



La sanità pubblica compie quarant'anni. Allora fu una conquista civile. Oggi è sempre più aggredita da tagli selvaggi e privatizzazioni



Addio al



di **GLORIA RIVA**

Quella mattina del 24 agosto Giuseppe Teori, ortopedico all'ospedale San Camillo de Lellis di Rieti, se la ricorda benissimo, anche se ha perso il conto dei volti scioccati che gli sono passati davanti. Su 240 barelle allineate c'erano i corpi martoriati de-

gli abitanti di Amatrice. Lesioni, ferite di ogni tipo, fratture da schiacciamento. Nella notte, mentre dormivano, la terra aveva tremato e le case erano crollate su di loro. «È stato un miracolo», racconta l'ortopedico. Già, ma il miracolo l'hanno fatto soprattutto i 400 giovani medici accorsi da tutte le province del Lazio per salvare vite umane: «Molti di loro li conosco, è gente che da 16 anni tira avanti con un contratto a termine, sono giovani che prendono 100 euro per una guardia medica notturna o si accontentano di 20 euro e una pizza per fare il

medico alla partita di pallone». E un altro miracolo, quel giorno, l'hanno fatto i macchinari dell'ospedale che una volta tanto non si sono inceppati, nonostante vent'anni di carriera e rattoppi continui, che spesso obbligano il dottore a ripetere più volte gli esami.

Quella dell'estate 2016 è stata una situazione straordinaria, estrema, in cui il Sistema sanitario nazionale ha dimostrato di essere all'altezza di una catastrofe. Ma poi ci sono poi i miracoli ordinari, nelle corsie d'Italia. Quelli che si fanno tutti i giorni da dieci anni, da quando è cominciato il mantra dei tagli: meno 70 mila posti letto, meno diecimila professionisti, meno 175 ospedali. Giovani medici precari, macchinari nell'83 per cento dei casi obsoleti. E vecchi primari: il 52 per cento dei camici bianchi ha più di 55 anni, record europeo.

Nel 2018 il Servizio sanitario nazionale compie quarant'anni. Fu istituito nel '78 (Tina Anselmi ministro della Sanità) con il compito non solo di curare la malattia, ma anche di pre- ➤

