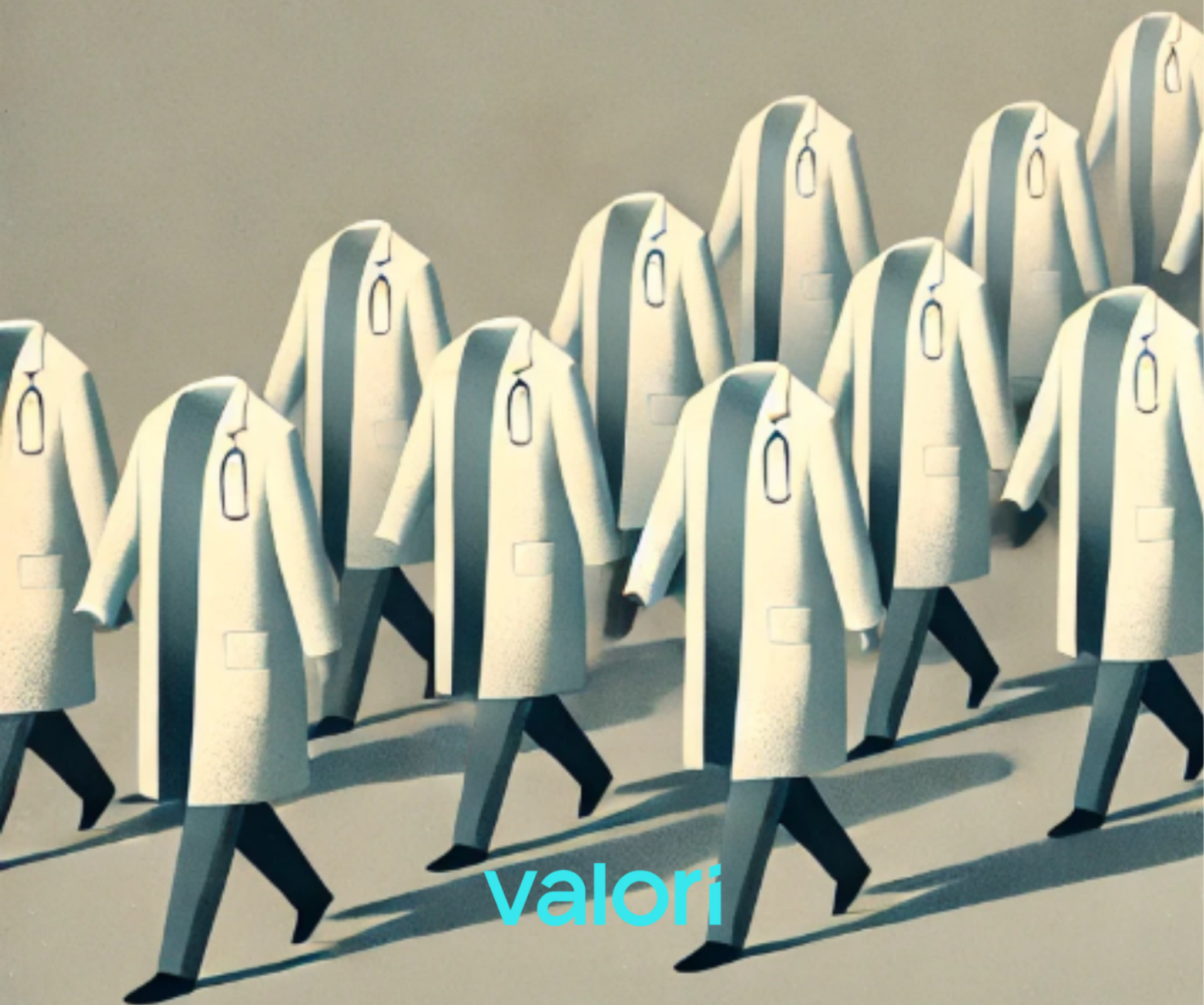


NON È ANDATO TUTTO BENE



Non è andato tutto bene

Un dossier di Valori.it

A cura di Luca Pisapia

www.valori.it/dossier/sanita-pubblica-crisi

Indice:

Il definanziamento del Ssn e il fallimento delle promesse post-Covid	4
Sanità pubblica, fondi fermi e letti tagliati: così il Pnrr non cura nessuno	8
Sanità pubblica allo stremo: mancano medici, infermieri e strutture di prossimità	11
La distruzione del Ssn favorisce le multinazionali della sanità privata	14

A oltre quattro anni dallo scoppio della pandemia di Covid-19, il sistema sanitario pubblico italiano continua a essere oggetto di tagli, ritardi e scelte politiche che ne minano la tenuta. Attraverso questa serie analizziamo cause, effetti e responsabilità del progressivo smantellamento del Ssn, mettendo in luce le sue gravi conseguenze sociali, economiche e territoriali.

Questa serie di articoli esplora il tema da diverse prospettive:

- Sanità pubblica al collasso: il definanziamento del Ssn e il fallimento delle promesse post-Covid
Una panoramica sullo stato attuale del Ssn e sul definanziamento che lo ha colpito negli ultimi decenni, aggravato dal mancato utilizzo dei fondi del Pnrr.
- Sanità pubblica, fondi fermi e letti tagliati: così il Pnrr non cura nessuno
Un focus sul simbolo della crisi pandemica: la drammatica riduzione dei posti letto. Con una denuncia sull'incapacità (o volontà) della politica di spendere i fondi disponibili.
- Sanità pubblica allo stremo: mancano medici, infermieri e strutture di prossimità
L'emergenza del personale sanitario e il collasso della medicina di prossimità, con particolare attenzione alle diseguaglianze territoriali e alla scomparsa della prevenzione.
- La distruzione del Servizio sanitario nazionale favorisce le multinazionali della sanità privata
L'aumento della spesa sanitaria a carico delle famiglie e lo spostamento verso la sanità privata: un quadro allarmante di come le scelte politiche stiano svuotando il diritto alla salute.

Dietro i dati che abbiamo raccolto ci sono tantissime storie. Molte abbiamo avuto modo di leggerle e ascoltarle, ma tante non hanno ancora avuto voce. Se hai una storia da raccontare o vuoi solo condividere un'esperienza, scrivici a inchieste@valori.it.

