo il corpo visto in tre dimensioni è stata, francamente, strabiliante. Non c'è nessun altro dispositivo che possa ottenere dati come questi negli

umani, quindi è davvero una novità”.

• UN PROGETTO PARTITO NEL 2011

Tredici anni fa, Badawi e Cherry, per primi, avevano immaginato uno scanner per tutto il corpo. E, nel 2011, con una sovvenzione di 1,5 milioni di dollari dal National Cancer Institute, che ha permesso loro di creare un ampio consorzio di ricercatori e altri collaboratori, il progetto è partito. Ma solo nel 2015, grazie a un finanziamento di 15,5 milioni di dollari da parte del National Institutes of Health, sono riusciti a collaborare con un partner commerciale e costruire il primo scanner EXPLORER.

• UNA SCANSIONE DELL'INTERO CORPO IN 20 SECONDI

L'impatto sulla ricerca clinica e sulla cura del paziente potrebbe essere sorprendente proprio perché EXPLORER produce scansioni fino a 4 volte più veloci e di qualità nettamente superiore rispetto a quelle PET attualmente disponibili: in soli 20-30 secondi il dispositivo è in grado, infatti, di offrire una scansione diagnostica dell'intero corpo. Inoltre, EXPLORER può eseguire scansioni con una dose di radiazioni fino a 40 volte inferiore rispetto a una scansione PET attuale. Questo potrebbe sicuramente aprire nuove strade di ricerca: per esempio, permetterebbe di condurre molti studi ripetuti su un singolo individuo e rappresenterebbe un vantaggio negli studi pediatrici, dove il controllo della dose cumulativa di radiazioni è particolarmente importante.

Per la prima volta, uno scanner di immagini sarà in grado di valutare ciò che sta accadendo in tutti gli organi e tessuti del corpo contemporaneamente. Per esempio, potrebbe misurare quantitativamente il **flusso di sangue** o il modo in cui il corpo assorbe il **glucosio** in tutto il corpo. “Il compromesso tra qualità dell'immagine, tempo di acquisizione e dose di radiazioni iniettate - spiega Cherry - varierà in base alle diverse applicazioni, ma in tutti i casi possiamo eseguire scansioni migliori, più veloci o con una dose di radiazioni inferiore rispetto a quelle finora disponibili”.

LEGGI "The beauty of imaging" a Napoli: l'arte spiega l'importanza della diagnostica per immagini

• LO STUDIO SULL'UOMO

L'università della California a Davis (UC Davis) sta lavorando a stretto contatto con l'United Imaging Healthcare (UIH) per sviluppare il primo macchinario e installarlo in primavera presso il Centro di imaging nella città di Sacramento, capitale dello Stato della California. L'idea è utilizzare lo scanner sull'uomo per studiare, per esempio, il cancro che, a partire da un preciso organo, si è diffuso in altre parti del corpo, le infiammazioni, le infezioni, i disordini immunologici o metabolici e molte altre malattie. La speranza è quella di poter utilizzare EXPLORER a partire da giugno 2019. “Non penso che ci vorrà molto tempo prima di vedere un certo numero di macchinari EXPLORER in tutto il mondo”, ha affermato Cherry. “Ma è fondamentale dimostrare i benefici del macchinario, sia dal punto di vista clinico sia per quanto riguarda la ricerca. Per questo - prosegue Cherry - la nostra attenzione è ora volta a pianificare studi per dimostrare in che modo EXPLORER aiuterà i pazienti e contribuirà alla nostra conoscenza dell'intero corpo umano in termini di salute e malattia”.

Noi non siamo un partito, non cerchiamo consenso, non riceviamo finanziamenti pubblici, ma stiamo in piedi grazie ai lettori che ogni mattina ci comprano in edicola, guardano il nostro sito o si abbonano a Rep:. Se vi interessa continuare ad ascoltare un'altra campana, magari imperfetta e certi giorni irritante, continuate a farlo con convinzione.

MARIO CALABRESI

Sostieni il giornalismo
Abbonati a Repubblica

Mi piace Piace a 3,7 mln persone. [Iscriviti](#) per vedere cosa piace ai tuoi amici.

ARTICOLI CORRELATI



Rifiuta le cure a una donna che ha avuto un aborto spontaneo. Licenziato il medico obiettore

Napoli, nega l'intervento d'urgenza in ospedale. La donna aveva rischiato di morire

di GIUSEPPE DEL BELLO

Stampa

ABBONATI A



22 novembre 2018



NAPOLI - Medico obiettore licenziato dalla Asl. In tronco, per omissione di assistenza. A rischiare la vita è stata una donna incinta, alla 18esima settimana di gravidanza. Il camice bianco è uno specialista ginecologo, così contrario all'interruzione volontaria di gravidanza da spingersi fino al rifiuto di prestare soccorso a una paziente in gravi condizioni.

È accaduto a Giugliano in Campania, nel popoloso hinterland partenopeo. Sono le 2,45 della notte tra il 30 giugno e il primo luglio scorsi, quando Maria (nome di

fantasia) approda al pronto soccorso dell'ospedale San Giuliano. Di turno di guardia per il reparto di Ostetricia e Ginecologia c'è il dottor G.D.C. La donna sta male, lo capiscono subito l'infermiera e l'ostetrica che la accolgono. Chiamano il medico, lo avvertono della paziente appena arrivata, lui fa spallucce. Ricorda a entrambe di essere obiettore e quindi di non poter intervenire. A nulla valgono le insistenze di chi gli rappresenta urgenza e gravità della situazione.

Si gioca tutto sul filo dei minuti. Alle 3,12 Fatima Sorrentino, l'ostetrica, telefona a un altro medico, Crescenzo Pezone. Lui non è di turno e nemmeno reperibile, spiega da casa, ribadendo che il collega già presente in ospedale è obbligato ad assistere la paziente. L'ostetrica ci riprova, ma riceve un altro rifiuto: «Il caso non è di mia competenza. Chiamate Pezone». E a questo punto Pezone si infila in macchina e raggiunge l'ospedale. Arriva in un baleno. Gli basta poco per inquadrare lo stato clinico di Maria. Non può aspettare altro tempo. E così interviene al posto del collega. Ed è ancora Pezone che dopo qualche giorno scrive ai vertici della Asl Napoli 2 Nord da cui dipende il presidio ospedaliero.

