

LA CINA TRAVOLTA DAL COVID: SI RISCHIA UN MILIONE DI MORTI. TAMPONE A MALPENSA PER CHI ARRIVA DA PECHINO

L'agonia della Sanità italiana

L'inchiesta: 2 anni per un esame, 8 mila medici in fuga. E 5 milioni di cittadini non si curano più

IL COMMENTO

SE NESSUNO CURA UN PAESE VECCHIO

ANTONELLA VIOLA

La sanità pubblica è in difficoltà in molti Paesi, non solo in Italia. Il Covid19 ha lasciato strascichi pesanti: un numero alto di ricoveri nei reparti di malattie infettive, ritardi nella gestione degli altri pazienti, difficoltà di personale. - PAGINA 4

PAOLO RUSSO

Con quasi 100 milioni di visite ambulatoriali saltate durante il Covid, un milione e 774 mila ricoveri in meno rispetto all'era pre-pandemica, le liste d'attesa si allungano all'infinito. Un'indagine di Cittadinanzattiva denuncia che il 71% degli assistiti si è trovato ad attendere oltre i limiti di legge. Nel 53% dei casi per interventi chirurgici ed esami diagnostici, nel 51% per le visite di controllo. Oggi si arriva ad attendere due anni per una mammografia. - PAGINE 2-4

La Sanità dimenticata

Liste d'attesa fino a due anni, 8 mila medici in fuga, fondi sotto la media Ue così il servizio pubblico esclude i più deboli: 5,6 milioni rinunciano alle cure



PAOLO RUSSO
ROMA

Con quasi 100 milioni di visite ambulatoriali saltate durante il Covid e in parte da recuperare, un milione e 774 mila ricoveri in meno rispetto all'era pre-pandemica, le liste d'attesa si allungano all'infinito. Tanto che una recente indagine di Cittadinanzattiva denuncia che il 71% degli assistiti si è trovato ad attendere oltre i limiti stabiliti dalla normativa nazionale. Il 53% dei casi ha riguardato gli interventi chirurgici e gli esami diagnostici, il 51% le visite di controllo. Così si arrivano ad attendere fino a due anni per una mammografia, circa un anno per una ecografia, una tac o un intervento ortopedico. Perché ad aggravare la situazione negli ospedali, già sgarniti di letti e personale, c'è la fuga di medici e infermieri verso il privato. Al quale, si rivolgono sempre più anche gli assistiti. Quando possono permetterselo. Perché, come rivela l'Istat, tanti rinunciano del tutto alle cure. Erano 3,1 milioni nel 2019, sono saliti a 4,8 l'anno successivo per arrivare a 5,6 lo scorso anno.

Questo mentre anziani e cronici sono in aumento, e l'Adi, l'assistenza domiciliare integrata, si fa carico appena del 2,9% di loro. Per chi dal medico può ancora andare con le sue gambe c'è invece la piaga di un'assistenza territoriale che, come la pandemia ha ampiamente dimostrato, fa acqua da tutte le parti. Perché i medici di famiglia sono sempre meno, hanno orari di apertura dei loro studi formato small e non lavorano in team con gli specialisti ospedalieri.

Occorrono parecchie righe per scattare solo un flash sulla lenta agonia della nostra sanità. Il sistema più universalistico del mondo. Quello che sulla carta offre tutto gratis, o quasi, a tutti, ma che di fatto sta escludendo le fasce più deboli della popolazione dalle cure. Perché il tempo passa, la popolazione anziana

e i malati cronici aumentano e i finanziamenti non seguono il passo della domanda di salute. Così, se grazie anche alla bravura dei nostri professionisti della salute fino a ieri si è retto facendo miracoli, ora quei 37 miliardi tagliati alla sanità nei dieci anni precedenti al Covid stanno facendo affondare la barca. Il rapporto del mese scorso dell'Ocse indica che durante la pandemia tutte le nazioni hanno aumentato la spesa sanitaria, ma l'Italia resta comunque sotto la media Ue, con 2.609 euro di spesa pro-capite contro una media europea di 3.159. Ma con

Dal 2019 a oggi la spesa a carico degli assistiti è passata da 34 a 37 miliardi

Paesi equiparabili al nostro come la Germania a quota 4.831, la Francia a 3.764, la Gran Bretagna a 3.494, ma anche lì con problemi di tenuta del sistema che giorni fa ha visto attuare il primo sciopero degli infermieri della storia del Regno. E, sempre secondo l'Ocse, l'Italia è fanalino di coda in Europa per prestazioni saltate durante la pandemia: -22,7% di assistiti con problemi di disordine mentale, -16% di screening

oncologici, -14,6% di accessi ospedalieri di malati cronici, -12,3% di Tac e risonanze eseguite. C'è persino un 14,9% che ha dovuto posticipare interventi di rimozione di un tumore.