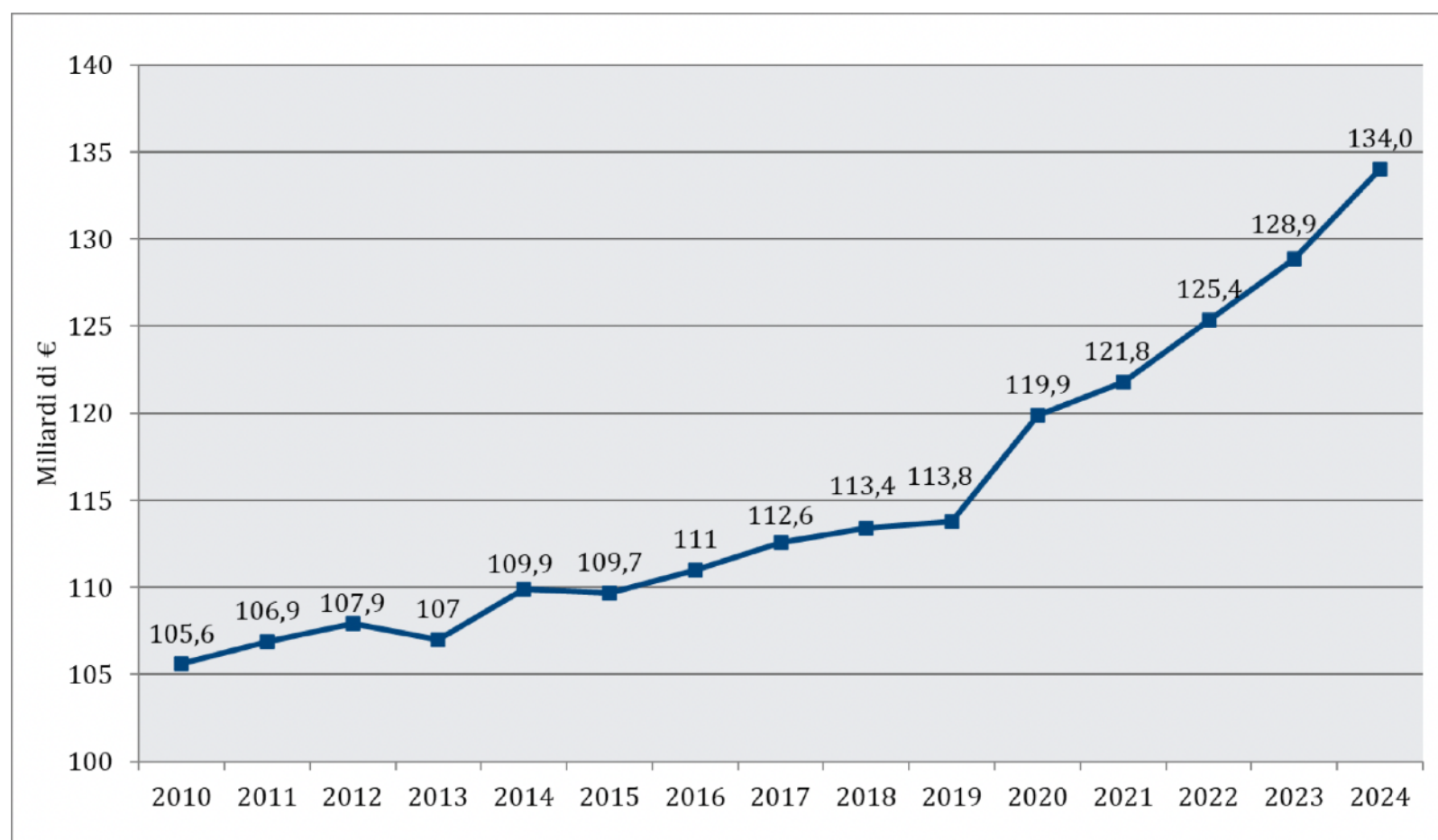
Il definanziamento del Ssn e il fallimento delle promesse post-Covid

Andrà tutto bene. Lo si scriveva su lenzuola e cartelli, lo si urlava dai balconi. Non è andata bene per niente, anzi, è andata peggio di quello che si pensava. La pandemia di Covid-19 in Italia è stata devastante. Nel rapporto tra popolazione, contagi e morti, il nostro Paese è stato ai primi posti in assoluto tra i cosiddetti Paesi sviluppati. Tra questi, peggio di noi solo Stati Uniti e Regno Unito. Lì perché l'accesso alle cure è riservato a pochi privilegiati, e perché sono state attuate idiote politiche di tolleranza sulla diffusione del virus. Da noi per altri motivi. E non perché ci sia stato un fantomatico paziente zero (spoiler: non c'è mai stato), ma perché il nostro Servizio sanitario nazionale (Snn) era stato distrutto negli anni precedenti, soprattutto dai governi di centrosinistra.

Dopo la pandemia, dalla politica sono arrivate rassicurazioni bipartisan sulla ristrutturazione e sul miglioramento del Snn. E attraverso il Pnrr sono arrivati anche i fondi per poterlo fare. Ma queste promesse si sono rivelate ancora più fatue di quelle scritte di speranza condite dagli arcobaleni che sventolavano sui balconi. E i soldi del Pnrr sono ancora lì, in attesa di essere spesi, a pochi mesi dalla scadenza. E oggi il Ssn versa ancora in condizioni drammatiche, se non peggiori di quando si è diffusa la pandemia. Accedere alle cure pubbliche in Italia è difficilissimo. È possibile solo in alcune Regioni, in altre nemmeno. E tutto questo, di nuovo, a vantaggio della sanità privata. Lo rivela in maniera drammatica l'ultimo Rapporto della Fondazione Gimbe, presentato lo scorso ottobre.

Il [“Settimo Rapporto Gimbe sul Servizio Sanitario Nazionale”](#) spiega in maniera molto chiara come gli investimenti del Fondo sanitario nazionale (Fsn), ovvero i soldi che i governi allocano alla sanità, seppur cresciuti rispetto al periodo prepandemico, siano ancora insufficienti. Addirittura inferiori all'inflazione. Spiega come si sia continuata a distruggere la sanità territoriale fatta di medici di base e di strutture di prossimità, ovvero la prevenzione, fondamentale per contenere la spesa e non sovraffollare gli ospedali.

Perché la prevenzione costa poco e mantiene la salute. Ma la prevenzione non fa guadagnare, né la sanità privata né le multinazionali di Big Pharma, che puntano alla cura. Molto più remunerativa. E distruggendo ancora di più la prevenzione a favore della cura, aumentano gli spostamenti dalla sanità pubblica a quella privata, con costi enormi per le famiglie e con l'acuirsi delle già enormi differenze tra le Regioni nel Paese. Dulcis in fundo, il rapporto Gimbe illustra chiaramente come tutti i soldi che avremmo potuto utilizzare grazie Pnrr per rimettere in sesto il Ssn non siano stati utilizzati.



