

T P I STORIE DALL'ITALIA

C'ERA UNA VOLTA LA

DISASTRO SOCIALE Strutture fatiscenti. Personale sottodimensionato. Attese interminabili. Pronto soccorso strapieni. E pazienti abbandonati. Malgrado le eccellenze e l'impegno di operatori e medici, i cittadini hanno sempre più difficoltà ad accedere alle cure. A vantaggio del privato

LARA TOMASETTA

La sanità italiana spesso vive di una doppia narrazione: da una parte ci sono le eccellenze, i cervelli, gli uomini e le donne infaticabili, le terapie all'avanguardia, gli interventi impossibili e riuscitissimi, la ricerca e le scoperte rivoluzionarie. Dall'altra abbiamo strutture fatiscenti, personale sottodimensionato, tempi d'attesa interminabili, pronto soccorso strapieni, macchinari datati e poco disponibili, pazienti abbandonati e terapie sbagliate.

In questa doppia narrazione la verità, come sempre, sta nel mezzo. Quello che però resta è la difficoltà dei cittadini di poter usufruire di un servizio in tempi congrui, con la giusta attenzione e agli stessi livelli per tutte le regioni d'Italia.

A carico delle famiglie

Il quadro che ogni anno i vari report costruiscono è sempre più scoraggiante, nonostante il sostentamento della spesa sanitaria gravi in modo pesante sulle famiglie. Secondo l'Istat, nel 2021, le famiglie italiane hanno contribuito con risorse proprie alla spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata), per una quota pari al 24,4%, con un aumento di 0,7 punti percentuali rispetto al 2004. La spesa sanitaria delle famiglie rappresenta il 2,3% del Pil nazionale. Se la spesa sale, l'offerta

ospedaliera continua a ridursi nel tempo. La tendenza verso un modello di rete ospedaliera sempre più integrato con l'assistenza territoriale ha determinato una diminuzione del numero di ospedali, passato da 1.378 nel 2002 a 1.048 nel 2020, e della dotazione di posti letto che, negli stessi anni, è passata da 4,4 ogni mille abitanti a 3,1.

Secondo la Federazione Cimo-Fesmed per capire quanto sia grave la

situazione basta guardare a che cos'è successo negli ultimi anni (2010-2020) nei nostri ospedali. I dati parlano da soli, in dieci anni: sono stati chiusi 100 ospedali a gestione diretta e 11 aziende ospedaliere chiuse; sono stati disattivati 113 pronto soccorso (di cui 10 pediatrici); sono state eliminate 85 unità mobili di rianimazione. Abbiamo perso 37mila posti letto negli ospedali pubblici, 28mila dei quali ordinari e quasi 10mila di day hospital, a fronte di un aumento di 1.747 posti nelle strutture private.

Nel 2021, viene recuperato, anche se parzialmente, il decremento dell'attività ospedaliera registrato nel 2020, in conseguenza della pandemia da COVID-19. I ricoveri ospedalieri per 100 mila abitanti, in regime ordinario, per le malattie del sistema circolatorio nel 2021 sono il 15,4% più bassi rispetto al 2019 (da 1.810 nel 2019 a 1.530 nel 2021); quelli per tumori il 7,2% (da 1.102 a 1.023). Il recupero dei ricoveri per malattie del sistema circolatorio è stato più consistente per i maschi (il tasso nel 2021 è il 13,7% più basso rispetto al 2019), mentre per i tumori è stato più forte per le femmine (-5,5% nel 2021 rispetto al 2019).

Il Report "Noi Italia 2023" illustra come la spesa sanitaria pubblica corrente italiana «sia di gran lunga inferiore rispetto a quella di altri Paesi europei». Nel dettaglio, rileva l'Istituto di statistica, a parità di potere di acquisto, a fronte di 3.747,2 dollari per abitante spesi in Italia, nel 2020, la Finlandia supera i 4 mila dollari. Austria, Belgio, Danimarca, Francia, Irlanda, Lussemburgo e Svezia superano i 5 mila dollari, mentre la Germania, con i suoi 6.939 dollari per abitante, si conferma al primo posto per spesa pro capite, seguita dall'Olanda che si attesta di poco al di sopra dei 6 mila dollari di spesa per abitante. Il confronto europeo evidenzia che, in Italia, nel 2021, la quota di spesa sanitaria privata sulla spesa sanitaria com-

Il boom delle assicurazioni

Solo chi può permettersi i costi delle prestazioni può curarsi. Il 35% della spesa complessiva per assistenza ambulatoriale è ormai sostenuta dalle famiglie (Istat maggio 2023) e nel 2022 la spesa per visite e accertamenti si è spostata da prestazioni a carico del Ssn gratuite a quelle pagate di tasca propria o con rimborso parziale da parte delle assicurazioni private o aziendali. Aumenta sempre più la quota di persone che dichiara di aver pagato interamente a sue spese sia le visite specialistiche che gli accertamenti diagnostici. È il risultato dei 37 miliardi di tagli al Servizio sanitario nazionale negli ultimi 10 anni. Aumenta così la corsa alle assicurazioni private. ●

TPI

SANITÀ PUBBLICA



Tra il 2019 e il 2024 avremo perso, solo per i pensionamenti, 22mila specialisti. A cui vanno aggiunti 9mila licenziamenti volontari. Soltanto in parte sostituiti

La carenza dei medici

La carenza di medici in Italia è ormai diventato un problema tangibile sia negli ospedali sia per i medici specialisti.

