

# Quando si è costretti a rinunciare alle cure

Povertà non fa rima con salute. Almeno quattro milioni di persone hanno dovuto fare i conti con le lunghissime liste d'attesa per le visite specialistiche della sanità pubblica e con i costi inaccessibili del privato. E più la popolazione invecchia più la situazione si farà drammatica

**di Lorenzo Fagnoli**

«**S**to rimandando da tre mesi le mie visite mediche. Da quando mi hanno diagnosticato l'endometriosi ho già speso 400 euro di visite e analisi e adesso non riesco proprio a permettermele. Nel pubblico mi hanno detto che avrei dovuto aspettare quasi un anno per un'ecografia. Non è possibile». Francesca, finito di pronunciare queste parole, scuote la testa agitando la confezione di medicine che deve assumere ogni giorno. È una giovane donna a cui è stata diagnosticata una malattia cronica e attualmente percepisce un assegno di disoccupazione. Da mesi rimanda le visite di controllo, poiché con gli ottocento euro di Naspi, l'assegno di indennità di disoccupazione, deve per forza operare una scelta fra salute e sussistenza, mettendo a rischio la sua salute fisica.

Nel corso del 2020, secondo i dati Istat, il 7% della popolazione italiana ha dovuto rinunciare a cure mediche essenziali a causa dei costi elevati o delle lunghe liste d'attesa, coinvolgendo così ben quattro milioni di cittadini. Secondo quanto riportato nel Rapporto 2022 di Cittadinanzattiva, i tempi d'attesa nel sistema sanitario pubblico sono i seguenti: 720 giorni per una mammografia, 375 giorni per un'ecografia, un anno per una Tac e 6 mesi per una risonanza magnetica. Per quanto riguarda le visite diabetologiche, dermatologiche o reumatologiche, i tempi d'attesa non scendono al di sotto dei 10 mesi. Anche per gli interventi chirurgici, le attese sono notevoli, con un minimo di un anno per cardiologia e ortopedia e fino a 6 mesi per gli interventi oncologici, spingendo inesorabilmente gli italiani a rivolgersi al privato. Nel 2021, i cittadini italiani hanno speso un totale di 41 miliardi di euro per le proprie cure, con una media di 623 euro pro



capite, cifre che evidenziano, ancora una volta, notevoli disuguaglianze territoriali e mettono a dura prova i redditi e le pensioni.

E non sono solo le visite mediche o gli screening preventivi il problema, anche una parte significativa della spesa farmaceutica continua a gravare sulle famiglie. Per quanto riguarda l'acquisto di farmaci, i cittadini con basso reddito hanno a disposizione solamente 5,85 euro al mese, mentre quelli con un reddito più alto dispongono di 26 euro secondo il decimo Rapporto "Donare per curare - Povertà sanitaria e donazione farmaci" a cura dell' Osservatorio povertà sanitaria (Opsan).

«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti», recita l'articolo 32 della Costituzione. Un diritto, per l'appunto, che viene ormai sistematicamente leso a causa dei continui tagli ai fondi, nonostante la pandemia da Covid-19 abbia certificato la fondamentale importanza della sanità pubblica e soprattutto territoriale nella gestione delle emergenze.

La nota di aggiornamento del Def, infatti, per il periodo 2023-2025 prevede una costante riduzione della spesa sanitaria annuale, pari all'1,13%, e un rapporto tra spesa sanitaria e Pil che, entro il 2025, scenderà al 6%, un livello notevolmente inferiore rispetto ai dati pre-pandemia. Nel 2021, la spesa pubblica pro-capite in Italia è risultata al di sotto della media Ocse, con 3.052 euro contro i 3.488 di media, e ci siamo posizionati al 16esimo posto in Europa per questa metrica.