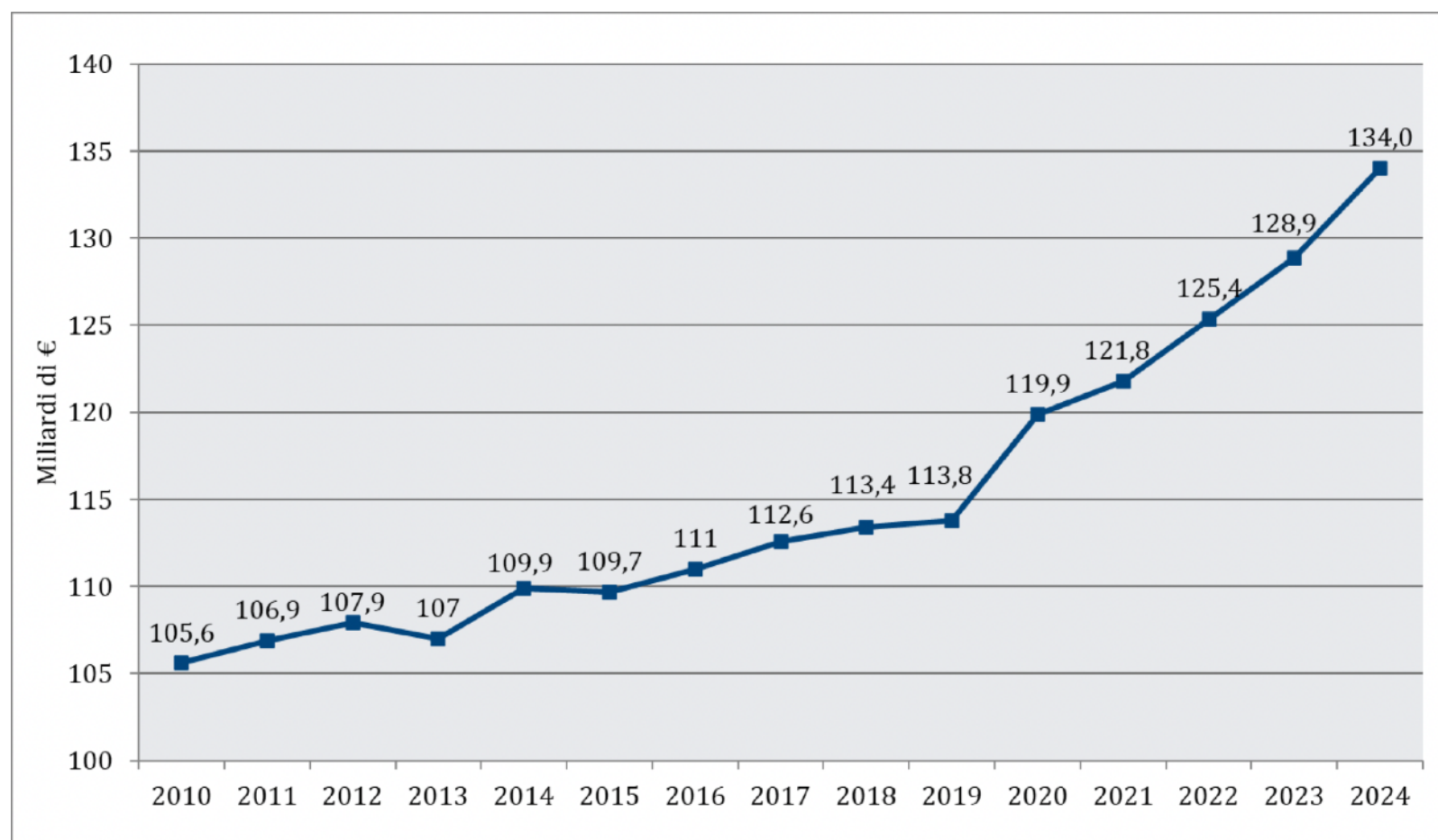
«Le inaccettabili diseguaglianze regionali e territoriali; la migrazione sanitaria e i disagi quotidiani sui tempi di attesa e sui pronto soccorso affollati dimostrano che la tenuta del Ssn è prossima al punto di non ritorno, che i principi fondanti di universalismo, equità e uguaglianza sono stati ormai traditi e che si sta lentamente sgretolando il diritto costituzionale alla tutela della salute, in particolare per le fasce socio-economiche più deboli, gli anziani e i fragili, chi vive nel Mezzogiorno e nelle aree interne e disagiate», ha detto senza mezzi termini il giorno della presentazione del rapporto Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe.

Il Sistema Sanitario Nazionale, che garantisce il diritto alla salute dei cittadini, nasce nel 1978. Dagli anni Novanta è gestito insieme alle Regioni, che lasciano libertà di scelta sull'utilizzo delle strutture sanitarie private. E da allora, con la liberalizzazione della sanità privata finanziata dalla spesa pubblica, si è creato il più assurdo mercato della salute che si conosca in Occidente. Con le nostre tasse paghiamo ospedali e strutture private che, al momento di curarci, ci chiedono altri soldi. Così è accaduto che, mentre i vari governi dagli anni Novanta in poi finanziavano la sanità privata, operavano tagli a quella pubblica.

Rimanendo al decennio pre pandemico, e guardando al [Rapporto Gimbe del 2019](#) si scopre che nel decennio 2010-2019 tra tagli e definanziamenti sono stati sottratti al Ssn circa 37 miliardi di euro. Per i tagli vanno ringraziati i governi Monti (-2,6 miliardi), Letta (-5,4), Renzi (-8,4), Renzi (-8,2). Per le mancate risorse di nuovo i governi Renzi (-2,2 miliardi), Renzi (-2), Gentiloni (-4) e Conte (-3,1).

Dal 2019, in piena pandemia, qualcosa è cambiato. E i soldi allocati a Fsn hanno cominciato ad aumentare. Ma non è stato sufficiente, anzi. Per un corretto paragone torniamo all'ultimo rapporto Gimbe, dove è scritto: «Nel periodo pre pandemico (2010-2019) alla sanità pubblica sono stati sottratti oltre 37 miliardi di euro tra tagli per il

risanamento della finanza pubblica e minori risorse assegnate rispetto ai livelli programmati. Negli anni 2020-2022 i fondi pubblici sono aumentati di 11,6 miliardi, una cifra tuttavia interamente assorbita dai costi della pandemia Covid-19, che non ha permesso un rafforzamento strutturale del Ssn né consentito alle Regioni di mantenere in ordine i bilanci. Per gli anni 2023-2024 sono aumentati ancora di 8,6 miliardi». Ma come vedremo, anche queste allocazioni si sono rivelate drammaticamente insufficienti.



Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2024 © Rapporto Gimbe

E questo è un punto decisivo. Perché quando i politici vanno in tv a dire che la spesa sanitaria è aumentata, lo fanno senza tener conto dell'inflazione e del costo del denaro. Senza tenere conto che spesso aumentano in maniera relativa le allocazioni al Fsn ma diminuiscono in assoluto nel rapporto spesa/Pil. Quello che invece aumenta e [si può sfiorare per la produzione delle armi](#), evidentemente più importanti della salute. O anche non si tiene conto dell'aumento minimo necessario di spesa che è dovuto a causa di altri

fattori: la crescita della popolazione, la manutenzione e l'ammodernamento delle strutture e dei macchinari, e così via. Ecco perché un aumento relativo della quantità di denaro non si traduce in assoluto in un reale aumento degli investimenti.

Sempre rimanendo ai dati di Gimbe possiamo infatti leggere: «La legge di bilancio 2024 ha stanziato risorse aggiuntive per il Fondo sanitario nazionale pari a 3 miliardi di euro per il 2024, a 4 miliardi per il 2025 e a 4,2 miliardi per il 2026. Ma una quota significativa di tali fondi sarà destinata al rinnovo contrattuale del personale sanitario. Nonostante questo incremento, l'analisi del Documento di Economia e Finanza rivela una tendenza alla riduzione della spesa sanitaria in rapporto al Pil nei prossimi anni. Tale dato, unitamente alla modesta crescita prevista del Fsn per il 2025 e il 2026, suggerisce che il sostegno finanziario al sistema sanitario non sia sufficiente a garantire la sostenibilità e lo sviluppo del sistema nel lungo periodo».

Mentre secondo [l'analisi dell'Università di Pavia](#), nel Piano Strutturale di Bilancio deliberato lo scorso 27 settembre in Consiglio dei Ministri, il rapporto spesa sanitaria/Pil si riduce dal 6,3% nel 2024-2025 al 6,2% nel 2026-2027. A fronte di una crescita media annua del Pil nominale del 2,8%, nel triennio 2025-2027 il Piano Strutturale di Bilancio stima una crescita media della spesa sanitaria del 2,3% annuo.

Questo è un quadro generale della situazione. Guardando poi nello specifico possiamo analizzare la diminuzione dei posti letto e dei presidi di prossimità della sanità territoriale. E questo acuisce ancor di più il già esistente il divario tra le Regioni, obbligando le famiglie a spostarsi e a spendere sempre di più. Possiamo osservare la diminuzione del numero di medici e infermieri, perché i vecchi vanno in pensione e a fronte di stipendi miseri i giovani sono costretti a spostarsi verso le strutture private.

E il tutto accade per precisa scelta politica. Perché come abbiamo visto in questi giorni ai politici di entrambi gli schieramenti interessano più le armi della salute. E per inadeguatezza politica. Perché, pur avendoli a disposizione, non siamo stati in grado di spendere i soldi del Pnrr. E a pensar male, visti i legami tra politica e sanità privata, forse non si tratta di inadeguatezza, ma è anche questa una scelta.

Sanità pubblica, fondi fermi e letti tagliati: così il Pnrr non cura nessuno

Negli anni post-pandemia (2019-2024), le risorse pubbliche destinate al Fondo sanitario nazionale (Fsn) sono aumentate rispetto ai pesanti tagli del decennio precedente (2010-2019). Tuttavia, [questo incremento si è rivelato insufficiente](#), perché non tiene conto dell'inflazione, dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento dei bisogni sanitari. Tra i nodi più critici emersi con la pandemia c'è la carenza di posti letto, ovvero la possibilità per ogni cittadino di accedere a una postazione di cura per malattie acute, comprese quelle che richiedono terapia intensiva o subintensiva. Anche su questo fronte, i dati continuano a essere tutt'altro che rassicuranti.

Nonostante il dramma della pandemia, e tutte le promesse che ne sono seguite, negli ultimi cinque anni il totale numero di posti letto assoluti a disposizione dei pazienti in Italia è addirittura diminuito. È aumentato solo quello per le terapie intensive, ma di nuovo in maniera insufficiente. E questa ricerca simbolica sui posti letto ci permette così di evidenziare il secondo grande dramma della gestione della sanità postpandemica: l'incapacità da parte della politica di utilizzare i fondi messi a disposizione del Pnrr. O meglio, a questo punto sarebbe il caso di dire: [la precisa volontà di non utilizzare quei fondi](#). Per distruggere ancora una volta la sanità pubblica, e favorire quella privata.

Sui posti letto già i dati prepandemici erano preoccupanti. Nel 1980 in Italia c'erano quasi mille posti letto per malati acuti ogni 100mila abitanti, un'ottima media. All'alba degli anni Zero, con la riforma della sanità pubblica a tutto vantaggio di quella privata, i posti letto si dimezzano: nel 1998 sono 580 per 100mila abitanti. Le cose continuano a peggiorare. Nel 2007 sono 430, nel 2017 sono 360, a fronte di una media europea che rimane sui 500 circa. Oggi sono addirittura scesi a 314 ogni 100mila abitanti.

Lo denunciava lo scorso maggio [una settantina di società scientifiche riunite nel Fosscc](#) (Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri ed Universitari Italiani), raccontando come nei tre anni seguenti all'emergenza Covid-19 il numero dei posti letto totali fosse diminuito. Il tutto a fronte dell'aumento della popolazione e all'invecchiamento della stessa.

Lo stesso dato si può osservare anche attraverso i numeri dei posti letto assoluti a disposizione dei cittadini italiani. Nel 2020 in Italia i posti letto totali tra pubblico e privato erano 257.977. Poi si sono ridotti a 225.469 nel 2022. E poi si sono ridotti di nuovo a 215.827 nel 2023. Tutti questi numeri si possono tranquillamente ricavare

dall'[Annuario del Ssn relativo al 2023](#) pubblicato dal Ministero della Salute. L'ultimo disponibile. E oggi? Oggi va ancora peggio. [Secondo l'Istat](#), a marzo 2025 i posti letto disponibili nel Paese sarebbero crollati addirittura a 209.568.

Di fronte al crollo dei posti letto totali disponibili, come abbiamo visto se ne sono persi più di 50mila negli ultimi cinque anni, sono aumentati quelli per la terapia intensiva e subintensiva. Secondo il rapporto [Health at a Glance 2023](#), nel 2023 i posti disponibili in terapia intensiva sarebbero 11,5 ogni 100mila abitanti. In risalita quindi rispetto agli 8,5 del 2019. Secondo [una stima del 2024 dell'Istituto Mario Negri](#): «In Italia ci sono più di 7.500 posti letto di Terapia Intensiva, ripartiti tra unità generali o specializzate nella gestione di particolari tipologie di pazienti». Il che equivale a una media di 12,5 ogni 100mila abitanti.

