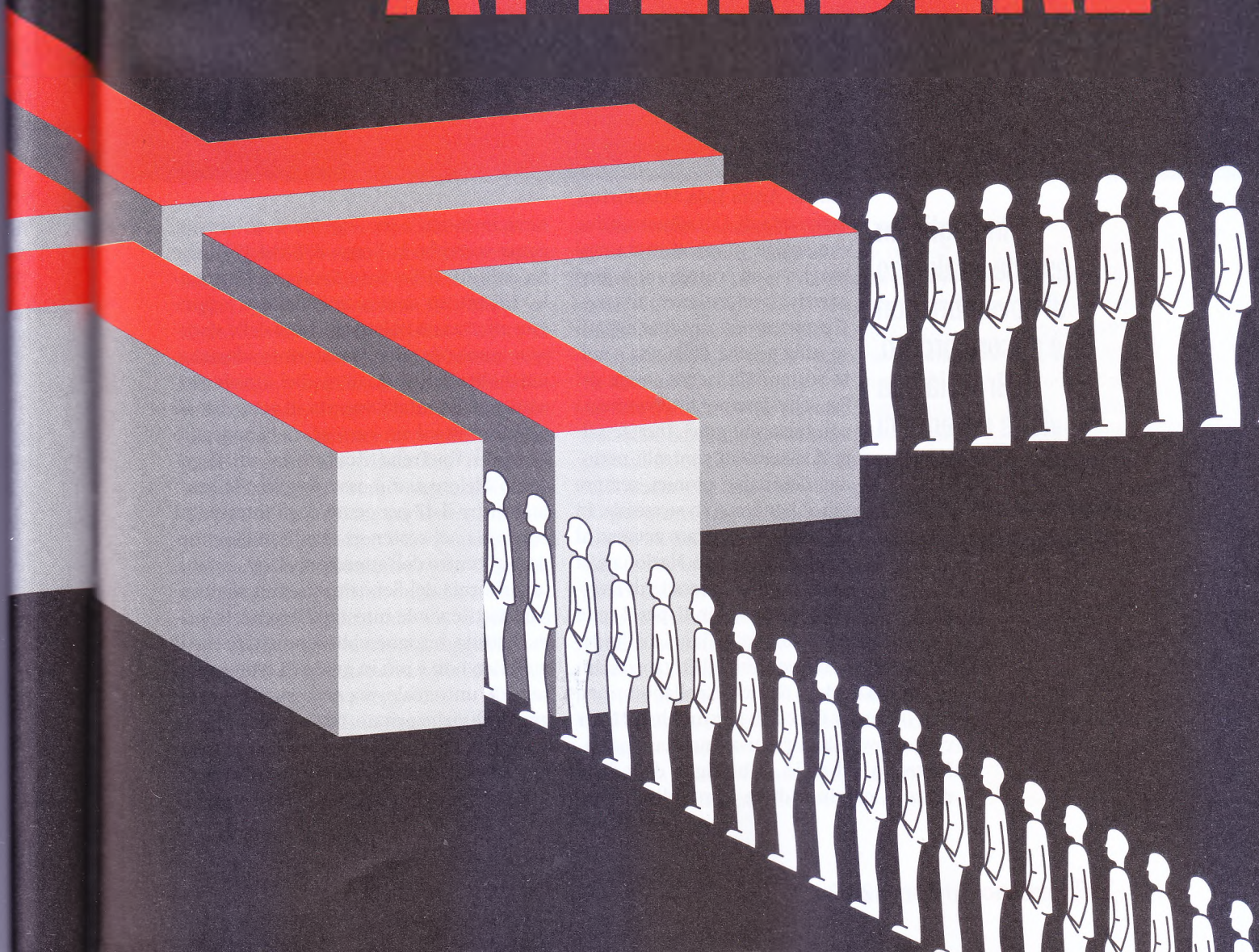


# IL MALATO PUO' ATTENDERE

Esami, visite, interventi. In tutta Italia le liste per chi aspetta una prestazione medica si allungano. In alcuni casi sono sospese. Chi può si rivolge ai privati. Un'inchiesta de L'Espresso





