

tutela di diritti costituzionalmente protetti».

E proteggere il Ssn - ha ricordato Annalisa Silvestro (presidente Ipsvi e come Bianco senatrice del Pd e membro della Igine e sanità) - significa proteggere anche gli operatori: «Sono sempre più ripiegati su sé stessi perché non vedono nessuna luce in fondo al tunnel - ha detto - Oggi non c'è solo la fuga di medici ma anche quella, preoccupante, degli infermieri: il blocco del turnover è diventato insostenibile. Meno Sanità per tutti non vuol dire meno qualità, ma meno strutture, servizi che non ci sono perché non riusciamo a coprirli. E questo è inaccettabile».

IT 2013/ I dati del rapporto annuale Tdm-Cittadinanzattiva: «Meno salute per tutti»

Il ventre inaccessibile del Ssn

Riforma strisciante tra liste, ticket e rinunce - Operatori nel tunnel della sfiducia

DI SARA TODARO

«Oggi la salute ha un prezzo: non è più un diritto». L'epigrafe - inviata da una anonima cittadina alle prese con un Ssn sempre più impenetrabile - è la miglior sintesi del XVI Rapporto Pit Salute, presentato martedì scorso a Roma dal Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, dal titolo inequivocabile: «Meno sanità per tutti, la riforma strisciante». La salute, un diritto perso. Il Report lo dice a chiare lettere. E lo dicono i numeri: quest'anno per la prima volta capofila delle lamentele dei pazienti nei confronti di quel Ssn che continuiamo a definire "il migliore del mondo" non sono gli errori medici. Perché in tanti a esporsi all'eventuale errore neanche ci arrivano: il 18,4% delle 27.491 segnalazioni ricevute e censite dal Pit parla di difficoltà d'accesso alle prestazioni. Liste d'attesa che si allungano e diventano sempre meno trasparenti (anche se gli studi Agenas dicono che le prestazioni del Ssn sono diminuite dell'8,5%), ticket sempre più pesanti, ricorso obbligato all'intramoenia per garantirsi le cure indispensabili, rinvio sine die per le cure di cui ancora si pensa di poter fare a meno. Il diritto alla salute gli italiani dicono di averlo perso così, ha riferito il Tdm nella sala dell'auditorium del ministero della Salute, a Lungotevere Ripa 1, assente il ministro Beatrice Lorenzin: il primo reggente del dicastero a disertare l'appuntamento annuale col reportage del Tdm, è stato fatto notare.

Ma il messaggio che arriva dal XVI Pit non è comunque di quelli che passano inosservati: «Abbiamo avuto fin troppa pazienza: dal ministro ci aspettiamo risposte concrete in tempi rapidi. Vogliamo uno scatto di reni dalle Istituzioni: serve un pensiero strategico; bisogna puntare sulla partecipazione», dice Antonio Gaudioso, segretario generale di Cittadinanzattiva, che chiede la convocazione immediata di un tavolo sulla Sanità di cui siano protagonisti le associazioni dei cittadini e di tutti coloro che hanno un ruolo all'interno del Ssn.

«Il Ssn pubblico universale,

equo e solidale, oggi più che mai non esiste. A chi continua a dire che bisogna cambiare il concetto di universalismo, cioè il garantire tutto a tutti, rispondiamo che è già stato fatto, che una riforma c'è già stata, strisciante e subdola, senza il coinvolgimento dei cittadini né degli operatori. La selezione è già stata fatta con il definanziamento del Fondo sanitario nazionale», rincara il coordinatore del Tdm, Tonino Aceti.

Eco delle esagerazioni di chi - in situazioni di disagio - pretende la bacchetta magica del tutto e subito? Non esattamente. Piuttosto la frustrazione di chi la salute in tanti casi non può più permettersela. Per i tanti cittadini che hanno contribuito anche quest'anno alla stesura del Pit, il vecchio adagio «quando c'è la salute c'è tutto» ha il suono del salvadanaio con dentro pochi spiccioli.