A corto di soldi e personale, il sistema sanitario pubblico continua a perdere terreno anziché recuperarne. A certificarlo sono i dati di Agenas, l'Agenzia per i servizi sanitari regionale. Nei primi sei mesi di quest'anno ci sono state 3,4 milioni in meno di visite di controllo rispetto al 2019, mettendo così a rischio la salute di malati oncologici, diabetici, cardiopatici. E se il sistema pubblico arretra, quello privato avanza. L'ultimo monitoraggio della spesa sanitaria condotto dal Mef sul 2021 indica che dai 34,8 miliardi del 2019 la spesa sostenuta di tasca propria dagli assistiti è salita a 37 miliardi. E ad arginare questa deriva a poco serviranno i 2,15 miliardi in più di fondo sanitario portati faticosamente a casa dal ministro della Salute, Orazio Schillaci. Vuoi perché ben 1,4 miliardi sono assorbiti dal caro bollette e vuoi anche per quei 3,8 miliardi di buco pregresso per i costi non coperti del caro energia e delle spese per il Covid. Soldi che le Regioni dovranno metterci di tasca propria. Il che lascerà poco spazio agli investimenti. A co-

Un lavoro in salita

I sindacati dei medici denunciano la mancanza di personale: secondo le proiezioni entro il 2027 andranno in pensione 41 mila medici tra ospedalieri e di famiglia, 50 mila con gli ambulatoriali

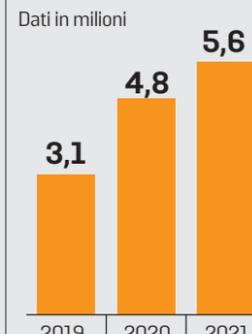


COSÌ IN ITALIA

DURANTE LA PANDEMIA

- 100 MILIONI visite saltate
- 1,7 MILIONI di ricoveri in meno
- 71% degli assistiti ha atteso oltre i limiti della normativa
- 53% per interventi ed esami
- 51% per visite di controllo

CHI RINUNCIA ALLE CURE



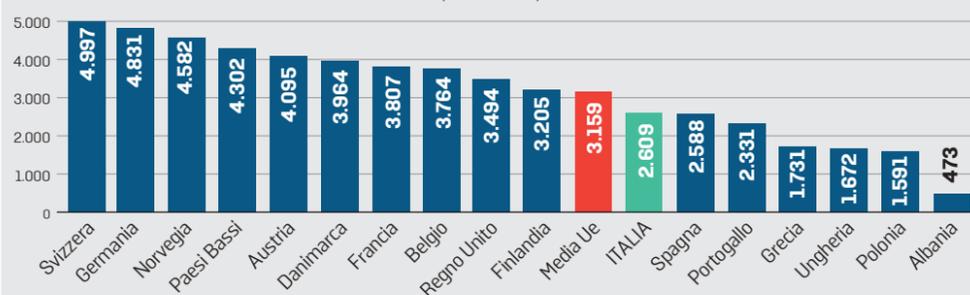
IL FUTURO DEI CAMICI BIANCHI

In pensione 41 mila medici di famiglia e ospedalieri entro il 2027
8 mila si sono licenziati tra 2019 e 2021

Contratti di specializzazione 2022 non assegnati:



LA SPESA SANITARIA PRO CAPITE IN EUROPA (Dati in euro)



Fonte: Cittadinanza attiva; Istat; Ocse 2022 su dati 2020; Anaao Assomed

WITHUB

L'INTERVISTA

Filippo Anelli

“Servono assunzioni, non burocrazia ora va eliminato il tetto alla spesa”

Il presidente dell'Ordine: “Il ministro ascolti più i medici dei partiti”

«Quando il presidente Mattarella il 2 giugno chiamò a sfilare i medici e gli infermieri, mandò un segnale chiaro sulla centralità dei professionisti per garantire il diritto alla salute. Ma oggi non mi sento di dire che sia stato colto dalla politica». E senza interventi immediati il presidente dell'Ordine dei medici, Filippo Anelli, il futuro della sanità pubblica lo vede nero.

