

## Sanità, liste di attesa infinite: ecco i «supermarket» della salute a pagamento

LINK: <https://24plus.ilsole24ore.com/art/sanita-liste-attesa-infinite-ecco-supermarket-salute-pagamento-AF3aRohD>



Sanità, liste di attesa infinite: ecco i «supermarket» della salute a pagamento Pronto Soccorsi affidati ai privati, **medici** di base a pagamento e crescita degli ambulatori polispecialistici. Esami e visite da sempre appannaggio del Ssn, oggi in crisi, finiscono sul mercato. E il cittadino deve pagare due volte Marco Alfieri L'ultimo caso, a partire dal 1° gennaio 2024, è l'affidamento ai privati del Pronto Soccorso dell'ospedale di Tortona, prima struttura Covid in tutto il **Piemonte** nei mesi drammatici della pandemia. Non si tratta solo di **medici** "gettonisti", la pratica di coinvolgere cooperative esterne per coprire i turni sguarniti negli ospedali pubblici, bensì di una fornitura stabile di personale. Per la prima volta un'**associazione** temporanea di imprese (Ati), formata da Codess Sociale di Padova, Coop il Gabbiano di Varese, Medical Line Consulting di Roma e Codess Sanità di

Villorba di Treviso, fornirà per 9 anni il personale sanitario del Pronto Soccorso e di alcuni ambulatori. Il bando vale 50 milioni di euro e coinvolge tutti i **medici**, non gli infermieri che restano dipendenti del Servizio sanitario nazionale (Ssn). "In realtà parte tutto dalla Riabilitazione funzionale che volevamo aprire per garantire un servizio ai cittadini", ha spiegato alla stampa locale il direttore generale dell'Asl di Alessandria, Luigi Vercellino. "Vista la carenza di **medici**, c'era la necessità di potenziare i servizi ambulatoriali e superare la difficoltà a coprire i turni del Pronto Soccorso". La riabilitazione, ammette Vercellino, "offre un maggior margine di guadagno per chi gestisce. In cambio, i privati si accollano anche la gestione del Pronto Soccorso e della piattaforma ambulatoriale, che, al contrario, in sanità non è considerata un'attività redditizia." "Da

un lato si affida la gestione di reparti ai privati, dall'altra proprio l'Asl di Alessandria non riesce a trovare il modo per essere attrattiva, perde personale, senza avere il coraggio di rivedere la rete ospedaliera del territorio", denuncia **Chiara Rivetti**, segretaria regionale del sindacato **medici Anaaò**. E poi "nove anni di affidamento sono un tempo lunghissimo. Teniamo conto che l'emergenza per la carenza di **medici** dovrebbe essere superata nei prossimi due o tre anni". Il **Piemonte**, in testa l'assessore alla Sanità, Luigi Icardi, da qualche tempo è una delle regioni italiane più aperte (almeno in via teorica) all'affidamento ai privati dei reparti di emergenza-urgenza, anche per semplici ragioni strutturali: la crisi demografica che morde e la fuga di personale medico dal Ssn (nel 2022, in **Piemonte**, si sono licenziati in 332, il 3,7% del totale, fonte **Anaaò**). E poi c'è il precedente del Pronto

Soccorso privato convenzionato all'interno dell'ospedale di Gradenigo (gruppo Humanitas), a Torino. Senza arrivare all'affidamento diretto come a Tortona, ci sono esempi di esperimenti privati anche in Lombardia e Veneto. A Mestrino, in provincia di Padova, la B-Med Medica Group ha lanciato il servizio di medico di base a pagamento (Family Doc). Con 50 euro a visita si tagliano i tempi di attesa di un normale medico di famiglia, si ottengono prescrizioni e un accesso rapido alle visite specialistiche. "Molti dei nostri clienti non hanno un medico di famiglia. Basti pensare a soggetti extracomunitari o comunque stranieri residenti in provincia. Altri invece si lamentano di non riuscire ad accedere ai servizi di medicina generale", spiega la presidente del gruppo, Cristina Sinigaglia. All'interno delle strutture sanitarie del Gruppo San Donato, accreditate da Regione Lombardia, da qualche tempo è invece partita la sperimentazione degli ambulatori ad accesso diretto Book & Go: centri di primo soccorso a pagamento per codici verdi e bianchi (medicazioni di tagli o ferite, riscontro medico dopo un trauma di lieve-media entità,