Fa il resoconto di una notte che poteva finire in tragedia. Dalla sua relazione si legge che la donna era «in travaglio. E di questa circostanza l'ostetrica aveva informato il dottor D.C. Pertanto, mi precipitavo in ospedale (impiegando meno di dieci minuti)». Poi entra nel dettaglio Pezone. Descrive la patologia acuta di Maria: «Mi resi conto che avendo già espulso il feto privo di attività cardiaca, doveva subito essere trasferita in sala parto. Chiamato l'anestesista di guardia, il dottor Ciccarelli, in anestesia generale procedevo....». È la cronistoria, precisa il medico nella relazione «che ritengo di dover riferire a chi di dovere».

E in questo caso, la risposta della Asl è stata dura. Prima è stata istruita la commissione di disciplina che, dopo aver sentito le testimonianze, sia del personale ospedaliero di turno quella notte sia dello stesso dottor D.C, decide per la sanzione. La più severa, il licenziamento senza preavviso che viene immediatamente proposto al direttore generale dell'Asl, Antonio D'amore. Il manager la fa sua e la delibera diventa operativa.

Così chiude il caso Virginia Scafarto, direttrice sanitaria dell'Azienda: «La giustificazione adottata dallo specialista di guardia inadempiente non è stata ritenuta valida. Voleva far intendere che infermiera e ostetrica non lo avessero avvertito. Insomma che loro avevano mentito e lui diceva il vero. E questo non è risultato dall'indagine». Tra l'altro, secondo la ricostruzione della storia clinica emerge che l'aborto farmacologico era già in fase avanzata e che quindi il ginecologo non avrebbe potuto appellarsi all'obiezione. Sarebbe bastato occuparsi dell'emergenza.

Commenta Silvana Agatone, ginecologa romana e presidente della Laiga (Libera associazione italiana ginecologi per applicazione della legge 194): «L'obiezione di coscienza esenta dal compiere atti che inducono l'aborto, ma non esonera dal dovere di legge di prestare assistenza».

Noi non siamo un partito, non cerchiamo consenso, non riceviamo finanziamenti pubblici, ma stiamo in piedi grazie ai lettori che ogni mattina ci comprano in edicola, guardano il nostro sito o si abbonano a Rep:. Se vi interessa continuare ad ascoltare un'altra campana, magari imperfetta e certi giorni irritante, continuate a farlo con convinzione.

MARIO CALABRESI

Sostieni il giornalismo
Abbonati a Repubblica

[Mi piace](#) Piace a 3,7 mln persone. [Iscriviti](#) per vedere cosa piace ai tuoi amici.

ARTICOLI CORRELATI

La battaglia delle donne d'Argentina

DI MARIO VARGAS LLOSA

Stampa | Stampa senza immagine | Chiudi

STUDI IN CORSO

Un braccialetto che prevede di che umore saremo domani

Cogliere in anticipo gli sbalzi del tono dell'umore attraverso strumentazioni elettroniche può essere importante per soggetti affetti da disturbi psichici. Si rilevano vari parametri biologici, come esposizione alla luce, qualità del sonno, livello di interattività social

Danilo di Diodoro



(Getty Images)

Psichiatri e psicologi, ma anche compagnie commerciali statunitensi, sono in fermento per la ricerca di strumenti elettronici e algoritmi in grado di rilevare le condizioni psichiche di un individuo e perfino di predire il loro andamento a breve. Per ora la cautela è d'obbligo, per quanto riguarda sia l'affidabilità, sia i possibili rischi connessi a queste nuove

tecnologie comunque promettenti, tanto che la rivista *Nature* ha dedicato un servizio ai primi risultati.

Depressione, tristezza o ansia: come distinguerle

Chi è triste

PREVEDERE CADUTE DI UMORE NEI SOGGETTI A RISCHIO Ad esempio, lo psicologo Matthew Nock della *Harvard University* ha messo a punto un braccialetto elettronico che, associato a un'app del cellulare, rileva parametri che consentono di prevedere con almeno un giorno di anticipo il momento in cui un paziente affetto da un disturbo dell'umore sta avvicinandosi a un aumentato rischio di suicidio. Lo studio, in corso al *Massachusetts General Hospital* di Boston, è condotto in collaborazione con un ingegnere informatico, Rosalind Picard che ha sperimentato il sistema su centinaia di studenti, riuscendo a predire variazioni significative del loro tono dell'umore. Già diversi anni fa la dottoressa Picard aveva messo a punto un braccialetto che, attraverso il rilevamento di variazioni della conduttività elettrica della pelle, è riuscito a predire l'arrivo di crisi epilettiche, e che è stato approvato dalla *Food and Drug Administration* statunitense. La previsione di sbalzi del tono dell'umore attraverso strumentazioni elettroniche viene realizzata rilevando vari parametri biologici, come i movimenti del corpo, la quantità di luce alla quale si è esposti, la temperatura corporea, la conduttività della pelle, la qualità del sonno, l'attività fisica. Inoltre viene valutato anche il livello di interattività, rilevando telefonate, email, uso di social network e di internet. In una sperimentazione che la dottoressa Picard sta realizzando su 300 studenti dell'*Harvard Medical School*, i ricercatori rilevano attraverso questionari anche ulteriori parametri, come l'andamento degli esami, l'uso di bevande alcoliche, di caffeina e il livello di stress.

