



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

20 NOVEMBRE 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI

Medici, la manovra può cambiare

Maxiemendamento del governo. Tutela per i dipendenti pubblici che hanno maturato i requisiti

Marcello Astorri

■ Sale il pressing all'interno della maggioranza per risolvere il nodo sulle pensioni di medici e diverse categorie di dipendenti pubblici. Ieri, infatti, il vice premier Antonio Tajani a margine di un evento di Forza Italia ha confermato che il governo è al lavoro «perché possano esserci dei correttivi che vadano nella direzione di ridurre la pressio-

ne sulla casa, di permettere anche ad alcuni dipendenti pubblici, compresi i medici, di vedere risolto il loro problema pensionistico». Tajani ha aggiunto che il governo è ormai a «un passo dal risolvere il problema che riguarda la pensione dei medici» e lo si farà con un maxi emendamento alla manovra.

Tajani fa riferimento al testo della norma inserita in manovra che prevede per i dipendenti pubblici ex Inpdap

- i medici, ma anche enti locali, insegnanti di asilo ed elementari, uffici giudiziari - un taglio ai coefficienti di rendimento in chiave meno favorevole per chi ha versato contributi nel regime retributivo prima del 1993 con la conseguenza di assegni più bassi per chi andrà in pensione. A queste categorie era riconosciuto un super rendimento rispetto a quanto previsto per altri comparti. Una discrepanza sulla quale il ministero dell'Economia ha ritenuto di intervenire. Anche perché, secondo le simulazioni, da qui a vent'anni il ricalcolo garantirebbe risparmi cumulati per quasi 33 miliardi.

La cosa non è piaciuta in particolare ai medici, i cui sindacati hanno proclamato uno sciopero il 5 dicembre. I rischi sarebbero quelli di una potenziale fuga di 6 mila medici (queste le stime dei sindacati) che hanno già maturato i requisiti per la pensione,

ma che hanno deciso di continuare a lavorare. Lo stesso vale per altri dipendenti chiave della Pa. Questi, a fronte della tagliola, potrebbero andare in pensione in blocco e aggravare la carenza di personale. Il governo, quindi, sta pensando a una soluzione di compromesso. L'ipotesi che prende quota in queste ore è di salvaguardare quanto meno coloro - di tutte le categorie, non solo i medici - che hanno già maturato i requisiti per la pensione. Ma sul tavolo della regioneria, che deve trovare le coperture, ci sarebbe anche il possibile posticipo della norma e il taglio dei coefficienti di rendimento solo per chi va in pensione anticipata (fatta salva quindi quella di vecchiaia). Le coperture potrebbero arrivare da un'ulteriore stretta all'indicizzazione all'inflazione delle pensioni più ricche, ma su questo punto si registra la contrarietà di Forza Italia.

Ci sono anche altre questioni sul tavolo: sembra sbiadire la possibilità di un ritorno all'Iva al 5% su pannolini e assorbenti. Mentre potrebbero spuntare i finanziamenti per il bonus psicologo, ammesso ci siano le coperture.

Questa settimana la discussione della manovra entrerà nel vivo, domani è la scadenza per presentare emendamenti in Commissione bilancio. Il governo potrebbe comprendere le ultime finiture in un maxi emendamento, con l'idea di portare la legge di bilancio a Palazzo Madama il 4 dicembre e a Montecitorio per l'ok definitivo il 15 dicembre. In arrivo in settimana anche il Dl Anticipi, che includerà le norme sugli affitti brevi che salvaguarderanno le prime case dagli aumenti alla cedolare secca, che passerà al 26% solo dalla seconda casa.

33

Il ricalcolo delle pensioni di determinate categorie garantirebbe risparmi per 33 miliardi in 20 anni

COPERTURE

L'ipotesi di una stretta sull'indicizzazione delle pensioni più ricche

ATTENTO
Il vicepremier e ministro degli Affari Esteri Antonio Tajani, leader di Forza Italia



A COLLOQUIO CON BARBARA MANGIACAVALLI Presidente della Federazione Nazionale Ordine Professioni Infermieristiche

Infermieri, rischio di fuga: stipendi bassi e scarse possibilità di carriera

Presidente, alcuni giorni fa ha lanciato l'allarme sulla possibile riforma pensionistica con il rischio fuga infermieri e tenuta Ssn. Fuga dovuta anche agli stipendi da favola offerti dall'Arabia Saudita.

Il taglio eventuale alle pensioni è aggravato dalla situazione retributiva in cui oggi si trovano gli infermieri che percepiscono stipendi tra i più bassi dei paesi dell'OCSE e dell'UE. Non si va oltre una media di 1600-1700 euro mensili, che si traducono in una pensione di circa 1400 euro mensili. Se si applicasse la riforma nella prima bozza della legge di bilancio la pensione calerebbe a circa 1100 euro mensili, somma improponibile a chi ha lavorato una vita. Altra conseguenza dell'attuale inquadramento degli infermieri del Ssn è non avere sbocchi di carriera, crescita professionale e retributiva, per questo si entra nel servizio pubblico e si esce praticamente allo stesso livello (tranne l'anzianità). Chi ha la possibilità di andare in pensione secondo le regole attuali, senza tagli, anticiperà la sua uscita dal servizio. Sull'Arabia Saudita, è una delle tante nazioni che richiedono infermieri italiani, valutati tra i migliori per formazione e capacità professionali. L'Arabia offre retribuzioni elevate che superano spesso quelle offerte da Paesi come la Svizzera dove lo stipendio di un infermiere italiano raggiunge anche i 5.000 euro mensili. Secondo le prime stime sarebbero circa 500 gli infermieri che hanno scelto i paesi arabi come luogo di lavoro, ma già da

anni circa 3.000-3.500 infermieri all'anno abbandonano l'Italia scegliendo molti paesi Ue dove le retribuzioni superano quelle italiane anche del 40 per cento.