Circa il 12% delle segnalazioni giunte al Pit Salute, nel corso del 2012, riguarda i costi a carico dei cittadini per accedere ad alcune prestazioni sanitarie: se fino a pochi anni fa il cittadino si rassegnava alla necessità di pagare per sopportare a un servizio carente,

sospeso o intempestivo, oggi ci rinuncia. In cima alle ansie dei pazienti il costo sostenuto per i farmaci (25,7% delle segnalazioni); i cronici spendono in media di tasca propria quasi 2.500 euro l'anno per farmaci in fascia C o parafarmaci (1.297 euro) non rimborsati di cui sono costretti a far uso per tutta la vita. Seguono nella segnalazione degli oneri eccessivi o insostenibili i costi per le prestazioni in intramoenia (24,4%) e i ticket sulla diagnostica e la specialistica (16,3%). E va ovviamente peggio a chi sta peggio. Per chi necessita di assistenza protesica e integrativa, a esempio, mettere mano al portafoglio è la regola (6,9%); i cittadini sono costretti a pagare in media fino a

944 euro annui per avere prodotti di qualità o in quantità accettabili. Tanto per fare un esempio, i dispositivi forniti dal pubblico a chi ha subito una stomia sono tra i più scadenti, con pesanti ricadute sulla qualità della vita e sullo stato di salute, con conseguente aumento dei costi anche per il Ssn. Capitolo dolente anche quello delle liste d'attesa (74,3%): il

37,2% delle segnalazioni riguarda gli esami diagnostici, il 29,8% fa riferimento a visite specialistiche, il 28,1% si concentra sulle richieste di ricovero per intervento chirurgico. Incredibilmente il 5% resta in fila anche per la chemio e la radioterapia.

Le liste, certo, non sono una novità. Come non sono una novità la scarsa trasparenza e l'illogicità della loro gestione: «Il Ssn decide chi curare utilizzando il criterio cronologico (impossibile ammalarsi a fine anno, vale a dire "chi prima arriva meglio alloggia") e territoriale», denuncia Aceti. Il problema è che i dati sono anche vistosamente peggiorati: per una mammografia occorrono 13 mesi (erano 11 nel 2011), 12 per una Moc, nove per un ecodoppler (erano 6), nove per una radiografia, otto mesi per una radiografia, sei mesi per un eco o elettrocardiogramma. Si aspetta un anno per essere ammessi al cospetto dell'urologo, mentre per vedere l'oncologo "bastano" solo 7 mesi...

Non mancano nel rapporto suggestioni su tutte le altre occasioni di contatto tra il cittadino e il servizio. C'è come sempre la presunta malpractice, oggetto del 17,7% delle segnalazioni (16,3% nel 2011), dove per i presunti errori diagnostici vedono in cima alla lista l'oncologia (27,3%),

l'ortopedia (14,3%) e la ginecologia e ostetricia (9,1%), mentre tra i presunti errori terapeutici spicca sempre in crescita l'ortopedia (32,1%, contro il 23,1% del 2011), seguita da chirurgia generale (11,2%) e ginecologia e ostetricia (8,2%).

Ma aumentano molto anche le segnalazioni riguardanti le condizioni delle strutture sanitarie, passando dal 15% del 2011 al 23% del 2012, mentre restano consistenti le segnalazioni sulle "disattenzioni" del personale sanitario (12,5%).

E proprio dal fronte del personale sanitario arriva la miglior convalida dell'istantanea scattata dal rapporto: «Sottoscrivo tutte le indicazioni emerse dal Rapporto», dice Giacomo Milillo (segretario generale nazionale Fimmg) convinto che sia indispensabile puntare sulla programmazione e sull'appropriatezza delle attività, facendo anche chiarezza sulla confusione dei rapporti tra pubblico e privato. «Obbligo del pubblico è tutelare la salute, non bisogna confondere la committenza con l'erogazione del servizio».

