

# I fatti... e le parole

**Il medico ai nostri tempi è capro espiatorio di una deriva organizzativa di un sistema che annaspa e non riesce a sopportare il mutamento repentino delle esigenze di cure. Il medico ai nostri tempi è indiziato, accusato, e perché no, malmenato in quanto bersaglio delle frustrazioni di una popolazione sempre più insoddisfatta e soggiogata dall'infodemia incipiente e dilagante**

**Secondo i dati Ocse** negli ultimi 8 anni sono più di 9.000 i medici che, dopo essersi formati in Italia hanno deciso di andare all'estero a lavorare.

Gli ultimi dati Anaao, in linea con i dati Ocse confermano che solo nell'ultimo anno 1.500 medici sono emigrati dal nostro Paese.

Curiosi questi dati, soprattutto alla luce delle politiche di integrazione e sviluppo della professione che il Governo sembra voler intraprendere nell'ultimo periodo.

Cerchiamo di capire il perché allora. A fronte di un aumento netto di posti in scuole di specialità (nell'ultimo anno accademico 14.000) che di fatto riduce all'osso lo storico ed endemico imbuto formativo, emergono problematiche inerenti l'occupazione post specialità dei medici italiani.

Senza voler cadere in un discorso puramente economicistico, che attrarrebbe critiche e accuse di venialità, è indubbio constatare come il trattamento economico dei medici in Italia sia inferiore a quello riservato ai colleghi che vivono in altre parti del globo. E' sempre l'Ocse a fornirci dati su cui riflettere, l'Italia è penultima in Europa in quanto a retribuzione dei medici. Ma quindi è solo un problema di soldi? No certo che no, o meglio non solo. Il problema ha radici organizzative, gestionali e professionali molto più profonde.

**Il medico oggi**, soprattutto nel nostro Paese ha perso quell'appeal e quella forza sociale che possedeva un ventennio fa'. Il medico in Italia ha perso quella credibilità sociale ed istituzionale che lo ha accompagnato in altri periodi storici ed ha contribuito negli anni allo sviluppo del nostro siste-



**PIERINO DI SILVERIO**  
Responsabile Nazionale Anaao Giovani

ma sanitario. Quel medico che nel dopoguerra era un deus ex machina, quel medico che negli anni '80 era l'illuminato, oggi ha subito una trasformazione sociale preoccupante e fumettistica. Da supereroe buono a cattivo.

Il medico ai nostri tempi è capro espiatorio di una deriva organizzativa di un sistema che annaspa e non riesce a sopportare il mutamento repentino delle esigenze di cure. Il medico ai nostri tempi è indiziato, accusato, e perché no, malmenato in quanto bersaglio delle frustrazioni di una popolazione sempre più insoddisfatta e soggiogata dall'infodemia incipiente e dilagante.

**L'unico medico** che riesce a salvarsi, il medico che ha sostituito la ormai vecchia figura del dottore, è il giovanissimo, caparbio e aitante dottor Google. Medico più amichevole, più semplice, che niente ha a che vedere però con la scienza e con la medicina reale. Insomma nel nuovo mondo in cui gli ologrammi prendono gradualmente il posto della realtà, anche la figura del medico è stata di fatto soppiantata dall'idea metropolitana dello stesso.

**Ma queste sono solo** ragioni sociologiche che ci sforziamo di ricercare ed analizzare da non esperti del settore. In realtà a contribuire alla trasformazione del medico ci sono anche ragioni politiche. L'aziendalizzazione ha indubbiamente contribuito a chiudere gradualmente spazi alla carriera dei colleghi italiani, mentre in altri Paesi la crescita professionale ancora oggi è quasi naturale ed obbligata, anzi favorita dalla necessità di ricambio generazionale, in Italia le logiche aziendalistiche fanno da



## 9.000

**Medici negli ultimi 8 anni sono andati all'estero a lavorare**

## 1.500

**Nell'ultimo anno**

tappo alla crescita.

Il ristagno economico del Paese ed il peso fiscale hanno gradualmente assottigliato, insieme al caro vita, quella differenza stipendiale che tempo fa' poteva esistere, i mutati paradigmi organizzativi ed il regionalismo scellerato che ha assunto i caratteri di una devolution asettica e cinica ha completato il quadro di differenze tra regioni in termini di assistenza sanitaria determinando un quadro complessivo di insoddisfazione bipartisan. Da un lato i pazienti che non riescono ad attingere alle cure, dall'altra medici che insoddisfatti, impauriti, demotivati ricorrono alla medicina difensiva sempre più spesso e appena possono vanno via.