Le liste di attesa si allungano, il privato avanza. Che futuro ha la sanità nazionale?

«Oggi è un malato ancora curabile, ma senza interventi la vedo dura. Qualcuno ha pensato che un Ssn fatto da burocrati avrebbe funzionato, dimenticando che la sanità la fanno i professionisti della salute. Siamo andati avanti con una logica aziendalistica che ha privilegiato la spesa per beni e servizi anziché sul personale, per il quale vige un tetto

assurdo, ancorato a quella del 2004 diminuita dell'1,4%. Ma è mancata la volontà di assumere: per i medici di famiglia un vincolo di spesa non c'è».

Ne mancano parecchi anche negli studi...

«Ce ne sono 6 mila in meno, ma fra 5 anni tra gli 11 mila che andranno in pensione e quelli che stanno abbandonando per le cattive condizioni di lavoro ne avremo persi 20 mila. Prima ave-

vamo un medico di famiglia ogni mille assistiti, poi siamo passati a 1.300 con la possibilità di arrivare a 1.500. In alcune zone della Lombardia a 2.200. Se aggiungiamo il peso della burocrazia, il sistema non regge più. Va abrogato quell'anacronistico tetto di spesa e vincolata una quota del fondo sanitario alle assunzioni».

La riforma della sanità territoriale di Speranza non piace al

centro destra e nemmeno ai medici. Cosa c'è che non va?

«Le case di comunità che dovrebbero assicurare l'assistenza diurna e gli accertamenti di primo livello possono essere affidate ai medici di famiglia. Il problema è che manca il resto del personale: infermieri, assistenti sociali, riabilitatori, psicologi e ostetriche. I soldi del Pnrr non possono essere utilizzati però per assumere, sono vincolati a

edilizia e macchinari. Mala sanità la fanno i professionisti, le tac da sole non funzionano».

Una legge dà diritto ai cittadini di rivolgersi al privato pagando il ticket se le liste di attesa sono più lunghe del consentito. Perché è spesso inapplicata?

«Perché i siti delle regioni riportano spesso tempi di attesa nella norma ma non veritieri, perché illecitamente si chiudono le agende di prenotazione e per-



FRANCESCO DOGLIO

minciare da quelli che servirebbero per ripopolare corsie e ambulatori di medici e infermieri. Lavoro di per sé improbo, visto che nemmeno questa Finanziaria ha rimosso il paradossale vincolo imposto alla Regioni di non

A pesare sono anche le inefficienze il 27% dei ricoveri risulta inappropriato

superare per il personale la spesa del lontano 2004, diminuita pure dell'1,4%.

E così, con gli stipendi tra i più bassi d'Europa, condizioni di lavoro sempre più dure che impongono anche doppi turni senza riposo, tra medici e infermieri è iniziata la grande fuga dall'Ssn. Magari per lavorare a gettone, visto che con due o tre turni ci si porta a casa lo stipendio mensile di un dipendente. Le proiezioni sui dati Agenas dico-

no che entro il 2027 andranno in pensione 41mila tra medici di famiglia e ospedalieri, che diventano 50mila se si considerano anche gli ambulatoriali. A questo si aggiungono gli 8mila camici bianchi che secondo il sindacato Anaa dal 2019 al 2021, stanchi di fare gli eroi, si sono licenziati. Magari per andarsene all'estero dove gli stipendi sono più alti e le condizioni di lavoro migliori.

Se a portare in agonia il malato sono state le politiche di taglio ai fondi e una cattiva programmazione della formazione medica, una spintarella verso il precipizio gliel'ha data anche la disorganizzazione. Come quella documentata dal rapporto appena pubblicato dal ministero della Salute sulle Sdo, le schede di dimissioni ospedaliere. Su quasi 5 milioni di ricoveri l'anno, il 27,04%, quasi uno su tre, è «inappropriato». Dato persino in leggera crescita rispetto all'anno precedente. Detto così non fa ancora effetto, ma in termini assoluti si tratta di oltre 1,3 milioni di ricoveri che si sarebbero potuti evitare se ci fosse un'assistenza territoriale in grado di farsi carico dei casi meno urgenti e complessi.