IL COMMENTO DELL'ESPERTO L'obiettivo è giungere a tarare il sistema in modo che la sua affidabilità predittiva sia sempre maggiore. È molto probabile che presto questi sistemi diventeranno disponibili oltre il solo ambito della ricerca, e quindi si discute sulle loro ripercussioni psicologiche ed etiche. Come reagirà chi si sentirà avvertire dal suo cellulare che il giorno seguente potrebbe essere ad alto rischio di suicidio? Quanto un simile avvertimento potrà diventare paradossalmente una forma di induzione a compiere il gesto? E chi potrà garantire l'assoluta privacy di dati così sensibili? Dice in proposito il dottor Diego de Leo, psichiatra italiano, professore emerito di psichiatria alla *Griffith University*, autore del libro "Un'altra vita. Viaggio straordinario nella mente di un suicida" (Alpes Italia, 2017): «La possibilità di disporre di big data in vari paesi del mondo sta stimolando la creatività di molti ricercatori. Tra i più suggestivi di questi algoritmi ci sono quelli che si propongono di intercettare il rischio di suicidio. Detector cutanei sono attualmente in sperimentazione in diversi paesi del mondo, inclusa l'Italia. Un braccialetto capace di interpretare i livelli di stress e le variazioni umorali può prestarsi allo scopo anche se, a quanto mi risulta, gli studi finora pubblicati non sono stati in grado di confermare le ottimistiche aspettative. Il rischio di suicidio va poi nettamente distinto dal rischio di tentare il suicidio o di provocarsi un'autolesione. Questi fenomeni non dovrebbero essere messi sullo stesso piano».

DIFFERENZE SOCIOLOGICHE Spesso, ma non sempre, il suicidio è associato a una depressione, e così pure spesso, ma non sempre, il suicidio rappresenta il punto di arrivo di un tumulto emozionale risolto poi in modo impulsivo. «Forse nella maggior parte dei casi il suicidio avviene dopo lunga e sofferta meditazione», dice ancora il professor De Leo. «È verosimile quindi che la lenta elaborazione di un piano suicidario non comporti alterazioni di parametri ormonali e di conduttanza dermica tali da essere identificati da uno strumento. Inoltre, il suicidio non è una malattia ma un comportamento alquanto comune per caratteristiche alle varie latitudini; vale a dire che le differenze culturali non solo si caratterizzano per l'uso di metodi suicidari diversi nelle diverse regioni del mondo, ma soprattutto per le ragioni e le motivazioni per quali le persone decidono di togliersi la vita. L'associazione del suicidio con i disturbi psichiatrici varia molto se si confrontano paesi occidentali e paesi asiatici o africani. In questi ultimi, il binomio malattia mentale-suicidio è molto meno frequente e appaiono invece più rilevanti fattori psico-sociali, come rigetto da parte della famiglia, crollo dell'immagine pubblica, matrimoni forzati. Con queste considerazioni in mente, è possibile che anche se saranno prodotti algoritmi utilizzabili da detector

elettronici capaci di evidenziare il crescere della tensione nervosa e il livello di stress a livello individuale, resta da vedere poi come ovviare al rilievo di un accresciuto valore di ansia e depressione. Inoltre bisognerà capire se sarà veramente possibile ipotizzare un efficace “fai da te” da parte dell’utente o anche semplicemente un più tempestivo ricorso alle agenzie sanitarie, una volta raggiunto il livello di guardia».

Danilo di Diodoro
21 novembre 2018 | 17:45
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Giovedì 22 NOVEMBRE 2018

Report Ocse "Health at a Glance Europe 2018": la spesa sanitaria italiana si conferma tra le più basse in Europa. La pubblica procapite è di 452 dollari sotto la media. Cresce invece la privata

Il nuovo Rapporto Health at a Glance Europe 2018 dell'Ocse per l'Europa conferma che in Italia la spesa per sanità è tra le più basse: con 3.391 dollari procapite a parità di potere d'acquisto siamo ben al di sotto della media e il gap c'è anche considerando la sola spesa pubblica. Al contrario la spesa out of pocket cresce ed è ormai oltre il 23% della spesa totale. Nonostante questo dai dati emergono comunque ottimi risultati di salute del nostro paese con un'aspettativa di vita che si conferma tra le più alte e stili di vita tra i migliori dei 35 paesi dell'area europea. Non andiamo invece bene per i troppi cesarei, il poco personale in servizio e appunto per il peso crescente della spesa privata. [IL RAPPORTO HEALTH AT A GLANCE EUROPE 2018 - L'EXECUTIVE SUMMARY.](#)

L'Italia è l'unico paese in linea con la media Ocse di spesa per la salute con l'8,9% di incidenza sul Pil (tra pubblica e privata: in realtà aumenta la privata e diminuisce la pubblica, ma i dati Ocse la considerano sempre nel suo insieme) mentre ci sono paesi che come gli Stati Uniti sono a più del doppio (17,2%) o altri come la Turchia circa alla metà (4,2%).

Ma se si considera la spesa procapite e a parità di potere di acquisto, il paese, con 3.391 dollari va sotto la media Ocse (4.003 dollari) ed è in questa posizione l'unico dei maggiori partner Ue assieme alla Spagna. Regno Unito, Francia, Germania e tutti i paesi del Nord Europa sono al di sopra della media Ocse e in Europa (ma non nell'Ue 28) è in testa la Svizzera (7.919) seguita dal Lussemburgo (7.463).

A fare compagnia all'Italia nella parte bassa della classifica Ocse della spesa sanitaria sono i paesi dell'Est, del Sud America, la Nuova Zelanda e Israele.

Analizzando la spesa pubblica e quella privata a parità di potere di acquisto, si nota che l'Italia è ancora di più al di sotto della media Ocse per la pubblica, ma aumenta ancora la distanza per quella privata che vede in testa alla classifica la Svizzera che scalza gli Stati Uniti (al secondo posto) e all'ultimo posto la Turchia invece del Messico.