distorsione, rottura di un dente, cistiti etc). Hanno cominciato il Galeazzi-Sant'Ambrogio e il Policlinico San Donato a Milano, poi il Sant'Anna a Brescia e, dallo scorso agosto, il Policlinico San Marco di Zingonia (Bergamo). I costi del servizio ambulatoriale, comprensivi di visita, variano da 149 a 190 euro e sono una sorta di "salta fila" per evitare l'affollamento dei normali Pronto Soccorso, sempre più incapaci di garantire il minimo servizio universale in tempi ragionevoli. A parte, precisa il Gruppo San Donato, restano infatti i costi relativi ad eventuali esami diagnostici di 1° e 2° livello e strumentali stabiliti dallo specialista a seguito della visita (ecocardio, ecografia, RX, TAC, RM, esami di laboratorio e via elencando). "Il sistema dei **medici** di base è in crisi da anni, i presidi di guardia medica sono depotenziati mentre le Case della Salute non sono mai decollate. La gente non trova risposte nel primo livello di intervento territoriale e purtroppo va a intasare i Pronto Soccorso dove i codici bianchi e verdi (spesso non solo) aspettano ore", si lamenta Stefano Magnone, segretario regionale di **Anaao** Lombardia. I privati lo hanno capito e provano a drenare una quota dei

pazienti "parcheeggiati" convogliandoli nel proprio sistema di cure fatto di consulenze specialistiche, esami diagnostici, eventuali ricoveri e interventi. Tanto anche al Pronto Soccorso pubblico i codici bianchi o verdi devono pagare il ticket in uscita. A quel punto, è il ragionamento, aggiungi qualche decina di euro e vai direttamente dal privato. Non devi aspettare, il personale è gentile e ci sono macchinari di ultima generazione. È l'aumento dell'utenza insoddisfatta che genera questi primi carotaggi di mercato! Anche se, a differenza del Ssn, ti curano solo se paghi. "Senza contare che se il paziente dovesse avere un problema grave o potenzialmente tale (codice giallo o rosso), verrebbe comunque trasferito presso un Pronto Soccorso pubblico attrezzato...", precisa sconcolato Magnone. Il caso Tortona. I family Doc. I "Pronto Soccorso" a pagamento. Il boom dei **medici** "gettonisti". La crescita degli ambulatori polispecialistici. La verità è che il privato - ben oltre la prima ondata che ha visto i grandi player investire in strutture ospedaliere o Rsa accreditate - sta occupando via via pezzi di sanità un tempo appannaggio esclusivo o quasi del Servizio sanitario nazionale, sfruttandone la crisi e il

definanziamento, come denunciano non solo i sindacalisti di territorio ma anche Osservatori come Fondazione Gimbe di Nino Cartabellotta o Salutequità di Tonino Aceti. Proprio la crisi della medicina di emergenza-urgenza, sempre meno attrattiva per i futuri camici bianchi, e i concorsi di specializzazione che vanno deserti (nel 2023 il 76% delle borse per questa specialità non sono state assegnate), alimentano il boom perverso delle coop private di **medici** liberi professionisti, i famosi "gettonisti", a cui ormai ricorre la maggior parte delle strutture ospedaliere italiane. Secondo una recente indagine promossa dalla Simeu (Società italiana medicina di emergenza-urgenza), lo fanno il 70% degli ospedali in Veneto, il 60% in Liguria, il 50% in **Piemonte**, praticamente il 100% in Fvg e nelle Marche. Il ragionamento che sta alla base è semplice: "Il Ssn paga poco e obbliga a turni di lavoro massacranti, allora mi licenzio, apro partita Iva che garantisce più flessibilità, aderisco ad una cooperativa e torno a lavorare (meno) negli ospedali pubblici a gettone, guadagnando 2-3 volte tanto i miei colleghi assunti", riassume il circolo vizioso Pierino Di Silverio,

