

## Capitolo 10: La sanità e le sue disuguaglianze

*Terza area di crisi: la sanità. Scelte politiche di anni, che hanno tolto risorse e futuro ad un settore cardine della società, hanno trovato il loro sfogo naturale nella crisi sanitaria esplosa a seguito della pandemia da Covid-19. Vedremo, quindi, le principali componenti del settore, dalle strutture al personale, per valutare il livello di gravità e le necessità d'intervento. Essendo un'area strategica, nessun intervento, fra quelli già previsti da PNRR potrà avere impatto nel breve termine, per cui intorno alla sanità occorrerà operare anche con interventi tampone aventi conseguenze immediate.*

Parlare di sanità in un periodo come quello corrente appare problematico e velleitario, ancora più se vogliamo far emergere le disuguaglianze esistenti; ci proviamo, però, ugualmente, soprattutto in coerenza con un processo metodologico di analisi e per rispetto di tutti coloro che dalla “malasanità” sono stati colpiti.

Prima di partire una precisazione è d'obbligo: chiariamo bene la differenza che esiste tra gli argomenti e i numeri relativi alla sanità e quelli relativi alla salute. Se parlassimo di salute, i temi si concentrerebbero su indicatori riguardanti, appunto, la salute nazionale, quali la speranza di vita alla nascita, l'indice di salute mentale, la mortalità evitabile, la mortalità infantile, la mortalità per incidenti stradati, la mortalità per tumori, la mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso a altro ancora, espresso in modo assai completo nel capitolo Salute del BES 2020<sup>1</sup>. Questi argomenti, però, per quanto di per sé interessanti, poco avrebbero in comune con l'obiettivo di questo lavoro, concentrato sull'analisi delle disuguaglianze.

Noi abbiamo bisogno, invece, di ragionare sull'offerta, pubblica o privata che sia, di strutture e personale finalizzate alla cura della salute; e, da qui, il concetto e gli argomenti riguardanti la sanità, espressi molto bene sempre nel BES 2020, ma nel capitolo dedicato alla **Qualità dei servizi**<sup>2</sup>.

Anche in questo campo, procediamo con ordine. Cominciamo con le strutture e il personale.

---

<sup>1</sup> Istat, Rapporto BES 2020, *Il benessere equo e sostenibile in Italia*, capitolo 1, Salute, da pagine 39 a pagina 56.

<sup>2</sup> Istat, Rapporto BES 2020, *Il benessere equo e sostenibile in Italia*, capitolo 12, Qualità dei servizi, da pagina 223 a pagina 239.

Per quanto riguarda le **strutture sanitarie**<sup>3</sup>, vediamo la situazione degli istituti di cura, dove il numero si è ridotto negli 5 anni:

Istituti di cura	Quantità al 2014	Variazione dal 2014 al 2019	Quantità al 2019
Istituti di cura pubblici	613	-6,53%	573
Case di cura private accreditate	505	-6,53%	472
<b>TOTALE</b>	<b>1.118</b>	<b>-6,53%</b>	<b>1.045</b>

Tabella 80 – Istituti di cura

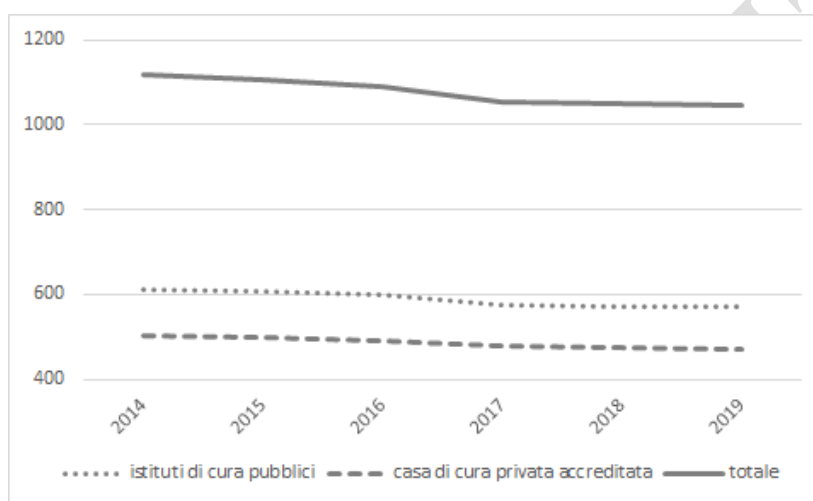


Figura 174 – Istituti di cura

e delle **strutture sanitarie e socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali**<sup>4</sup>

Strutture sanitarie e socio-sanitarie	Quantità al 2016	Variazione dal 2016 al 2018	Quantità al 2018
Strutture sanitarie e socio-sanitarie - assistenza residenziale	249.587	+3,62%	258.624
Strutture sanitarie e socio-sanitarie - assistenza semiresidenziale	56.729	+5,12%	59.634
Istituti o centri di riabilitazione - assistenza residenziale	15.075	+1,00%	15.225
Istituti o centri di riabilitazione - assistenza semiresidenziale	15.318	-7,99%	14.094
<b>TOTALE</b>	<b>336.709</b>	<b>+3,23%</b>	<b>347.577</b>

Tabella 81 – Strutture sanitarie residenziali

<sup>3</sup> Elaborazione di "Dataset Posti letto per struttura ospedaliera" estratto dall'Open Data del Ministero della Salute.