Spesa sanitaria procapite a parità di potere di acquisto (dollari Usa 2017)					
Spesa complessiva		Spesa a carico dello Stato o di assicurazioni obbligatorie		Spesa out of pocket	
Stati Uniti	9.892,25	Stati Uniti	8.047,30	Svizzera	2.888,66
Svizzera	7.919,02	Lussemburgo	5.755,15	Stati Uniti	1.844,96
Lussemburgo	7.462,78	Norvegia	5.398,96	Lussemburgo	1.707,64
Norvegia	6.647,46	Svizzera	5.030,37	Australia	1.598,60
Germania	5.550,63	Germania	4.869,43	Irlanda	1.573,89
Irlanda	5.528,41	Svezia	4.606,43	Canada	1.370,79
Svezia	5.487,52	Paesi Bassi	4.377,68	Norvegia	1.248,50
Paesi Bassi	5.385,41	Danimarca	4.363,35	Austria	1.183,79
Austria	5.227,32	Francia	4.068,42	Belgio	1.079,14
Danimarca	5.205,02	Austria	4.043,53	Corea	1.042,07
Belgio	4.839,83	Giappone	3.970,58	Israele	1.041,90
Australia	4.708,09	Irlanda	3.954,52	Paesi Bassi	1.007,74
Canada	4.752,78	Belgio	3.760,69	Finlandia	980,03
Francia	4.600,36	Islanda	3.758,02	Media Ocse	929,19
Giappone	4.519,31	Canada	3.382,00	Svezia	881,09
Islanda	4.376,35	Regno Unito	3.341,45	Spagna	862,69
Regno Unito	4.192,46	Australia	3.109,50	Regno Unito	851,01
Finlandia	4.033,40	Media Ocse	3.073,48	Danimarca	841,67
Media Ocse	4.002,67	Finlandia	3.053,36	Cile	812,59
Nuova Zelanda	3.589,59	Nuova Zelanda	2.894,16	Portogallo	809,56
Italia	3.391,19	Italia	2.621,96	Grecia	799,66
Spagna	3.248,38	Spagna	2.385,69	Italia	769,23
Slovenia	2.834,77	Repubblica Ceca	2.149,85	Slovenia	746,47
Israele	2.822,33	Slovenia	2.088,31	Ungheria	735,98
Portogallo	2.734,40	Portogallo	1.924,84	Nuova Zelanda	695,42
Corea	2.728,81	Slovacchia	1.826,88	Germania	681,20
Repubblica Ceca	2.544,30	Israele	1.780,43	Islanda	618,33
Grecia	2.223,04	Corea	1.686,74	Giappone	548,74
Slovacchia	2.149,51	Estonia	1.616,23	Messico	546,97
Ungheria	2.101,06	Grecia	1.423,38	Lettonia	532,85
Estonia	1.989,00	Ungheria	1.365,08	Francia	531,94
Cile	1.976,97	Polonia	1.352,23	Polonia	445,52
Polonia	1.797,76	Cile	1.164,38	Repubblica Ceca	394,45
Lettonia	1.466,26	Turchia	934,23	Estonia	372,77
Turchia	1.087,50	Lettonia	933,41	Slovacchia	322,63
Messico	1.080,31	Messico	533,35	Turchia	153,27

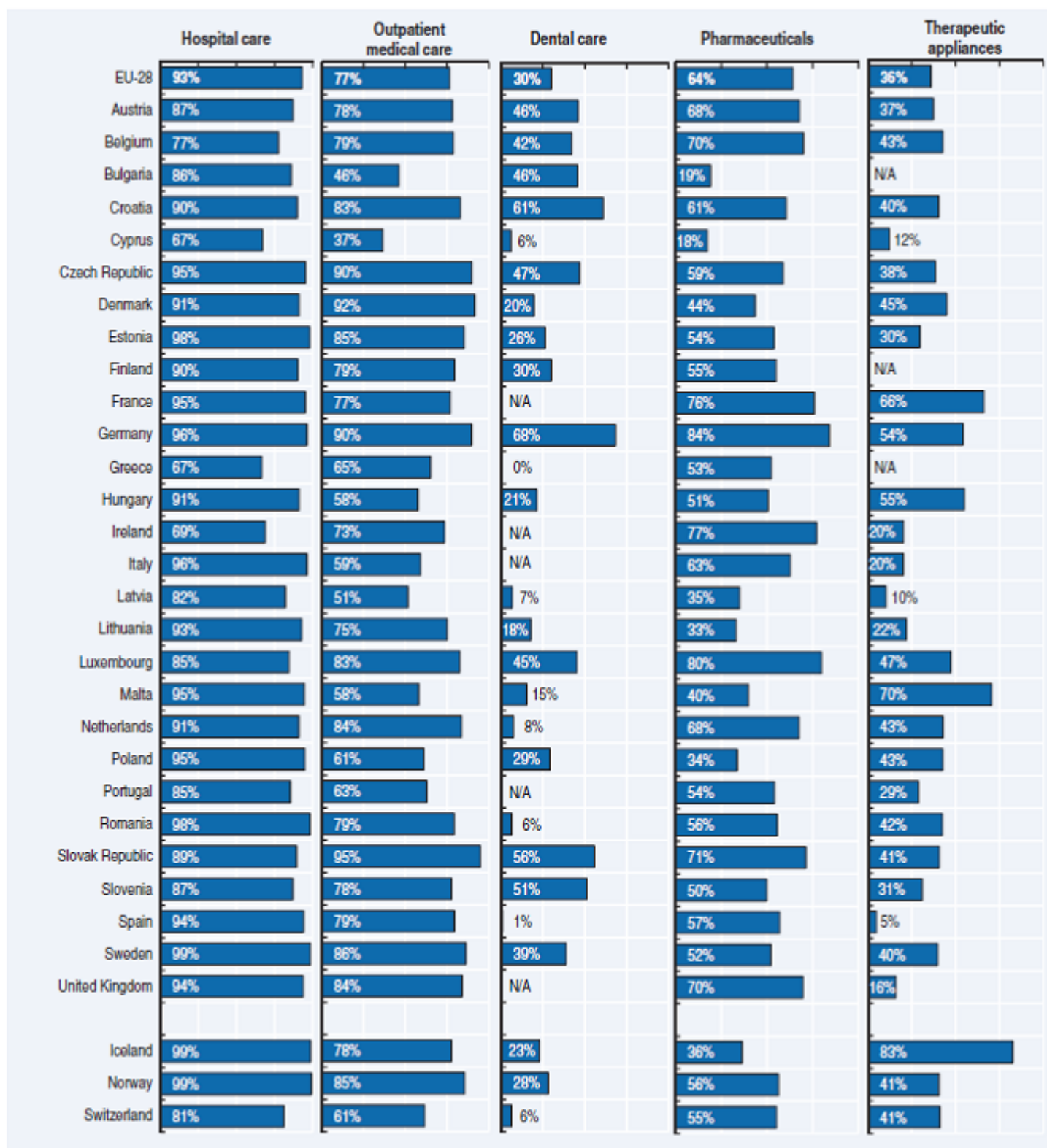
La spesa a carico dei Governi in Europa poi, nel Rapporto Health at a Glance Europe 2018 è suddivisa in percentuale sulle principali voci, anche se per completezza questa volta il dato è riferito al 2016.