L'altra piaga è quella dello spezzatino dei reparti, attuato più per conservare il posto ai primari che non per la sicurezza del ricoverato, visto che questa va a farsi benedire quando si fanno pochi interventi l'anno, perché gli errori poi chiaramente aumentano. Prendiamo il by-pass coronarico. Un decreto ministeriale indica che sotto 200 interventi l'anno è meglio chiudere o accorpate, ma solo il 33% delle strutture rispetta lo standard di sicurezza. Stesso discorso per il tumore della mammella, dove è oltre la soglia di sicurezza solo il 16%, mentre lo standard di mille parti l'anno è rispettato solo da 142 punti nascita su 500. Inefficienze che spetterebbe ai manager sanitari nominati la politica rimuovere. Se la politica badasse a questi e non ad altri parametri di giudizio. —

1/Continua

© RIPRODUZIONE RISERVATA



“

Bisognerebbe istituire in ogni Asl un difensore civico dei cittadini

ché nelle Asl nessuno si cura di offrire il modulo per rivolgersi al privato».

Proposte?

«Istituire in ogni Asl un difensore civico e inserire tra le cause di decadenza dei direttori generali anche il mancato rispetto di diritti come questo».

Il governo ha respinto un emendamento caldeggiato dal ministro Schillaci che stanziava 10 milioni in più per l'oncologia.

«Schillaci è uno di noi, sa quali sono le esigenze della sanità. Dovrebbe cercare di più il nostro supporto di quello dei partiti»

Cosa gli consiglierebbe?

«Un riconoscimento ai medici del Pronto soccorso, aumentare le borse di studio in medicina generale e consentire ai giovani che l'hanno vinta di lavorare subito, affiancati da tutor. Sarebbe una risposta immediata alla carenza dei medici». PA.RU. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Saltano i fondi extra per le cure dei malati oncologici e le indennità al personale dell'emergenza Il ministro Schillaci: "Stanziati 4,2 miliardi in più". Ma le Regioni e i sindacati non ci stanno

Dai tumori ai pronto soccorso i patti traditi dalla manovra

IL CASO

Prima una manina che sfilava dal pacchetto degli emendamenti del governo quello messo lì dal ministro della Salute, Orazio Schillaci, per rifinanziare con appena 10 milioni il Piano oncologico per il 2023, altrettanti l'anno successivo. Soldi che servono per prevenzione, diagnosi e assistenza di 3,5 milioni di malati di cancro. Poi la stessa mano, lesta, fa sparire l'altro emendamento annunciato sempre dal titolare della salute: 200 milioni di indennità speciale a medici e infermieri del pronto soccorso. Che lavorano come pochi, non fanno attività privata, hanno quindi redditi inferiori a molti loro colleghi e per questo sono in fuga dalla prima linea dell'emergenza-urgenza. «Il vero problema è che i giovani da av-

Degli aiuti destinati al settore, 1,4 miliardi vengono assorbiti dal caro bollette

viare alle scuole di specializzazione non sono più attratti da quelle come medicina di emergenza e urgenza o anestesiologia, per cui dobbiamo cercare di rendere più attrattive queste specialità», dichiarava qualche giorno fa Schillaci a *La Stampa*. Un segnale di attenzione verso i medici sull'orlo di una crisi di nervi che alla fine non si è visto.

È proprio dai particolari che si misura la differenza tra gli annunci elettorali e la realtà della "Melonomics" (la politica economica del nuovo governo) applicata alla sanità. «Sviluppo della sanità di prossimità e territoriale; incremento dell'organico di medici e operatori sanitari; estensione delle prestazioni esenti da ticket» e perfino «aggiornamento del piano oncologico»: è il programma sanitario del centrodestra, ma potrebbe essere attribuito anche alla sinistra.

Il problema è che poi in manovra dei 2,2 miliardi in più di finanziamento restano appena 800 milioni perché 1,4 se ne vanno per il caro bollette. E con quello zero virgola qualcosa del fondo sanitario bisogna recuperare decine di milioni di prestazioni saltate con il Covid, arginare la fuga dei medici dagli ospedali, assumere personale nelle case e negli ospedali di comunità: le prime destinate a far filtro rispetto agli ospedali, facendo lavorare in team medici di famiglia, specialisti e infermieri, i secondi per da-



In Aula
Il neo ministro della Sanità Orazio Schillaci in aula durante i lavori per la manovra economica. Il medico, rettore dell'Università Tor Vergata, era stato nominato nel comitato scientifico dell'Iss dall'ex ministro Speranza



