Diritti al taglio

14° Rapporto PiT Salute 2011

tribunale per i diritti del malato

www.cittadinanzattiva.it

CITTADINANZATTIVA

INDICE

Premessa *pag.3*

Novartis a sostegno dell'informazione civica *pag.4*

Introduzione - Contesto *pag.5*

Dalle segnalazioni dei cittadini alle campagne di informazione e tutela *pag.8*

Sintesi dei principali risultati *pag.11*

I Dati

1) Presunta malpractice e sicurezza delle strutture *pag.16*

1.1 Presunti errori diagnostici e terapeutici *pag.17*

1.2 Disattenzione del personale sanitario *pag.32*

1.3 Infezioni nosocomiali *pag.33*

1.4 Condizioni delle strutture sanitarie *pag.35*

Le testimonianze *pag.36*

1.5 Sangue infetto *pag.38*

2) Liste d'attesa *pag.41*

2.1 Esami diagnostici *pag.43*

2.2 Visite specialistiche *pag.46*

2.3 Interventi di chirurgia *pag.48*

Le testimonianze *pag.50*

3) Informazione e documentazione *pag.51*

3.1 Le tante carenze dell'Assistenza Distrettuale *pag.52*

3.2 I bisogni si fanno sentire specie nel momento di crisi: prestazioni di natura economica *pag.53*

4) Assistenza Territoriale *pag.58*

4.1 Assistenza primaria di base *pag.59*

4.2 Assistenza residenziale *pag.61*

4.3 Riabilitazione *pag.63*

4.4 Assistenza domiciliare *pag.66*

4.5 Salute mentale *pag.68*

4.6 Assistenza protesica ed integrativa *pag.70*

5) Invalidità ed Handicap *pag.72*

5.1 Esito accertamento *pag.74*

5.2 Lentezza iter burocratico *pag.76*

5.3 Tempi erogazione benefici economici e delle agevolazioni *pag.79*

Diritti al taglio - Realzione PiT Salute 2011

Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato

5.4 Rivedibilità *pag.81*
Le testimonianze *pag.83*

6) Accesso ai servizi: difficoltà d'accesso tra costi e tagli *pag.84*
6.1 Servizi sanitari *pag.86*
6.2 Ticket ed esenzioni *pag.88*
Le testimonianze *pag.97*

7) Assistenza ospedaliera *pag.98*
7.1 Rete emergenza-urgenza *pag.99*
7.2 Dimissioni *pag.106*
7.3 Ricoveri *pag.109*

8) Umanizzazione *pag.111*
Le testimonianze *pag.114*

9) Farmaci *pag.115*

10) Patologie rare *pag.120*

Conclusioni *pag.125*

Proposte *pag.128*

Nota metodologica *pag.143*

Ringraziamenti *pag.147*

Appendice: dati regionali *pag.149*

PREMESSA

Le informazioni presentate nel *Rapporto* fanno riferimento alla analisi di 23.524 segnalazioni gestite dal PiT Salute dalla sede nazionale, dalle sedi del Tribunale per i diritti del malato presenti sul territorio nazionale e dai servizi PiT Salute locali.

Il periodo preso in considerazione va dallo 01-01-2010 al 31-12-2010.

Il *Rapporto* è stato redatto da Valeria Fava, Giulia Mannella, Salvatore Zuccarello, Carla Berliri, con la supervisione di Francesca Moccia e la consulenza di Teresa Petrangolini.

Novartis a sostegno della informazione civica

Per il mondo della sanità in Italia sarebbe impensabile, oggi, fare a meno del Rapporto PiT Salute. Chiunque voglia capire come evolve il sistema della salute nel nostro paese e quali servizi siano in grado di offrire ai cittadini/pazienti trova in questa pubblicazione una fonte insostituibile di informazione e di analisi. E a chiunque abbia, a vario titolo, responsabilità nella gestione di questo sistema e di questi servizi, il Rapporto offre la possibilità di valutare oggettivamente, ogni anno, progressi, aree critiche, eventuali lacune.