<sup>4</sup> Fonte: Istat, Elaborazione su dati Ministero della salute

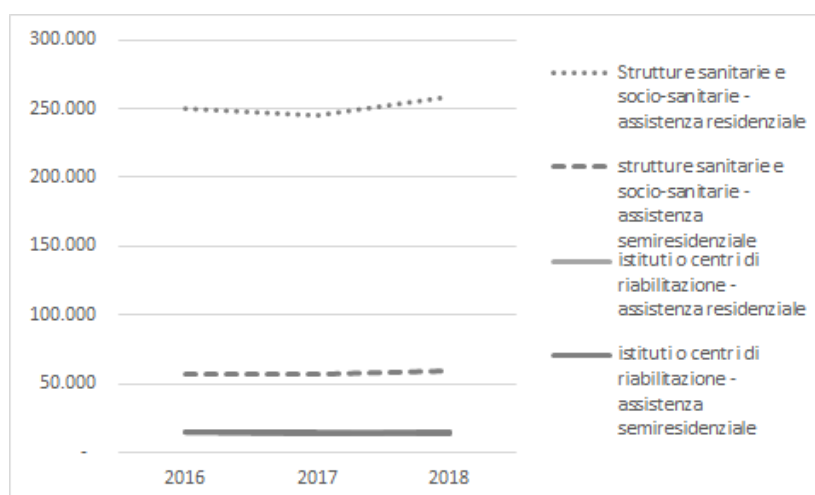


Figura 175 - Strutture sanitarie residenziali

In termini di **posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari**<sup>5</sup>, i dati, per 1000 abitanti, evidenziano un'ulteriore riduzione, negli ultimi 10 anni, di un già basso livello di partenza:

Area geografica	Posti letto presidi residenziali al 2009	Variazione dal 2009 al 2018	Posti letto presidi residenziali al 2018
Totale Italia	71,1	-2,11%	69,6
Italia Settentrionale	102,3	-3,23%	99,0
Italia Centrale	54,8	0,36%	55,0
Italia Meridionale	39,3	-1,78%	38,6

Tabella 82 – Strutture sanitarie residenziali, per area geografica

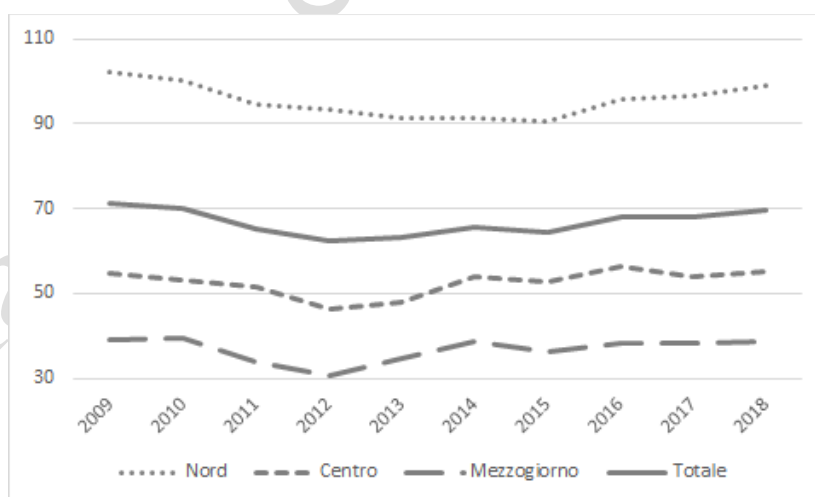


Figura 176 - Posti letto nei presidi residenziali, per area geografica

Anche in questo caso, la valutazione per area geografica, mostra ancora una volta che il Nord è messo meglio del Centro che è messo meglio del Mezzogiorno.

<sup>5</sup> Fonte: Istat, Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari

Appare, quindi, naturale che esista una **Emigrazione Ospedaliera**<sup>6</sup>, tesa alla ricerca di maggiore facilità di accesso alle strutture sanitarie, ma anche alla ricerca di qualità del servizio che, come vedremo successivamente, premia soprattutto l'Italia settentrionale. L'emigrazione ospedaliera è il risultato di anni di ghettizzazione, di investimenti scarsi e di corruzione dilagante, che ha sempre più impoverito un territorio che viene volutamente depauperato da parte delle iniziative private e sfruttato dalla malavita e dal malaffare.

Il valore è dato dal rapporto percentuale tra le dimissioni ospedaliere effettuate in regioni diverse da quelle di residenza e il totale delle dimissioni dei residenti nella regione. I dati si riferiscono ai soli ricoveri ospedalieri in regime ordinario per “acuti” (sono esclusi i ricoveri dei reparti di “unità spinale”, “recupero e riabilitazione funzionale”, “neuro-riabilitazione” e “lungodegenti”).

Area geografica	Emigrazione ospedaliera al 2004	Variazione dal 2004 al 2019	Emigrazione ospedaliera al 2019
Totale Italia	7,2%	15,28%	8,3%
Italia Settentrionale	6,0%	5,00%	6,3%
Italia Centrale	7,3%	23,29%	9,0%
Italia Meridionale	8,4%	29,76%	10,9%

Tabella 83 – Emigrazione ospedaliera in altra regione per area geografica

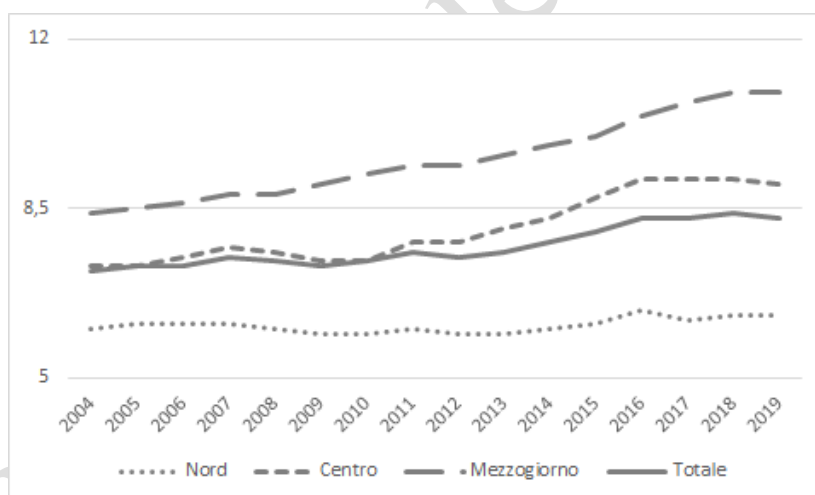


Figura 177 - Emigrazione ospedaliera in altra regione per area geografica

Confermando le attese, l'area geografica con un maggiore tasso di emigrazione verso altre regioni è il Mezzogiorno, che passa dal 8,4% del 2004 al 10,9% del 2019. È da osservare l'indice di peggioramento del processo, che, a livello nazionale è del 15%, ma che si avvicina al 25% nel Centro Italia e al 30% nell'Italia meridionale. Molto più contenuta è la variazione dell'Italia settentrionale, in cui l'emigrazione verso altre regioni si incrementa del 5%.