Per una riforma che riequilibri il sistema anche al suo interno («L'Università resta un tabernacolo dove non si può toccare nulla») anche Giulio Liberatore (segreteria nazionale Anaso Asso-

med): «Il Patto per la salute va fatto tra tutti - dice - altrimenti si rischia di lasciare al pubblico solo le emergenze, rinviando al privato tutta l'elezione. E bisogna puntare all'unità del Paese garantendo ovunque livelli uniformi di assistenza che ormai sono solo ipotetici».

«Il Sistema sanitario è oggi stretto tra nuove esigenze emergenti e nuovi vincoli imposti dalla finanza pubblica», conferma Amedeo Bianco (presidente FnomCeo e membro della Igine e Sanità del Senato). «I nodi

da sciogliere attengono a profili istituzionali, economici, gestionali-organizzativi e tecnico-professionali e stanno fortemente condizionando al ribasso l'equità e l'universalismo del nostro servizio sanitario pubblico, che non è né un costo insopportabile né un carrozzone inefficiente e inefficace, ma una grande opera tecnico-professionale, civile e sociale che garantisce ricerca e sviluppo, occupazione qualificata e soprattutto nei principi di universalismo ed equità, coesione sociale e identità civile al nostro Paese». Fondamentale in materia - ha concluso Bianco - «il ruolo autonomo del ministero della Salute che è riqulificato rispetto a quello delle Finanze, a

Le attese per esami diagnostici e visite specialistiche

Esame diagnostico	2012	2011	Visita specialistica	2012	2011
Mammografia	13 mesi	11 mesi	Urologica	12 mesi	11 mesi
Moc	12 mesi	15 mesi	Pneumologica	10 mesi	-
Ecodoppler	9 mesi	6 mesi	Oculistica	9,5 mesi	11 mesi
Risonanza magnetica	8 mesi	-	Cardiologica	9,5 mesi	6 mesi
Radiografia	8 mesi	-	Oncologica	7 mesi	6 mesi
Tac	6 mesi	-	Odontoiatrica	6 mesi	5 mesi

Fonte: Cittadinanzattiva - Rapporto Pit Salute 2013

I costi

Costi relativi a	%	Costi relativi a	%
Farmaci	25,7%	Assistenza protesica e integrativa	6,9%
Prestazioni intramoenia	24,4%	Non esenzione per patologie rare	4,8%
Ticket diagnostica-specialistica	16,3%	Ticket pronto soccorso	2,8%
Mobilità sanitaria	9,9%	Duplicazione cartelle sanitarie	0,9%
Degenza in Rsa assistite	7,6%	Visite domiciliari	0,7%

Fonte: Cittadinanzattiva - analisi dei dati Pit Salute 2013

Le proposte del Tdm-Cittadinanzattiva

1	Scop a ulteriori tagli al Fondo sanitario nazionale	4	Prevedere la discrezionalità della politica solo all'interno di una cornice rigida di competenze certificate, non solo nella nomina dei Direttori generali delle Asl ma allargata ai manager di Agenzie ed enti pubblici che si occupano comunque di Sanità
2	Aggiornare i Livelli essenziali di assistenza (Lea) attuando quanto previsto dall'articolo 5 del decreto Balduzzi: revisione elenchi delle patologie croniche e rare essenti, revisione del Nomenclatore tariffario delle protes	5	Coinvolgere le organizzazioni dei cittadini e dei pazienti, azionisti e utenti del Ssn: a. nell'iter di approvazione del Nuovo Patto per la salute che tratterà la Sanità per i prossimi anni; b. nell'eventuale iter di riforma del sistema dei ticket
3	Agire in maniera sistematica per governare le liste d'attesa, partendo da: a. aggiornamento del Piano di Governo delle liste di attesa scaduto da oltre un anno; b. gestione delle agende per i ricoveri ospedalieri più trasparenti, promuovendo la messa in rete e la centralizzazione delle relative informazioni; c. trasparenza e consultabilità per tutti i cittadini sui tempi di attesa reali (e non solo i		