



Viaggio nelle strutture messe in ginocchio dal Covid-19 Al di là della pandemia ancora si muore di Sanità



di Anna
Maria
Sersale

Programmate da sei anni, le terapie intensive per l'infanzia in Calabria non sono mai state realizzate. Virginia, due anni, malata di Covid, è morta la notte del 30 gennaio poche ore dopo il ricovero al Bambin Gesù di Roma, dove è arrivata in condizioni disperate. La piccola non ha avuto le stesse opportunità di cura degli altri bambini, nata in una Regione che ha uno dei sistemi sanitari più disastrati d'Italia. Giuseppe Raio, primario di Pediatria dell'ospedale di Catanzaro, racconta: «I medici si erano subito resi conto che serviva l'Ecmo, che da noi non c'è». E' una sorta di polmone a membrana extracorporea che supporta le funzioni vitali, utilizzabile in terapie intensive di terzo livello.

Virginia era nata a Mesoraca, paese alle pendici delle serre calabre, dove nel raggio di 50 km non c'è un presidio di pronto soccorso e dove il primo ospedale dista poco meno di cento

La foto simbolo della strenua lotta contro il covid che ritrae Elena Pagliarini, 40 anni, infermiera a Cremona, stravolta dalla stanchezza.

chilometri. Colpita dal virus, per lei inizia il calvario dei trasferimenti: le prime cure alla postazione del 118 di Campizzi, nel Crotonese; poi di corsa in ambulanza altri 70 km per raggiungere l'ospedale Pugliese-Ciaccio a Catanzaro. Lì viene intubata, i medici fanno tutto il possibile, ma la ventilazione artificiale di quella terapia intensiva non è sufficiente. Si decide il ricovero a Roma e viene coinvolto il prefetto, che mette a disposizione un aereo militare. Di nuovo viene trasportata in ambulanza, altri 40 km per essere messa sul volo che da Lamezia la porterà a Ciampino. Poi, finalmente, raggiunge il Bambin Gesù. Il padre Giuseppe e la mamma Rossella sperano che la loro bimba si salvi. Ma è troppo tardi. Virginia non ce la fa, morirà poco dopo. L'insufficienza respiratoria grave aveva compromesso tutte le funzioni vitali.

Ora la gente si chiede che fine abbiano fatto le terapie intensive neonatali programmate sei anni fa. Il presidente dei pediatri calabresi Domenico Minasi intervistato dai giornali locali spiega che non è stata realizzata «alcuna intensiva pediatrica complessa», nonostante l'accordo Stato-Regioni che ne prevedeva l'attivazione, accordo rimasto sepolto nei cassetti. Anche il commissariamento della sanità regionale si è dimostrato un fallimento: dal 2010 si sono succeduti ben otto commissari, chiamati a mettere ordine nei conti e a risanare il sistema, ma ciascuno di loro si è bruciato nel volgere di un anno o poco più. Risultato: i problemi gravi non sono risolti.

Ne è la dimostrazione la storia di Virginia, ora diventata il simbolo della mobilitazione delle madri coraggio, che da anni si battono per il rispetto dei diritti: servizi territoriali, asili, scuole, parità, e tutela della salute. «Da noi si muore di sanità - è il grido di allarme di Emanuela Neri, una delle madri da sempre in prima linea, ora impegnata anche a rappresentare l'Unicef sul territorio -. Non abbiamo strutture e la politica è sorda, se hai bisogno di interventi urgenti qui sei spacciato. Ma siamo stanchi, vogliamo gli stessi diritti del resto d'Italia: accesso alle cure, ospedali, posti letto, pronto soccorso attrezzati. Basta viaggi della speranza, basta rassegnazione».

Ai mali storici della Calabria si affianca un quadro sanitario nazionale che presenta carenze gravi anche ora che la curva del Covid è in discesa. Un paziente su due denuncia difficoltà di accesso alle diagnosi e alle cure, il dato è contenuto nel XIX Rapporto di Cittadinanzattiva presentato a dicembre, che ha coinvolto 64 associazioni di malati con patologia cronica e rara. Inoltre, tre associazioni su quattro denunciano pesanti differenze territoriali, relativamente alla gestione e alla presa in carico dei pazienti.