Dai medici di famiglia agli ospedalieri, tra chi esce per pensionamento e chi si licenzia (anche per i turni massacranti) vediamo insieme quali sono le cause di questa situazione e quali sono le previsioni per il 2030 (destinate a peggiorare purtroppo).

Anao Assomed, il maggiore dei sindacati dei medici dirigenti, ha stimato che entro il 2024 sono previsti 40mila medici in meno nel Servizio sanitario nazionale. Ma la carenza di medici →

7 - 13 LUGLIO 2023 / 43



T P I STORIE DALL'ITALIA

Il business del dolore

La terapia del dolore, secondo la definizione dello Ileo (Istituto europeo di oncologia), è una disciplina della medicina che si occupa della diagnosi e della cura del paziente affetto da sintomatologia dolorosa acuta e cronica, benigna o neoplastica. In quanto tale, la terapia del dolore dovrebbe essere caratterizzata da un approccio multidisciplinare, perché riguarda una serie di specialità: dall'oncologia, alla reumatologia, all'immunologia. La disciplina che norma la terapia del dolore fa riferimento alle legge n° 38 del 15 Marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".

Attualmente in Italia, oltre alla prescrizione di farmaci oppioidi, prescritti spesso con dosaggi eccessivi e senza tener conto delle reali esigenze del paziente, è esploso il ricorso all'impianto di dispositivi detti neurostimolatori. Il costo di questi device e il numero alto di impianti in Italia rispetto ad altri Paesi, accende una luce sull'effettiva esigenza. Come denuncia a TPI un neurochirurgo che ha chiesto di restare anonimo: «Si va dal costo medio di un ago (apparecchiatura, tecnico etc) che sarebbe di 5-600 euro e che invece può arrivare fino a 2mila euro. Per arrivare al device importante che è il neurostimolatore, che arriva a costare anche 20mila, 30mila euro». Considerando anche gli espianti: siamo sicuri che gli italiani hanno bisogno di questi apparecchi? Quali sono le figure professionali che oggi si occupano di prescrivere l'impianto? Chi sono i medici deputati? Domande ancora aperte. ●



in Italia è un problema che esiste da tempo, con un impatto sulla disponibilità delle prestazioni mediche già ora evidente nelle interminabili liste d'attesa esistenti per la maggior parte delle visite più richieste.

Un'altra conseguenza di cui abbiamo già visto gli effetti è la forte riduzione di medici di base che ha lasciato milioni di italiani senza una figura a cui rivolgersi.

Le cause di quest'emorragia sono diverse: per fare chiarezza potrebbe essere utile considerare le ragioni che hanno portato alla situazione attuale e i motivi che nei prossimi anni potrebbero renderla ancora più critica. Per quanto riguarda le cause della carenza di medici attuale un certo ruolo lo hanno avuto le decisioni politiche, anche frutto di un'incapacità di prevedere i flussi di personale nel settore. Nello specifico gli ospedali si sono svuotati negli anni a causa del blocco del turnover – ovvero il ricambio di personale – scattato dal 2005 con il governo Berlusconi due e proseguito in altri esecutivi, ovvero il Prodi bis, Berlusconi ter, Monti, Letta e Renzi.

Inoltre, i governi che si sono susseguiti negli anni precedenti al Covid-19 non sono stati in grado di garantire un adeguato reinserimento di nuovo personale da sostituire ai medici in età pensionabile. Secondo una recente stima di Agenas, l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali che fa capo al ministero della Salute, su 100 medici andati in pensione, 10 non sono stati sostituiti, ma in Regioni come il Lazio, la Sicilia e la Campania il numero sale a 31.

Emorragia inarrestabile

Per quanto riguarda invece i prossimi anni, l'emorragia prevista da Anao Assomed si deve a tre cause principali. In primis, i pensionamenti: tra il 2019 e il 2021 sono andati in pensione circa 4.000 medici specialisti ogni anno per un totale di 12mila camici bianchi. Nel triennio 2022-2024 invece ne andranno in pensione altri 10mila. Per un totale di 22mila specialisti ospedalieri in meno in sei anni. Poi si devono considerare i licenziamenti: ai pensionamenti si aggiungono i professionisti che hanno lasciato o lasceranno le corsie consapevolmente. Tra il 2019

Antonio Calamia - AP



e il 2021 le dimissioni volontarie dagli ospedali sono state circa 9mila. «Se il trend dei licenziamenti – avverte il sindacato – fosse confermato anche nel triennio successivo, si licenzierebbero ulteriori 9mila medici dal 2022-2024». Quindi bisogna prendere in considerazione le nuove attività che prevedono maggiori assunzioni: nei prossimi anni la sanità pubblica avrà bisogno di nuove figure non solo per l'aumento delle terapie intensive reso necessario dalla pandemia, ma anche in vista dell'apertura degli ospedali di Comunità prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Pnrr).