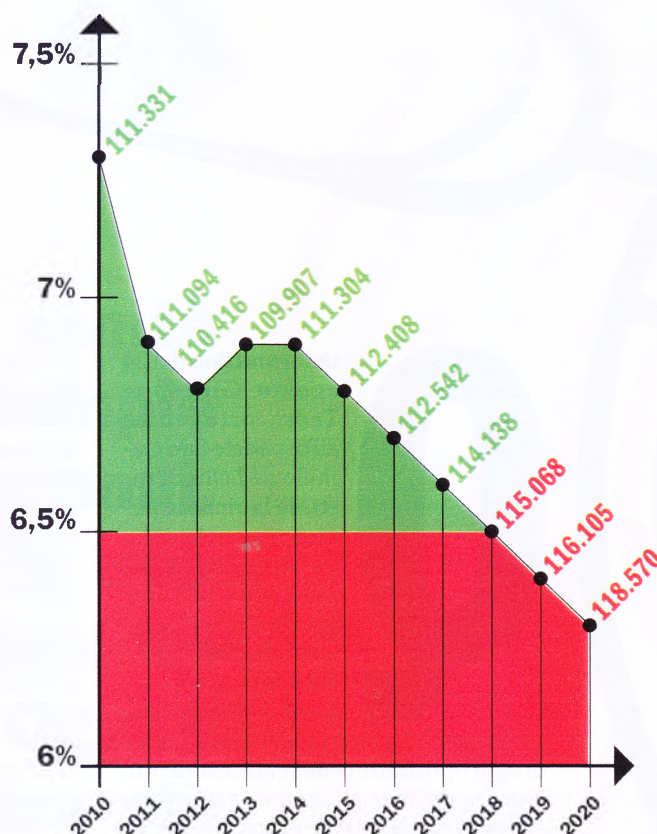
la salute

► venirla e di educare i cittadini alla salute. Un compleanno poco allegro, perché proprio quest'anno, per la prima volta in assoluto, l'Organizzazione mondiale della sanità ha lanciato l'allarme sulla sostenibilità del modello italiano. Stando ai dati pubblicati dal Consiglio dei ministri nel Documento di economia e finanza, nel 2018 il rapporto tra la spesa sanitaria e la ricchezza prodotta nel Paese, cioè il Pil, scenderà a quota 6,5 per cento, soglia limite indicata dall'Oms. Sotto, non è più possibile garantire un'assistenza di qualità e neppure l'accesso alle cure, con una conseguente riduzione dell'aspettativa di vita. L'emergenza continuerà nel 2019, quando si scenderà al 6,4 per cento, per poi sprofondare al 6,3 nel 2020. «Fino al 2015 i tagli sembravano giustificati dalla crisi economica, ma anche adesso che abbiamo imboccato la ripresa il defianziamento è inarrestabile», dice Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, dove da anni si studia con analisi e report la sanità italiana.

Impietosa è la fotografia scattata dal Cergas, il centro studi dell'Università Bocconi di Milano, che ogni anno tasta il polso alla salute nel nostro Paese. «Il nostro è il sistema che costa meno in assoluto: con pochi soldi riusciamo ad avere livelli qualitativi di cure intensive simili a Francia e Germania. Ma stiamo ponendo una pesante ipoteca sul futuro, perché manca tutto il resto. Dopol'ospedale, non c'è

Il grande crollo

Percentuale e valore in milioni di euro di Pil italiano destinati alla spesa sanitaria: secondo l'Oms il 6,5 per cento è la soglia d'allarme al di sotto della quale si riduce l'aspettativa di vita delle persone, l'accesso alle cure e la qualità dell'assistenza



Fonte: Documento di Economia e Finanza varato dal Consiglio dei Ministri a dicembre 2017

assistenza per gli anziani non autosufficienti, che oggi sono 2,8 milioni e tra 10 anni saranno 3 e mezzo. Non avendo altro posto dove stare, il 60 per cento di quelle persone continua a entrare e uscire dagli ospedali, ingolfandoli. E il carico dell'invecchiamento è sulle spalle delle famiglie, che non possono reggere oltre», spiega Francesco Longo,

direttore del Cergas.

Un segno tangibile dell'affanno del sistema sono le liste d'attesa fuori controllo. Qualche esempio? Tre mesi e mezzo per una visita oculistica a Milano, quasi quattro per una mammografia al Sud, dicono i numeri di Cittadinanza Attiva. Il risultato è che molti italiani "consumano meno sanità", cioè spesso rinunciano: alle analisi, alla prevenzione, alle terapie. Dice l'Istat che il 6,5 per cento della popolazione ritarda o non si cura più.

Eppure qualcuno ce l'ha fatta ad affrontare il problema delle liste. Come l'Emilia Romagna, che ha usato la strategia del bastone e della carota. La carota sono i 15 milioni l'anno di incentivi alle aziende sanitarie virtuose; il bastone è stata la minaccia di licenziare i dirigenti incapaci di risolvere l'emergenza entro 18 mesi. In più la regione si è dotata di un software che settimanalmente monitora il servizio in ogni struttura. «Siamo disposti a regalare il nostro modello alle altre regioni», dice Antonio Brambilla, responsabile sanità dell'Emilia. Chissà chi accetterà l'

sfida. Per ora solo il Lazio si è messo in scia. L'Emilia ha anche messo una spada di Damocle sui reparti che funzionano peggio, minacciando la sospensione della libera professione fino a che non si riducono le liste d'attesa. Già, perché la metà dei medici del Servizio sanitario nazionale ha l'abitudine di tenere il piede in due scarpe, metà giornata ▶

La fetta di Pil per gli ospedali sta scendendo sotto la soglia che garantisce l'accesso alle cure

E chi può si fa l'assicurazione

Si chiamava Inam, Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie, e fino agli anni Settanta è stato il più importante ente mutualistico d'Italia. Chiunque lavorasse ci versava una fetta del proprio stipendio per garantire le cure a tutta la famiglia. E chi non lavorava, se si ammalava finiva sul lastrico. Poi è arrivato il Servizio sanitario nazionale, che nel 1978 ha spazzato via le mutue e azzerato le disuguaglianze fra ricchi e poveri. Oggi, sotto l'accattivante inglesismo del "second welfare", le mutue sono tornate in auge, prendendo le sembianze di casse, polizze sanitarie e fondi di previdenza integrativa.