Per l'Italia si nota una copertura pubblica al 96% della spesa ospedaliera, al 63% di quella farmaceutica, al 59% per l'assistenza medica ambulatoriale, al 20% per la diagnostica (apparecchiature), ma non è determinata quella per l'assistenza odontoiatrica, bassa o assente in molti paesi Ue e che ha il suo massimo di erogazione

pubblica con il 68% della Germania.

Health care coverage for selected goods and services, 2016

Government and compulsory insurance spending as proportion of total health spending by type of service



Note: Outpatient medical services mainly refer to services provided by generalists and specialists in the outpatient sector. Pharmaceuticals include prescribed and over-the-counter medicines as well as medical non-durables. Therapeutic appliances refer to vision products, hearing aids, wheelchairs and other medical devices. N/A means data not available.

Source: OECD Health Statistics 2018, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933836371>

Il nuovo Rapporto Health at a Glance Europe 2018 dell'Ocse, integrato nelle tabelle che seguono con il [database OECD Health Statistics 2018](#) e con dati riferiti al 2017 o al 2016 per i paesi che non li hanno comunicati, consente di dare uno spaccato su una serie di indicatori per l'Italia e di confrontarli con gli altri 34 paesi analizzati dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico.

Il Rapporto 2018 mostra che il costante aumento dell'aspettativa di vita è rallentato e che ci sono ampi divari all'interno dei paesi. Il rapporto si basa su analisi comparative dello stato di salute dei cittadini dell'Ue e delle prestazioni dei sistemi sanitari nei 28 Stati membri, 5 paesi candidati e 3 paesi EFTA. .

"Mentre l'aspettativa di vita nell'Ue è tra le più alte del mondo, non dovremmo riposare sugli allori: molte vite potrebbero essere salvate aumentando i nostri sforzi per promuovere stili di vita sani e affrontare fattori di rischio come il tabacco o la mancanza di attività fisica. È inaccettabile che ogni anno nell'Ue si perdano più di 1,2 milioni di persone prematuramente quando ciò potrebbe essere evitato attraverso una migliore prevenzione delle malattie e interventi di assistenza sanitaria più efficaci", ha affermato **Vytenis Andriukaitis**, **Commissario per la salute e la sicurezza alimentare della Commissione Ue che con l'Ocse ha elaborato il Rapporto.**

Il rapporto chiede inoltre di migliorare la salute mentale e prevenire le malattie mentali che non solo hanno conseguenze sociali, ma costano più del 4% del Pil in tutta l'Ue. Chiede inoltre di affrontare i fattori di rischio come il fumo, l'alcol e l'obesità, riducendo la mortalità prematura, garantendo l'accesso universale alle cure e rafforzando la resilienza dei sistemi sanitari.

L'integrazione con l'OECD Health Statistic 2018 aggiunge ai paesi dell'Ue 28 (Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria) **altri paesi europei che non fanno parte dell'Ue** (Islanda, Norvegia, Svizzera e Turchia) **e i maggiori partner OCSE degli altri continenti** (Australia, Canada, Cile, Israele, Giappone, Corea, Messico, Nuova Zelanda e Stati Uniti).

Dai dati saltano agli occhi gli ottimi risultati di salute del nostro paese con un'aspettativa di vita che si conferma tra le più alte e stili di vita tra i migliori dei 35 paesi, ma anche con dati meno buoni di organizzazione, a partire dalla spesa che va sempre più a carico dei cittadini fino ai troppi cesarei e al poco personale in servizio.

Parlando sempre di spesa, quando si guarda quella out of pocket, la percentuale sulla spesa per la salute sale, supera la media Ocse (Italia 23,6, Ocse 20,3) e pone il paese all'undicesimo posto in una classifica (su 35 paesi considerati) dove al top c'è la Lettonia con il 45% (praticamente quasi la metà della spesa la pagano i cittadini) e ultima la Francia con il 9,8 per cento.

Anche per la spesa farmaceutica è sopra la media Ocse, ma questa volta non di moltissimo: 17,7% della spesa per la salute contro il 16,1 per cento.

La spesa pubblica e privata			
Paesi	Spesa per la salute (pubblica e privata) % su Pil	Out of pocket (% su spesa corrente per la salute)	Spesa farmaceutica (medicinali prescritti e da banco) e altre spese mediche non durevoli,% delle spese correnti per la salute
Australia	9,1	19,0	14,5
Austria	10,3	25,7	12,0
Belgio	10,0	15,9	14,7
Canada	10,4	14,8	17,8
Cile	8,1	32,6	..
Repubblica Ceca	7,1	15,0	17,4
Danimarca	10,2	13,7	6,6
Estonia	6,7	22,3	19,0
Finlandia	9,2	21,2	12,5
Francia	11,5	9,8	13,9
Germania	11,3	12,0	14,3
Grecia	8,4	34,3	26,3
Ungheria	7,2	29,7	28,8
Islanda	8,5	16,3	11,6
Irlanda	7,1	13,0	12,8
Israele	7,4	23,0	12,8
Italia	8,9	23,6	17,7
Giappone	10,7	12,9	19,7
Corea	7,6	34,3	22,5
Lettonia	6,3	45,0	28,3
Lussemburgo	6,1	11,2	8,6
Messico	5,4	40,4	22,7
Paesi Bassi	10,1	11,2	7,6
Nuova Zelanda	9,0	13,6	..
Norvegia	10,4	14,6	7,6
Polonia	6,7	22,6	20,7
Portogallo	9,0	27,2	15,1
Slovacchia	7,1	17,8	26,1
Slovenia	8,3	12,0	18,3
Spagna	8,8	23,8	19,1
Svezia	10,9	15,1	9,8
Svizzera	12,3	29,6	13,8
Turchia	4,2	16,5	..
Regno Unito	9,7	15,1	11,4
Stati Uniti	17,2	11,2	11,9
Media OCSE	8,9	20,3	16,1

Effetto contrario guardando all'organizzazione. L'Italia ha uno dei valori più bassi di posti letto per mille abitanti: 3,20 contro una media Ocse di 4,64 e con il Giappone che va oltre i 13 e solo il Messico che si ferma a 1,52, mentre gli altri paesi che hanno valori più bassi sono compresi tra i 2,12 del Cile e i 3,13 dell'Islanda. E mantiene posizioni di bassa classifica anche se si considerano solo i letti per acuti o quelli

psichiatriche, dove addirittura è terzultima con soli 0,09 letti per mille abitanti.