Se volgiamo lo sguardo verso i **Posti letto per specialità ad elevata assistenza**<sup>7</sup>, vale a dire la cardiocirurgia pediatrica, la cardiocirurgia, le malattie infettive tropicali, le unità

<sup>6</sup> Fonte: Istat, Elaborazione su dati Ministero della salute

<sup>7</sup> Fonte: Istat, Elaborazione su dati Ministero della salute

spinali, la neurochirurgia, la psichiatria, la nefrologia, l'emodialisi, la neonatologia e la neurochirurgia pediatrica, possiamo vedere come questi reparti, sebbene abbiano assunto un peso maggiore nell'attività ospedaliera, siano calati di numero (-23% rispetto al dato del 2004).

Area geografica	Posti letto per specialità ad elevata assistenza al 2004	Variazione dal 2004 al 2018	Posti letto per specialità ad elevata assistenza al 2018
Totale Italia	3,9	-23,08%	3,0
Italia Settentrionale	4,0	-20,00%	3,2
Italia Centrale	4,4	-36,36%	2,8
Italia Meridionale	3,5	-14,29%	3,0

Tabella 84 – Posti letto per specialità ad elevata assistenza per area geografica (dati per 10.000 abitanti)

La “volata” al ribasso è guidata, questa volta, dall'Italia centrale (-36%, che ha determinato il passaggio dall'area geografica migliore di 15 anni fa all'area geografica peggiore attuale), dall'Italia settentrionale (-20%) e dall'Italia meridionale (-14%).

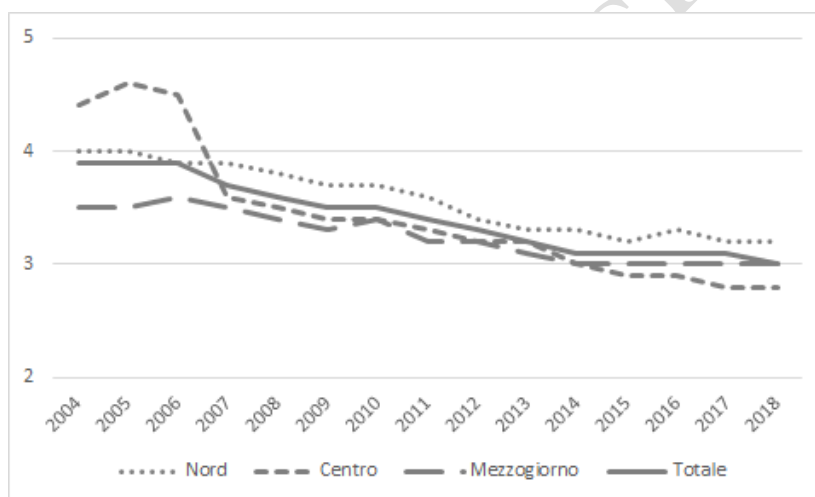


Figura 178 - Posti letto per specialità ad elevata assistenza per area geografica

La domanda che ci si pone è “chi ha voluto guadagnarci dal taglio dei posti letto?”, ma anche “chi ha voluto speculare sulla salute di una nazione intera?”

Concludiamo questa analisi dell'offerta di servizi di sanità (e, ricordiamo, stiamo parlando per ora di strutture e servizi, per l'analisi del personale medico e paramedico chiediamo solo di attendere un paio di pagine), parliamo di due aspetti complementari: gli anziani trattati in assistenza domiciliare integrata e la rinuncia a prestazioni sanitarie.

Vediamo il primo: la percentuale di **Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata**<sup>8</sup> sul totale della popolazione anziana (65 anni e oltre).

<sup>8</sup> Fonte: Istat, Elaborazione su dati Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario (SIS)

Area geografica	Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata al 2015	Variazione dal 2015 al 2019	Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata al 2019
Totale Italia	2,2%	22,73%	2,7%
Italia Settentrionale	2,5%	20,00%	3,0%
Italia Centrale	1,8%	27,78%	2,3%
Italia Meridionale	1,9%	36,84%	2,6%

Tabella 85 – Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata per area geografica

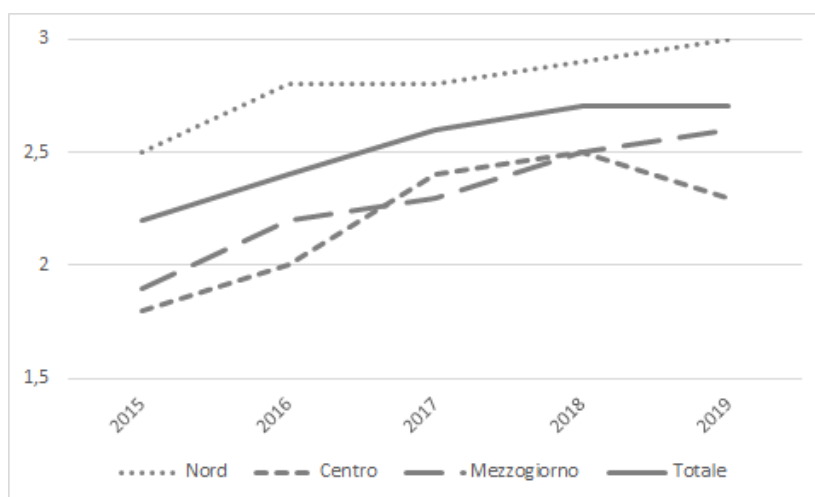


Figura 179 - Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata per area geografica

Il grafico della figura 179 e la tabella 85 mostrano come il fenomeno sia in crescita in Italia (tra il 2% e il 3% nell'ultimo quadriennio) alla ricerca di un servizio più "personalizzato" verso una fascia specifica di popolazione.