Dice il quarto Rapporto Welfare che il benefit più amato dai dipendenti in un'azienda è l'assistenza sanitaria integrativa: la desiderano 3 lavoratori su 4. Ed effettivamente, oltre ai buoni pasto, le imprese offrono per lo più la mutua privata. Succede perché il sistema sanitario è in affanno e gli italiani cercano un'alternativa. Già oggi un terzo delle cure è offerto da strutture private e i cittadini spendono di tasca propria oltre 35 miliardi.

I primi a rendersi conto del grande affare sono state le assicurazioni, spiega Aldo Piperno, docente di Sociologia dei Fenomeni Economici all'Università Federico II di Napoli. I premi nel settore della salute sono passati da 1,7 a 2,1 miliardi in dieci anni e crescono del 4,1 per cento l'anno. «Fino al 2000 il comparto del welfare sanitario privato era residuale», c'era il Servizio sanitario nazionale per tutto e per tutti. Poi la domanda di visite specialistiche in tempi rapidi è cresciuta e lo Stato, alle prese con i tagli ha sganciato benefici fiscali per favorire la creazione di nuove mutue che, teoricamente, dovrebbero servire a coprire i buchi lasciati dalla sanità pubblica. Così il nuovo sistema di welfare aziendale ha preso piede. L'Agenzia delle Entrate dice che nel 2014 erano 9 milioni gli italiani con un'assicurazione sanitaria integrativa, saliti a 14 nel 2017. Saranno 21 milioni nel 2025.

Franco Masini, responsabile dell'Unità Coronarica di Parma e medico di Emergency, lancia l'allarme: «Si va verso un sistema sanitario a doppio binario. Un servizio pubblico per le fasce più deboli. E una sanità privata per garantire procedure rapide. La sanità italiana non è più universale, neppure in Emilia». Infatti le persone che si assicurano sono per lo più lavoratori dipendenti, spesso dirigenti, uomini, del Nord Italia, ben istruiti. «Eppure ci sono 10 milioni di italiani che non riescono ad accedere al sistema sanitario pubblico», continua Masini, preoccupato per la rinascita delle mutue. «È un fenomeno che stiamo sottovalutando e parecchio rischioso», conclude.

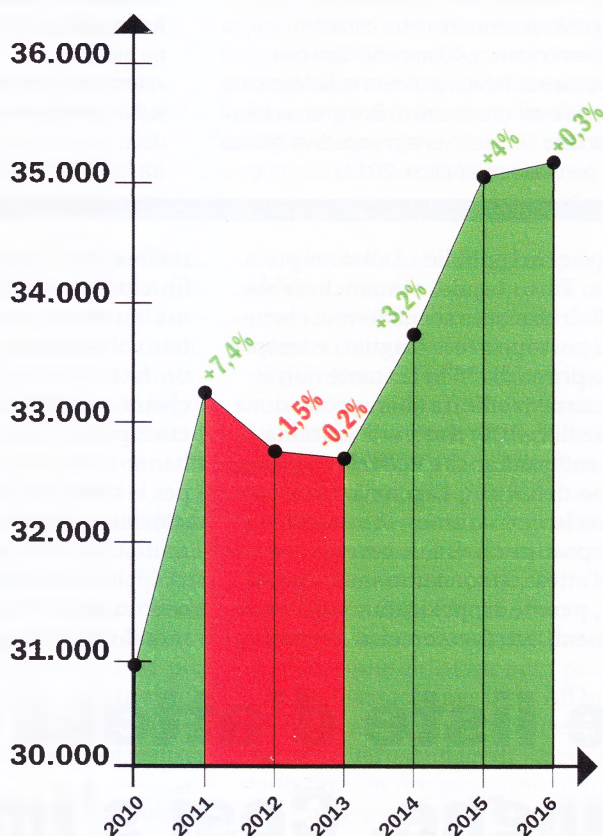
Del resto sulle mutue stanno puntando davvero tutti. I sindacati, in tandem con le organizzazioni datoriali, siedono nei consigli d'amministrazione dei maggiori fondi di previdenza. Per esempio Metasalute, fondo sanitario dei metalmeccanici, da quest'anno è diventato obbligatorio

per tutte le tute blu e passerà da 200 mila a 1,5 milioni di iscritti. Le imprese ci guadagnano perché quella parte di salario è tassata meno della metà rispetto al resto della busta paga. «Ma così facendo lo Stato non incassa oltre 700 milioni di tasse che potrebbero servire a sostenere la sanità pubblica», spiega Costantino Troise, segretario di Anaa Assomed, il maggior sindacato dei medici. Inoltre l'effetto del second welfare potrebbe essere tutt'altro che positivo, perché secondo un'indagine Ocse e altre ricerche condotte in Germania, Francia e Canada le mutue private fanno aumentare il numero degli utenti della sanità, specialmente per le visite specialistiche: 46,6 per cento per gli assicurati, 25,9 per i non assicurati. Perché le visite più costose e i secondi accertamenti vengono fatti sempre a carico del sistema sanitario nazionale.