Al momento abbiamo una mole incredibile di esami, visite specialistiche e interventi in sala operatoria ancora bloccati. I numeri sono agghiaccianti: 13 milioni le visite specialistiche sospese a causa della pandemia; 300 mila i ricoveri non effettuati; 500 mila gli interventi chirurgici rimandati e ben 4 milioni gli screening



EMANUELA NERI,
RAPPRESENTARE UNICEF
SUL TERRITORIO CALABRESE

« DA NOI
SI MUORE DI SANITÀ .
NON ABBIAMO STRUTTURE
E LA POLITICA È SORDA,
SE HAI BISOGNO DI
INTERVENTI URGENTI QUI
SEI SPACCIATO. MA SIAMO
STANCHI, VOGLIAMO GLI
STESSI DIRITTI DEL RESTO
D'ITALIA: ACCESSO ALLE
CURE, OSPEDALI, POSTI
LETTI, PRONTO SOCCORSO
ATTREZZATI. BASTA VIAGGI
DELLA SPERANZA, BASTA
RASSEGNAZIONE »



SOLO IN CAMPANIA NEGLI
ULTIMI MESI SONO SALTATI
PIÙ DI 100.000 RICOVERI. NON
È TUTTA COLPA DEL COVID,
NEL NOSTRO PAESE LE LISTE
DI ATTESA SONO UN MALE
ENDEMICO

oncologici posticipati. La Società italiana di chirurgia fa sapere che è saltato tra il 50 e l'80% degli interventi programmati. Solo in Campania negli ultimi mesi sono saltati più di 100 mila ricoveri. Non è tutta colpa del Covid, nel nostro Paese le liste di attesa sono un male endemico. E se uno non può permettersi la clinica privata non si cura, è accaduto a milioni di italiani: esattamente un paziente su cinque ha rinunciato per motivi economici anche perché i costi della sanità privata sono aumentati.

Prestazioni negate e liste di attesa non risparmiano nessuno, neppure le donne malate di tumore al seno: il 38% di visite specialistiche sono state annullate nella prima ondata di Covid, poi si è toccato il picco con l'89% nella seconda ondata. Purtroppo le prestazioni sono state riprogrammate solo parzialmente, intorno al 50%. Per legge le pazienti malate di tumore alla mammella avrebbero diritto a un'operazione entro trenta giorni. Ma ci sono donne costrette ad aspettare di più rischiando la vita. All'ospedale Ruggi di Salerno, per esempio, a causa della carenza di personale, i tempi si sono allungati. Ma tutta la sanità italiana perde i colpi. Al Vannini di Roma, quartiere Torpignattara, pochi giorni fa, una donna di 67 anni è morta dopo dieci ore sulla barella. La Regione Lazio ha aperto un'inchiesta. Secondo l'ultima indagine dell'associazione Cittadinanzattiva, presentata l'8 febbraio scorso, sono ancora tanti i ritardi delle Regioni nel recupero delle prestazioni sanitarie, nonostante i fondi cospicui destinati a tale scopo: cinquecento milioni con la manovra di bilancio del 2020 e altri cinquecento con l'ultima manovra del dicembre scorso.

«Non siamo più disposti ad attendere, ora che la pandemia allenta la sua morsa dobbiamo passare subito ad un "piano di emergenza" per la sanità ordinaria e garantire a tutti i cittadini i livelli essenziali di assistenza - sostiene Anna Lisa Mandorino, segretaria generale di Cittadinanzattiva -. I Lea approvati nel 2017 sono rimasti bloccati perché mancava il Decreto tariffe, ma ora che è stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni non può restare fermo: da anni le persone malate aspettano l'aggiornamento dei "livelli" per ottenere quelle prestazioni che sono state riconosciute essenziali. Tra l'altro i Lea al momento sono la modalità più stringente per ridurre le disuguaglianze fra i vari territori». La Mandorino chiede anche «piani regionali di recupero delle liste di attesa post-covid, con informazioni trasparenti sulle procedure adottate». A sostegno di tali iniziative si stanno mobilitando tutte le associazioni dei malati cronici e rari, che aderiscono al Coordinamento nazionale (CnAMC).