Il secondo riguarda la **Rinuncia a prestazioni sanitarie**<sup>9</sup>, intesa come percentuale delle persone che hanno rinunciato a qualche visita specialistica o a un esame diagnostico (es. radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, ecodoppler o altro tipo di accertamento) pur avendone bisogno, a causa di uno dei seguenti motivi: non poteva pagarla, costava troppo; scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi); lunga lista d'attesa.

<sup>9</sup> Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

Area geografica	Rinuncia a prestazioni sanitarie al 2017	Variazione dal 2017 al 2020	Rinuncia a prestazioni sanitarie al 2020
<b>Totale Italia</b>	<b>8,1%</b>	<b>18,52%</b>	<b>9,6%</b>
<i>Maschi</i>	6,7%	23,88%	8,3%
<i>Femmine</i>	9,4%	15,96%	10,9%
<b>Italia Settentrionale</b>	<b>5,9%</b>	<b>66,10%</b>	<b>9,8%</b>
<i>Maschi</i>	4,7%	76,60%	8,3%
<i>Femmine</i>	7,1%	56,34%	11,1%
<b>Italia Centrale</b>	<b>8,5%</b>	<b>21,18%</b>	<b>10,3%</b>
<i>Maschi</i>	6,6%	33,33%	8,8%
<i>Femmine</i>	10,2%	13,73%	11,6%
<b>Italia Meridionale</b>	<b>10,8%</b>	<b>-16,67%</b>	<b>9,0%</b>
<i>Maschi</i>	9,5%	-16,84%	7,9%
<i>Femmine</i>	12,0%	-15,83%	10,1%

Tabella 86 – Rinuncia a prestazioni sanitarie, per area geografica e genere

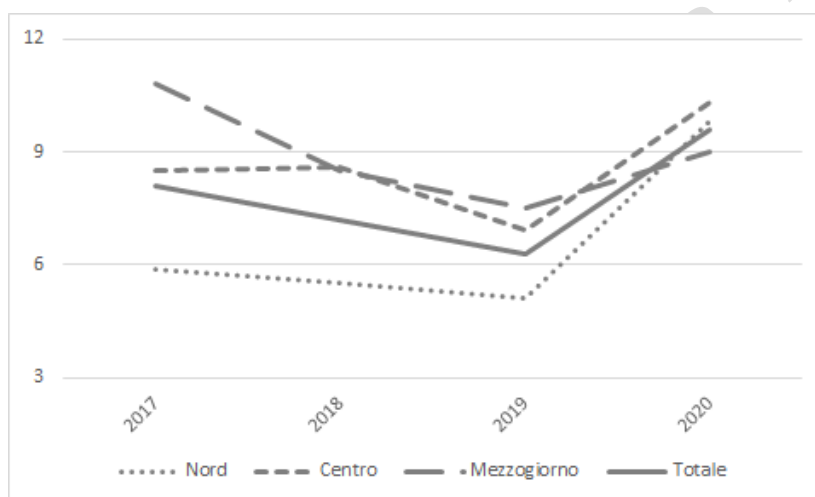


Figura 180 - Rinuncia a prestazioni sanitarie, per area geografica

I dati del 2020 mostrano, senza ombra di dubbio, che l'avvento e il perdurare della pandemia Covid abbia contribuito fortemente, per le tante ragioni che sono emerse in questi mesi, a procrastinare (o a essere costretti a procrastinare) visite specialistiche o esami diagnostici. Il procrastinare nel tempo delle visite di controllo o delle visite specialistiche ha comportato un peggioramento della salute generale; quindi persone che avrebbero potuto migliorare o guarire o aver dei risultati diagnostici in tempo si sono ritrovati con problemi di salute molto gravi, dovuti prevalentemente alla mancata tempestività degli interventi (curativi o operatori essi siano).

E, per ora, ci siamo limitati ad analizzare l'offerta di servizi sanitari, intesa soprattutto con riguardo alle strutture esistenti. Passiamo ora all'analisi del personale medico e paramedico impiegato, appunto, nelle strutture sanitarie del Paese.

Cominciamo col **Personale sanitario**<sup>10</sup>; complessivamente, al 2019, i medici sono 241.945, di cui 189.390 Specialisti e 52.555 Generici<sup>11</sup>. Vediamoli un po' più nel dettaglio e nel tempo:

Area geografica	Personale sanitario al 2013	Variazione dal 2013 al 2019	Personale sanitario al 2019
<b>Totale Italia</b>	<b>234.918</b>	<b>2,99%</b>	<b>241.945</b>
<i>Medici specialisti</i>	180.647	4,84%	189.390
<i>Medici generici</i>	54.271	-3,16%	52.555
<b>Italia Nord-occidentale</b>	<b>58.582</b>	<b>3,93%</b>	<b>60.886</b>
<i>Medici specialisti</i>	46.074	5,53%	48.621
<i>Medici generici</i>	12.508	-1,94%	12.265
<b>Italia Nord-orientale</b>	<b>42.035</b>	<b>5,28%</b>	<b>44.256</b>
<i>Medici specialisti</i>	32.403	7,21%	34.738
<i>Medici generici</i>	9.632	-1,18%	9.518
<b>Italia Centrale</b>	<b>51.709</b>	<b>3,54%</b>	<b>53.540</b>
<i>Medici specialisti</i>	40.189	5,45%	42.378
<i>Medici generici</i>	11.520	-3,11%	11.162
<b>Italia Meridionale</b>	<b>53.128</b>	<b>1,43%</b>	<b>53.886</b>
<i>Medici specialisti</i>	39.485	3,55%	40.885
<i>Medici generici</i>	13.643	-4,71%	13.001
<b>Italia Insulare</b>	<b>29.464</b>	<b>-0,30%</b>	<b>29.377</b>
<i>Medici specialisti</i>	22.496	1,21%	22.768
<i>Medici generici</i>	6.968	-5,15%	6.609