GLORIA RIVA

opere di Marco Morosini

**J**ole ha 36 anni, da due lotta contro un cancro che l'ha trascinata per tre volte nella sala operatoria dell'ospedale di Lecce. La quarta volta è finita sotto ai ferri perché il suo apparato riproduttivo aveva smesso di funzionare a dovere: era il 4 novembre. Il vetrino con il tessuto istologico viene spedito con urgenza al dipartimento di Anatomia Patologica di Gallipoli per verificare se il tumore è tornato. Per Jole i giorni di attesa diventano settimane, poi mesi, finché a gennaio, in un disperato rimpallo di telefonate, scopre che il referto non è ancora pronto: in quel momento stanno analizzando materiali risalenti al 22 ottobre. La vicenda finisce all'attenzione dei Nas, anche se c'è poco da investigare: manca il personale e le liste d'attesa sono chilometriche, a Gallipoli come altrove. All'ospedale di Manfredonia mancano medici per scrivere i referti degli holter cardiaci, così tutte le prestazioni di gennaio sono state annullate e rinviate a marzo. A Monza la lista d'attesa per una visita dermatologica è sospesa, a Brescia, con in mano una ricetta rossa di visita urgente da un neurochirurgo, bisogna aspettare oltre un mese. Fioccano le segnalazioni raccolte dall'associazione Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del Malato: «La situazione è totalmente fuori controllo», denuncia

**In Puglia un esame istologico di novembre non è ancora pronto. A Brescia una visita urgente di neurochirurgia non può essere effettuata prima di un mese**

Anna Lisa Mandorino, segretaria di Cittadinanzattiva, che spiega: «Liste d'attesa così lunghe non consentono una corretta prevenzione e diagnosi precoce, con ricadute negative sulla qualità della vita e sulla sostenibilità economica del Ssn, che deve poi intervenire su patologie più gravi. Inoltre salta il sistema di controlli periodici dei malati cronici, sempre più abbandonati a se stessi». In concreto, il mancato accesso al Servizio Sanitario Nazionale si traduce nella necessità di rivolgersi a cliniche private e quindi, per il sette per cento delle famiglie italiane, nell'indebitamento, come conferma l'Organizzazione Mondiale della Sanità in collaborazione con il Cergas Bocconi, per un altro 11 per cento, invece l'alternativa è non curarsi.

Partendo dal collo di bottiglia delle liste d'attesa, che impedisce ai cittadini di cu-

#### PRONTO SOCCORSO

Pazienti e infermieri nel Pronto Soccorso dell'ospedale San Giovanni di Roma

rarsi in modo equo, uguale e universale, come vorrebbe la Legge 833 del 1978 che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale, L'Espresso dedica un'inchiesta a puntate alla Sanità italiana, privata delle risorse minime per offrire prestazioni adeguate, indebolita dalla fuga di medici e professionisti e nella totale assenza di una visione politica. Non è un caso se, nel sondaggio Quorum YouTrend l'ambito in cui il governo Meloni si è mosso peggio è la sanità, mentre il 47 per cento degli intervistati concorda nel sostenere che l'Ssn deve tornare al centro dell'attenzione. Urge, infatti, una riforma del Servizio, che tuttavia nessun partito vuole intestarsi perché, in prima battuta, bisognerebbe ammettere che il pubblico non è più in grado di svolgere un servizio universale, ma necessita del sostegno di cliniche private. Basta guardare cosa accade in Lombardia e nel Lazio sul fronte degli interventi urgenti cardiovascolari che, stando agli ultimi dati di Agenas, l'A





genza nazionale per i servizi sanitari regionali, nel 58 per cento dei casi avvengono nel privato accreditato, mentre nell'oncologia il pubblico mantiene il primato, ma di pochissimo: «In Lombardia e Lazio, nel settore cardiovascolare, così come negli interventi ortopedici, il privato accreditato ha superato il pubblico soprattutto perché l'entità economica dei rimborsi è maggiore», commenta **Maria Pia Randazzo**, responsabile del monitoraggio sui tempi d'attesa di Agenas, che conferma: «In futuro il privato accreditato dovrà sempre più compensare le prestazioni che il pubblico non riesce a offrire, anche a causa della mancanza di personale. Ma se pubblico e privato continueranno a gareggiare in regime di concorrenza e non collaboreranno, il sistema non potrà reggere».