Tuttavia, per recuperare i ritardi e far partire la rivoluzione sanitaria prevista dal Pnrr (missione 6) c'è un problema gigantesco da affrontare. In Italia mancano 17 mila medici e 350 mila infermieri. E' previsto perfino l'infermiere "di famiglia". Ma ad oggi non c'è un piano di assunzioni, né una previsione di spesa, se non quella di sempre, per colpa della politica che negli ultimi decenni ha disinvestito e tagliato senza pietà. Ora l'Europa non

sente ragioni, dice che i soldi del Pnrr - 20 miliardi di euro da spendere per la sanità del futuro, digitale, innovativa e tecnologicamente avanzata - non possono essere utilizzati per il personale, a quello dobbiamo provvedere con i fondi del bilancio ordinario. La soluzione? Per ora non c'è, ma i sindacati si preparano a dare battaglia nell'incontro che hanno in programma con il ministro della Salute.

Dunque, si parla di ammodernare il sistema. Centinaia di nuovi ospedali e presidi territoriali da costruire; assistenza domiciliare integrata; case di comunità; centrali operative territoriali; e anche ospedali di comunità. Si farà ricorso alla telemedicina, alle piattaforme digitali e dovranno nascere team multidisciplinari per le cure e l'assistenza. E' un nuovo modello di sanità che richiede un macro investimento, per una nuova geografia dei servizi, che, se non sarà accompagnata dall'assunzione dei 17 mila medici e dei 350 mila infermieri mancanti, sarà dal tutto inutile. Anche perché il buco nero del personale aumenta. Molti medici di base stanchi dei livelli di stress durante la pandemia e avanti con l'età si affrettano ad andare in pensione: si calcola che in pochi anni altri 27 mila lasceranno il camice bianco.

Nel frattempo la macchina del Pnrr va avanti, almeno sulla carta. Sono stati tracciati i profili delle nuove strutture. Qualche esempio. Ogni "Casa della comunità" costerà a livello strutturale e tecnologico circa 1,6 mln di euro. Sarà dotata di 10-15 sale di consulenza ed esame, punto di prelievo, servizi diagnostici di base (ecografia, elettrocardiografia, radiologia, spirometria, ecc.), e sarà dotata di un innovativo sistema di interconnessione dati. All'interno dovrà avere 5 unità di personale amministrativo, 10 medici di medicina generale e 8 infermieri.

Programmi ambiziosi. Ma senza personale corriamo il rischio di avere sul territorio tante "cattedrali" vuote e inutilizzate. Per tutto questo (e altro ancora) dal primo febbraio sono in agitazione i medici di medicina generale aderenti alla maggior parte delle sigle sindacali: Smi, FpCgil, Simet, Federazione Cipe, Sispe e Sinap. Incontreranno il ministro al tavolo delle trattative, decisi a ottenere impegni concreti.



SI PARLA DI AMMODERNARE
IL SISTEMA. CENTINAIA DI
NUOVI OSPEDALI E PRESIDII
TERRITORIALI DA COSTRUIRE;
ASSISTENZA DOMICILIARE
INTEGRATA; CASE DI
COMUNITÀ

SI FARÀ RICORSO ALLA
TELEMEDICINA, ALLE
PIATTAFORME DIGITALI
E' UN NUOVO MODELLO DI
SANITÀ CHE RICHIEDE UN
MACRO INVESTIMENTO, PER
UNA NUOVA GEOGRAFIA
DEI SERVIZI

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'intervista



Petrangolini:
«Riqualificare
la Sanità
riqualificando
il personale
sanitario»

Dottoressa Petrangolini, con i programmi del Pnrr è in arrivo la "rivoluzione" in campo sanitario. Siamo alla vigilia di grandi cambiamenti, con tanti soldi in ballo teme derive privatistiche?