Tabella 87 – Personale sanitario, per area geografica e tipologia

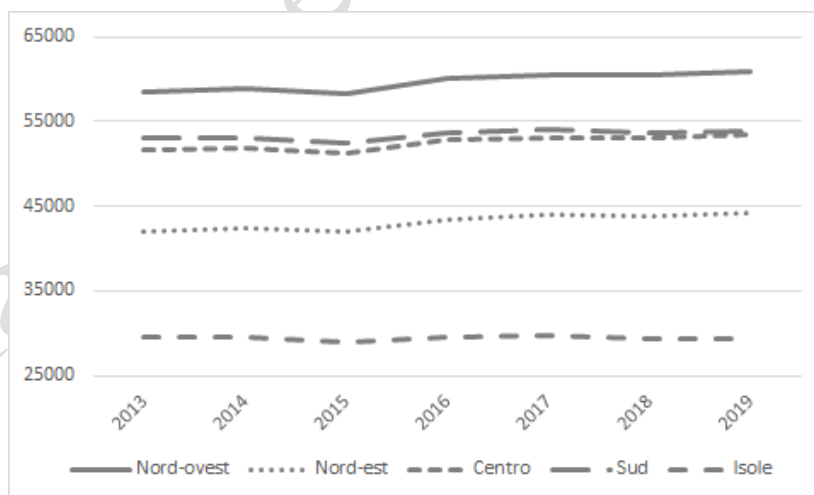


Figura 181 - Personale sanitario: totale medici (specialisti e generici) per area geografica

Più chiari e capaci di farci vedere l'esatta dimensione del fenomeno sono i rapporti tra medici e popolazione. I dati sono espressi per 1.000 abitanti:

<sup>10</sup> Fonte: I.Stat, Sanità e salute, Servizi sanitari e loro ricorso, Personale sanitario.

<sup>11</sup> I medici generici includono i **medici di medicina generale** (medici di famiglia), i medici laureati in medicina che non hanno ancora conseguito una specializzazione ed i medici specializzati in medicina generale.



Area geografica	Personale sanitario per 1000 abitanti al 2013	Variazione dal 2013 al 2019	Personale sanitario per 1000 abitanti al 2019
<b>Totale Italia</b>	<b>3,9</b>	<b>3,85%</b>	<b>4,1</b>
<i>Medici specialisti</i>	3,0	5,67%	3,2
<i>Medici generici</i>	0,9	-2,22%	0,9
<b>Italia Nord-occidentale</b>	<b>3,7</b>	<b>4,10%</b>	<b>3,8</b>
<i>Medici specialisti</i>	2,9	5,56%	3,0
<i>Medici generici</i>	0,8	-1,28%	0,8
<b>Italia Nord-orientale</b>	<b>3,6</b>	<b>4,96%</b>	<b>3,8</b>
<i>Medici specialisti</i>	2,8	6,79%	3,0
<i>Medici generici</i>	0,8	-1,20%	0,8
<b>Italia Centrale</b>	<b>4,4</b>	<b>3,91%</b>	<b>4,5</b>
<i>Medici specialisti</i>	3,4	5,92%	3,6
<i>Medici generici</i>	1,0	-3,09%	0,9
<b>Italia Meridionale</b>	<b>3,8</b>	<b>3,98%</b>	<b>3,9</b>
<i>Medici specialisti</i>	2,8	5,69%	3,0
<i>Medici generici</i>	1,0	-2,06%	1,0
<b>Italia Insulare</b>	<b>4,4</b>	<b>2,50%</b>	<b>4,5</b>
<i>Medici specialisti</i>	3,4	4,17%	3,5
<i>Medici generici</i>	1,0	-1,92%	1,0

Tabella 88 – Personale sanitario per 1.000 abitanti, per area geografica e tipologia

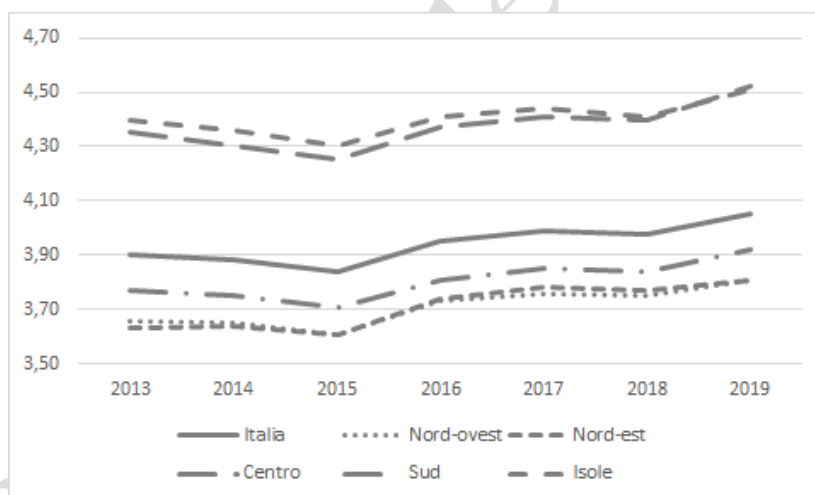


Figura 182 - Personale medico in Italia, per area geografica dati per 1000 abitanti

Possiamo notare che i medici sono attualmente in Italia 4,1 per 1.000 abitanti, in aumento negli ultimi 5 anni, dopo il punto di minimo a 3,84 del 2015; esistono chiare differenze tra aree geografiche. Inoltre il rapporto medici specialisti per 1.000 abitanti è cresciuto ovunque (mediamente del 3,85%, ma con punte del 5%), mentre è calato ovunque il rapporto medici generici per abitante (-2,2% in media, ma con punte di -3,1%) a dimostrazione della capacità di copertura (limitata forse, ma in consolidamento) degli specialisti e della continua perdita di ruolo dei medici di famiglia.