**La vita in ospedale** oggi è dura, è vero. Detta così sembrerebbe scontato. I non addetti penseranno: "certo che è dura, hai scelto una professione pesante, impegnativa mentalmente e fisicamente". Ma non sono questi i motivi che stanno lentamente consumando la passione e la vocazione del medico italiano.

La vita in ospedale è dura a causa dell'organizzazione delle cure che appartiene ad un'epoca ormai trascorsa. Le aziende ospedaliere, costrette a rispondere ad esigenze di bilancio, tagliano il capitolo di spesa più oneroso, ovvero il personale, le infrastrutture stentano ad adeguarsi alle nuove cure, l'organizzazione del numero di presidi sul territorio, e tipologia di ospedali, legata a vincoli economici e di risparmio, non tiene conto dell'incidenza territoriale e della prevalenza territoriale di patologie, e così se oggi facciamo un giro negli ospedali vediamo medici che si sdoppiano tra ambulatori iperaffollati e reparti con barelle, in perenne carenza di personale, pronto soccorsi che in alcuni territori italiani ricordano assetti di guerra.

**E nel frattempo** il Covid ha sferrato il colpo di grazia ad una struttura organizzativa in crisi, i tempi di attesa per una visita raddoppiano, raggiungendo e superando per alcune prestazioni anche i due anni, l'aspettativa di vita me-

dia si riduce di 1,2 anni (dati Istat) e la popolazione si rivolge sempre più frequentemente alle cure private. Il rapporto «State of health in the Eu» della Commissione europea e dell'Oecd sottolinea che in Italia la spesa out of pocket è la più alta dell'Ue con una media del 23,5% (2017) contro il 16% degli altri Stati membri. Un cittadino su 10 secondo l'Istat rinuncia alle cure per mancanza di denaro o tempi di attesa.

**In questo quadro** la domanda che ci facciamo è: che responsabilità ha il medico? Oggettivamente poche, soggettivamente, per i pazienti, la maggior parte, visto il trattamento che a noi viene riservato molto spesso. Forse la responsabilità maggiore è quella di aver continuato a lavorare senza avere la forza di scendere in piazza, bloccare il sistema di cure.

**La regionalizzazione** ha contribuito sicuramente ad acuire le diversità territoriali. Il confronto tra Nord e Sud nella distribuzione del finanziamento, e la molto più variegata geografia della salute, «mette in luce lo squilibrio tra i bisogni potenziali di assistenza sanitaria e i criteri allocativi delle risorse adottati», osserva l'Istat. Nelle Regioni del mezzogiorno la quota pro-capite di finanziamento non raggiunge i 1.900 euro, con il minimo di 1.755 in Campania, mentre in altre aree del Paese supera i 2 mila euro. I valori massimi, superiori ai 2.300 euro, si rilevano in Valle d'Aosta, Bolzano e Trento, dove sono anche più elevate le dotazioni medie di personale sanitario, a fronte di prevalenze nettamente più basse di popolazione in cattive condizioni di salute. La situazione è «critica» nelle Regioni che devono far fronte a piani di rientro, che hanno bassi livelli di dotazione di personale sanitario e ricevono un finanziamento inferiore a quello correlato al bisogno (1.810 euro per abitante in Puglia, 1.890 nelle Marche e 1.915 in Sardegna). Ma la fuga di medici non appartiene solo al sud Italia. È un fenomeno ormai diffuso in tutto il Paese. Soluzioni?

**La domanda amletica** cui rispondere è: Occorre investire in sanità o in salute? Questo dilemma è all'ordine del giorno della discussione politica da anni. Non basta investire in sanità. Occorre investire in salute. Per farlo prima di tut-

“

**Le aziende ospedaliere, costrette a rispondere ad esigenze di bilancio, tagliano il capitolo di spesa più oneroso, ovvero il personale**

“

**Medici che si sdoppiano tra ambulatori iperaffollati e reparti con barelle, in perenne carenza di personale, pronto soccorsi che in alcuni territori italiani ricordano assetti di guerra**

**Segue a pagina 16**

Segue da pag. 13

## I fatti... e le parole

to è assolutamente necessario iniziare a guardare la sanità non come un costo ma come un risorsa ineluttabile per poter continuare a produrre. Gli elementi produttivi sono gli operatori sanitari e senza una adeguata retribuzione e luoghi di lavoro ed ambienti idonei la produttività cala inevitabilmente.

Se volessimo seguire una logica puramente economicistica, che probabilmente appartiene maggiormente ai legislatori della logica eticistica, il risultato sarebbe simile. I fattori produttivi essenziali sono macchine e operatori sanitari. Se non hai fattori produttivi non ha produttività.