Tra il 2019 e il 2021 le Regioni hanno ricevuto un miliardo di euro per rafforzare e digitalizzare i sistemi di prenotazione e per integrare le liste d'attesa, tuttavia - anche

a causa della pandemia - non ci sono stati grandi passi avanti: Agenas stima un arretramento del 20 per cento rispetto al 2019 per le visite specialistiche. La regione che sta meglio è la Lombardia, che peggiora la performance solo del 10 per cento, come Emilia Romagna, Basilicata e Toscana. Dall'altro lato c'è l'Alto Adige (meno 55 per cento), Calabria, Sardegna e Marche. Non va meglio sul fronte delle visite di controllo, con la Toscana - la migliore - che peggiora del 10 per cento e il tracollo della Valle d'Aosta (meno 38 per cento). «Per i ricoveri ospedalieri di fascia A, cioè da effettuare entro 30 giorni dalla prescrizione, specie per patologie importanti, come i tumori e le patologie cardiovascolari, alcune regioni migliorano (Toscana, Lombardia, Sicilia e Campania), mentre altre sono crollate (Trentino, Emilia Romagna, Piemonte)», spiega la dirigente Agenas, che continua raccontando che il problema vero è la mancanza di trasparenza nella comunicazione dei dati, impe- ►

#### UOMINI UOMINI

In copertina di questo numero e alle pagine 29 e 30, le opere "uominiuomini" di Marco Morosini. Dal 1998 la sua ricerca artistica indaga la società attuale e le sue contraddizioni.



► dendo di scattare una precisa fotografia: «Dall'attività di audit sono emerse difficoltà di rendicontazione e certificazione dei dati. Nonostante lo stanziamento di un miliardo per migliorare i centri unici prenotazione, presso cui dovrebbero essere disponibili tutte le agende pubbliche e del privato convenzionato, non è possibile avere alcuna informazione», conclude Randazzo.

Di certo ci sono le segnalazioni a Cittadinanzattiva, che lamentano ritardi lunghissimi - 720 giorni per una mammografia, un anno per un'ecografia, una tac, un intervento cardiologico -, e sempre più si verifica l'illegale pratica delle liste bloccate: ovvero l'operatore del cup, il centro unico di prenotazione, non è in grado di offrire alcuna disponibilità perché non l'agenda di cui dispone si limita a tre mesi. In Emilia Romagna un 76enne con sospetta neoplasia ha chiamato il cup di Bologna, ma spiace, la colonscopia non si può fare perché

«Non c'è sufficiente personale», è stata la risposta dell'operatore. Tre giorni dopo l'uomo ha sborsato 350 euro per effettuare l'esame, seduta stante, proprio all'Ospedale Maggiore di Bologna, che in teoria è pubblico, ma offre la possibilità di fare visite private, con gli stessi camici bianchi del Ssn. Come se la mano destra dei nosocomi cittadini non sapesse cosa fa la sinistra: nello specifico si tratta della possibilità per i medici ospedalieri di sfruttare il proprio tempo libero per effettuare visite private all'interno dell'ospedale in cui lavorano. Certamente, potrebbero fare più straordinari e far scorrere velocemente le liste d'attesa del servizio pubblico, ma non conviene a nessuno, essendo il lavoro extra dei camici bianchi retribuito una miseria e perché gli stessi ospedali incassano la metà dei quattrini sborsati ►

**Settecentoventi giorni per una mammografia, un anno per un'ecografia, una tac, un intervento cardiologico. E si diffonde sempre più la pratica illegale delle liste bloccate**

## L'emergenza

### BISTURI E SIRINGHE IN OSPEDALE MANCA TUTTO

**I**n sala operatoria iniziano a scarseggiare bisturi elettronici e suturatrici meccaniche. E si stanno esaurendo le cannule e le sacche plastiche «che servono per le trasfusioni di sangue, per il plasma, ma anche per i medicinali oncologici», è preoccupato **Alberto Capretti**, chirurgo plastico del Policlinico di Milano e segretario del sindacato Anaa Assomed, perché la tagliola del payback - che fra due mesi imporrà a una miriade di piccole e medie imprese produttrici di dispositivi medici di sborsare 2,2 miliardi - rischia di lasciare gli ospedali sguarniti di gran parte dei dispositivi essenziali per curare i pazienti. I medici dovranno, letteralmente, operare a mani nude. «La situazione è gravissima. Rischiamo di ritrovarci persino senza il filo di sutura, senza siringhe, senza pace-maker, senza protesi d'anca e di ginocchio per gli interventi ortope-