Il problema è che questi numeri non contrastano con l'allarme lanciato dal Fossco. O con i numeri del ministero della Salute, o con i dati dell'Istat. Come nel caso delle allocazioni al Fsn, l'aumento relativo di alcuni numeri è valido solo se non si tiene conto di tutta una serie di altri fattori. A partire dal fatto che i posti letto assoluti sono diminuiti di oltre un quarto: 50mila unità dalla fine della pandemia, appunto. Ecco perché, questi dati trionfalistici rivendicati dalle strutture private lasciano il tempo che trovano. Anche qui, come nel caso dell'aumento delle spese governative nel Fondo sanitario nazionale, si tratta di un aumento relativo che, a causa di diversi fattori, non può essere considerato un aumento assoluto.

Per questo, è corretto dire, come fa [una più recente analisi dello stesso Fossco](#): «Si stima che, negli ospedali italiani, manchino almeno 100mila posti letto di degenza ordinaria e 12mila di terapia intensiva». La questione della mancanza di posti letto - diventata emblema della distruzione del Ssn durante la pandemia - apre alla questione di come siano stati utilizzati i fondi messi a disposizione tramite il Pnrr dopo la pandemia. O meglio, di come non siano stati utilizzati.

Secondo [la precisa analisi operata dalla Fondazione Openpolis](#), al 30 settembre l'Italia ha speso appena 57,7 miliardi di euro. Ovvero solo il 30% dei fondi disponibili attraverso il Pnrr. E la cosa drammatica è che tra le componenti che hanno ricevuto meno soldi risultano "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale (M6C2)" e "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (M6C1)". Nella sanità infatti, ne sono stati spesi ancora meno. Come spiega [Andrea Capocci su il manifesto](#): «Dei quasi 20 miliardi stanziati per la missione Salute del Pnrr, finora ne risultano spesi meno di 3 e mezzo. Il 18% del totale».

Prendiamo come esempio la ricaduta della mancanza di utilizzo dei fondi del Pnrr proprio sui posti letto della terapia intensiva e subintensiva. Non solo sono insufficienti, ma ne sono stati fatti molti di meno di quelli che si sarebbero potuti fare con i soldi a disposizione. Nella rimodulazione dei fondi della Missione salute del Pnrr, infatti, il

numero di posti letto di terapia intensiva e semi intensiva finanziati sono passati rispettivamente da 3.500 a 2.692 e da 4.225 a 3.230». Lo si evince tranquillamente dai [dati pubblicati dallo stesso Ministero della Salute](#).

Il problema, come spiega anche [un'altra analisi della Fondazione Openpolis](#), è che non solo si è deciso di diminuire la creazione di posti letto rispetto a quelli che si sarebbero potuti fare. Ma che anche di questi pochi che si è deciso di fare, finora ne sono stati realizzati solo la metà. E la scadenza del Pnrr è nel 2026, praticamente domani. E così la questione dei posti letto, simbolo della pandemia, apre alle due nuove criticità di cui ci occuperemo nella terza e quarta parte di questo dossier. La mancanza di medici, infermieri e strutture di prossimità dedicate alla prevenzione. E l'incredibile sperequazione delle possibilità di cura tra le varie Regioni del Paese, con costi enormi che ricadono sui bilanci delle stesse e, ovviamente, sui cittadini e sulle famiglie.

Sanità pubblica allo stremo: mancano medici, infermieri e strutture di prossimità

Le gravi criticità del Servizio sanitario nazionale avrebbero potuto trovare una parziale soluzione attraverso investimenti mirati nella prevenzione e nel primo accesso alle cure. I fondi del Pnrr rappresentavano un'occasione concreta per rafforzare le strutture territoriali di prossimità e il personale medico e infermieristico, così da evitare, in futuro, situazioni di emergenza estrema come quelle vissute durante la pandemia. Ma in [un sistema economico che privilegia la medicalizzazione della società](#) — quella più redditizia per la sanità privata e per le multinazionali del farmaco — i tagli colpiscono soprattutto ciò che produce meno profitto: la prevenzione e i servizi di base.

Secondo il [Rapporto Gimbe](#), nel 2023 la spesa per i “Servizi per la prevenzione delle malattie” si è ridotta di ben 1.933 milioni di euro, pari a un -18,6% rispetto all'anno precedente. Considerando che alla prevenzione viene destinato solo il 6% del finanziamento pubblico, questo calo segnala un ulteriore indebolimento di un settore fondamentale, ma sistematicamente sacrificato. «Tagliare oggi sulla prevenzione avrà un costo altissimo in termini di salute negli anni a venire», avverte Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, sottolineando la miopia di scelte politiche che continuano a privilegiare l'immediato a scapito della salute collettiva.

La prima emergenza che affrontiamo è quindi quella degli infermieri che abbandonano il Servizio sanitario nazionale. A causa di paghe bassissime a fronte di turni massacranti, i giovani, e dell'abbandono del mestiere per chi va in pensione e non è adeguatamente sostituito. «La vera crisi riguarda il personale infermieristico: nonostante i crescenti bisogni, anche per la riforma dell'assistenza territoriale, il numero di infermieri è largamente insufficiente», dice infatti Cartabellotta. Secondo il Rapporto Gimbe nel 2022 circa 7mila infermieri sui 268mila totali hanno deciso di spostarsi nel privato o all'estero. Il numero di chi si allontana è più che triplicato dal 2016, quando erano stati meno di 2mila a andarsene. E [Anaao-Assomed stima ulteriori 2.564 abbandoni](#) nel primo semestre 2023. Perciò nel 2024 gli abbandoni potrebbero essere stati ancora più numerosi.

Contando pensionamenti, decessi e altre cause, dall'albo degli infermieri svaniscono circa 10mila professionisti l'anno, [come scrive Andrea Capocci su il manifesto](#). Con 6,5 infermieri ogni 1.000 abitanti, l'Italia è ben al di sotto della media Ocse (9,8). In Francia ce ne sono 11 ogni mille abitanti, in Germania 13. Inoltre, «nel 2022 i laureati in Scienze

Infermieristiche sono stati appena 16,4 per 100.000 abitanti, rispetto ad una media Ocse di 44,9, lasciando l'Italia in coda alla classifica. Prima solo del Lussemburgo e della Colombia». Come nel caso dei posti letto, anche nella disponibilità di infermieri si vedono delle discrasie enormi tra il Nord e il Sud del Paese. Basti pensare che in Campania, Sicilia e Calabria ogni mille abitanti ci sono meno di quattro infermieri nelle strutture pubbliche o convenzionate. Mentre in Liguria e Emilia-Romagna sono sette.