segretario nazionale dei **medici Anaao**. Nel febbraio 2024 l'Autorità Anticorruzione (Anac) ha pubblicato un rapporto sugli affidamenti e i servizi di fornitura di personale medico e infermieristico nel Ssn nel periodo 2019-2023. Si tratta, nel quadriennio, di un mercato "a gettone" che vale la bellezza di 1,7 miliardi di euro, con una netta prevalenza di contratti derivanti da procedure negoziate per affidamenti sotto soglia e diretti. Anche se probabilmente fuori tempo massimo, la Lombardia sta provando a metterci un freno. Con una delibera del dicembre 2023, voluta dall'assessore Guido Bertolaso, ha deciso di interrompere qualsiasi rinnovo contrattuale tra le aziende sanitarie e le cooperative di camici bianchi (pur lasciando aperta l'opzione, a certe condizioni, di avvalersi di liberi professionisti). In pratica Bertolaso vorrebbe centralizzare sull'Agenda regionale per l'Emergenza Urgenza la selezione e l'organizzazione dei **medici** e imporre tariffe calmierate. Peccato che a marzo scorso il Tar abbia sospeso la delibera lombarda, aprendo un contenzioso tra le parti dall'esito incerto. Il punto di rottura del Ssn è stato sicuramente la pandemia, che ha condensato vecchi problemi del sistema

sanitario facendoli esplodere. Da quel momento tutto sembra precipitare, come si legge nell'ultima relazione della Corte dei Conti al Parlamento: liste di attesa infinite, mancanza di **medici**, di ospedali e di posti letto, concorsi deserti, specializzazioni senza iscritti, Pronto Soccorso intasati, ripartenza in grande stile della migrazione sanitaria da sud a nord, progressivo definanziamento pubblico e aumento esorbitante della spesa privata delle famiglie. A metà aprile il Forum delle società scientifiche dei clinici ospedalieri e universitari italiani ha messo in fila una serie di numeri impressionanti sulla crisi della sanità pubblica. Ecco i principali. Nei nostri ospedali mancano circa 100mila posti letto di degenza ordinaria (314 posti letto per 100mila abitanti in Italia rispetto ai 550 di media Ue) e 12mila di terapia intensiva (9 posti letto per 100mila abitanti in Italia rispetto ai 30 della Germania e ai 20 della Francia). Il 56% dei **medici** è over 55 rispetto al 14% della Gran Bretagna. Circa 11mila clinici ospedalieri (non in età da pensione) hanno lasciato le strutture pubbliche tra il 2019 e il 2022, dodici regioni su 21 non garantiscono neppure la minima sufficienza dei

Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), e fiducia nel personale sanitario in peggioramento da 3 anni, con il 20,1% dei cittadini che assegna un voto da 0 a 5 ai **medici** e al personale sanitario. Nel frattempo, nel 2022 è saltata una prestazione di specialistica ambulatoriale su 10 rispetto al 2019, ci sono state quasi 3,4 milioni di prime visite in meno (-15,5%) e oltre 5,5 milioni di visite di controllo (-17%). Non basta. Dal 2012 al 2022 l'incremento del finanziamento pubblico alla sanità è stato appena del 6,4% rispetto al 33% della Germania, al 24,7% della Francia e al 21,2% della Spagna. Mentre, al netto dell'inflazione, la dotazione del Fondo sanitario nazionale per il 2024 risulta addirittura in diminuzione rispetto al 2021. Il risultato è che la contribuzione alla spesa sanitaria da parte dei privati cittadini è in crescita esponenziale (nel 2022 ha raggiunto la cifra record di 41,5 miliardi di euro, pari al 21,4% di quella totale) e oggi vale più del doppio rispetto a quella di Francia (8,9%) e Germania (11%). "La sanità italiana è divisa tra pubblico e privato: il pubblico vale 134 miliardi, il privato circa 45 miliardi di cui 41 out of pocket (OOP), cioè spesa sostenuta direttamente dai cittadini, e 4,5 intermediati