Un quadro epidemiologico caratterizzato da una popolazione anziana sempre più bisognosa di assistenza domiciliare e di infermieri sul territorio.

L'invecchiamento della popolazione, l'aumento dell'età media e aspettativa di vita, ha fatto aumentare patologie croniche e degenerative, accrescendo la domanda di cura e di assistenza. L'Italia, impiega meno infermieri rispetto a quasi tutti i paesi dell'Europa occidentale e il loro numero in rapporto alla popolazione è inferiore del 25% alla media UE. Nella domiciliarità e prossimità la figura chiave indicata anche dal DM 77/2022 di riordino dell'assistenza territoriale è l'infermiere di famiglia e comunità. Oggi lo standard ne prevederebbe uno ogni 3000 abitanti, quindi circa 20.000, la Corte dei conti nel 2021 ne ha indicati in servizio 1.800, stime ufficiali non ne danno effettivi oltre 3.000. Un'assistenza territoriale difficile da realizzare, ancor di più nelle aree interne: circa 4mila comuni a forte rischio spopolamento. L'infermiere di famiglia e comunità ha un ruolo centrale, come professionista e come modello culturale. L'assistenza territoriale, finora si è evoluta con le previsioni contenute nei Contratti istituzionali di sviluppo, sottoscritti tra Regioni e ministero della Salute in cui il numero di strutture risulta ancora più alto rispetto a quelle finanziate.

Ma ora l'evoluzione è in stallo e la vera sfida è proprio quella di andare oltre le strutture e garantire che i professionisti, i processi e i modelli organizzativi siano modificati per non ricalcare l'esistente.

Dal 2029 in poi si avrà un'uscita programma di circa 100 mila infermieri, con circa 13/14 mila pensionamenti all'anno a fronte di circa 11/12 mila ingressi.

Lasciando da parte le eventuali novità negative che la legge di Bilancio 2024 potrebbe contenere, sulla carenza incide anche il numero di pensionamenti diciamo così "naturali", attualmente circa novemila l'anno, numero che nei prossimi anni tenderà quasi a raddoppiare per l'età crescente della popolazione infermieristica legata a blocchi del turn over e mancanza di assunzioni nel SSN. Nel 2009, il picco massimo di infermieri, secondo i dati FNOPI, era nella fascia di età 35-39 anni, mentre nel 2022 il mix tra scarsa attrattività e blocchi delle assunzioni hanno portato il picco nella fascia di età 50-54 anni e che farà sentire i suoi effetti massimi a partire dal 2029, quando i pensionamenti raggiungeranno, appunto, le 100mila unità. Una carenza rispetto alla quale l'unica soluzione possibile sarebbe quella



di un cambio di rotta sia nelle assunzioni (per un ricambio generazionale sufficiente) che nella disponibilità di posti per nuovi infermieri laureati, in costante aumento, è vero, ma ancora non sufficienti a coprire il fabbisogno reale. Senza un intervento per far fronte a questa situazione la professione infermieristica rischia davvero di scomparire.

Un calo di oltre il 10% ai corsi di laurea delle professioni sanitarie evidenziano un crescente problema di attrattività.

È questo il reale problema dei corsi universitari: l'attrattività. Basse retribuzioni, scarse possibilità di carriera e riconoscimento professionale, poca autonomia professionale nonostante le norme la prevedano, anche a livello internazionale, non attraggono i giovani a scegliere la professione infermieristica. Quest'anno accademico, si è registrato un calo del 10% delle richieste di ammissione ai corsi di laurea infermieristica che si tradurrà in una percentuale ancora più grave quando si arriverà all'immatricolazione, perché gli attuali meccanismi di selezione di test di immatricolazione, ma anche di gestione dei corsi di laurea, con un migliore supporto economico per i nostri professori, tutor, ricercatori, per le aziende sanitarie. Non è del tutto vero che la professione infermieristica non sia attrattiva. Lo è, ma quello che non è attrattivo sono le modalità organizzative di lavoro di inter-

connessione con altre professioni oltre quelle economiche e contrattuali. I giovani, hanno necessità di studiare vicino i luoghi di vita della famiglia con un costo oggettivamente diverso. Bisogna lavorare su una formazione e condivisione delle famiglie professionali, non è pensabile che i profili professionali si formino ognuno per conto proprio e poi possano essere in grado di lavorare insieme, coesi sul processo di cura, di assistenza, di presa in carico. Ognuno mette a disposizione la propria disciplina sapendo qual è il contributo dell'altro.

Recentemente, ha parlato di fragilità digitale, riferendosi al rischio per 14 milioni di malati cronici gravi, nelle aree interne, dove l'offerta sanitaria è spesso complicata.