G.R.

Lo cash, tu Tac

Spesa sanitaria privata corrente (in milioni di euro) e percentuale di crescita di anno in anno



Fonte: Cergas Bocconi

Un miracolo, malgrado i politici

colloquio con **Francesco Taroni** di **Letizia Gabaglio**

Era il 1978, l'anno del rapimento Moro e dell'elezione di Pertini. La crisi economica minacciava il Paese, alla guida dell'Italia c'era il governo di "solidarietà nazionale" guidato da Giulio Andreotti. Ministro della sanità era la democristiana di sinistra Tina Anselmi. A dicembre, quasi in sordina, («distrattamente», come ebbe a dire Luciana Castellina) il Parlamento approvò la legge 833, dando vita così al Sistema Sanitario Nazionale, ispirato all'articolo 32 della Costituzione e al principio della salute come bene universale e gratuito. Prima il sistema era basato sulle cosiddette "casce mutue" di categoria (la più famosa era l'Inam); quindi il diritto alle cure derivava non dall'essere cittadino, ma dall'essere lavoratore (o suo familiare), il che determinava casi di mancata copertura e gravi sperequazioni tra cittadini. Ripercorriamo i 40 anni del Ssn con Francesco Taroni, professore di Medicina Sociale all'Università di Bologna, autore del libro "Il Ssn in una prospettiva storica" (Il pensiero scientifico, 2011).

Professor Taroni, come nacque il Sistema sanitario nazionale? Che cosa convinse i politici a crearlo?

«Da una parte la grave crisi finanziaria delle casce mutue, che richiese un finanziamento di quattromila miliardi di lire del tempo. Dall'altra l'istituzione delle Regioni, che risaliva al 1973. E poi, soprattutto, le istanze sociali nate con la "stagione dei movimenti": quello femminile, operaio, studentesco, antimanicomiale. Il risultato fu una legge che trasformava l'assistenza sanitaria in un diritto di cittadinanza, universalistico e finanziato dalla fiscalità generale. Un atto di forte volontà politica che sanciva però il massimo di dissociazione fra situazione politica e realtà economica, perché di risorse non ce ne erano».

I problemi di sostenibilità economica furono evidenti fin dall'inizio. Come se ne uscì?

«I tentativi di cambiare cominciarono subito. Ma gli interessi in gioco nel campo della salute sono così grandi e divergenti fra loro che solo in situazioni eccezionali

si riescono a far convergere. Nel 1992 il sistema fu riformato per via del diverso clima politico: l'Italia si dibatteva fra la gravissima crisi economica che aveva determinato l'uscita dallo Sme e l'inizio di Tangentopoli. La crisi finanziaria combinata con quella di legittimità politica creò una finestra temporale favorevole per l'approvazione in modi molto spicci di una nuova legge, conosciuta come riforma Amato-De Lorenzo, che avrebbe dovuto fare giustizia delle "romantiche" della legge del '78, con l'aziendalizzazione e regionalizzazione del sistema in un senso molto forte e puntuale. Il decreto legislativo 502/92 impose che i Livelli di assistenza dovessero essere subordinati alle disponibilità finanziarie: lo Stato stabiliva le prestazioni che ci potevamo permettere, le Regioni se volevano garantire di più dovevano trovare fondi propri, per esempio le mutue private. Poi, nel 1999, il ministro Rosy Bindi introdusse i Livelli Essenziali di Assistenza che, inseriti nella riforma costituzionale del 2001, non sono più da

➤ lavora nel pubblico, l'altra nel privato. Tutto legale, ci mancherebbe. Ma discriminante socialmente: i benestanti possono avere diagnosi e terapie molto prima di chi benestante non è.