FEDERICO SPANDONARO
ECONOMISTA SANITARIO ALL'UNIVERSITÀ SAN RAFFAELE



PIERINO DE SILVERIO
SEGRETARIO NAZIONALE ANAAO ASSOMED

Bisognerebbe recuperare l'evasione e decidere quali settori possono dare una mano al Pil, come la Sanità

re una risposta ai pazienti fragili che non hanno più bisogno di restare in corsia ma nemmeno possono essere abbandonati a casa senza assistenza. «Con la necessità di aiutare famiglie e imprese stritolate da inflazione a caro bollette sinceramente non si poteva fare di più» si difende il ministro Schillaci. Attento a ricordare che «la sanità è stata defanziata dal 2013 al 2019, mentre qui abbiamo il maggior rifinanziamento di sempre: 4,2 miliardi in più, considerando quelli già programmati» dal governo Draghi. Una conta che non convince più di tanto le Regioni, che lamentano un buco di 3,8 miliardi per maggiori spese pregresse per Covid e caro energia non coperte dal governo.

Ma il ragionamento di Federico Spandonaro, economista sanitario dell'Università San Raffaele di Roma, esperto tra i più accreditati, oltre che direttore del Cer-

I vuoti in pianta organica costringono medici e infermieri a turni massacranti ma si avvantaggia chi lavora a gettone

gas, si basa su altri numeri. «Dal Duemila ad oggi la nostra sanità ha viaggiato a un ritmo di crescita della spesa del 2,8% l'anno contro il 4,2% in media degli altri Paesi Ue e questo ha comportato una costante crescita della spesa sanitaria privata con conseguente riduzione del livello di equità del sistema di protezione». Il problema per Spandonaro non è tanto se si poteva o meno fare di più, «quanto il fatto che il Paese nel suo insieme non cresce, per via dell'enorme sommerso. Quindi bisognerebbe recuperare l'evasione e decidere quali settori possono dare un maggior contributo all'aumento del Pil. E uno di questi può essere a mio avviso proprio la sanità». Parole che cozzano con un altro capitolo della "Melonomics", questo sì applicato in pieno, delle sanatorie fiscali. Ben 12 quelle finite in manovra.

«Siamo in una situazione di emergenza e invece la fi-

nanziaria risponde con misure ordinarie», rincara la dose Pierino De Silverio, segretario nazionale dell'Anaa, il più forte sindacato dei camici bianchi ospedalieri. «Il Covid ha fatto emergere il disamore dei medici per la sanità pubblica, generato da condizioni di lavoro e retributive sempre in peggioramento. Il nostro contratto 2019-21 è già scaduto e non ci hanno ancora convocato, anche se sappiamo che con 618 milioni sul piatto non si andrà oltre aumenti medi di 80 euro al mese. Mentre i vuoti in pianta organica costringono medici e infermieri a turni sempre più massacranti e le prospettive di carriera sono state pressoché azzerate dal taglio di ben 7mila unità operative in 10 anni». Poi però «si è avvantaggiato chi lavora a gettone nelle cooperative estendendo la flat tax fino a 85mila euro di reddito. Il dubbio che si voglia spostare la sanità verso il privato c'è». Anzi, per De Silverio «è già realtà, visto che oggi il 54% degli italiani si cura privatamente». E a chi non può permetterselo non resta che rivolgersi alla provvidenza. Come quando la parola welfare non esisteva. PA.RU. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Antonella Viola

L'Italia invecchia insieme ai medici ripartiamo dai dottori di famiglia

Una popolazione sempre più anziana è più fragile e bisognosa di una Sanità efficiente ma la richiesta che cresce non si accompagna a un adeguato investimento economico

La sanità pubblica è in difficoltà in molti Paesi, non solo in Italia. La crisi innescata dal Covid19 ha lasciato strascichi pesanti sui sistemi sanitari pubblici: un numero costantemente alto di ricoveri nei reparti di malattie infettive e di pazienti affetti dalle complicazioni note come long-Covid; ritardi nella gestione di tutti gli altri pazienti, con tempi di attesa lunghi e spesso inaccettabili per prevenzione, terapie e interventi; la crescente difficoltà nel reclutamento del personale ospedaliero, messo a dura prova dalla pandemia e dalle difficili condizioni di lavoro. A questo si aggiungono i costi esorbitanti dell'energia, che impongono di ridurre o azzerare gli investimenti per poter mantenere operativi gli ospedali.