Per garantire l'assistenza di prossimità e la continuità ospedale-territorio, deve entrare in gioco anche il reale sviluppo della sanità digitale. I servizi di *telenursing*, monitoraggio da remoto, tele-triage, consultazione ed educazione a distanza, che consentirebbero all'infermiere di riempire determinati gap assistenziali, garantendo il raggiungimento degli outcome di salute, anche prevenendo riammissioni improprie in ospedale. Come FNOPI abbiamo elaborato un documento sulla sanità digitale che definisce "ultimo miglio" il luogo di prossimità che ha inizio dal domicilio della persona assistita ("la casa come primo luogo di

cura") e si sviluppa attorno a esso con servizi in forma diretta per i cittadini, facilmente accessibili e con il minor impatto sulla loro organizzazione di vita, determinando il criterio guida nelle scelte di investimento, organizzative e tecnologiche di sanità digitale. È necessario sviluppare un modello organizzativo che preveda la partecipazione attiva della persona assistita e della sua rete privata, in una logica di co-progettazione, perché la sua partecipazione e quella del caregiver al processo di cura è elemento centrale: la consapevolezza è un'opportunità, influisce sugli esiti di cura e migliora anche la sua percezione del servizio ricevuto. La Sanità Digitale è un'occasione per la tutela della salute nel Paese, alla quale le professioni infermieristiche possono dare un importante contributo. Il successo passa attraverso lo sviluppo delle competenze relazionali digitali, con la partecipazione della persona assistita e del caregiver, come elemento centrale del processo di cura, con una migliore percezione del servizio ricevuto.

Giovanni Ianni



Lo studio

Sanità, allarme spesa “Sistema insostenibile per salvarlo servono più figli e migranti”

La proiezione al 2050
del Forum Ambrosetti:
il fabbisogno salirà da
134 a 211 miliardi l'anno

di **Michele Bocci**

L'Italia mette pochi soldi nella sanità pubblica. È una tendenza che viene da lontano e che il governo Meloni ha proseguito, accentuandola. In pochi in Europa destinano meno risorse all'assistenza dei cittadini e le prospettive sono drammatiche, anche perché il nostro è uno dei Paesi con la popolazione più anziana del continente. Di questo passo, il sistema pubblico crollerà, schiacciato dall'invecchiamento della popolazione e dalla riduzione del numero dei lavoratori, che con le loro tasse assicurano le risorse del fondo sanitario nazionale. Secondo The European House Ambrosetti, che oggi presenta la sua pubblicazione “Meridiano sanità”, ci si salva solo con quattro azioni: promuovere da subito la natalità, spingere per una partecipazione maggiore al mercato del lavoro, attrarre immigrati a lavorare da noi e adeguare l'età pensionabile.

La spesa sanitaria italiana, pubblica e privata è del 9% rispetto al Pil, quando in Germania e Francia il dato supera il 12% e in Inghilterra e Austria l'11%. Anche il valore della spesa pubblica, pro capite, è eloquente. In Italia nel 2022 valeva 3 mila euro, come in Spagna. Ad avere numeri più bassi ci sono solo Portogallo e

Grecia. La Germania invece supera i 6 mila euro, i Paesi Bassi li sfiorano, Austria, Svezia, Francia e Danimarca superano i 5 mila. L'indicatore fondamentale è il rapporto tra la spesa sanitaria pubblica e il Pil. Ebbene, è stato del 6,6% l'anno scorso nel prossimo e nel 2025, ha stimato il governo, scenderà al 6,4%, mentre per il 2026 si prevede che arrivi al 6,1%. Il tutto mentre i costi della farmaceutica, una delle voci di spesa più importanti insieme a quella del personale, sono destinati a crescere, anche per le misure previste nella manovra appena approvata.

Gli italiani suppliscono come possono alle carenze del pubblico. Soprattutto quando vogliono ottenere una vista o un esame prima di quanto offerto da Asl e ospedali, pagano il privato. La spesa cosiddetta “out of pocket” vale 41,5 miliardi di euro, dei quali 4,7 servono a pagare assicurazioni sanitarie o mutue senza scopo di lucro, che secondo Ambrosetti devono essere oggetto di una nuova regolamentazione perché supportino meglio il pubblico. Il dato della spesa privata è cresciuto del 17% in dieci anni ma dal 2018 è abbastanza stabile (2020 a parte, causa Covid). Anche per la spesa privata siamo tra i Paesi che spendono meno in Europa.

Ambrosetti ha elaborato uno sce-



nario per capire cosa succederà nei prossimi anni alla sanità. Come orizzonte è stato preso il 2050. A causa della forte tendenza all'invecchiamento della popolazione, i cittadini con oltre 65 anni saranno il 36% (oggi sono il 24%). Diminuiranno gli occupati, che saranno 19 milioni contro 23. Oggi il fondo sanitario vale 134 miliardi ma nel 2050 ne serviranno ben 211 per assicurare l'assistenza agli italiani. E così i lavoratori invece degli attuali 5.800 euro all'anno per la sanità dovranno versare circa 11.000 euro. «Ma dal momento che la pressione fiscale media sui redditi, pari al 29,6%, colloca l'Italia al sesto posto nei Paesi EU-13, questa possibilità appare poco percorribile. In aggiunta non va dimenticato che l'aumento della pressione fiscale dovrebbe accompagnarsi all'aumento dei servizi erogati ai cittadini», scrivono dal centro studi, che suggerisce di agire in più modi. Tra questi, come detto, «la promozione di politiche di attrattività di capitale umano dall'estero e sostegno all'immigrazione puntando soprattutto su settori ad alto tasso di crescita e innovazione, caratterizzati anche da livelli retributivi maggiori». © RIPRODUZIONE RISERVATA