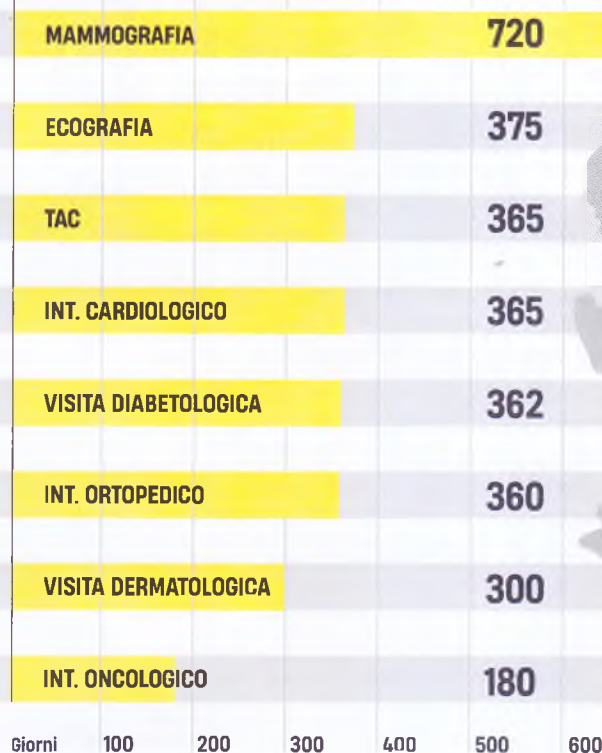
dici. Rischiamo di dover fare a meno non solo dei macchinari, ma anche degli aggiornamenti software per far funzionare le tac, le risonanze magnetiche, tutti gli strumenti diagnostici. Sarebbe un massacro e il governo se ne sta disinteressando».

Per capire cosa sta succedendo è necessario tornare al 2015, nel pieno della stagione di tagli lineari alla sanità e restrizione dei budget regionali per far quadrare i conti e ridurre il debito pubblico. Al governo c'è **Matteo Renzi**, che per rispondere ai richiami della Commissione europea inserisce il payback sui dispositivi medici. Il payback è una misura presente nel nostro ordinamento dal 2008 e finora utilizzata solo per la spesa farmaceutica: sostanzialmente, ogni Regione concorda con le aziende farmaceutiche un budget di spesa per i farmaci anche se, ogni anno, quella soglia viene puntualmente superata. Le somme in eccesso vengono spartite per metà a carico delle società farmaceutiche, l'altra resta sulle spalle delle Regioni. In realtà lo strumento del payback non ha mai funzionato a dovere, perché il più delle volte le aziende farmaceutiche



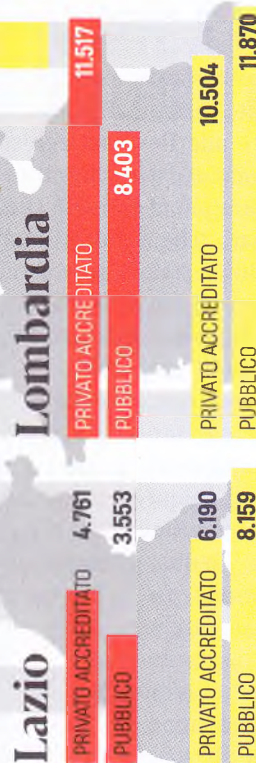
## LE VISITE SPECIALISTICHE

X Nihilicae comne mus plicus, consuli came cchus  
et res clari ternum hoc, que are quide opte



## IL SORPASSO DEL PRIVATO

■ Interventi cardio vascolari  
■ Interventi oncologici



### PERCENTO

Gli italiani che segnalano difficoltà nel contattare il cup o prenotare una visita

procedono con ricorsi legali per evitare le salate gabelle, che ammontano a svariati milioni di euro l'anno. Dal 2015 il governo Renzi decide di applicare questo metodo anche ai dispositivi medici, che sono una miriade: dai guanti in lattice, ai bisturi, dall'ecografo ai più sofisticati robot delle sale operatorie. La normativa di renziana memoria stabilisce che per il 2015 il 40 per cento dello sfioramento al tetto di spesa è a carico delle imprese, il 45 per il 2016, il 50 dal 2017 in poi. La norma, però, resta sulla carta, perché fin da subito risulta chiaro che applicare il payback alle aziende produttrici di dispositivi medici, che forniscono materiale alle aziende passando attraverso regolari bandi di gara, è quanto meno complicato. Con la scusa della mancanza dei decreti attuativi, la legge sul payback viene dimenticata nel cassetto di qualche dirigente del ministero della Sanità. A dissotterrarla ci pensa il governo Draghi, che all'articolo 18 del decreto legge Aiuti-bis dello scorso agosto definisce le regole «per l'applicazione del sistema di compartecipazione delle imprese allo sfioramento dei tetti regionali di spesa sanitaria che ►