Quindici Paesi europei investono di più nella sanità, con un divario che varia dai 285 euro della Repubblica Ceca ai 3.299 della Germania. Il confronto con i Paesi del G7 sulla spesa pubblica è ancora più impietoso: dal 2008, l'Italia è costantemente in fondo alla classifica, con distanze che si ampliano sempre di più e che oggi sembrano impossibili da colmare. Un disastro annunciato anche tenendo conto dei prossimi cambiamenti demografici del nostro Paese. Entro il 2045, le persone di età superiore ai 65 anni costituiranno un terzo della popolazione totale, pari al 33,7% e molte di queste rischiano di non essere autosufficienti. Anche se il prolungamento della vita non implica automaticamente la perdita dell'autosufficienza, le previsioni suggeriscono che ci aspetta un incremento di 300mila persone non autosufficienti entro il 2025, 1.250.000 entro il 2045 e 850.000 entro il 2065. Per seguire le problematiche mediche di questa nuova composizione della nostra popolazione e non affollare gli ospedali e i pronto soccorso, sono fondamentali i medici di base che però stanno inesorabilmente scomparendo dal panorama della nostra sanità pubblica.



Lo racconta anche una pensionata semi invalida che vive nella provincia toscana. Maria infatti è approdata da poco nella terza età, e deve ricalibrare le sue cure farmacologiche per la pressione ma il suo medico di base non riesce a riceverla, anche per colpa dell'eccessiva mole di lavoro a cui è sottoposto.

«Da settimane chiamo il mio medico di base, ma sta tardando a rispondermi. So che è molto occupato ma come faccio a curarmi? L'ospedale è lontano e rischio di aspettare in sala visite delle ore»

La Fondazione **Gimbe** ha valutato l'entità di questa problematica, basandosi sui dati forniti dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari Regionali (Agenas). Secondo il rapporto, l'Italia registra una carenza di 2.900 medici di famiglia, e si stima che entro il 2025 questa cifra aumenterà di ulteriori 3.400 professionisti, tenendo in considerazione sia i pensionamenti che i nuovi medici in formazione. Di questi posti vuoti, ben mille sono concentrati nella regione Lombardia, 482 nel Veneto, 349 in Campania e 320 in Emilia-Romagna. Ogni medico di famiglia può avere, per legge, fra i 1.000 e i mille e 1200 pazienti di cui spesso la maggioranza sono anziani, quindi, secondo un rapido calcolo, quasi 3 milioni di persone rischiano di perdere questo servizio. Ma chi ci guadagna dall'inesorabile disfacimento del sistema sanitario nazionale? Secondo un report di Mediobanca "La sanità e i suoi maggiori operatori privati in Italia" è abbastanza chiaro chi ha scoperto la cucagna. Il fatturato della sanità privata in Italia nel 2021 segna quota 8,8 miliardi di euro, con un aumento a doppia cifra (+15,2%) rispetto al 2020, e un +6,3% se confrontato con i dati ante-pandemia del 2019. Una valanga di soldi che induce sempre più giovani medici a fare il salto dal pubblico al privato. A pesare sono anche gli stipendi più bassi rispetto ai colleghi europei tanto che, come ha ricordato recentemente anche il ministro della Salute Orazio Schillaci, almeno mille medici ogni anno vanno all'estero. A questi se ne aggiungono circa duemila che ogni anno lasciano il servizio pubblico per andare a lavorare nel privato o addirittura come "gettonista".

Se il Sistema sanitario nazionale non sarà in grado di pianificare e successivamente attrarre le competenze professionali necessarie, le strutture mediche comunitarie, inclusi gli ospedali, rischiano di rimanere sottoutilizzate. Questo potrebbe innescare una crisi ancora più profonda nel settore della medicina generale, portando a un ulteriore declino negli ospedali pubblici, una diminuzione dell'accessibilità del sistema sanitario universale e una crescente espansione del settore sanitario privato. Di conseguenza, l'accesso alle cure mediche potrebbe diventare sempre più dipendente dal **censo economico dei cittadini**.

**Secondo il report di Cittadinanzattiva per fare una mammografia nel servizio sanitario pubblico si attendono oltre due anni, 375 giorni per una ecografia**