«Direi di no, la preoccupazione deve essere un'altra: la sanità va riqualificata, bisogna cogliere la crisi provocata dalla pandemia per imparare a spendere bene i soldi che questa volta ci sono e sono tanti. Venti miliardi sono un bell'investimento, non dobbiamo sprecarli. Si partirà dall'informatizzazione, che sarà la grande scommessa. Speriamo però che non ci sia l'arrembaggio, dobbiamo scegliere aziende in grado di garantire il funzionamento dei sistemi, altrimenti l'assistenza sul territorio salta. Ma c'è un altro tema di fondamentale importanza. Il personale sanitario non è valorizzato, questo è un errore grave, che comporta anche la fuga all'estero di molti giovani medici».

Teresa Petrangolini, romana, una laurea in lettere, tanti anni fa lasciò il ministero degli esteri per dedicarsi all'attivismo civico, di cui può essere considerata uno dei pionieri. Da più di 30 anni si occupa dei temi della salute e della tutela dei diritti dei pazienti. E' stata tra i fondatori, e poi segretario nazionale, del Tribunale per i diritti del malato, ed ha anche partecipato alla stesura della Carta europea. Inoltre, è stata tra i fondatori prima del Movimento federativo democratico, poi di Cittadinanzattiva, che ha diretto per 10 anni. Ora è direttore di "Patient Advocacy Lab", promosso dall'Alta scuola di economia e management dei servizi sanitari (Altems) dell'Università cattolica, che forma la classe dirigente della sanità.

Lei da una vita promuove la partecipazione dei cittadini. Che cosa fa nel Laboratorio della scuola di economia e management?

«Per anni ho promosso il coinvolgimento dei cittadini nella governance dei servizi pubblici, nei processi decisionali, nella pratica della trasparenza e nella attuazione delle leggi. Ora preparo i leader, saranno 120, potrei dire delle "sentinelle" territoriali delle associazioni dei pazienti, di cui circa trecento sono coinvolte nelle attività del Laboratorio, perché in questo momento di grande cambiamento sappiano vigilare sui servizi sanitari e sul rispetto dei diritti. Faccio anche formazione per i manager che lavoreranno nella sanità. Inoltre, recentemente, sono diventata membro del Gruppo di lavoro presso il ministero della salute, sempre per favorire la partecipazione dei cittadini in ambito sanitario. Analogo incarico di "facilitatore" a titolo volontario presso l'assessorato alla sanità della Regione Lazio». (A.M.Ser.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La dottoressa
Teresa Petrangolini
è tra i fondatori
della Onlus italiana
Cittadinanzattiva nata
nel 1978 con il nome di
Movimento federativo
democratico, di cui è stata
Segretario Generale fino
al giugno 2012.
Da più di 30 anni si
occupa dei temi della
salute e della tutela dei
diritti dei pazienti. E'
stata tra i fondatori, e
poi segretario nazionale,
del Tribunale per i diritti
del malato, ed ha anche
partecipato alla stesura
della Carta europea



La sofferenza del sistema sanitario pubblico La “libera scelta” di chi si indebita per curarsi in strutture private

di Anna Maria Sersale

Medici in fuga. In due anni se ne sono andati dodicimila. Lasciano le corsie degli ospedali e le stanze degli ambulatori perché il malessere e la rabbia li spingono a cercarsi un futuro nelle strutture private o fuori dall'Italia. Della perdita di migliaia di camici bianchi la politica sembra non accorgersi. Accantonata la retorica degli angeli e degli eroi nulla è stato fatto. Cosa gravissima in un Paese come il nostro che ha un vuoto di organico pauroso: ai 17.000 medici che mancano all'appello se ne aggiungeranno altri 26.000, che andranno in pensione entro il 2028. Tanto, dicono, l'avanzamento di carriera ormai è “un miraggio”. Già alcune specialità non sono più coperte. In allarme anche il pronto soccorso e i reparti di chirurgia che hanno perdite. Un'emergenza sanitaria e sociale se non si interviene con misure urgenti, che mette a rischio il funzionamento del Servizio sanitario nazionale e l'attuazione della riforma da

200 miliardi di euro, prevista dal Pnrr, che andrà in Parlamento nei prossimi giorni. Una riforma che avanza a grandi passi, senza coinvolgere chi quella riforma dovrà attuarla, con problemi mai risolti, in attesa di un contratto di lavoro scaduto da tempo, e livelli retributivi inadeguati.