Il Rapporto PiT Salute è, in altri termini, uno strumento fondamentale di partecipazione e controllo: edizione dopo edizione, contribuisce a far crescere la consapevolezza di quanto sia importante un sistema della salute efficace, sostenibile, rispettoso della dignità di tutti.

Da molti anni, Novartis Italia contribuisce alla realizzazione di questo strumento, nell'ambito di una più ampia collaborazione con Cittadinanzattiva–Tribunale per i diritti del malato.

È una partnership che nasce da valori e obiettivi comuni, e in primo luogo dalla certezza, ampiamente condivisa, che al centro di ogni iniziativa o programma che riguardi la salute non possono esserci altro che i diritti, le esigenze e le aspettative dei pazienti.

Di ogni paziente.

Novartis è impegnata a tradurre questa convinzione in programmi e azioni coerenti.

Lo sviluppo di soluzioni terapeutiche innovative aderenti alle esigenze specifiche delle diverse tipologie di pazienti è una delle grandi sfide della medicina moderna, che Novartis affronta da protagonista. L'obiettivo è quello di ideare e sviluppare terapie sempre più personalizzate in funzione delle differenze di chi le utilizza, prima fra tutte quella di genere. Si contribuisce, in questo modo, a dare ancora più concretezza al principio del diritto alla salute, rendendolo una pratica in grado di assicurare benefici reali e verificabili a ogni paziente.

È ancora più decisivo, in una prospettiva come questa, che l'innovazione farmaceutica raggiunga effettivamente chi ne può trarre giovamento.

E su questo terreno, cruciale per il futuro di un sistema della salute effettivamente al servizio dei cittadini, il ruolo di vigilanza e di stimolo del Rapporto PIT Salute sarà, come sempre, di straordinaria importanza.

Angela Bianchi
Direttore Comunicazione
Novartis Farma SpA

INTRODUZIONE

Il Rapporto PiT Salute è il principale strumento attraverso il quale il Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva fornisce ogni anno una fotografia del Servizio Sanitario Nazionale dal punto di vista del cittadino. Il Rapporto viene infatti realizzato attraverso la raccolta e l'elaborazione delle segnalazioni provenienti dai cittadini che contattano annualmente il Servizio PiT Salute, le sedi del Tribunale per i diritti del malato e i servizi PiT locali.

I dati raccolti e presentati, come in ogni edizione dal 1996 ad oggi, costituiscono una sorta di termometro delle situazioni di malessere con le quali si misurano i cittadini nel loro contatto con i servizi sanitari e per questo possono essere considerati indicatori significativi dei temi sui quali puntare l'attenzione nel contesto della sanità italiana.

Il valore aggiunto di un Rapporto così concepito è rappresentato in primo luogo dalla concretezza delle informazioni che contiene, che derivano dalle richieste dei cittadini e dal carico di sofferenza e di umanità che le caratterizza e ne rende urgente un'efficace azione di tutela; in secondo luogo dall'essere uno strumento di informazione realmente "civico" nel senso di scritto "insieme ai cittadini" che con le loro storie contribuiscono direttamente a realizzarlo.

Questa edizione del Rapporto presenta un quadro molto allarmante dello stato dei servizi sociosanitari nel nostro Paese, effetto della profonda crisi del nostro sistema di welfare.

Il contesto

Il dibattito sulle politiche sanitarie e socio assistenziali nell'ultimo anno si è concentrato principalmente sugli effetti dei tagli alla spesa pubblica, sanitaria e sociale, e su altre misure drastiche e penalizzanti per la qualità dell'assistenza e per l'esistenza stessa dei servizi. Eccone alcune riportate in modo schematico:

- Riduzione del Fondo sanitario nazionale, pari a 550 milioni di euro nel 2010 e 600 milioni di euro nel 2011;
- Taglio alle Regioni di 4 miliardi di euro nel 2011 e 4,5 miliardi nel 2012;
- Blocco del turn over fino al 2015, della contrattazione e delle convenzioni del personale sanitario fino al 2012;
- Tagli alle politiche sociali. In particolare il Fondo per le politiche sociali nel 2008 era pari a 329 milioni di euro, nel 2011 è stato ridotto a soli 44 milioni, il Fondo per le politiche della famiglia nello stesso periodo da 346 milioni è sceso a 31, il Fondo per la non autosufficienza è passato da 300 milioni del 2008 a 0 nel 2011.
- La Manovra correttiva di luglio 2011 ha previsto una riduzione del Fondo sanitario nazionale tra il 2013 e il 2014 di 7.950, essendo stato ridotto l'incremento annuo già fissato.
- Mancata copertura del ticket di 10 euro sulla ricetta nell'ambito della diagnostica e della specialistica.
- La riduzione dei regimi di esenzione, esclusione e favore fiscale.

- La normativa sui costi standard.
- La Manovra bis di agosto 2011 anticipa alcuni provvedimenti e riduce la spesa di 4 miliardi di euro nel 2012 e 16 miliardi nel 2013.
- Il DDL sulla riforma fiscale e assistenziale, che mira a ridurre il totale degli aventi diritto all'assistenza e il numero di prestazioni erogate.
- Si stima una riduzione totale della spesa pari a 40 miliardi di euro nel 2014.

Tutto questo mette a rischio, più di quanto non lo sia già, l'erogazione dei Livelli essenziali di Assistenza. Dal recente monitoraggio condotto dal Ministero della Salute, i LEA non sono garantiti uniformemente: solo 8 Regioni (e tutte del Centro-Nord) li hanno erogati nel 2009, 3 solo parzialmente, mentre le altre non ne hanno garantito l'effettiva erogazione.

Ai tagli delle risorse si devono aggiungere gli aumenti delle imposte e l'introduzione di nuovi ticket sulla diagnostica e sulla specialistica, che hanno reso la situazione ancora più difficile per i cittadini che risiedono nelle Regioni indebitate e sottoposte a Piani di Rientro. Questo vuol dire che nei prossimi anni il rispetto del principio di equità di accesso alle cure sarà messo a dura prova, aggravando le disuguaglianze già esistenti tra i diversi sistemi sanitari regionali[1].

In particolare l'applicazione del superticket di 10 euro ha coinvolto tutte le Regioni, che hanno adottato il provvedimento per non incorrere nella responsabilità di danno erariale nei confronti delle Stato. Alcune Regioni hanno imposto la quota fissa di 10 euro, altre l'hanno modulata sulla base del reddito, altre ancora sulla base del valore della prestazione. Ovunque la misura applicata ha creato disagi, indignazione, preoccupazione per non poter sostenere un ulteriore aggravio, considerando che il ticket sulle prestazioni già grava sulle tasche dei cittadini.

Sulla questione del taglio alle risorse pubbliche il quadro è chiaro: non si sta ragionando sul futuro del Servizio Sanitario Nazionale, sulle risorse da mettere in campo, compresa la cittadinanza attiva, ma si è messo in campo un sistema per fare cassa. D'altro canto, l'aggiornamento dei Lea tanto atteso e annunciato ormai anni fa dal Ministro della salute, non è mai avvenuto e nel 2010 abbiamo ricordato più volte pubblicamente il decimo "non" compleanno dei LEA.

Eppure fatti positivi ci sono stati, come ad esempio l'approvazione bipartisan della Legge n.38/2010 per garantire l'accesso alle cure palliative e la terapia del dolore, un fiore all'occhiello della nostra legislazione che altri Paesi europei ci invidiano e un segno di profonda civiltà del nostro Paese, quella stessa civiltà che, al contrario, manca del tutto nella vicenda, sollevata dalla Commissione parlamentare di inchiesta presieduta da Marino, sullo scandalo degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, chiamati ospedali ma privi di ogni elemento che possa rimandare alla cura di un essere umano. E ancora leggi eternamente in discussione e bloccate nelle Commissioni parlamentari, come quella sul rischio clinico e la responsabilità professionale medica, che, qualora approvata, renderebbe obbligatoria l'assicurazione delle aziende sanitarie per la responsabilità medica, o quella sul Governo clinico tanto discussa, che contiene un emendamento con una citazione della *Carta europea dei diritti del malato*.