### PERCENTO

Le visite specialistiche che avvengono in regime di Ssn

### PERCENTO

Le visite specialistiche tramite privato convenzionato

### PERCENTO

Le visite specialistiche in regime privato



► dai pazienti privati. «Bisognerebbe lavorare con i medici di base sul fronte dell'appropriatezza prescrittiva, mentre alle Regioni spetterebbe il compito di offrire dati più veritieri sul monitoraggio, non più effettuando confronti con il passato (che a causa della pandemia la normalità è stata intaccata), ma valutando il numero di presi in carico rispetto al volume di prescrizioni effettuate», dice l'economista **Milena Vainieri**, della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che aggiunge: «È invece molto preoccupante il considerevole aumento del ricorso alle cure private: indice di iniquità e un totale scacco alla programmazione territoriale». Succede anche in Lombardia, dove l'ospedale di Lecco per una visita gastroenterica urgente risponde picche, ma sborsando 129 euro è subito disponibile. E a Brescia, dove ci vuole oltre un mese per un controllo dal neurochirurgo, nonostante la ricetta rossa indichi «da effettuar-

si entro 10 giorni». Proprio in Lombardia, mentre il candidato leghista **Attilio Fontana** accusa il suo ex numero due e attuale sfidante, **Letizia Moratti**, di aver fallito sulle liste d'attesa, sorvolando sul fatto che il problema è annoso e la Moratti ha avuto almeno il merito di rimediare sul fronte dei ritardi negli interventi oncologici, si corre ai ripari con una strategia quantomeno insolita: i dirigenti regionali suggeriscono alle aziende sanitarie locali di accorciare i tempi delle visite. Per la Tac si passa da 30 a 20 minuti. Forse il paziente dovrà accontentarsi di due terzi di Tac, ma è meglio di nulla.

**E**

1. Continua

Per approfondire o commentare questo articolo o inviare segnalazioni scrivete a [dilloallesspresso@lespresso.it](mailto:dilloallesspresso@lespresso.it). I nostri giornalisti vi risponderanno e pubblicheremo sul sito gli interventi più interessanti

## L'emergenza

► vanno dal 2015 al 2018», si legge nel testo. La verità è che, per via delle spese extra dovute alla pandemia, la maggior parte delle Regioni - Lombardia ed Emilia Romagna in testa - hanno bilanci in sofferenza, avendo dovuto sostenere circa la metà dei costi di vaccini, test, dispositivi connessi alla pandemia. I governatori hanno quindi provato a batter cassa a Roma, dove i quattrini, però, sono sempre pochi. Soluzione? Chiedere un contributo alle aziende del medicale: non a caso l'importo del payback dal 2015 al 2018 viene registrato come entrata nei bilanci regionali del 2022. «Dai nostri calcoli, per gli anni arretrati dovremmo versare alle Regioni 2,2 miliardi di euro. Se dovessero richiedere il payback fino ai giorni nostri il costo lieviterebbe a 5,5 miliardi», spiega **Massimiliano Boggetti**, presidente della Confindustria dei Dispositivi Medici, che la settimana scorsa - per l'ennesima volta - si è sgolato di fronte al Parlamento e al Senato per spiegare che quella gabella farebbe saltare la sostenibilità dell'intera sanità italiana: «Sembrano non capire».