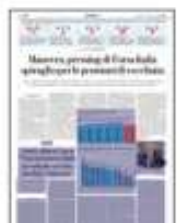
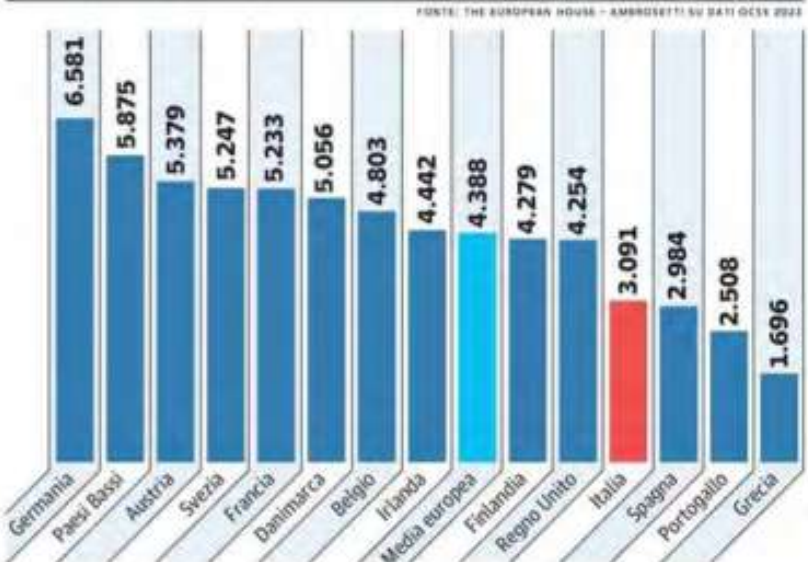
Le risorse economiche per la sanità

(miliardi di euro)



Spesa sanitaria pubblica nei principali Paesi europei

(miliardi di euro, pro capite)



Sistema salute

Isernia apre la classifica della dimensione del Sistema salute, precedendo **Terni**, prima nella passata edizione. A seguire **Ancona, Catanzaro e L'Aquila**, che confermano gli eccellenti piazzamenti conseguiti nelle passate edizioni dell'indagine.

Nelle 19 posizioni di testa, una in meno rispetto allo scorso anno, troviamo 4 province del nord-ovest, due in più rispetto alla passata edizione, tra cui la provincia di **Aosta; Milano e Pavia** in rappresentanza della Lombardia; la provincia di **Genova** per la Liguria. Inoltre vi figurano 5 province dislocate in Italia centrale, di cui **Siena e Pisa** in Toscana; **Terni** in Umbria; **Ancona** nelle Marche; **Roma** nel Lazio. Infine l'Italia meridionale e insulare è rappresentata da 10 province (una in meno rispetto allo scorso anno), fra le quali figurano **L'Aquila** in Abruzzo; **Isernia e Campobasso** in Molise; **Benevento e Avellino** per la Campania, **Foggia** in Puglia; **Catanzaro** in Calabria; **Palermo e Messina** in Sicilia; **Cagliari** in Sardegna.

La scarsa consistenza numerica del primo gruppo segnala che **nelle province italiane la dotazione di servizi sanitari si attesta prevalentemente su livelli medi o medio-bassi**. In generale, per quanto riguarda

la distribuzione territoriale dei servizi, questa si presenta ampiamente eterogenea. I servizi sanitari si concentrano prevalentemente nelle province in cui è presente un grande centro urbano (Roma, Milano), in poli di eccellenza nella ricerca medica (Pisa, Siena), ma esistono anche altri fattori. L'eterogeneità nella distribuzione territoriale delle strutture sanitarie ri-

flette verosimilmente le caratteristiche dei rispettivi bacini di utenza o specifiche scelte politiche nazionali e soprattutto locali. Va comunque notato che nelle prime 50 posizioni figurano tutte le province in cui sono presenti centri urbani di dimensioni medie e grandi. Nel complesso, **sono 61 le province in cui la dotazione di servizi medico-ospedalieri e diagnostici risulta scarsa o insufficiente**, una in meno rispetto alla passata edizione.

Le posizioni di coda comprendono 26 province, due in meno rispetto allo scorso anno. Di queste, 7 sono dislocate nel nord ovest: **Vercelli e Asti** in Piemonte; **Lo-**



di, **Como e Monza e della Brianza** in Lombardia; **La Spezia e Imperia** in Liguria.

Il nord est è presente nel gruppo di coda con 5 province, una

in meno rispetto alla passata edizione. Vi figurano **Trento** per il Trentino-Alto Adige, il cui piazzamento potrebbe essere determinato da lacune nel sistema informativo disseminato dal Ministero della Salute; **Treviso e Vicenza** in Veneto; **Gorizia** in rappresentanza del Friuli-Vene-

zia Giulia; **Reggio Emilia** in Emilia Romagna. Quanto all'Italia centrale, risultano

censite 5 province, fra le quali figurano **Pistoia e Livorno** in Toscana; **Fermo** nelle Marche; **Latina e Viterbo** nel Lazio. Quanto all'Italia meridionale e insulare troviamo **Taranto e Barletta-Andria-Trani** in Puglia; **Cosenza e Vibo Valentia** in Ca-

labria; **Trapani, Agrigento e Siracusa** in Sicilia; **Oristano e Sud Sardegna** in Sardegna.

Chiude la classifica **Gorizia**.

mento potrebbe essere determinato da lacune nel sistema informativo disseminato dal Ministero della Salute; **Treviso e Vicenza** in Veneto; **Gorizia** in rappresentanza del Friuli-Vene-

Sistema salute	Ripartizioni territoriali				Totale
	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Mezzogiorno e isole	
1 Buona	4	-	5	10	19
2 Accettabile	8	5	4	10	27
3 Scarsa	6	12	8	9	35
4 Insufficiente	7	5	5	9	26
Totale	25	22	22	38	107



Senza medico

In 15 anni persi 14 mila camici bianchi schierati nell'assistenza territoriale: nel 2026 cinque milioni di italiani rischiano di non avere il dottore di base "I cittadini non sanno più a chi rivolgersi per avere prescrizioni o certificati"