Da mesi gli infermieri italiani sono sul terreno di guerra, ma non vengono ascoltati. Serena Sorrentino, segretaria generale della Fp Cgil, [ha ricordato a il manifesto](#) l'inadeguatezza delle retribuzioni: «1.470 euro è lo stipendio di un operatore socio sanitario, 1.560 quello di un infermiere». E in tutto questo il governo Meloni, invece di adeguare le retribuzioni, cerca di tappare i buchi cambiando le mansioni degli operatori. E «ha tirato fuori dal cilindro la figura dell'assistente infermiere, istituita per decreto: un ibrido tra l'infermiere vero e proprio (con laurea triennale) e l'operatore socio-sanitario (Oss), ruolo per la quale basta un diploma di scuola superiore». Ma non è finita qui, l'Italia si colloca anche tra i Paesi europei con il più basso rapporto infermieri/medici (1,5 a fronte di una media europea di 2,4). Perché in Italia stanno scomparendo, o scappando verso il privato, anche i medici.

Per quello che riguarda i medici, infatti, l'Italia dispone ancora complessivamente di 420 medici ogni 100mila abitanti, un dato superiore alla media Ocse che è di 370, ricorda il Rapporto Gimbe. Ma «sta sperimentando il progressivo abbandono del Ssn e carenze selettive: oltre ai medici di famiglia, alcune specialità mediche fondamentali non sono più attrattive per i giovani medici, che disertano varie specializzazioni». Inoltre, [ricorda l'Istat](#), «i nostri medici sono i più anziani d'Europa: nel 2021, il 55,2% dei medici in Italia ha 55 anni e più, a fronte del 44,5% in Francia, 44,1% in Germania e 32,7% in Spagna». Inoltre il numero dei Medici di medicina generale, il primo avamposto quando si punta alla prevenzione, si è ridotto negli ultimi dieci anni di 5.187 unità.

Non mancano solo infermieri e medici. Mancano anche le strutture territoriali di prossimità, fondamentali per la prevenzione. Come emerge dall'ultimo [report dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali \(Agenas\)](#) «sono meno del 3% – ovvero 46 su 1.717 – le Case di comunità che contare sulla presenza di medici e di infermieri. Queste strutture sono proprio quelle che dovrebbero fare da cerniera tra i cittadini e il sistema assistenziale pubblico». In totale, delle 1400 nuove previste dal Pnrr ne sono state realizzate solo 485. In queste la presenza medica 24/7 è garantita solo in 158, quella infermieristica da mezza giornata in 122. Quelle che garantiscono tutti i servizi previsti sulla carta sono appunto 46, meno del 3% del totale.

Inoltre, l'Agenas ha fotografato anche «lo stato dell'arte degli Ospedali di comunità (Odc) e delle Centrali operative territoriali (Cot), le strutture chiamate a svolgere la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra i servizi socio-sanitari e i professionisti». E anche qui siamo messi malissimo, basti pensare che negli Ospedali di

comunità hanno attivato almeno un servizio in 124 sui 568 previsti. Ma tornando alle Case di comunità, come per i posti letti e per medici e infermieri, anche qui si apre il discorso delle differenze Regionali. Le 46 Case di comunità di cui sopra, quelle che dispongono del personale medico e infermieristico e che risultano dotate dei servizi obbligatori, sono infatti presenti solamente in nove regioni su venti.

Come riporta [il mensile Vita](#), le differenze regionali emergono in maniera ancora più drammatica guardando ad altri dati. La presenza del Punto unico di accesso (Pua) è infatti presente solamente in 260 Case di comunità su 485, ma la metà di questi Pua (129) si trova in Lombardia. Oppure i servizi di assistenza domiciliare, che sono assicurati da 313 strutture del Nord, 86 del Centro e solo 15 del Sud. O ancora peggio il partenariato col terzo settore, che è una realtà solo in due Case di comunità del Sud contro le oltre 200 del Nord.

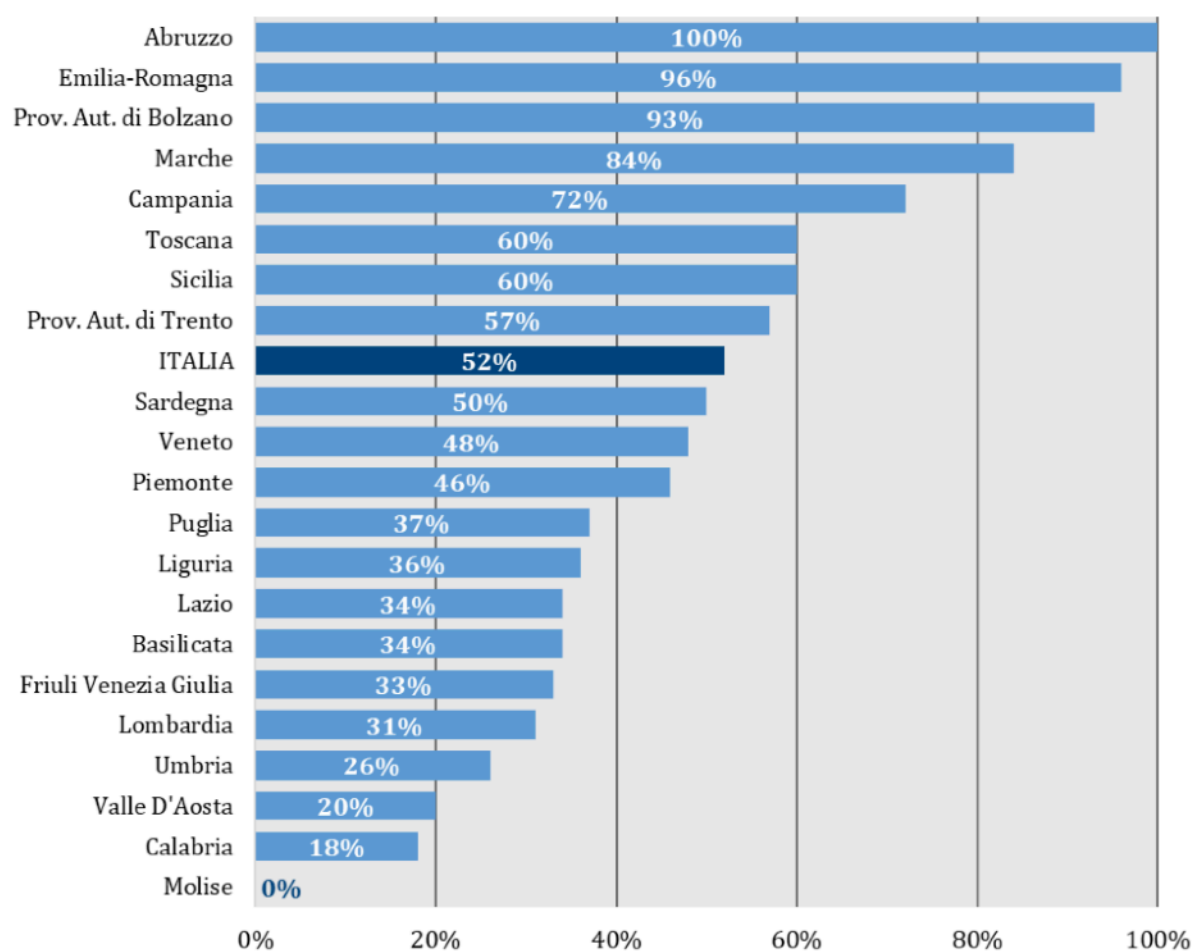
E questa devastazione del concetto di prevenzione (a costi bassissimi) a favore del concetto di cura (a costi assai più alti) apre a un ulteriore problema, di cui ci occupiamo nell'ultimo articolo di questo dossier: l'aumento dei costi sanitari a carico delle famiglie, costrette a muoversi tra le regioni o a passare alla sanità privata.