«Realizzeremo una Casa di Comunità ogni 40-50.000 abitanti - ha detto il ministro della Salute Roberto Speranza e arriveremo al 10% di assistenza domiciliare entro il 2026, con l'aiuto della telemedicina su cui investiamo un miliardo. Ma le nuove strutture come funzioneranno se non c'è personale? Manca un piano per le assunzioni e mancano i soldi per finanziarle. Occorrerebbero 661 miliardi di euro. Ma ne abbiamo solo 94! E poiché neppure un euro dei 200 miliardi del Recovery può essere utilizzato per assumere personale, il ministero fa capire che in mancanza di risorse le Case della Comunità non apriranno prima del 2027. Per trovare una fonte di finanziamento “certa” bisogna risalire al 2020, anno in cui sono stati stanziati dei fondi per 2.363 nuovi infermieri: una goccia rispetto ai bisogni considerato che per cure e assistenza mancano ben 350.000 unità. Per il resto, si prospetta l'assunzione di circa 14.000 medici, con un costo stimato di 567 milioni di euro, ma zero risorse. Il governo pensa di reperire soldi con la riorganizzazione dell'assistenza: riduzione ricoveri, riduzione del consumo dei farmaci, riduzione accessi al pronto soccorso, se giudicati inappropriati. Insomma tagli. Buio assoluto. Ma il mondo della sanità si ribella. Sono in programma proteste e scioperi. A cominciare dai medici di famiglia, aderenti allo Smi e al sindacato medici del territorio Simet: diserteranno gli ambulatori l'1 e 2 marzo, con manifestazione a Roma davanti al ministero della Salute.

Critiche pesanti anche dal mondo universitario: «Occorre ribaltare totalmente le logiche che hanno portato al disastro della Sanità pubblica - sostiene Nunzio Miraglia, dell'Associazione nazionale docenti universitari -, liberandola dagli sbarramenti che impediscono l'ingresso a medicina e nelle scuole di specializzazione (da riformare) altrimenti non avremo medici e infermieri sufficienti, ai quali bisogna assicurare lavoro stabile e giuste retribuzioni». Per Miraglia occorre «difendere la sanità pubblica nazionale, qualificata, gratuita e diffusa in tutto il territorio. Una sanità non frazionata per regioni, non sottomessa agli interessi privati, liberata da ogni logica affaristica e corporativa. Una sanità la cui gestione venga sottratta alle scelte spartitorie (nomine politiche e lottizzazioni)».

«Carichi di lavoro insostenibili, mancanza di tutele, burocrazia aberrante», la categoria dei medici è in agitazione. I più delusi sono i giovani. Gli aderenti all'Anaaio hanno inviato un appello a Draghi: «Constatiamo sulla nostra pelle che la sanità pubblica ancora una volta non è stata considerata come merita». Chiedono al premier un incontro: «Per ascoltare chi lavora negli ospedali». E denunciano: «Più di tremila aggressioni in corsia in un anno, ore di straordinario non retribuite dalle aziende sani-



PER MIGLIAIA DI MALATI
CONTINUA IL CALVARIO
DELLE LISTE D'ATTESA

LE REGIONI SONO IN
RITARDO NON HANNO
AGGIORNATO I PIANI
OPERATIVI PER IL RECUPERO
DELLE PRESTAZIONI.

NELLE MORE HANNO
CHIESTO E OTTENUTO UNA
PROROGA. ORA LA NUOVA
DEAD LINE È FISSATA
AL 28 FEBBRAIO.

SI CALCOLA CHE OCCORRERÀ
PIÙ DI UN ANNO PER DARE
CORSO A VISITE, TERAPIE
E RICOVERI “NEGATI”
DURANTE I DUE ANNI
DI COVID.

tarie (10 milioni l'anno), giornate di ferie non godute (5 milioni l'anno), condizioni di lavoro indecorose e un contratto di lavoro scaduto e mai applicato». Poi una amara considerazione: «Sarà che il futuro del sistema sanitario vuole andare in contrasto con l'articolo 32 della Costituzione? Sarà che conviene di più trasformare il servizio pubblico, per anni invidiato, ma molto costoso, in servizio privato?». Al premier la risposta.