PAOLO RUSSO
ROMA

«**A**rrivano nei nostri studi verso sera, sono i pazienti orfani del medico di famiglia e non sanno da chi farsi prescrivere farmaci e certificati». Verona, Italia. Perché la desertificazione dei dottori di medicina generale descritta da Alberto Vaona, segretario provinciale veronese della Fimmg (il sindacato dei medici di base), è in atto un po' in tutto il Paese. «Sento di colleghi che trascorrono le notti a fare ricette e la situazione fino al 2025 con i pensionamenti in arrivo andrà ad aggravarsi. Tanto che la Asl sta definendo un accordo affinché le guardie mediche siano aperte anche di giorno laddove ci sono almeno 500 cittadini rimasti senza medico di riferimento», racconta sempre Vaona. E i numeri raccolti da Istat e Agenas, l'Agenzia pubblica per i servizi sanitari regionali, gli danno ragione. Negli ultimi 15 anni tra medici di base, pediatri e guardie mediche si sono persi per strada 13.788 camici bianchi schierati nel grande ammalato del nostro Ssn, il territorio. In pratica è venuto a mancare un medico su cinque.

Nel 2012 di medici di fami-

glia se ne contavano oltre 46 mila. Poi anno dopo anno l'erosione: 42.426 nel 2019, 41.707 nel 2020, 40.250 l'anno successivo per arrivare da qui al 2025 a contarne solo 36.628, qualcosa come diecimila in meno in 12 anni, durante i quali la popolazione sarà pure leggermente diminuita ma è anche invecchiata. E sono proprio gli anziani a fare più spesso visita agli ambulatori dei camici bianchi del territorio. Il problema è che già oggi la maggior parte di loro ha oltre 25 anni di servizio alle spalle e il ricambio generazionale non è in vista. Anzi, secondo l'Enpam, l'ente previdenziale dei dottori, i giovani formati da qui al 2031 copriranno solo la metà dei 20 mila medici di famiglia destinati ad andare in pensione, visto che oltre la metà di loro ha già più di 60 anni.

Ma già oggi i medici che hanno a proprio carico più di 1.500 assistiti sono il 38% secondo l'ultima rilevazione Istat: essendo il massimo previsto da contratto, sono costretti a rimandare al mittente le nuove richieste di iscrizione da parte dei cittadini. Che magari si ritrovano a dover scegliere un dottore più lontano o che non conoscono affatto. Così come diventa un'impresa cambiare medico. Un problema più sentito al Nord, dove in media ogni medico ha 1.326 assistiti, mentre al Centro a ciascuno ne toccano 1.159 e al

Sud 1.102. Ma la situazione varia parecchio da Regione a Regione. Così a star messo peggio è l'Alto Adige, con 5,47 medici ogni 10 mila abitanti, seguito da Lombardia (5,8), Calabria (5,86) e Trentino (6,09). Sotto la soglia di guardia di 7 medici ogni 10 mila abitanti sono anche Veneto, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Campania, Piemonte, Li-

guria e Marche. Ma tra due anni tutte le Regioni saranno a «rosso fisso», con il serbatoio di medici quasi svuotato. «Il problema - spiega Anna Lisa Mandorino, segretario nazionale di Cittadinanzattiva - è che spesso le carenze di medici di famiglia sono concentrate nelle zone più periferiche del Paese, a bassa intensità abitativa, che abbiamo definito per questo deserti sanitari».

A invertire questa tendenza potrebbero essere le nuove leve, visto che grazie anche ai soldi del Pnrr il governo ha messo



a disposizione dei neo laureati 900 borse di studio per specializzarsi in medicina generale, portando così il totale dei posti a 2.779 l'anno da qui al 2025. Peccato però che all'appello si siano presentati meno candidati delle borse a disposizione. Senza calcolare che parte degli iscritti abbandona anzitempo i corsi. Eppure, come spiega Silvestro Scotti, Segretario nazionale Fimmg, «oggi intraprendere la specializzazione in medicina generale può essere più conveniente rispetto a una specialità ospedaliera. Questo perché

agli 850 euro mensili della borsa di studio si possono sommare allo stipendio di guardia medica o a quello di medico di famiglia, visto che gli specializzandi, fino al 2026, possono sin dal primo anno ricoprire entrambi i ruoli, pur sotto la supervisione di un tutor». Peccato però che questa opportunità, introdotta per legge lo scorso anno, sia sconosciuta ai più, come sostiene lo stesso Scotti. Che sollecita a sua volta una norma di legge che consenta alle Regioni a corto di medici di famiglia «di poter attingere alle graduatorie di quelle confinanti». Opportuni-

tà da sfruttare al più presto per ridare un medico di famiglia a quei due milioni di italiani che sono rimasti senza e che diventeranno 5 milioni da qui a tre anni se non si farà qualcosa. —



SILVESTRO SCOTTI
SEGRETARIO GENERALE
FIMMG

La specializzazione in medicina generale oggi può essere più conveniente rispetto a una ospedaliera

I NUMERI CHIAVE

13.788

1 MEDICO IN BASE, PETRATTO E GUARDIE MEDICHE PERI
IN 15 ANNI TUNO SU CINQUE



La diminuzione dei medici di famiglia



38%

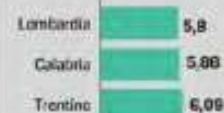
La percentuale di medici di famiglia che hanno a carico oltre 1.500 assistiti

La media degli assistiti da ciascun medico



5,7

I medici ogni 100 mila abitanti in Alto Adige, la regione con il dato peggiore



2

Milioni, gli italiani rimasti senza medico di base

Saliranno a 5 milioni nel 2026 se non si inverte il trend

2.779

Il totale dei posti annuali in medicina generale fino al 2025, con le 900 borse di studio messe a disposizione dal governo grazie ai fondi del Fmr