I dati legati alla diminuzione dei medici generici hanno procurato parecchi disagi; si pensi che in alcune città ci sono interi quartieri che non hanno più un numero adeguato di medici di base. Visto che la popolazione continua ad invecchiare ci si chiede come mai non si

sia voluto intervenire tempestivamente sulla riorganizzazione strutturale della medicina di base, lasciando degradare l'intera comunità, ovvero lasciandola in mano prevalente, se non esclusiva, alla medicina privata.

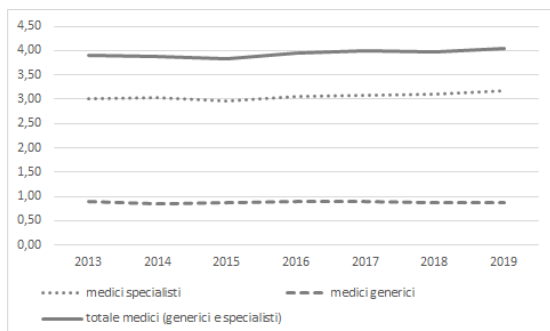


Figura 183 - Personale medico per 1000 abitanti Italia totale

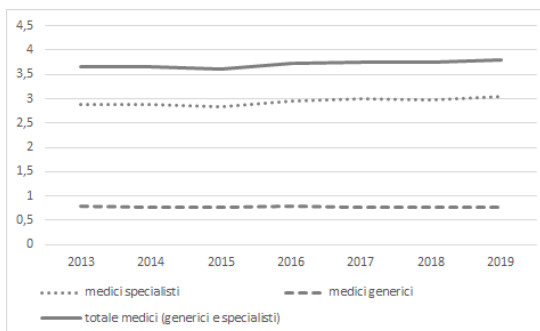


Figura 184 - Personale medico per 1000 abitanti Italia nord-occidentale

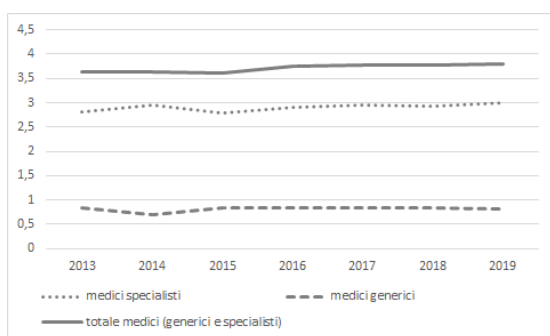


Figura 185 - Personale medico per 1000 abitanti Italia nord-orientale

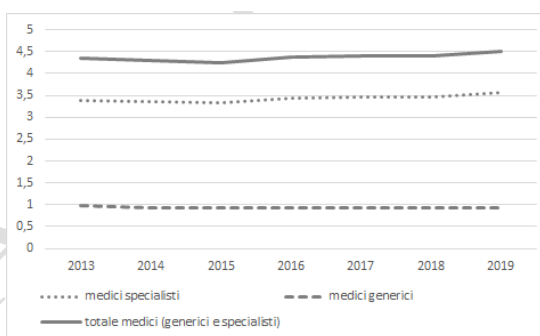


Figura 186 - Personale medico per 1000 abitanti Italia centrale

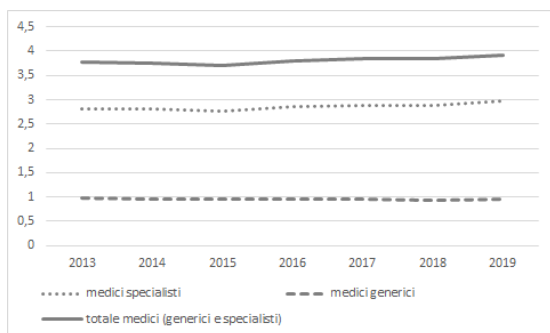


Figura 187 - Personale medico per 1000 abitanti Italia meridionale

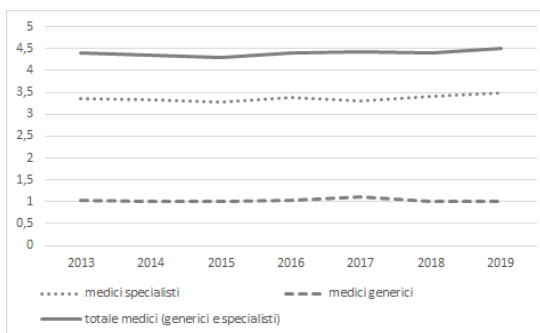


Figura 188 - Personale medico per 1000 abitanti Italia insulare

Le difficoltà con cui devono lavorare i medici di famiglia vengono enfatizzate se osserviamo il numero dei **medici di medicina generale** (appunto, i medici di famiglia), **con un numero di assistiti oltre la soglia**<sup>12</sup>. Come ben sappiamo, ciascun medico di famiglia ha una soglia di 1.500 assistiti, prevista dal contratto dei medici di medicina generale. Oltre ad essere stati burocratizzati in maniera spaventosa, tanto da lasciar loro poco tempo e spazio per occuparsi di medicina, sono spesso assillati da richieste di persone che, alla ricerca di medici

<sup>12</sup> Fonte: Istat, Elaborazione su dati del Ministero della salute

efficienti ed efficaci, cercano e riescono a farsi prendere in carico da medici già arrivati al numero limite di assistiti. Il problema non è tanto che ci siano medici con più di 1.500 assistiti, bensì che sono tanti e il loro numero segnala fortemente, senza ombra di dubbio, la mancanza strutturale di medici che possano seguire correttamente i loro assistiti.