(generalmente tramite assicurazioni collettive, legate al posto di lavoro)", ragiona Luca Foresti, esperto di sistemi sanitari e per alcuni anni Ceo del Centro Medico Santagostino di Milano. A questo bipolarismo pubblico-privato corrispondono tre fonti di finanziamento: lo stato, le famiglie (out of pocket), le imprese (parte assicurata). Il tema centrale è: chi paga? Perché dal 2009 lo stato non destina un euro in più al fondo sanitario nazionale, sempre al netto della inflazione. Anzi. "Se confrontiamo l'Italia con gli altri paesi Europei - prosegue Foresti - abbiamo un gap di 2-3 punti percentuali di Pil. Al contempo registriamo un progressivo invecchiamento della popolazione che richiederebbe un aumento sistematico di quote da dedicare alla sanità superiori alla crescita del Pil." La spesa sanitaria, infatti, dipende dalla struttura di età della popolazione perché un over 65 costa 11 volte in più di un under 35 e la spesa per i cronici è sbilanciata al 70% sulla componente più anziana del paese. La spesa sanitaria privata, invece, "respira" con i redditi delle famiglie. "Se non crescono, come da tempo in Italia, la sanità a pagamento resta appannaggio di chi può permetterselo o di chi ha

messo da parte un po' di risparmi." L'alternativa è indebitarsi per curarsi (nel 2023, secondo le stime di Facile.it, sono stati erogati prestiti a scopo sanitario per un miliardo di euro, + 6,6% sul 2022), oppure a non curarsi del tutto. Come successo l'anno scorso a circa 4,5 milioni di cittadini italiani (7,6% della popolazione), costretti a rinunciare a visite mediche o accertamenti diagnostici per problemi economici, di lista di attesa o difficoltà di accesso (in aumento rispetto al 7% del 2022 e al 6,3% del 2019). Il segno più evidente di questa esplosione di spesa sanitaria OOP è rappresentato dall'industrializzazione dei vecchi ambulatori e dei piccoli centri analisi, creati storicamente da singoli **medici** o imprenditori di provincia. Mini strutture un tempo senza capacità di scalare che, attraverso operazioni di fusione/acquisizione, stanno diventando dei veri network regionali o nazionali. All'inizio sono partiti gli odontoiatri con la catena Vitaldent, poi acquisita nel 2021 dal colosso DentalPro che troviamo in molte cittadine italiane: servizi standardizzati a prezzi più convenienti dei dentisti tradizionali. Poi sono arrivati i laboratori di analisi. Gruppi

internazionali come Synlab o grandi player come Bialalisi (200 milioni di euro di fatturato 2023) hanno capito che gli esami del sangue sono quelli con le maggiori possibilità di sviluppare economie di scala: più laboratori aperti, più sono grandi, più sei redditizio. Così hanno fatto incetta di strutture sul territorio, centralizzando i budget. Adesso, accanto ai servizi dei poli ospedalieri privati, è il tempo dell'espansione dei medici e grandi poliambulatori (ad esempio Santagostino, Cerba Health Care, CDI-Centro Diagnostico Italiano, CDC-Affidea, Trust Medical, Ames Group) "che offrono ormai una gamma amplissima di prestazioni sanitarie, in pratica tutto quello per cui non c'è bisogno di un letto di ospedale", prosegue Foresti. Prelievi, analisi cliniche e di laboratorio, chirurgia ambulatoriale, visite specialistiche, diagnostica per immagini, fisioterapia riabilitativa, consulti psicologici, medicina preventiva e check up, sedute odontoiatriche, servizi domiciliari e di guardia medica e pacchetti ambulatoriali rivolti a pazienti cronici. La clientela affluente continua a rivolgersi alla sanità privata, come sempre. La novità è che sul mercato si