Ma, guardando alla situazione specifica del nostro Paese, c'è un'altra ragione importante per spiegare la crisi della sanità pubblica: l'invecchiamento. L'Italia è il quinto Paese al mondo per aspettativa di vita, con una media di quasi 82 anni per gli uomini e 86 per le donne. Questa buona notizia, quando inserita nel quadro generale, diventa però preoccupante per la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale (Ssn). La longevità degli italiani, anche a causa del forte calo di natalità, si riflette in un invecchiamento generalizzato della popolazione: l'età media della popolazione italiana è

Una richiesta sempre crescente di prestazioni non si accompagna a un adeguato impegno in termini economici

infatti di quasi 48 anni, contro i 42 della Francia o i 41 della Norvegia. Una popolazione anziana ha purtroppo maggiore bisogno di medici e terapie rispetto ad una più giovane. È vero infatti che viviamo più a lungo ma lo facciamo in uno stato di malattia, come evidenziato dal fatto che oltre la metà dei nostri anziani soffre di almeno tre patologie croniche, che richiedono cure mediche continue. Nonostante dunque l'invec-



Dopo la pandemia

La crisi innescata dal Covid 19 ha pesato su tutti i sistemi sanitari nazionali, ma l'Italia sconta anche l'invecchiamento della popolazione: al quinto posto al mondo per aspettativa di vita, oltre la metà degli anziani soffre di almeno tre patologie croniche

PAOLO MIGLIAVACCA

chiamento renda la popolazione italiana sempre più fragile e bisognosa di una sanità efficiente, il quinto Paese al mondo per aspettativa di vita si colloca solo al ventesimo posto nella classifica della spesa sanitaria pro-capite (per fare un confronto, la vicinissima Svizzera è al terzo posto in entrambe le classifiche). Già questo dato basterebbe a spiegare l'inadeguatezza del nostro Ssn: una richiesta sempre crescente di pre-

stazioni sanitarie che non si accompagna ad un adeguato investimento in termini economici. Ma c'è di più. Ad invecchiare, infatti, non sono solo i cittadini ma anche e soprattutto i medici: secondo dati recenti, l'età media dei medici della sanità pubblica è di 51,3 anni ma quella dei medici di famiglia è intorno ai 60 anni. La medicina generale dovrebbe rappresentare la prima linea di cura per tutti i cittadini ed è particolar-

mente importante per quelli fragili, bisognosi di assistenza continua. Ma i medici di famiglia sono pochi, in alcune aree del Paese pochissimi, e per di più disponibili per gli assistiti solo per poche ore alla settimana; il risultato è che troppo spesso i cittadini vengono lasciati soli di fronte alla malattia. E, allora, chi può permetterselo si affida alla sanità privata mentre chi non può è spesso costretto a rivolgersi alla medicina d'urgenza, anche per condizioni che non lo richiederebbero. Se già oggi la situazione ci appare critica, cosa accadrà nei prossimi anni quando non riusciremo a rimpiazzare i tanti medici che andranno in pensione? Nonostante molti studenti si iscrivano ogni anno ai corsi di laurea in Medicina, sono infatti sempre meno gli specialisti che scelgono la sanità pubblica e soprattutto alcuni suoi determinati settori, come la medicina generale e quella d'urgenza. E non saranno le soluzioni tampone recentemente proposte o adottate, come i medici a gettone o il mantenimento in servizio dei pensionati, a risolvere il problema ma, al contrario, potrebbero essere controproducenti. Per combattere l'invecchiamento dei nostri medici bisogna infatti riuscire ad attrarre i giovani, assicurando loro buone condizioni di lavoro, orari conciliabili con la vita privata, salari competitivi e la possibilità di una carriera stimolante per i più meritevoli. Bisogna continuare a puntare sulla formazione, che deve restare di alto profilo, per non correre il ri-

**La medicina generale dovrebbe rappresentare la prima linea
Ora dobbiamo avere il coraggio di ripensare l'assistenza territoriale**

schio di ritrovarci in futuro con un personale meno preparato di quello attualmente in servizio. Ed è necessario avere il coraggio e la capacità di ripensare all'organizzazione della medicina territoriale, oggi non più in grado di fornire risposte adeguate ad una popolazione che, dalla nascita del Ssn, è cambiata dal punto di vista sociale, demografico e sanitario. —