IL DOSSIER

APERTURE RIDOTTE

Nelle grandi città 14 ore alla settimana

I medici di famiglia sono senz'altro pochi, ma i loro studi hanno anche orari di apertura limitati. La convenzione che regola il loro rapporto di lavoro fissa un orario minimo di 5 ore settimanali per chi non supera i 500 pazienti, 10 ore per chi è tra 500 e mille, 15 ore tra i mille e i 1.500. Esaminando un campione rappresentativo di 200 studi di omo grandi città viene fuori che l'orario medio di apertura è di appena 14 ore settimanali, nonostante ciascun medico abbia mediamente in carico circa 1.300 assistiti. E il problema è che diversi di loro hanno anche due studi, ubicati in quartieri diversi. Per cui il portafoglio da sfruttare per ottenere una visita per molti si fa ancora più stretto. Occorre dire che poi qualche oreista in più i nostri dottori la lavorano, perché una volta che si è entrati in sala di attesa entro l'orario comunque la visita è dovuta. Poi ci sono quelle a domicilio. Che però, come esperienza di molti assistiti insegna, sono eventi rari. E comunque un orario molto più ridotto rispetto a quello degli ospedali, che fanno anche le notti e devono garantire la reperibilità. Mini orari ma maxi stipendi, perché con 1.500 assistiti si guadagnano 7.595 euro mensili lordi. **PA, RU.** —



POCHE PRESTAZIONI

Penultimi in Europa per numero di servizi

I nostri medici di base offrono molti meno servizi di quelli garantiti da gli stessi cartelli bianchi in tutti gli altri Paesi europei grazie a una organizzazione in équipe, mentre i nostri dottori in larga maggioranza lavorano ancora come lupi solitari, con una formazione più scadente e poche, oltre che antidiurive, attrezzature. Il quadro comparativo lo ha realizzato l'European Observatory on Health Systems and Policy, che nella classifica comprende ben 31 Paesi europei colloca l'Italia in penultima posizione, davanti solo alla Slovacchia, ma molto indietro rispetto a Paesi come Norvegia, Belgio, Regno Unito, Spagna, Svezia e Francia. Nazioni dove negli ambulatori si fa assistenza di primo contatto e triage per classificare il livello di gravità del paziente, si garantiscono servizi diagnostici, procedure tecnico-mediche, prevenzione, assistenza alla madre e al suo bambino. In Germania un medico di famiglia lavora con 3-5 collaboratori, fa regolarmente prelievi, elettrocardiogrammi, ecografie e se deve prescrivere approfondimenti o un ricovero si fa carico di chiamare direttamente lo specialista dell'ospedale di riferimento. Tutte cose che da noi restano un sogno. **PA, RU.** —



SCARSA FORMAZIONE

In Italia corsi di tre anni all'estero la specialità

«Nei prossimi cinque anni mancheranno 45 mila medici di base, è vero. Ma chi va più da loro? Oggi nel mio paese vanno a farsi fare la ricetta, ma chi ha meno di 50 anni va su Internet a cercarsi lo specialista. Il mondo in cui ci si fidava del medico di famiglia è finito. Le parole pronunciate due anni fa da Giorgetti fecero infuriare i medici di base. I quali, però, se sono a volte considerati di serie B rispetto ai colleghi ospedalieri, lo devono al fatto che questi dopo la laurea si fanno 5 o 6 anni di specializzazione universitaria, mentre loro se la cavano con corsi regionali di soli tre anni, spesso gestiti da uomini del potente sindacato di categoria, la Fimmg, odaloro società scientifiche, la Simg. Un'anomalia tutta italiana, visto che negli altri Paesi europei la formazione in medicina generale è sempre universitaria e dura dai 4 ai 5 anni. Ad esempio la Spagna prevede 5 anni di università con tirocinio finale e interscambi didattici con altri dipartimenti specialistici. In Olanda, Danimarca e Regno Unito si fanno sempre 5 anni di specializzazione universitaria, che Oltromarica è divisa in due anni comuni a tutte le specializzazioni mediche e tre suddivisi tra attività medica di base e ospedaliera. **PA, RU.** —



POSSIBILE FUTURO

Case di comunità una svolta difficile

La svolta per la nostra malandata assistenza territoriale dovrebbe arrivare con l'arrivo entro il 2026 delle 1.400 case di comunità finanziate con 7 miliardi del Pnr. Strutture nuove di zecca o ricavate da vecchi edifici in disuso che dovranno garantire l'apertura sette giorni su sette e per 24 ore al giorno. Quelli medici di famiglia dovranno lavorare a stretto contatto con i colleghi specialisti delle Asl. Così, quando il paziente ha un problema da approfondire, non ci si mette in fila al capanno si attraversa un corridoio e si passa alla visita dal cardiologo piuttosto che dall'otorino. In questi stessi spazi ambulatoriali si dovrebbero eseguire anche analisi e accertamenti diagnostici di primo livello, come elettrocardiogrammi, ecografie, misurazione dei parametri vitali e persino radiografie con i nuovi apparecchi formati portatili. Un sogno che oggi si presta a credere possa trasformarsi in realtà per almeno due ordini di motivi. Il primo è perché i medici di famiglia scaricaggiato e ancor più mancheranno nel 2026 quando molti saranno andati in pensione senza sostituirli. Il secondo è che la categoria non vuole saperne di essere vincolata agli orari molto più rigidi che dovrebbero rispettare nelle nuove strutture. **PA, RU.** —



Il professor Bassetti: «Numeri imbarazzanti»

Il Covid non fa più paura: non si vaccina nessuno

In una settimana poco più di mille profilassi: nel 2022 si arrivava a 320mila
Le iniezioni anti-influenza mantengono invece il solito trend (comunque basso)

LUCA PUCCINI

■ Non sarà finita (come sostengono i virologi) però il Covid non ci fa più paura. E infatti non ci stiamo vaccinando più. Corsa alla prima dose (erano quegli anni là, quelli della pandemia: nello specifico era il 2021) e alla seconda (qualche mese dopo), in calo la terza e frenata sulla quarta: adesso, che di richiamo non si parla più ma la campagna è partita lo stesso, senza obblighi e con raccomandazioni identiche a quella per i vaccini anti-influenzali, il braccio non ce lo mette quasi nessuno.