Area geografica	Medici di medicina generale con un numero di assistiti oltre la soglia al 2004	Variazione dal 2004 al 2018	Medici di medicina generale con un numero di assistiti oltre la soglia al 2018
Totale Italia	15,8%	115,19%	34,0%
Italia Settentrionale	17,6%	166,48%	46,9%
Italia Centrale	12,5%	144,80%	30,6%
Italia Meridionale	15,6%	36,54%	21,3%

Tabella 89 – Medici di medicina generale con un numero di assistiti oltre la soglia, per area geografica

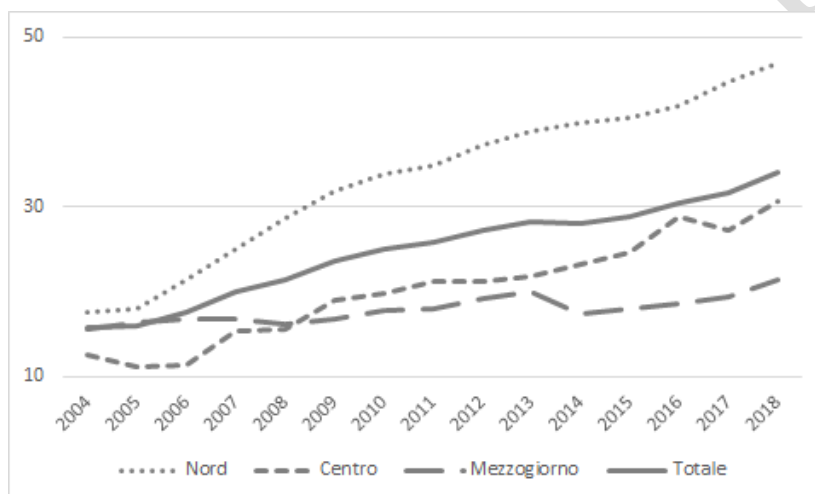


Figura 189 - Medici di medicina generale con un numero di assistiti oltre la soglia, per area geografica

Su questo argomento la serie storica è più lunga e ci consente un doppio livello di valutazione: innanzi tutto la percentuale dei medici di famiglia che hanno un numero di assistiti oltre le 1.500 unità era già alto nel 2004 (mediamente un medico ogni sei, un po' meglio nel centro Italia e un po' peggio al nord), ma la percentuale del 2018 è diventata aberrante: stiamo parlando di almeno un terzo dei medici in Italia, con punte quasi del 50% al Nord. Dal grafico della figura 189 vediamo chiaramente quanto sia costantemente in crescita il fenomeno in tutta Italia, in cui solo il Mezzogiorno è riuscito a contenerne la spinta. Il tasso di variazione è stato impressionante: stiamo parlando di un tasso di crescita superiore al 100% in Italia nel suo insieme, il che lascia veramente perplessi sulla qualità del lavoro che i medici di base riescano a svolgere, essendo essi sotto pressione costante sia da parte degli assistiti, sia da parte delle strutture sanitarie dalle quali dipendono, che hanno scaricato su di essi una serie molto importante di incombenza burocratiche e di false verifiche e controlli che non dovrebbero competere loro.

È chiaro che, in queste condizioni appare coerente l'uscita di Giancarlo Giorgetti, allora sottosegretario alla Presidenza del Consiglio del primo governo Conte, il 25 agosto 2019 al *meeting* di Rimini di Comunione e Liberazione, che disse, a proposito del carico di lavoro dei medici di base e della loro strutturale insufficienza numerica: “Caro Speranza, è vero,

*mancheranno 45mila medici di base nei prossimi cinque anni. Ma chi va più dal medico di base? Senza offesa per i medici di base anche qui presenti in sala. Nel mio piccolo paese vanno ovviamente per fare le ricette mediche, ma quelli che hanno meno di cinquant'anni vanno su internet, si fanno fare le autoprescrizioni su internet, cercano lo specialista. Tutto questo mondo qui, quello del medico di cui ci si fidava anche, è finita anche quella roba lì”.*

Completiamo questa analisi, valutando il numero di **Infermieri e Ostetriche**<sup>13</sup>,

Area geografica	Infermieri e Ostetriche al 2013	Variazione dal 2013 al 2019	Infermieri e Ostetriche al 2019
Totale Italia	5,3%	11,32%	5,9%
Italia Settentrionale	5,8%	6,90%	6,2%
Italia Centrale	5,4%	14,81%	6,2%
Italia Meridionale	4,7%	14,89%	5,4%

Tabella 90 – Infermieri e ostetriche, per area geografica

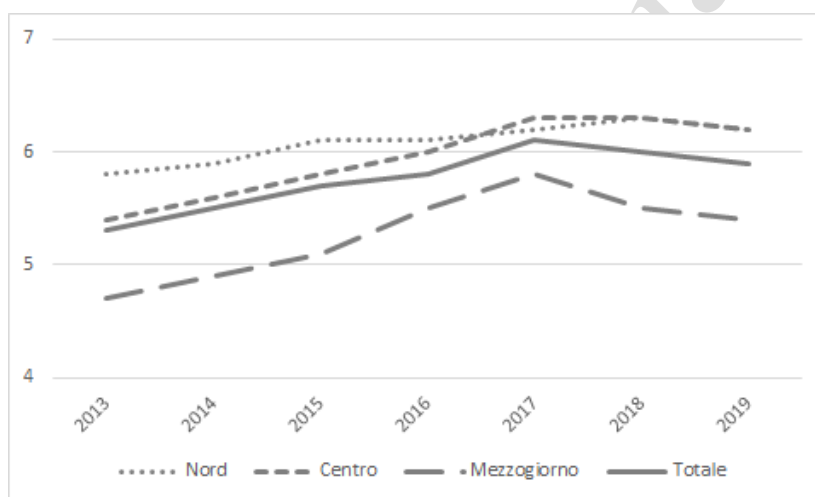


Figura 190 - Infermieri e ostetriche, per area geografica (dati per 1000 abitanti)