Intanto, per migliaia di malati continua il calvario delle liste d'attesa perché nonostante la drammatica urgenza del momento le Regioni sono in ritardo. Non hanno aggiornato i piani operativi per il recupero delle prestazioni, da inviare ai ministeri della Salute e dell'Economia. Nelle more hanno chiesto e ottenuto una proroga. Ora la nuova dead line è fissata al 28 febbraio. Ma si calcola che occorrerà più di un anno per dare corso a visite, terapie e ricoveri "negati" durante i due anni di Covid. Quando falliscono i tentativi di accesso al Ssn la gente transita nella sanità a pagamento e si teme che il miliardo di euro dato alle Regioni per sanare l'arretrato finisca in buona parte nelle casse di cliniche e ambulatori privati, pronti a "sostituire" il servizio pubblico

con medici e infermieri neppure troppo stressati dalla pandemia. Un ulteriore segnale dello stato di sofferenza del sistema pubblico, incapace di dare risposte in tempi ragionevoli. Già prima del Covid in media 20 milioni di italiani l'anno erano costretti a pagare di tasca propria per ottenere prestazioni essenziali. Una spesa di oltre 35 miliardi di euro. Parte di quella spesa è stata sostenuta da persone a basso reddito, di cui molti con patologie croniche. C'è anche chi si è indebitato dopo avere azzerato i risparmi. Si può scegliere la sanità pubblica con liste di attesa di mesi o il privato che risponde subito, pagando. I medici di "Medicina democratica" dicono che

questo fenomeno passa ipocritamente sotto la definizione di «libera scelta» e che «la sanità non è più per tutti/e». Un processo iniziato con la frammentazione del servizio regionale e con la trasformazione di Asl e ospedali in aziende, dove il perno principale è il bilancio: introducendo il concetto di «profitto» al posto di quello delle cure garantite senza discriminazioni. Ma che fine hanno fatto le tutele stabilite dalla legge del 1978 che aveva istituito il Ssn invidiato da mezzo mondo? L'universalismo delle cure è compromesso. Quelle tutele sono indebolite o del tutto cancellate, per effetto della aziendalizzazione che ha stravolto le logiche dell'assistenza e della cura. I Lea, i livelli essenziali di assistenza, soprattutto al Sud sono stati un fallimento: non hanno garantito equità e hanno fatto crescere le disuguaglianze territoriali. Troppi tagli, inseguendo le logiche



Sit-in nei pressi dell'Asl Napoli 1 di Scampia



aziendaliste che hanno prodotto un sistema duale, mettendo in concorrenza pubblico e privato. Nel libro "La salute (non) è in vendita", edito da Laterza, 2018, Giuseppe Remuzzi, medico e ricercatore, direttore dell'Istituto Farmacologico Mario Negri, sottolinea che «al contrario del pubblico il soggetto privato ha come finalità principale il fatturato, il rendimento e il profitto aziendale». Principi che in certe realtà hanno contaminato anche la sanità pubblica, tanto da non garantire in pieno il diritto alla salute. Dunque, un sistema fragile, indebolito, svuotato di mezzi e risorse da decenni di politica dissennata e tagli massicci. Ma ora con il Pnrr da 200 miliardi per la sanità si punta al «rafforzamento della sanità territoriale». «E' questa la strada per rendere realmente esigibili i Livelli essenziali di assistenza», sono le parole di Draghi pronunciate in Senato. Negli ospedali si andrà solo per problemi sanitari acuti. «La casa - spiega il ministro della Salute Speranza - sarà il principale luogo di cura, con l'assistenza domiciliare integrata». Mentre le Case della Comunità saranno «il cuore della rete sanitaria territoriale, tassello fondamentale della riforma». Case dove in un futuro non troppo lontano gli italiani potrebbero «monitorare le proprie condizioni di salute».