L'ESPERTO

«I dati dell'anno scorso sono stati un disastro, si è vaccinato solo l'8%» della popolazione, conferma, per esempio, il direttore della clinica di Malattie infettive dell'ospedale San Martino di Genova Matteo Bassetti, uno che non ha bisogno di presentazioni, «ma oggi, e siamo a metà novembre, i numeri sono imbarazzanti. C'è troppa gente che pensa sia tutto finito. Per gli over 70 e i fragili il Covid è ancora un problema, sono loro che devono vaccinarsi altrimenti la situazione sarà, per loro, di ritorno indietro con molti pazienti impegnativi dal punto di vista della malattia».

Basta dare un'occhiata alle tabelle governative sull'ar-

gomento. La pagina che fotografa lo sforzo vaccinale italiano contro il sars-cov2 è ancora disponibile sul sito dell'esecutivo. Dice che dal-

la prima puntatina salva-pelle abbiamo somministrato 145.140.656 dosi di vaccino (Pfizer, Moderna o quel che è: fa poca differenza). Ma dice anche che la stragrande maggioranza di quelle vaccinazioni sono state fatte negli anni passati, il colpo di coda di adesso è irrisorio.

È, infatti, che la settimana scorsa (quella che si è conclusa ieri ha statistiche ancora parziali) l'andamento ogni sette giorni delle somministrazioni si fermava a quota 1.244. Nello stesso periodo nel 2022 era invece di 319.864, cioè più di 250 volte superiore: e la curva è tutta a scendere, dal gennaio del 2022 in avanti. Qualche migliaio di appuntamenti all'hub che non è più hub.

Prendi la Lombardia: che è stata la prima Regione a ritrovarsi a che fare con 'sto benedetto (ci fa per dire) virus di Wuhan e che, però, a tre anni di distanza, dal medico per la fiala contro il Covid ci va raramente. La campagna vaccinale di quest'anno, da Milano a Sondrio, da Varese a Lodi, ha toccato meno di 240mila dosi effettuate. Che tuttavia sono oltre il doppio di quelle anti-influenzali somministrate ai lombardi (880mila, il 29% dei sessantenni: la categoria più a rischio).

Per questo il Pirellone ri-

lancia: da questa mattina tutti, anche i soggetti che prima non rientravano nelle raccomandazioni, potranno prenotare il vaccino. Anzi, i vaccini: tutti e due, quello contro il Covid e quello contro il raffreddore stagionale. Basterà loro collegarsi alla piattaforma on-line della regione o rivolgersi al proprio medico di famiglia o andare in una delle farmacie che hanno aderito alla campagna vaccinale. Ma va così anche nelle altre zone d'Italia. Le file davanti all'ambulatorio di turno si vedono no.

IL BOLLETTINO

Nonostante i numeri del bollettino settimanale parlino di una leggera ripresa dei contagi: negli ultimi sette giorni i casi di Covid sono stati 34.319, oltre il 28% in più rispetto al periodo precedente, e sono aumentati anche i decessi (passati a 192 dai 163 registrati prima) e i ricoveri (sia quelli nei reparti ordinari che sono cresciuti del 6,7% sia quelli in terapia intensiva che hanno segnato un aumento del più 1,4%).

Numeri che non devono



Libero

farci preoccupare e su questo dobbiamo essere chiari: gli ospedali non sono in affanno, i medici non sono alle prese solo col Covid, la situazione è lontana anni luce rispetto a quella, drammatica, che ci ricordiamo tutti nel 2020. Però ha ragione Bassetti quando ricorda che il Covid non è scomparso. Lo prendiamo ancora. Ci conviviamo ancora.

Quello che è cambiato, semmai, è il nostro atteggiamento nei suoi confronti. Lo trattiamo, oramai, alla stre-

gua dell'influenza. Non lo temiamo più, quantomeno non lo temiamo più come una volta. E infatti anche i dati sulla vaccinazione anti-influenzale, prendendo a riferimento quelli del 2019, restano in linea: non c'è mai stato, in Italia, l'assalto alle fiale.

Prima della pandemia la vaccinazione contro l'influenza di stagione l'ha richiesta appena il 15,8% della popolazione, una percentuale tutto sommato molto limitata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il professor Matteo Bassetti



Da un'indagine promossa da Novartis e realizzata da AstraRicerche emerge preoccupazione rispetto alle nostre condizioni fisiche da qui ai prossimi cinque anni. E la metà dà un outlook negativo nell'arco dei prossimi venti. A vedere più scuro sono i medici