La correlazione fra libera professione dei medici e liste d'attesa è un tema su cui si sofferma anche Raffaele Cantone, il capo dell'Anac, l'agenzia nazionale contro la corruzione: «La sanità è ai primi posti per il rischio corruzione e le liste d'attesa ne sono uno snodo importante, perché rappresentano uno degli strumenti attraverso cui si verifica lo

sviamento dal pubblico. È legittimo che un cittadino scelga il sistema privato, ma quando quest'ultimo diventa di fatto obbligatorio, allora è certamente un fatto illecito. Servono regole più chiare», avverte Cantone. Del resto le cifre parlano da sole: le liste d'attesa hanno fatto impennare la spesa privata per la salute, le famiglie sono arrivate a sborsare - di tasca propria o tramite una mutua privata - oltre 35 miliardi.

Eppure l'ultima classifica Bloomberg colloca la sanità italiana al terzo posto al mondo per efficacia: «Succede perché

l'ente americano mette in relazione l'aspettativa di vita con i soldi spesi per la salute. E visto che gli italiani, per vari motivi, sono particolarmente longevi, la contestuale riduzione del finanziamento ci fa conquistare il podio», spiega Cartabellotta. Che mostra invece il dato più puntuale (e drammatico) dell'Euro Index Consumer Health: qui l'Italia è al ventiduesimo posto su 35 paesi, ma soprattutto è crollata di 11 posizioni in dieci anni. Uno dei nostri beni più preziosi, in termini di welfare, si sta sgretolando. Aggiunge Cartabellotta: «L'indi-

Le liste d'attesa sono sempre più lunghe. Così s'impennano le visite e le analisi a pagamento

considerarsi obiettivi da raggiungere, ma diritti da garantire a tutti i cittadini».

Il conflitto fra potere centrale e Regioni inizia quindi ben prima della Riforma del Titolo V della Costituzione, che spesso viene evocato per spiegare i 20 diversi sistemi presenti in Italia.

«È vero. Attribuire alla riforma del 2001 la colpa di aver creato una disuguaglianza nel trattamento dei cittadini è storicamente inesatto. Ambiguità nelle relazioni fra "il potere della borsa" del governo centrale e le competenze di programmazione delle Regioni c'erano già nella prima legge e la controriforma del 1992 non le sciolse. Comunque lo Stato è dovuto intervenire con i "piani di rientro" che hanno interessato praticamente tutte le Regioni nell'ultimo decennio. Un sistema che, se ha contribuito a risanare i conti, ha anche penalizzato i cittadini chiamati a pagare più tasse e ricevere meno servizi a causa del blocco delle assunzioni del personale. Il sistema però ha saputo rispondere, dimostrando di essere virtuoso nonostante tutto».

In che senso?

«Basta guardare le cifre: in Italia il finanziamento per la sanità, pubblico e privato insieme, è di poco superiore al 7,5 per cento del Pil, mentre la Germania spende oltre il 10 per cento, la

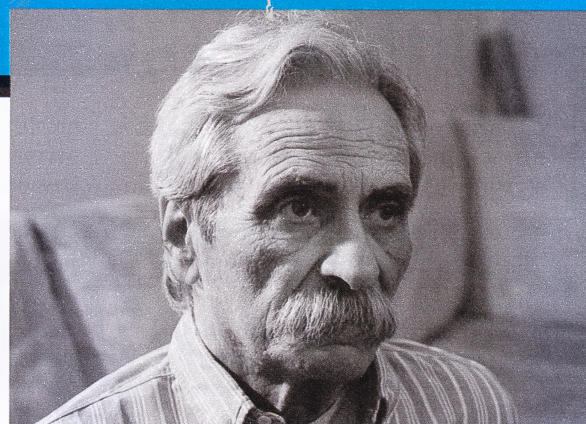
Francia il 12. Se poi guardiamo all'andamento della spesa, vediamo che la nostra è cresciuta meno della metà della media Eu. Pur facendo economia, otteniamo però risultati in termini di salute tendenzialmente migliori degli altri paesi. Ma alla lunga questo è difficilmente sostenibile».

Il finanziamento aggiuntivo, come quello delle assicurazioni private, può aiutare a rendere il sistema più efficiente?

«Dobbiamo considerare che ci sono servizi assicurativi ad alta redditività, che verranno quindi offerti da molti, e altri che rendono meno, e che quindi saranno più difficili da reperire. Prima di abbracciare un sistema del genere dovremmo dimostrare che è possibile integrare il funzionamento delle diverse fonti di finanziamento e dei servizi a cui garantiscono l'accesso. Non mi risulta che ci siano prove in questo senso, neanche in altri Paesi. Senza considerare, naturalmente, che un sistema di questo genere è incompatibile con i principi fondamentali del Ssn».