Per una valutazione sulla quantità e qualità della struttura medica e paramedica nazionale pensiamo sia interessante riprendere integralmente quanto esposto da BES 2020<sup>14</sup>: “Un fattore centrale dell’offerta sanitaria è rappresentato dal personale medico e infermieristico, infatti medici (16,6%) e infermieri (41,1%), insieme, rappresentano più della metà degli occupati del settore sanitario.

Nel 2019 in Italia, i medici specialistici e di base e i pediatri di libera scelta che svolgono la loro attività nel sistema sanitario pubblico e privato sono, in totale, circa 241 mila. Con 4 medici ogni 1.000 residenti, il nostro Paese si colloca ai primi posti in Europa, con una dotazione analoga a quella della Repubblica Ceca, dell’Olanda, della Bulgaria, leggermente inferiore a quella della Germania, ma superiore a Spagna, Francia e Regno Unito. La situazione del personale infermieristico non è altrettanto favorevole, infatti l’Italia, con circa 6 infermieri ogni 1.000 residenti, meno della metà della Germania, si trova al quartultimo

<sup>13</sup> Fonte: Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie) – Banca dati Nazionale dei crediti ECM (Educazione Continua in Medicina).

<sup>14</sup> Istat, BES 2020, Qualità dei servizi, pag. 225

*posto prima solo di Bulgaria, Lettonia e Grecia. Nonostante il tasso relativamente alto, nel nostro Paese i medici sono mediamente più “anziani” rispetto ad altri paesi, anche e causa di alcune scelte degli ultimi anni, come, ad esempio, il numero chiuso nell’accesso ai corsi di laurea e le politiche di blocco del turn over nella sanità pubblica. L’età media dei medici in Italia è di 52,5 anni e un medico su due ha più di 55 anni; anche tra gli infermieri l’età media è elevata, pari a 48,2 anni e uno su quattro ha più di 55 anni.”*

Considerando, infine, la situazione e l’offerta delle strutture sanitarie e del personale sanitario impiegato, parlare di disuguaglianze sembra abbastanza facile. L’unica differenza è che esistono disuguaglianze su più fronti.

Non è equa, così, la ripartizione delle risorse tra pubblico e privato e tra nord e sud, non sono eque le opportunità che vengono offerte ai candidati medici, sia specialistici sia generici essi siano, non è equo il costo che l’utente deve sostenere, ma neanche i tempi di attesa e la qualità dei servizi ricevuti. A volte non sono eque nemmeno le diagnosi o le prognosi che i “pazienti” ricevono dalla struttura pubblica o privata essa sia.

I cittadini italiani pagano lo scotto non tanto dei tagli della spesa pubblica indirizzati alla sanità (studi specifici condotti dall’OCPI<sup>15</sup> indicano quasi il contrario), quanto della cattiva gestione e della spinta verso una privatizzazione di un servizio essenziale come quello della sanità.

## **Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza**

Il PNRR riserva quasi 16 miliardi di euro alla Missione 6, denominata “**Salute**”.

La Missione 6 è costituita da 2 Componenti:

- M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina<sup>16</sup> per l’assistenza sanitaria territoriale

---

<sup>15</sup> OCPI, Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani, Luca Gregotto (14 marzo 2020), L’evoluzione della spesa sanitaria, Università Cattolica del Sacro Cuore. <https://osservatoriocpi.unicatt.it>

<sup>16</sup> Cosa si intende per telemedicina? Secondo Wikipedia, per telemedicina si intende “*l’insieme di tecniche mediche ed informatiche che permettono la cura di un paziente a distanza o più in generale di fornire servizi sanitari a distanza. In sostanza, la telemedicina è analoga alle relazioni virtuali, ma permette di facilitare anche in luoghi remoti le cure e le relazioni con le dovute cautele. Inoltre, la telemedicina è molto utile nelle “secondo opinioni”, nelle quali il medico consultato può osare senza timore di essere denunciato*”.

Noi vorremmo anche segnalare che, accanto alle caratteristiche potenzialmente utili della telemedicina, dovremmo considerare anche la riduzione delle visite mediche “in presenza”, abolendo così il contatto umano e togliendo al medico la possibilità di valutare la situazione dei suoi pazienti anche dalla comunicazione non verbale che tante informazioni ha dato e continua a dare sullo stato di salute del paziente. Esistono già sperimentazioni universitarie in tal senso a indicare che questo non è solo un progetto, ma un voluto percorso di sviluppo.

- M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

Quando con la prima Componente il Piano intende:

- Potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica.
- Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari.
- Sviluppare la telemedicina e a superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio.
- Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare.

mentre, con la seconda Componente intende:

- Sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici
- Rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario
- Potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello Centrale e Regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure; valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale; e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni

---

Siamo sicuri che la modernizzazione sia sempre sinonimo di progresso e non di deumanizzazione? Siamo certi che questo tipo di robotizzazione e digitalizzazione non porterà maggiori problemi di socializzazione e di disuguaglianza perché chi potrà permetterselo economicamente continuerà ad avere un rapporto diretto con i propri medici, gli altri soccomberanno a una società sempre più alienante. Il rischio che vediamo è che una spasmodica forzatura verso la digitalizzazione di qualunque servizio, potrebbe comportare la perdita di posti di lavoro, di capacità critica e cognitiva.