Sos salute: italiani longevi ma pessimisti

La sanità italiana è nella top ten mondiale per qualità secondo un'analisi pubblicata nel 2019 su *The Lancet Public Health*. Il rapporto longevità 2023 dell'Istat inoltre evidenzia che l'aspettativa di vita alla nascita nel nostro Paese è di 80,5 anni per i maschi e di 84,8 anni per le donne. Ma questa è solo parzialmente una buona notizia, perché lo stesso rapporto parla di un Paese sempre più "vecchio": quasi un quarto degli italiani ha più di 65 anni e gli ultra 80enni rappresentano ormai il 7,7% della popolazione. A essere diminuito negli anni è invece il numero dei soggetti in età attiva (tra i 15 e i 64 anni) e degli under 14, che oggi rappresentano il 12,5% della popolazione italiana. Ecco perché, secondo l'Istat, la partecipazione dei giovani alla vita economica e sociale del Paese diventa cruciale per garantire un modello di sviluppo inclusivo e sostenibile e un corretto equilibrio del sistema del welfare. Ma gli italiani come immaginano il futuro della salute? Un'indagine demoscopica promossa da Novartis Italia e realiz-

zata da AstraRicerche, rivela un sostanziale pessimismo dei nostri connazionali rispetto al futuro della salute. Il 40% degli italiani ritiene che la nostra salute sia destinata a peggiorare da qui ai prossimi 5 anni e uno su due dà un outlook negativo entro i prossimi 20 anni. I medici poi vedono ancora più nero: metà degli intervistati prevede un peggioramento già entro il 2028 e sei di loro su 10, entro il 2043.

Insomma "La salute che verrà", questo il titolo dell'indagine promossa da Novartis Italia, viene vista a tinte fosche. A pesare sulle previsioni future è soprattutto la percezione di un Servizio sanitario nazionale destinato a indebolirsi, con conseguente difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie (42%), l'aumento di incidenza delle patologie tumorali (38%), di patologie correlate a stili di vita errati (38%), di ansia e depressione (37%). I medici ripongono invece le loro preoccupazioni anche sui rischi inerenti alla crescente carenza del personale sanitario e al burn out (35%), ma anche all'aumento delle malattie croniche (33%).

A ridare invece un po' di speranza agli italiani rispetto alla salute futura sono l'innovazione

terapeutica (39%) e diagnostica (40%), i progressi della ricerca per trattare malattie incurabili (39%) e quelli della tecnologia e della telemedicina (38%).

Possibili driver di cambiamento positivo vengono individuati dagli intervistati nei ricercatori (73%), nei medici e negli infermieri (68%), nelle istituzioni (58%), nelle Associazioni Pazienti (55%) e nelle aziende del farmaco (60%). E un antidoto al pessimismo degli italiani rispetto alla loro salute arriva da Novartis, che ha annunciato investimenti per 350 milioni di euro entro il 2025 nel nostro Paese per potenziare la capacità di innovazione scientifica in Italia, aumentando al contempo la capacità produttiva dei propri stabilimenti.

Oltre a una serie di collaborazioni strategiche con istituzioni, società scientifiche, associazioni pazienti e giovani, Novartis ha appena siglato un importante protocollo di intesa con il Consiglio Nazionale dei Giovani (or-



gano consultivo del Governo in tema di politiche giovanili), con l'obiettivo di ridisegnare insieme a loro la salute di domani. I giovani, infatti, nonostante siano tra i più fatalisti e negativi in merito al futuro della salute, sono anche quelli più convinti (8 su 10) di poterlo influenzare. Per questo Novartis ha deciso di coinvolgere le nuove generazioni e attingere alla loro vision e ai loro suggerimenti per ridisegnare la sanità di domani.

LE PARTNERSHIP

Obiettivo delle altre partnership è facilitare l'accesso alle cure e ridurre le disuguaglianze sanitarie tra le diverse Regioni italiane, ma anche tra il nostro Paese e gli altri, creando modelli di accesso precoce che consentano ai pazienti italiani di beneficiare in

tempi rapidi delle innovazioni in campo farmacologico e di migliorare il percorso di cura dei pazienti. Si punterà in questo caso a siglare accordi di partnership con tutte le Regioni entro i prossimi 5 anni. Gli investimenti annunciati per l'Italia da Novartis puntano ad aumentare il potenziale innovativo del Paese a partire dai due poli di eccellenza a Torre Annunziata e a Ivrea.

Il primo produce 140 milioni di confezioni l'anno che dall'Italia volano verso 118 Paesi; il secondo invece è l'unico stabilimento in Italia e uno dei tre nel mondo dedicati alla produzione di radioligandi, l'ultima frontiera dell'oncologia di precisione; questi farmaci sono infatti in grado di riconoscere con estrema precisione le cellule tumorali per eliminarle con il "nucleare

buono", senza danneggiare le cellule sane circostanti. Anche in questo caso il 75% della produzione sarà destinato al mercato estero.

Investimenti importanti che si inseriscono a pieno nel nuovo posizionamento dell'azienda ora interamente focalizzato sull'innovazione: grazie allo sviluppo di piattaforme altamente tecnologiche, Novartis punta a migliorare la vita dei pazienti nelle 5 aree con maggior impatto clinico: cardiovascolare, immunologia, neuroscienze, tumori solidi ed ematologia.

Maria Rita Montebelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I GIOVANI FATALISTI
MA CONVINTI
DI POTER INCIDERE
OBIETTIVO PUNTATO
SU CURE E RIDUZIONE
DELLE DISUGUAGLIANZE**

INUMERI

84,8

L'aspettativa di vita delle donne in Italia, 5 anni più degli uomini

48

L'età media della popolazione oggi in Italia, in Europa è 44



40%

La fetta di italiani colpiti da una malattia cronica

131

I miliardi di euro della spesa sanitaria pubblica nel 2022



LA PAROLA

Radioligandi e l'oncologia di precisione

Radioligandi, ovvero l'ultima frontiera dell'oncologia di precisione. Si tratta di farmaci in grado di riconoscere con estrema precisione le cellule tumorali così da eliminarle attraverso il "nucleare buono", senza provocare danni alle cellule sane circostanti.