Letti ospedalieri per 1.000 abitanti			
Paesi	Totali	di cui per acuti	Di cui psichiatrici
Australia	3,81	..	0,41
Austria	7,42	5,55	0,61
Belgio	5,69	5,03	1,37
Canada	2,58	2,01	0,30
Cile	2,12	1,99	0,10
Repubblica Ceca	6,85	4,25	0,98
Danimarca	2,20	2,10	0,40
Estonia	4,76	3,50	0,54
Finlandia	3,97	2,94	0,58
Francia	6,05	3,14	0,86
Germania	8,06	6,06	1,28
Grecia	4,20	3,57	0,71
Ungheria	7,00	4,30	0,90
Islanda	3,13	2,61	0,43
Irlanda	2,99	2,82	0,35
Israele	2,99	2,20	0,42
Italia	3,20	2,64	0,09
Giappone	13,11	7,82	2,63
Corea	11,98	7,10	1,25
Lettonia	5,72	3,41	1,28
Lussemburgo	4,60	3,80	0,77
Messico	1,52	1,52	0,03
Paesi Bassi	3,63	3,20	0,97
Nuova Zelanda	2,73	2,72	0,31
Norvegia	3,69	3,29	1,11
Polonia	6,64	4,92	0,66
Portogallo	3,42	3,29	0,64
Slovacchia	5,78	4,88	0,81
Slovenia	4,49	4,19	0,66
Spagna	2,97	2,41	0,36
Svezia	2,34	2,15	0,43
Svizzera	4,55	3,69	0,90
Turchia	2,75	2,71	0,05
Regno Unito	2,58	..	0,40
Stati Uniti	2,80	2,46	0,21
Media OCSE	4,64	3,58	0,68

E per quanto riguarda le dimissioni ospedaliere (ricoveri) è sestultima con 11.555 per centomila abitanti rispetto alla media Ocse di oltre 15.650 e con paesi come la Germania che raggiungono quasi i 25700.

Le giornate di degenza da noi sono più basse della media Ocse (7,80 contro 8,12 considerando tutti i tipi di ricoveri) con paesi come il Giappone a 28,50 giorni e ancora una volta il Messico, fanalino di coda di

quasi tutti gli indicatori, a 3,80 giorni.

L'Italia ha anche un numero di viste mediche procapite più basso della media Ocse (6,80 contro 6,95) che la pone comunque a metà classifica per questo indicatore, ma è sopra la media questa volta per il numero di risonanze magnetiche per mille abitanti (67,10 contro l'Ocse a 62,42) e crolla invece quartultima per il numero di Tac per mille abitanti con 81,30 contro una media Ocse di 141,67.

Dove invece l'Italia è in "alta classifica" è nel numero di cesarei: 349,40 per mille nati vivi contro la media Ocse di 280,65 e fa peggio di tutti la Turchia con 531,50, meglio Israele con 151,90.

Italia sopra la media Ocse anche per il consumo di antibiotici (21,50 dosi giornaliere medie contro la media Ocse di 20,54), Indicatore in cui è al top la Turchia con 40,50 e i fondo alla classifica (quindi in questo caso più virtuosi) i Paesi Bassi con 9,70, unici tra i Paesi Ocse al di sotto quota 10.

Indicatori di performance								
Paesi	Visite mediche procapite	Risonanze magnetiche per 1.000 abitanti	Tomografie computerizzate per 1.000 abitanti	Dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti	Durata media della degenza (giorni)	Durata media della degenza (giorni) per infarto del miocardio	Parti cesarei per 1.000 nati vivi	Consumo di antibiotici (dosi giornaliera definita)
Australia	7,70	44,80	126,00	17.824,80	5,50	5,30	332,00	18,40
Austria	6,60	56,90	148,10	25.310,00	8,20	7,90	291,80	12,20
Belgio	6,90	89,40	199,70	16.612,50	7,50	7,00	210,40	27,40
Canada	7,70	50,50	152,90	8.353,70	7,50	5,20	259,60	15,00
Cile	3,50	20,10	89,30	9.000,00	6,10	12,10	465,80	17,10
Repubblica Ceca	11,10	49,80	107,40	19.994,60	9,30	5,90	253,60	19,30
Danimarca	4,30	82,20	160,70	14.491,70	5,40	3,70	203,60	18,20
Estonia	6,30	52,70	166,00	16.641,20	7,70	9,00	200,10	13,50
Finlandia	4,30	39,10	36,80	16.983,10	8,60	5,90	162,20	19,00
Francia	6,10	113,90	204,40	18.192,30	10,10	5,50	208,20	30,30
Germania	10,00	136,20	143,10	25.685,90	8,90	10,00	299,00	14,10
Grecia	..	64,00	150,30	19.645,60	7,00	6,00	..	36,30
Ungheria	11,10	42,20	116,20	19.899,60	9,50	8,00	370,70	13,70
Islanda	5,90	92,30	216,90	11.803,00	6,10	5,00	168,10	23,80
Irlanda	5,80	..	..	13.620,20	6,00	6,50	314,10	24,20
Israele	..	36,40	136,30	15.612,00	6,80	5,20	151,90	21,20
Italia	6,80	67,10	81,30	11.555,00	7,80	7,90	349,40	21,50
Giappone	12,80	112,30	230,80	12.638,80	28,50	..	..	14,00
Corea	17,00	33,80	191,20	17.713,30	18,10	11,10	394,00	34,80
Lettonia	5,90	47,70	178,40	19.059,20	8,30	6,50	212,30	14,80
Lussemburgo	5,90	83,40	210,60	14.197,30	9,10	6,90	310,60	23,40
Messico	2,90	..	..	4.617,20	3,80	6,10	459,40	..
Paesi Bassi	8,80	48,80	88,70	11.645,80	5,00	5,00	161,90	9,70
Nuova Zelanda	3,70	4,40	28,70	14.296,10	7,60	6,50	242,20	..
Norvegia	4,50	..	..	16.402,30	6,90	3,60	161,90	17,90
Polonia	7,50	30,10	108,80	17.923,40	7,10	6,20	385,30	24,00
Portogallo	4,10	38,80	179,10	10.926,80	9,00	7,70	324,50	22,50
Slovacchia	11,50	61,40	162,30	19.733,20	7,40	5,00	297,50	21,60
Slovenia	6,70	51,90	65,10	18.258,40	6,80	7,20	206,30	14,00
Spagna	7,60	82,50	108,70	11.497,80	7,30	7,20	245,60	22,30
Svezia	2,80	..	..	14.728,00	5,80	4,30	177,20	13,30
Svizzera	3,90	72,20	104,00	17.367,00	8,30	6,80	327,40	..
Turchia	8,60	..	188,80	16.785,70	4,00	4,80	531,50	40,60
Regno Unito	..	56,80	84,70	13.102,20	7,10	6,70	263,50	18,70
Stati Uniti	4,00	110,80	226,60	..	6,10	5,40	319,80	..
Media OCSE	6,95	62,42	141,67	15.650,52	8,12	6,56	280,65	20,54