La distruzione del Ssn favorisce le multinazionali della sanità privata

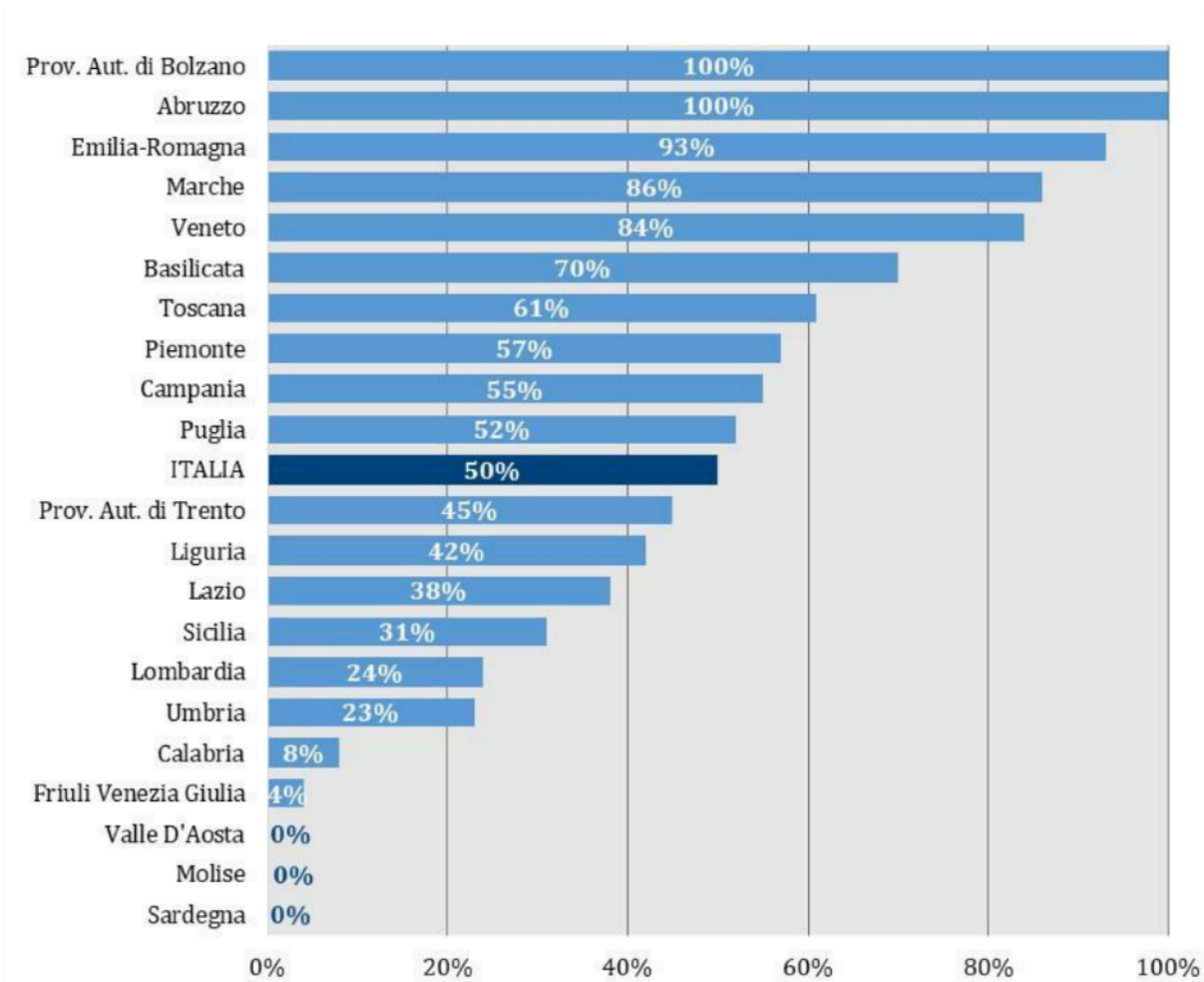
Nonostante [le promesse fatte durante la pandemia](#), i governi che si sono succeduti hanno continuato a tagliare risorse alla sanità pubblica. Oppure hanno stanziato fondi del tutto insufficienti a fronte delle nuove necessità del Paese. Eppure, le risorse del Pnrr erano disponibili: quasi 20 miliardi destinati alla sanità. Di cui però [è stato speso meno del 18%](#) a pochi mesi dalla scadenza del 2026. Il definanziamento cronico ha contribuito alla riduzione dei posti letto per le malattie acute e per le terapie intensive o subintensive. Aggravando ulteriormente le fragilità emerse durante la pandemia.

A questa carenza si è aggiunta la [diminuzione del personale medico e infermieristico](#). Oltre al depotenziamento delle strutture di prima accoglienza, fondamentali per la prevenzione e le cure di base. Il risultato è un sistema sanitario sempre più diseguale tra le Regioni, dove accedere a cure pubbliche è spesso un privilegio territoriale. Le famiglie sono costrette a sostenere spese sempre più elevate, spostarsi per ricevere assistenza o rivolgersi al privato. Un meccanismo che sembra disegnato per favorire le multinazionali del farmaco e della sanità privata, a scapito del diritto alla salute garantito dalla Costituzione.

Ripartiamo dalla questione dei posti letto, e della loro mancanza. Il simbolo dei tagli alla sanità. Il motivo per cui la pandemia di Covid-19 fu una tragedia in Italia più che in altri Paesi. Come spiega il [Rapporto Gimbe](#), «al 31 luglio 2024 sono stati realizzati il 52% dei posti letto di terapia intensiva e il 50% di quelli di terapia subintensiva. Con impressionanti differenze regionali. In particolare, per i posti letto di terapia intensiva, la percentuale di realizzazione va dallo 0% del Molise al 18% della Calabria. Fino al 100% dell'Abruzzo. Con quasi due terzi delle Regioni che si collocano sotto la media nazionale. Per i posti letto di terapia sub-intensiva la percentuale di realizzazione va dallo 0% di Valle D'Aosta, Molise e Sardegna al 100% dell'Abruzzo e della Provincia autonoma di Bolzano.