Negli ultimi anni è stato fatto qualcosa per cercare di migliorare la struttura del Ssn?

«Se si fa eccezione per alcuni



Francesco Taroni

provvedimenti del ministro Renato Balduzzi (governo Monti), di attuazione peraltro stentata, non mi sembra che la politica sanitaria degli ultimi anni abbia inciso a sufficienza sugli aspetti strutturali del sistema. Il discorso intorno alla sanità si è fatto via via sempre più economico e finanziario. Ma il fabbisogno, quanto cioè dobbiamo investire in sanità, non può essere determinato solo dagli equilibri finanziari. Non possiamo disconoscere la crisi, ma dobbiamo anche capire quali sono le necessità assistenziali del nostro Paese. Al di là delle decisioni prese dai governi, che si possono più o meno condividere e che in larga parte hanno interessato questioni di dettaglio, è mancato un discorso pubblico e condiviso sul futuro della sanità».

ce più accurato per valutare l'efficacia del sistema sanitario è la cosiddetta "aspettativa di vita in buona salute", per la quale siamo al di sotto della media europea. Insomma viviamo sì a lungo, ma peggio che altrove».

La vergogna dei doppi turni

Intanto i sindacati di medici e infermieri hanno deciso di entrare in "stato d'agitazione" dal 22 gennaio, preannunciando disagi negli ospedali pubblici. La protesta, dicono, è l'unico modo per attirare l'attenzione dei politici, tutti presi dalla campagna elettorale. «Il diritto alla salute è già stato tolto. E i politici hanno il dovere di dirci quale modello di sanità intendono dare agli italiani», dice Costantino Troise, segretario dell'Anaa, il maggior sindacato dei medici.

Anche il ministro uscente della Salute, Beatrice Lorenzin, è in campagna elet-

torale con il suo nuovo partito, Civica Popolare, per il quale ha lanciato lo slogan «nido gratis per tutti». Ma secondo Troise la sua gestione della sanità non merita la sufficienza: «Sono state fatte anche cose positive, non lo nego. Ad esempio l'Italia è fra i pochi paesi a garantire i costosi farmaci per la cura dell'epatite C. Ma questa è anche la legislatura che ha accentuato più di tutte il defianziamento del servizio sanitario. Forse perché è il ministero dell'Economia a decidere tutto?», si domanda Troise. E snocciola i dati: nel 2013 la quota di spesa pubblica era del 7,1 per cento sul Pil, nel 2018 è scivolata al 6,5. «Francia e Germania spendono il 30 per cento più di noi», incalza il sindacalista dei medici.

I dottori chiedono anche più soldi (i loro salari sono fermi da dieci anni) e lo sblocco del turnover, che consentirebbe l'ingresso di nuovo personale negli ospedali. Legittimo, ma il rapporto

Cergas dice che l'emergenza più grave è un'altra: mentre il numero dei medici è pressoché in linea con quello della Germania e della media europea, sul fronte degli infermieri andiamo malissimo: ci sono 5,4 unità ogni mille abitanti contro i 9 della media Ocse, i 10,2 della Germania, i 18 della Svizzera. E in Italia quelli in servizio, sia per far quadrare i conti famigliari (guadagnano 1.200 euro al mese o meno) sia per non lasciare i reparti scoperti, sono spesso costretti a doppi turni, fino a 16 ore consecutive: con un inevitabile crollo d'attenzione e di cura per i pazienti e con un massacro per loro. All'inizio di gennaio, ad esempio, un'infermiera di 66 anni dell'ospedale di Anzio ha dovuto fare un doppio turno al termine del quale è caduta a terra colpita da un'emorragia cerebrale. Come - o peggio - che in un film di Ken Loach.

Anche per i posti letto in Italia siamo molto indietro: 3 ogni mille ➤

➤ abitanti contro i 4 della media Ocse e gli 8,1 della Germania. «In Italia un medico costa come tre infermieri. Forse bisognerebbe puntare su questi ultimi, ma una svolta di questo tipo, in Italia, non è facile da mettere in atto», dice il professor Longo della Bocconi.