L'Italia si conferma come ormai risaputo ai primi posti per aspettativa di vita, quarta nell'Ocse dopo Giappone, Svizzera e Spagna con 83,30 anni medi (81 per i maschi e 85,60 per le femmine) ed è sempre nell'alta classifica (ma va un po' peggio) per l'aspettativa di vita a 65 anni.

Per quanto riguarda la mortalità infantile (decessi per 1.000 nati vivi). L'Italia è molto al di sotto della media Ocse: 2,80 contro 3,85 (il Messico è peggio di tutti a 12,10 e il migliore nell'Ocse è l'Islanda con appena lo 0,70).

Pochi invece rispetto alla media Ocse e agli altri Paesi gli anni di vita potenzialmente persi per tutte le cause. Nella fascia di età considerata 0-69 anni per le donne sono 1689,5 per 100.000 (media Ocse a 2246,98) e per gli uomini 2965,3 (media Ocse 4296,47).

L'Italia poi, rispetto agli altri paesi Ocse, è un paese dove autolesionismo e suicidi hanno una bassa incidenza: 5,70 per 100.000 abitanti contro la media Ocse di 11,58 e la Corea al top con 25,8, mentre ultima (positiva quindi) in classifica è la Turchia con 2,10.

Paesi	Aspettativa di vita						Mortalità infantile: decessi per 1.000 nati vivi	Anni potenziali di vita persi per tutte le cause per 100.000 abitanti. Femmine 0-69 anni	Anni potenziali di vita persi per tutte le cause per 100.000 abitanti. Maschi 0-69 anni	Suicidi (autolesionismo) per 100.000 abitanti
	Aspettativa di vita alla nascita (totale, anni)	Aspettativa di vita alla nascita (maschi, anni)	Aspettativa di vita alla nascita (femmine, anni)	Aspettativa di vita a 65 anni (donne)	Aspettativa di vita a 65 anni (uomini)					
Australia	82,50	80,40	84,60	22,30	19,60	3,10	2.013,30	3.420,90	12,80	
Austria	81,70	79,30	84,10	21,70	18,50	3,10	1.913,80	3.401,70	12,20	
Belgio	81,50	79,00	84,00	21,90	18,40	3,20	2.266,80	3.732,10	15,80	
Canada	81,90	79,80	83,90	22,00	19,20	4,70	2.368,70	3.669,80	11,10	
Cile	79,90	77,10	82,70	21,30	17,60	6,90	2.815,40	5.098,50	10,70	
Repubblica Ceca	79,10	76,10	82,10	20,00	16,20	2,80	2.235,70	4.469,80	11,70	
Danimarca	80,90	79,00	82,80	20,80	18,20	3,10	2.140,80	3.319,00	9,40	
Estonia	77,80	73,30	82,20	20,90	15,60	2,30	2.686,90	6.932,50	14,10	
Finlandia	81,50	78,60	84,40	21,90	18,20	1,90	1.785,80	3.788,60	13,10	
Francia	82,40	79,20	85,50	23,50	19,40	3,70	2.039,40	4.019,20	13,10	
Germania	81,10	78,60	83,50	21,30	18,10	3,40	2.129,70	3.758,30	10,60	
Grecia	81,50	78,90	84,00	21,70	18,90	4,20	2.061,10	4.257,90	4,40	
Ungheria	76,20	72,60	79,70	18,70	14,60	3,90	3.135,50	6.595,00	16,20	
Islanda	82,30	80,40	84,10	21,30	18,70	0,70	1.486,60	2.876,00	12,10	
Irlanda	81,80	79,90	83,60	21,10	18,60	3,00	1.975,80	3.404,20	10,60	
Israele	82,50	80,70	84,20	21,60	19,50	3,10	1.744,00	3.072,00	4,90	
Italia	83,30	81,00	85,60	22,90	19,40	2,80	1.689,50	2.965,30	5,70	
Giappone	84,10	81,00	87,10	24,40	19,60	2,00	1.600,90	2.923,20	16,60	
Corea	82,40	79,30	85,40	22,60	18,40	2,80	1.681,90	3.488,40	25,80	
Lettonia	74,70	69,80	79,60	19,00	14,00	3,70	3.471,30	9.570,80	18,10	
Lussemburgo	82,80	80,10	85,40	22,70	18,90	3,80	1.255,40	2.880,80	11,10	
Messico	75,40	72,90	77,90	18,70	16,80	12,10	4.604,30	8.297,20	5,50	
Paesi Bassi	81,60	80,00	83,20	21,10	18,50	3,50	2.140,00	2.846,40	10,50	
Nuova Zelanda	81,70	80,00	83,40	21,50	19,40	5,70	2.429,40	3.756,20	11,80	
Norvegia	82,50	80,70	84,20	21,60	19,10	2,20	1.711,00	2.782,30	11,10	
Polonia	78,00	73,90	82,00	20,50	16,00	4,00	2.685,00	6.749,10	13,50	
Portogallo	81,20	78,10	84,30	21,80	18,00	3,20	1.889,70	4.295,90	10,20	
Slovacchia	77,30	73,80	80,70	19,20	15,30	5,40	2.855,40	6.397,40	9,70	
Slovenia	81,30	78,20	84,30	21,80	17,90	2,00	1.826,80	3.993,70	18,10	
Spagna	83,40	80,50	86,30	23,60	19,40	2,70	1.619,80	3.111,90	6,90	
Svezia	82,40	80,60	84,10	21,50	19,10	2,50	1.775,30	2.856,40	11,20	
Svizzera	83,70	81,70	85,60	22,90	20,00	3,60	1.777,10	3.047,30	12,50	
Turchia	78,00	75,30	80,70	19,30	16,10	10,00	2.985,00	5.012,80	2,10	
Regno Unito	81,20	79,40	83,00	21,10	18,80	3,80	2.323,60	3.676,70	7,50	
Stati Uniti	78,60	76,10	81,10	20,60	18,00	5,90	3.523,70	5.909,10	13,80	
Media OCSE	80,81	78,15	83,41	21,39	18,06	3,85	2.246,98	4.296,47	11,56	