A ottobre il ministero della Salute ha redatto le linee

guida, le ha inviate alle Regioni, le quali a metà dicembre hanno spedito il conto alle aziende, pretendendo il pagamento delle somme arretrate entro metà gennaio. Dietro a una levata di scudi del settore, il ministro dell'Economia **Giancarlo Giorgetti** ha posticipato la scadenza a fine aprile, confermando però l'impiego del payback. Il problema è che le imprese del settore medicale non sono paragonabili alla ricca industria farmaceutica: sono 4.546 piccole e medie imprese con un volume d'affari da 12 miliardi, danno lavoro a 112mila persone e investono mezzo miliardo in ricerca e sviluppo. «È come se ad aprile si chiedesse a queste aziende di pagare una tassa pari a un sesto del fatturato. Molte sono sul punto di portare i libri in Tribunale, dovranno chiudere», spiega Boggetti. Non c'è il rischio che interrompano la fornitura agli ospedali, perché hanno sottoscritto accordi stringenti e c'è la precettiva sul materiale medicale, ma la mancanza di liquidità nelle casse delle società può portarle al default finanziario.

A metà dicembre le Asl hanno inviato le richieste



## INFERMIERI

Un paziente attende un infermiere nell'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo



pagamento alle aziende e oltre 600 hanno risposto facendo ricorso al Tar del Lazio, ritenendo ingiusta la normativa del payback: «Nel caso delle aziende farmaceutiche può avere un senso, perché il prezzo dei medicinali viene negoziato. Ma l'acquisto dei dispositivi medici segue le gare d'appalto bandite dagli ospedali. Sono loro a dettare il prezzo, le imprese fornitrici non hanno alcuna voce in capitolo», spiega Boggetti. In molti casi le Asl hanno già proceduto a trattenere il denaro conteso dalle prossime fatture e le banche stanno alzando le antenne a fronte di insolite richieste di accesso al credito. «Nella pratica siamo in piena violazione della legge 833 del 1978 che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale secondo i principi dell'universalità, dell'uguaglianza e dell'equità», commenta il chirurgo del Policlinico Alberto Capretti, che continua: «Salta totalmente il concetto di prestazioni sanitarie a tutta la popolazione, per il semplice motivo che senza gli strumenti forniti dalle aziende del medicale non siamo più in grado di garantire le cure adeguate ai cittadini italiani». **G.R.**

Foto: F. Volpi - Bloomberg via Getty Images

TE RIPRODUZIONE RISERVATA

## Intramoenia in eccesso

### VISITE A PAGAMENTO LA LEGGE DICE BASTA

**L**a Toscana è fra le regioni che più si è data da fare per riorganizzare il centro unico di prenotazione. Ha per esempio introdotto - unica in Italia - l'indice di cattura, cioè il rapporto tra le prestazioni prenotate e quelle prescritte. E nonostante abbia segnato un miglioramento nei tempi di attesa - 21 giorni in media - la Regione è stata recentemente bacchettata dalla Corte dei Conti, in particolare sul problema delle liste chiuse: «Bisogna consentire la registrazione di tutte le richieste di prenotazione che giungono al sistema, prendendo in carico, ad esempio nelle "preliste", anche quelle per le quali non possa essere proposta una data di prima disponibilità entri i tempi massimi. Questa carenza comporta infatti una inevitabile barriera all'accesso alle prestazioni che comporta casi di "blocco liste" vietati dalla legge». Scrive, nella delibera, che al 30 giugno 2022 oltre l'80 per cento delle prestazioni arretrate sono ancora da recuperare e i tre quarti dei soldi stanziati dallo Stato per il loro recupero non sono stati spesi. Negli ultimi cinque anni le prescrizioni per esami ambulatoriali sono arrivate a quota 4,9 milioni, al contrario l'offerta - e quindi le prenotazioni - sono 3,4 milioni.

Sempre più spesso i cittadini aggirano il problema ricorrendo all'intramoenia, cioè effettuano visite a pagamento all'interno degli stessi ospedali. Dice la Corte dei Conti che in alcune specialità il rapporto fra le prestazioni in regime di Ssn e quelle private è totalmente sbilanciato a favore del secondo: il rapporto è 161 a pagamento ogni cento gratuite negli accertamenti di chirurgia generale, così come il 102 per cento nelle gastroscopie, il 136 per cento nelle visite ortopediche e così via. Soluzione? È sempre la Corte dei Conti a far notare che «il Piano nazionale prevede espressamente che in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e istituzionale sulle prestazioni erogate o di sfornamento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, si attui il blocco della libera professione, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate». L'indicazione è chiara: con liste d'attesa così lunghe le visite a pagamento negli ospedali vanno bloccate. **G.R.**

TE

© RIPRODUZIONE RISERVATA