**Il prodotto** che ogni azienda ospedaliera dovrebbe 'vendere' ma a noi piace ancora utilizzare il termine 'erogare', è la salute, ma se il prodotto non viene 'acquistato' dal cittadino che fugge al pari del medico, l'azienda fallisce. Possiamo continuare con circonvoluzioni metaforiche che porterebbero tutte allo stesso risultato: senza investimenti può esistere solo la banca rotta. Ma non è certamente questa la volontà

del legislatore, né tanto meno possiamo immaginare che il legislatore voglia shiftare verso una sanità privatistica o mista, come in altri stati che apparentemente potrebbe risultare più proficua in termini economici o meglio meno dispendiosa. Non vogliamo immaginare che discussioni di altra natura possano occupare il residuo tempo a disposizione dei legislatori, al punto da non vedere la crisi del sistema di cure.

Non vogliamo immaginare che il legislatore pensi di risolvere il problema della fuga dei medici eliminando il numero chiuso per l'accesso alla facoltà di medicina e il problema delle cure con gli ospedali di comunità. Sarebbe miope e scellerato.

Ma siamo convinti invece che il legislatore sia conscio dello stato del nostro amato sistema sanitario nazionale, siamo convinti che il legislatore abbia pronta una riforma dell'organizzazione delle cure che non appartenga solo al territorio, croce e delizia di un'epoca pandemica in cui tutti sono concentrati a guardare il dito mentre la luna piena illumina il mondo.

**Siamo convinti** che il legislatore stia pensando a come gratificare, incoraggiare, premiare quegli eroi che sono stati insigniti di targhe, quegli eroi silenziosi che ancora oggi continuano a lavorare, quegli eroi, che tali sono stati considerati solo durante la pandemia ma che eroi erano ancor prima del Covid.

Si perché gli eroi, e non i cattivi ma quelli buoni, solo gli eroi buoni subiscono denunce (il 95% delle quali si rivela senza senso), subiscono percosse (le aggressioni al personale sanitario sono in continua crescita), lavorano almeno 300 ore in più del normale ogni anno, non intravedono grandi prospettive di crescita, e nonostante tutto continuano a lavorare.

Ma anche i super eroi possono andare in pensione. Anzi ci vanno. Come in ogni fumetto che si rispetti, arriva il momento in cui il super eroe lascia la scena. Siamo sicuri che però è questo l'epilogo che vogliamo?

Segue da pag. 15

## Reazioni avverse da vaccinazione anti SARS-CoV-2

nunciato la revisione delle schede informative di questo vaccino, includendovi l'indicazione dell'aumento del rischio di contrarre GBS dopo la vaccinazione.

**Riguardo i vaccini** a mRNA (Pfizer-BioNTech e Moderna), un effetto avverso attualmente sotto investigazione è legato ad alcuni casi di pericardite o miocardite riscontrati perlopiù in adolescenti e giovani adulti di sesso maschile, che si manifesta più spesso dopo la seconda dose vaccinale e si risolve in pochi giorni e con esito benigno. Un nesso causale chiaro non è stato ancora individuato, tuttavia l'Oms ha riportato che, in base ai dati di farmacovigilanza provenienti dagli Stati Uniti, all'11 giugno 2021 sono stati registrati 40,6 casi di miocardite per milione di seconde dosi tra i maschi di età compresa tra 12 e 29 anni, e 4,2 casi per milione tra le femmine della stessa età. Per le persone di età superiore a 30 an-

ni il numero di casi scende rispettivamente a 2,4 e un caso per milione di seconde dosi. Sulla base di queste e di altre evidenze, l'Ema ha segnalato che la pericardite e la miocardite possono manifestarsi, in rarissimi casi, dopo la vaccinazione a mRNA, ed ha raccomandato queste manifestazioni cliniche tra i possibili effetti avversi. Tuttavia, tanto l'Ema che l'Oms hanno ribadito che i benefici della vaccinazione continuano ad essere superiori ai rischi, ed a questo proposito va sottolineato che uno studio condotto in Israele su circa 1,9 milioni di persone, suddivise tra vaccinati e non vaccinati, ha evidenziato che il rischio di miocardite è notevolmente superiore nei pazienti Covid-19 rispetto ai vaccinati.

**Le persone** che in Ue e negli USA hanno ricevuto il vaccino anti Sars-CoV-2 sono oggi più di 400 milioni, la maggior parte con vaccini a mRNA. Il sostegno a programmi come EudraVigilance e

Vsd, che includono dati dettagliati su popolazioni ampie e diverse, è essenziale per una solida e corretta valutazione della sicurezza dei vaccini. Essi inoltre svolgono la funzione fondamentale di informare il pubblico ed aiutare a superare l'esitazione alla vaccinazione, specialmente in situazioni come quella che stiamo vivendo, in cui la somministrazione su larga scala è fondamentale per la risoluzione dell'evento pandemico.