Secondo l'ultimo rapporto Agenas sullo stato del personale del Servizio Sanitario Nazionale, in Italia dal 2019 al 2021 i medici di famiglia sono diminuiti di 2.178 unità. In realtà, nel 2020 l'Italia era tra i primi Paesi in Ue per presenza di medici: secondo i dati Ocse nel 2020 in Italia operavano 4 medici per 1.000 abitanti, contro 3,17 della Francia e i 3,03 del Regno Unito. Tuttavia, ciò che è mancato è stato un adeguato piano di ampliamento di posti nei corsi post-laurea di medici generale.

LISTE D'ATTESA & CONVENZIONI

La grande avanzata dei privati

«Per prenotare tramite il Servizio Sanitario Nazionale una visita all'ospedale Negrar di Verona, c'erano 2 anni d'attesa. Per l'intervento cui avrei dovuto sottopormi (endometriosi profonda, laparoscopia con shaving dell'intestino e neurolisi), sempre tramite SSN, un anno. Per una semplice colonscopia in altro ospedale avevo chiamato ad agosto, sono stata richiamata a febbraio dell'anno successivo. Per tutte queste prestazioni mi sono vista costretta a percorrere la strada del privato. Con costi che, per l'operazione, si aggirano sui 12mila euro, e per la colonscopia sui 380 euro». Il racconto di D.B., una ragazza di 26 anni affetta da endometriosi, non è un caso eclatante di mala sanità (o mancata sanità). Ma è la rappresentazione migliore di quello che a un cittadino medio, che necessita di controlli e cure anche specifiche, accade in Italia nel 2023. Gli italiani, che sia per situazioni emergenziali o per controlli di routine, costretti a mettere mano al portafoglio per poter ricevere diagnosi e cure sono sempre di più. Una tendenza confermata dall'ultimo rapporto del ministero dell'Economia, secondo cui in un anno la spesa per cure, farmaci e accertamenti sostenuta direttamente dai cittadini è aumentata del 20,7%, portandosi nel 2021 a 37,16 miliardi. Passo dopo passo sale anche quella per il privato convenzionato finanziato con soldi pubblici, che nel 2012 pesava per 22,5 miliardi e nel 2021 ne valeva 25,5, con una crescita più o meno costante

dell'1,4% l'anno, certifica sempre il Mef. Un business alimentato da tariffe per la diagnostica pagate dalle Regioni che arrivano a essere anche il doppio di quelle che lo stesso privato applica agli assistiti paganti di tasca propria. Fatte le somme, è un giro d'affari che per la sanità privata ammonta ormai a 62,7 miliardi, mentre tolti dai 128 miliardi del fondo sanitario nazionale i 25 e mezzo destinati ai privati convenzionati si scopre che alle strutture pubbliche restano poco più di 100 miliardi. E uno studio condotto da due ricercatori dell'Istat, Monica Montella e Franco Mostacci, pubblicato su Voce.it, mostra che la maggiore spesa privata non ha comportato alcun miglioramento dell'offerta sanitaria, misurata sul livello di adempimento dei Lea, i livelli essenziali di assistenza. Eppure l'ascesa del privato è inarrestabile. Basti pensare che a Brescia è nato il primo pronto soccorso privato d'Italia. «Il nostro ambulatorio di medicina d'urgenza e primo soccorso nasce in risposta a tutti coloro che necessitano di una risposta rapida, ma non possono o non desiderano aspettare ore in pronto soccorso ospedaliero», si legge sul sito. Tariffe esplicitate, un prezzo per ogni prestazione, si va dai 30 ai 500 euro, ma quel che davvero colpisce è che nella presentazione dei servizi che si offrono, li si mette in concorrenza esplicita con le risposte che è possibile trovare rivolgendosi al pronto soccorso degli ospedali. ●

C'è però un altro settore della sanità pubblica, altrettanto fondamentale, che rischia di rimanere scoperto – e in parte lo è già. Si tratta del pronto soccorso. Per lavorare come medici al loro interno c'è infatti bisogno della specializzazione in Emergenza-Urgenza, una scelta che però sempre meno neolaureati in Medicina compiono.

Anche in questo caso a lanciare l'allarme è Anaos Assomed: un'analisi del 2022 ha rivelato che ben il 50% dei

contratti di medicina d'emergenza non è stato assegnato. Questo significa che nei prossimi anni saranno sempre meno i medici formati per lavorare in pronto soccorso. I motivi sono diversi: si va dai turni massacranti alle retribuzioni poco allettanti, di certo più basse rispetto al resto d'Europa, ma anche il più alto rischio di contenziosi medico legali e di aggressioni rispetto ad altre professioni mediche. ●