Sul discorso del personale non cambia la musica rispetto agli anni precedenti: l'Italia è di poco superiore alla media Ocse per numero di medici attivi (12,4 per 100.000 abitanti contro la media di 12,1), ma assolutamente in basso alla classifica e di molto sotto la media Ocse per numero di infermieri: ce ne sono 20,7 ogni 100.000 abitanti contro la media Ocse di 48,8 (meno della metà quindi).

Personale di cura e assistenza		
Paesi	Medici per 100.000 abitanti	Infermieri per 100.000 abitanti
Australia	15,9	81,9
Austria	14,1	55,0
Belgio	14,8	57,0
Canada	7,9	58,5
Cile	8,7	28,9
Repubblica Ceca	12,7	15,8
Danimarca	22,1	104,0
Estonia	11,5	35,5
Finlandia	12,0	69,5
Francia	9,1	38,9
Germania	11,7	55,8
Grecia	9,3	23,8
Ungheria	14,1	41,9
Islanda	15,8	65,6
Irlanda	24,4	29,3
Israele	6,8	24,2
Italia	12,4	20,7
Giappone	6,8	51,5
Corea	7,7	105,8
Lettonia	17,3	27,4
Lussemburgo	0,0	18,1
Messico	12,6	15,8
Paesi Bassi	14,4	44,1
Nuova Zelanda	9,1	45,4
Norvegia	11,1	80,1
Polonia	10,5	17,9
Portogallo	16,4	24,5
Slovacchia	13,5	52,9
Slovenia	15,9	90,3
Spagna	13,4	22,8
Svezia	10,2	41,6
Svizzera	10,6	98,9
Turchia	9,9	72,0
Regno Unito	12,9	29,6
Stati Uniti	7,6	61,8
Media OCSE	12,1	48,8

Infine gli stili di vita.

Per il consumo di tabacco (% di popolazione oltre i 15 anni che fuma quotidianamente) l'Italia è sopra la media Ocse: 20% contro il 18,42 per cento.

Per quello di alcol invece è molto sotto e nella parte bassa della classifica con il 7,10% contro la media Ocse dell'8,79% e Paesi come la Francia (al top) con l'11,70%, ma anche al contrario la Turchia con l'1,30 per cento.

L'Ocse fa poi un'analisi diversa per l'obesità, considerando quella auto-segnalata dalla popolazione e quella misurata. Per la prima l'Italia è penultima con il 9,8% sulla popolazione totale contro una media Ocse del 16,41% e primi in classifica gli Stati Uniti con il 30,2 per cento. Per l'obesità misurata il dato italiano non è presente, ma la media Ocse che era, appunto, del 16,41% per quella auto-segnalata diventa del 23,47% e primo in classifica (nemmeno gli Stati Uniti hanno il dato) è il Cile con il 40%, mentre nell'obesità auto-segnalata era subito prima dell'Italia con appena il 10,1 per cento.

Stili di vita				
Paesi	Consumo tabacco: % popolazione >15 anni che fuma quotidianamente	Consumo di alcol, litri procapite >15 anni	Popolazione obesa autosegnalata (% su popolazione totale)	Popolazione obesa misurata (% su popolazione totale)
Australia	12,40	9,70	21,30	27,90
Austria	24,30	11,40	14,70	..
Belgio	18,90	10,40	13,70	18,60
Canada	12,50	8,20	19,70	28,10
Cile	24,50	7,90	10,10	34,40
Repubblica Ceca	19,60	11,70	18,70	21,00
Danimarca	16,90	9,40	16,80	..
Estonia	21,30	9,90	19,20	18,00
Finlandia	15,00	8,40	19,00	24,80
Francia	22,40	11,70	15,30	17,00
Germania	20,90	10,90	16,40	23,60
Grecia	27,30	6,50	17,00	..
Ungheria	25,80	10,80	21,20	30,00
Islanda	9,40	7,70	19,00	..
Irlanda	19,00	11,20	18,00	23,00
Israele	17,20	2,60	13,40	18,80
Italia	20,00	7,10	9,80	..
Giappone	18,30	7,20	..	4,20
Corea	18,40	8,70	3,20	5,50
Lettonia	24,10	11,20	18,80	23,20
Lussemburgo	16,00	11,30	15,60	22,60
Messico	7,60	4,40	..	33,30
Paesi Bassi	18,00	8,30	13,60	..
Nuova Zelanda	13,80	8,80	..	31,60
Norvegia	11,00	6,00	12,00	..
Polonia	22,70	10,40	16,70	..
Portogallo	16,80	10,70	16,60	28,70
Slovacchia	22,90	9,90	16,30	16,90
Slovenia	18,90	10,50	19,20	..
Spagna	23,00	8,60	16,70	..
Svezia	10,90	7,20	13,00	..
Svizzera	20,40	9,30	10,30	..
Turchia	26,50	1,30	19,60	22,30
Regno Unito	16,10	9,50	20,10	26,20
Stati Uniti	11,80	8,80	30,20	40,00
Media OCSE	18,42	8,79	16,41	23,47