L'altra emergenza sono i giovani. Spiega Andrea Filippi della Cgil medici che il calvario della precarietà è iniziato nel 2001, quando sono comparsi i primi contratti a termine. Oggi ci sono 12 mila specialisti con rinnovo annuale e una paga base di circa 80 euro al giorno. Gli anni di attesa per una stabilizzazione sono 15. Dalle regioni al collasso, tipo la Campania e la Calabria, i giovani fuggono e cercano lavoro al nord. Come ha fatto Chiara (nome di fantasia necessario per garantirle il suo posto da medico precario), napoletana, emigrata in terra comasca: «Ho provato a cercare lavoro a Capua, dove riuscivo a guadagnare 100 euro netti ogni dodici ore di turno in guardia medica, meno di una colf. Poi sono venuta in Brianza: qui ho un contratto di sostituzione in guardia medica e prendo 240 euro per 12 ore di turno notturno, sempre con partita Iva. Ma non basta per arrivare alla fine del mese, così nelle altre notti lavoro all'Humanitas, un ospedale privato di Milano che mi paga 14 euro netti all'ora».

Ma per i medici la discesa verso gli inferi del precariato è ancora lunga e dal girone del cottimo si passa a quello del caporalato. Così lo definisce Alessandro Vergallo, presidente dei medici anestesisti e rianimatori, che ha inviato una serie di segnalazioni al ministero indicando i nomi delle cooperative che, in regime di subappalto, gestiscono interi reparti di ospedali pubblici e cercano urgentemente medici. Succede a Caorle e Bibione, dove la cooperativa Cssa cerca medici «per il weekend nei punti di primo intervento». Succede al San Camillo di Roma e all'ospedale di

Cervia dove la Medical Line Consulting cerca specialisti per poterli inserire «all'interno di alcuni di questi progetti lavorativi», come recita l'annuncio. Accade a Pieve di Coriano (Mantova), dove la Medical Service Assistance ricerca «collaboratori per il presidio ospedaliero, da inserire in sala operatoria». Vergallo sostiene che l'assunzione di medici attraverso coop è diventata una prassi, avallata dalla patologica carenza di personale: «Un fenomeno che fior di commissari e direttori generali nominati dalla politica non sono stati in grado di prevedere. La situazione è drammatica, ma non per questo bisogna tappare i buchi in modo illegale», dice Vergallo.

Camici bianchi in fuga

In fondo alla catena sanitaria, gli ultimi sono i medici neolaureati e gli specializzandi. Il sistema formativo permette a un solo medico laureato su due di accedere al percorso di specializzazione. Quest'anno per 6.676 contratti di specialistica, si sono presentati in 15 mila, dicono da Federspecializzandi. Sono rimasti appiedati ottomila neolaureati,

costati allo Stato 24 mila euro ciascuno per la formazione. Ed è probabile che molti prenderanno la via dell'estero, e che saranno ben accolti da Inghilterra, Germania e Francia.

Chi invece resta in Italia per la specializzazione si fa carico di grossissime responsabilità. Carte alla mano, il sindacato dei medici anestesisti mostra come alle volte nelle sale operatorie di Borgo Trento e nell'azienda ospedaliera universitaria integrata di Padova l'unico anestesista presente sia in realtà un giovane specializzando, che in teoria dovrebbe essere affiancato da un anestesista vero. Idem nelle sale rianimazione post operatorie. «Per far fronte all'assenza di anestesisti, in una sala operatoria interviene lo specializzando che si registra con la sigla Mif, "medico in formazione". In un'altra sta l'anestesista, che fa da tutor e, in caso di urgenza, dovrebbe correre ad aiutare il giovane», racconta Vergallo. È sempre filato tutto liscio, tranne una volta. Era il 2008 e un giovane anestesista, lasciato solo in sala rianimazione, sbagliò una manovra. Il paziente morì. Il giovane fu accusato di omicidio colposo. Il miracolo, quella volta, non ci fu. ■

RADDOPPIATI I TEMPI PER UNA MAMMOGRAFIA

L'aumento dell'attesa per le visite specialistiche dal 2014 al 2017 (in giorni)

PRESTAZIONE	Tempi 2014	Tempi 2017	Giorni in più
Visite cardiologiche	59	67	+8
Visite ginecologiche	38	47	+9
Visite oculistiche	70	87	+17
Visite ortopediche	48	66	+18
Colonscopia	87	93	+6
Mammografia	62	122	+60
Risonanza magnetica	74	80	+6

Fonte: Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato - XX Rapporto PIT Salute, 2017

Gli infermieri lavorano anche 16 ore di fila. Un massacro per loro, un rischio per i pazienti