sta ormai affacciando una fascia di clientela media o medio-bassa, tipica del Ssn, oggi costretta a rivolgersi al privato per bypassare un servizio pubblico in grave crisi. Gli stessi "nuovi" servizi di base incardinati nelle farmacie per ora sono tutti a pagamento (colesterolo e glicemia, vaccinazioni, tamponi diagnostici, elettrocardiogramma, misurazione della pressione o applicazione di holter), in attesa che partano le farmacie dei servizi convenzionate con il Servizio sanitario nazionale. E così la spesa privata OOP s'impenna. Il tema è anche industriale, e lo sarà sempre di più. Perché per mantenere prezzi competitivi, sostenibili per la nuova clientela media, questi gruppi devono produrre grandi economie di scala e moltiplicarsi. Non a caso, molta della crescita di questi player sta avvenendo per linee esterne. Ad esempio, il gruppo Bialalisi, controllato dal fondo Charme e presente in nove regioni con 19 laboratori hub, 60 poliambulatori e centri diagnostici e oltre 250 punti prelievo, solo nel 2022 ha finalizzato 20 operazioni tra cui l'acquisizione di Meditel. Cerba Health Care Italia aveva già comprato il Gruppo Basile e Lifebrain (centro specializzato in

analisi e diagnostica di laboratorio). Mentre Santagostino, acquisita da Unipol a fine 2022, si è recentemente unito ai Centri Medici Dyadea di Bologna. E la tendenza è destinata a continuare. Questo fenomeno si scontra però con la scarsità di medici in attività. Nei prossimi sei anni ci sarà una diminuzione di camici bianchi piuttosto sensibile. Secondo l'ultimo report Salutequità (dicembre 2023) già oggi mancano all'appello circa 20-30mila medici e 65mila infermieri, tra cui gran parte anche dei 20mila infermieri di famiglia e comunità per l'attuazione della riforma del territorio prevista dal Pnrr. Inoltre, si moltiplicano le fughe all'estero dove un medico, ad esempio in Germania, guadagna il 79% (e nel Regno Unito + 40%) rispetto ad un collega italiano. La carenza non si registra solo in ospedale nei tipici reparti di emergenza-urgenza o anestesia-rianimazione. Ci sono specialità come dermatologia, ginecologia, radiologia e oculistica dove il gap domanda-offerta di lavoro è già fortissimo. A cui si aggiunge il grave problema dei medici di medicina generale (MMG, il vecchio medico di base), che dimezzeranno nei prossimi 6 anni (il 77% di loro è over 55) mentre

cresce esponenzialmente la quota di MMG con più di 1.500 assistiti (passata dal 27,3% al 47,7% del totale). Naturalmente questa scarsità produce alcune distorsioni economiche. Sempre meno **medici** sul mercato significa un maggiore potere contrattuale nelle loro mani. Giustamente, chiedono più soldi. "Il pubblico non è in grado di pagare gli aumenti, i privati sì, ma scaricandoli sul costo delle prestazioni. Il risultato - prevede Foresti - sarà un più che probabile incremento delle tariffe. Nel concreto, non sarà più possibile offrire visite specialistiche a 60 euro su scala industriale." Più in generale, questa espansione disordinata di mercato, fuori dalla programmazione nazionale e delle regioni (ad esempio gli operatori privati in Lombardia non rientrano nel Cup, l'agenda unica di prenotazione), finisce come in un gioco perverso per depotenziare ulteriormente il Servizio sanitario nazionale, aumentare le diseguaglianze e accrescere i costi a carico delle famiglie. "La regionalizzazione della sanità ha creato le condizioni per avere sperimentazioni di sistemi un po' diversi capaci di mettere in luce ciò che funziona e ciò che funziona

meno. Ma ci sono delle decisioni e delle regole che andrebbero definite a livello nazionale creando maggiore uniformità nell'erogazione delle prestazioni e nei processi formali e autorizzativi", conclude Foresti. "Anche l'utilizzo di privati accreditati richiede una postura da parte delle regioni di programmazione esatta dei bisogni, di controllo e di creazione di incentivi competitivi per ottenere il meglio dai privati, senza farsi catturare da essi." Invece... Invece "stiamo spacchettando i bisogni di salute della gente, creando tanti piccoli supermarket sanitari e minando alla radice la grande conquista del Ssn, che andrebbe rilanciato e finanziato adeguatamente", allarga le braccia Di Silverio. "La sanità, così, non può funzionare..."