Percentuale di posti letto aggiuntivi di terapia intensiva realizzati al 31 luglio 2024 (dati MdS) © Fondazione Gimbe



Percentuale di posti letto aggiuntivi di terapia sub-intensiva realizzati al 31 luglio 2024 (dati MdS) © Fondazione Gimbe

Queste sperequazioni erano già evidenti nel periodo pre pandemico, [come riportato da Valori](#). E ora rischiano solo di acuirsi sempre più. Questo determina infatti il problema della migrazione sanitaria. Che ha effetti economici devastanti non solo sulle famiglie, ma anche sui bilanci delle Regioni del Sud, che risultano ulteriormente impoverite. Come scrive la Fondazione Gimbe «a causa della mobilità sanitaria verso le più attrattive Regioni del Nord, nel decennio 2012-2021 le Regioni del Sud hanno accumulato un saldo negativo pari a 10,96 miliardi di euro».

Il punto di caduta è questo: rispetto ai Livelli essenziali di assistenza (Lea) – ovvero le prestazioni e i servizi che il Ssn è tenuto a fornire a tutti i cittadini gratuitamente o dietro il pagamento di un ticket – nel 2022 solo 13 Regioni rispettano gli standard essenziali di cura. «Siamo di fronte a una vera e propria frattura strutturale Nord-Sud nell'esigibilità del diritto alla tutela della salute. A questo quadro si aggiunge la legge sull'autonomia differenziata, che affonderà definitivamente la sanità del Mezzogiorno, assestando il colpo di grazia al Ssn e innescando un disastro sanitario, economico e sociale senza precedenti che avrà conseguenze devastanti per milioni di persone», spiega Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe.

Contestualmente alla devastazione dei bilanci delle Regioni del Sud, aumentano le spese per le famiglie. «La spesa out-of-pocket – ovvero quella pagata direttamente dai cittadini – che nel periodo 2021-2022 ha registrato un incremento medio annuo dell'1,6% (+ 5.326 milioni di euro in 10 anni), nel 2023 si è impennata aumentando del 10,3% (+ 3.806 milioni di euro) in un solo anno». E [come scrive il Sole 24 Ore](#), i dati Istat documentano che l'aumento della spesa sanitaria totale (+ 4.286 milioni di euro) è stato sostenuto esclusivamente dalle famiglie come spesa diretta (+ 3.806 milioni) o tramite fondi sanitari e assicurazioni (+ 553 milioni).

Ma non è finita qui. Il Rapporto Gimbe spiega che, a causa di questo aumento dei costi, quasi 4,5 milioni di persone nel 2023 hanno rinunciato alle cure. Infatti, «secondo l'Istat nel 2023 4,48 milioni di persone hanno rinunciato a visite specialistiche o esami diagnostici pur avendone bisogno, per uno o più motivi: lunghi tempi di attesa, difficoltà di accesso (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi), problemi economici (impossibilità di pagare, costo eccessivo). E per motivi economici nel 2023 hanno rinunciato alle cure quasi 2,5 milioni di persone (4,2% della popolazione), quasi 600.000 in più dell'anno precedente»

«Le persone sono costrette a pagare di tasca propria un numero crescente di prestazioni sanitarie, con pesanti ripercussioni sui bilanci familiari», spiega Cartabellotta. «Una situazione in continuo peggioramento, che rischia di lasciare l'universalismo del Ssn solo sulla carta, visto che l'accesso alle prestazioni è sempre più legato alla possibilità di sostenere personalmente le spese o di disporre di un fondo sanitario o una polizza assicurativa. Che, in ogni caso, non potranno mai garantire nemmeno ai più abbienti una copertura totale come quella offerta dal Ssn».

Come anticipato a il manifesto dal [direttore generale della programmazione sanitaria del ministero della Salute Amerigo Cicchetti](#), «solo 12 Regioni su 20 nel 2023 sono riuscite a garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria alla loro popolazione». I dati di Cicchetti rivelano anche un deciso spostamento delle attività assistenziali dalla sanità pubblica a quella privata. E anche qui si può vedere la sperequazione tra le diverse Regioni. Quella in cui il privato conta di più è il Lazio, dove solo il 43% dei ricoveri avviene negli ospedali pubblici. Qui la sanità convenzionata accoglie il 52% delle degenze, il resto si rivolge a quella totalmente privata. Simile la situazione della Lombardia, dove i ricoveri pubblici si fermano al 52%, lasciando la quota rimanente alla sanità convenzionata dominata dalle multinazionali della cura.

Come [scrive Andrea Capocci su il manifesto](#) infatti: «Tra il 2022 e il 2023 la spesa sanitaria pubblica è cresciuta del 2%, arrivando a toccare quasi 133 miliardi di euro. Quella privata, cioè sostenuta direttamente dai cittadini e rendicontata attraverso la tessera sanitaria, ha superato i 43 miliardi, con una crescita oltre tre volte più veloce (+7%)». Insomma pare chiaro e evidente come tutti i tagli e i disastri operati negli ultimi anni dalla politica sul Servizio sanitario nazionale non siano stati un disguido. Ma siano stati consapevoli. E abbiano avuto un unico scopo: l'arricchimento del settore della sanità privata, discapito del potere di acquisto delle famiglie e dei bilanci delle Regioni.

Per questo fa ancora più impressione leggere le parole che il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella disse nel giorno della presentazione del rapporto Gimbe. «Il Servizio Sanitario Nazionale costituisce, infatti, una risorsa preziosa ed è un pilastro essenziale per la tutela del diritto alla salute, nella sua duplice accezione di fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. La sua efficienza è frutto, naturalmente, delle risorse dedicate e dei modelli organizzativi applicati, responsabilità, quest'ultima, affidata alle Regioni.», aveva detto Mattarella.

Risulta quindi evidente che i governi di ogni colore che si sono succeduti negli ultimi trent'anni alla guida del nostro Paese non condividono le parole del Presidente della Repubblica, che considera il Snn come «l'applicazione dei principi di universalità e uguaglianza sanciti dalla Costituzione». Né questi governo sono interessati ai diritti dei loro cittadini o tantomeno agli interessi supremi della collettività. Il loro unico interesse è quello di favorire il guadagno delle multinazionali della sanità privata e delle di Big Pharma. Non solo non è andato tutto bene, è andato tutto peggio di ogni più nefasta aspettativa.