Intanto, le scadenze dettate dall'Europa incalzano: entro il 30 giugno, data improrogabile, l'Italia dovrà presentare a Bruxelles la riforma approvata dal Parlamento. Nella attuale situazione non sarà una passeggiata. Si parla già di un possibile ricorso al voto di fiducia. Intanto, Speranza ha annunciato che «il decreto sulla riforma dei servizi territoriali è pronto». Fiore all'occhiello i 625 milioni di euro aggiuntivi per la sanità del Sud, decisione annunciata in audizione in Commissione Affari sociali, in cui il ministro ha sottolineato che a breve il Dm 71 sarà trasmesso alle Regioni.

La manifestazione in piazza del duomo a Firenze dove vi hanno partecipato infermieri e specializzandi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'intervista



Lenzi:
«Le retribuzioni
devono essere
adeguate.
I giovani
laureati in
medicina
abbandonano
il servizio
pubblico
o vanno
in altri paesi »

Nella sanità italiana e internazionale Andrea Lenzi è considerato un'autorità. Ordinario di endocrinologia alla Sapienza di Roma, ma anche specializzato in andrologia, nonché in fisiopatologia della riproduzione umana ed educazione demografica, negli Anni '80 ha frequentato L'Istituto Pasteur a Parigi e in Gran Bretagna la Burn Hall Clinic di Cambridge. Autore di oltre 800 pubblicazioni scientifiche, dopo essere stato anche presidente del Cun, il Consiglio universitario nazionale, dal 2019 sempre alla Sapienza dirige il Dipartimento di medicina sperimentale, uno dei fiori all'occhiello dell'ateneo romano. Da oltre sei anni è anche presidente del Comitato nazionale per la biosicurezza, le biotecnologie e le scienze della vita, presso la presidenza del Consiglio. Si è anche guadagnato la cattedra Unesco di nuova istituzione, in Education and research for improved urban health and wellbeing in cities.

Professor Lenzi, che cosa ha provocato la "fuga" di tanti medici che passano alle strutture private o vanno all'estero?

«Abbiamo creato una classe medica e professionisti della sanità di altissimo profilo, abbiamo insegnato loro il sapere e il "saper studiare" sempre; ma soprattutto abbiamo creato un Servizio sanitario di qualità, lo abbiamo dimostrato anche durante la pandemia. La sanità pubblica ha retto come una diga l'impatto del Covid che dilagava. L'Italia è uno dei pochi paesi ad avere un servizio sanitario invidiabile, che dà ai cittadini una assistenza univoca, non legata al censo. Ma il Ssn non premia i suoi operatori. Quando vado all'estero racconto che il mio stipendio è maggiore di quello che ricevo, altrimenti mi vergognerei. E parlo di me, professore e medico al massimo della carriera».

Che fare?

«Bisogna invertire rotta, le retribuzioni devono essere adeguate, altrimenti i giovani laureati in medicina continueranno ad abbandonare il servizio pubblico o ad andare in altri paesi. All'estero i nostri laureati li prendono subito, e questo per noi è un vanto. Sono bravi, sono preparati. Perché dovrebbero restare per uno stipendio da fame? Fuori guadagnano almeno il doppio, ma anche se vanno nella clinica sotto casa guadagnano il doppio. Purtroppo da noi c'è una scarsa valorizzazione della qualità e delle professionalità, sia dei medici che degli altri operatori. Perciò a me sembra un problema sociale oltre che politico». (A.M.Ser.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il dottor
Andrea Lenzi dal 19
settembre 2019 dirige
il dipartimento di
Medicina Sperimentale
della Sapienza Università
di Roma. Detiene la
cattedra Unesco di
nuova istituzione, in
Education and research
for improved urban
health and wellbeing
in cities. Ordinario
di endocrinologia
alla Sapienza di
Roma, specializzato
in andrologia, in
fisiopatologia della
riproduzione umana ed
educazione demografica,
negli Anni '80 ha
frequentato L'Istituto
Pasteur a Parigi e in Gran
Bretagna la Burn Hall
Clinic di Cambridge.