1 Osservatorio civico sul federalismo in sanità, Rapporto 2011, www.cittadinanzattiva.it.

Nonostante questa situazione di immobilismo parlamentare, è stata approvata alla Camera a luglio 2011 la legge sulle dichiarazioni anticipate di testamento, una norma che in teoria prevede il riconoscimento del diritto alla autodeterminazione delle persone, ma di fatto nega che l'espressione concreta della autodeterminazione sia effettivamente vincolante: un boomerang per i cittadini italiani.

Ma il dibattito sulle politiche sanitarie si è incentrato anche su altre questioni rilevanti:

- la riorganizzazione dell'emergenza-urgenza, collegata alla chiusura dei piccoli ospedali, alla riduzione dei posti letto e a quella dei pronto soccorso; il tema è ritornato all'attenzione dell'opinione pubblica dopo diverse denunce di affollamento del pronto soccorso, attese eccessive, barelle nei corridoi, ambulanze ferme davanti agli ospedali;
- la sicurezza e la qualità dei punti nascita che effettuano meno di cinquecento parti all'anno; il clamore prodotto da alcuni casi emblematici ha determinato a partire dal 2010 l'avvio di un dibattito anche al livello parlamentare e governativo, approdato in Conferenza permanente delle Regioni con un programma nazionale di interventi per il triennio 2010-2012, le *Linee di indirizzo per il percorso nascita*.
- la questione delle liste d'attesa e l'impatto che ci si aspetta che abbia il nuovo Piano nazionale di governo del fenomeno. La sensazione che si ha è quella di un peggioramento del problema, di un allungamento dei tempi e di una ripresa della cattiva pratica del blocco delle prenotazioni.
- lo scandalo delle RSA e delle strutture territoriali di ricovero, lungodegenze e riabilitazione, sia per la carenza di posti, sia per le condizioni di qualità dell'assistenza e di scarsa accoglienza delle persone, aggravato dai costi proibitivi per le famiglie;
- la questione della conflittualità crescente in ambito sanitario, che emerge periodicamente e che sempre di più è oggetto di dibattito tra giuristi, assicurazioni, organismi di mediazione ex Decreto Legislativo n. 28 del 2010, uffici legali delle asl. In realtà sembra mancare una vera strategia comune, che sarebbe invece vincente se mettesse insieme più soggetti; anche il Parlamento si è arenato, poiché la legge sulla responsabilità professionale medica giace da anni in Commissione Igiene e Sanità del Senato, senza concludere l'iter.

In questo contesto il Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva ha promosso diverse iniziative a tutela dei diritti delle fasce fragili della popolazione.

Dalle segnalazioni dei cittadini alle campagne di informazione e tutela

Sono elencate di seguito le principali campagne promosse quest'anno, anche insieme ad altri soggetti del mondo della cittadinanza attiva, alle quali abbiamo aderito dando un contributo concreto, partecipando a comitati promotori, iniziative pubbliche, conferenze stampa, convegni, manifestazioni di protesta e sit-in.

Sono un V.I.P. (Very Invalid People)

Con questa campagna abbiamo voluto affermare il diritto dei cittadini a ottenere le "indennità economiche correlate al riconoscimento delle minorazioni civili" (Art. 38 della Costituzione Italiana) e denunciare lo stato di estremo disagio in cui gli stessi versano. Non vogliamo difendere "gli imbroglioni", ed è per questo che abbiamo scelto il nome "sono un vip", cioè un "very invalid people", una persona davvero con invalidità. L' obiettivo della campagna è quello di dare vita ad una massiccia raccolta di firme, con eventi e manifestazioni sul territorio per opporci ai disagi derivanti dalle procedure per il riconoscimento delle minorazioni civili, contenute nella legge e nelle direttive dell'Inps, negative proprio per i diritti dei cittadini. Sulla base di queste procedure infatti, le persone devono attendere tempi lunghissimi per il riconoscimento delle minorazioni civili e delle indennità correlate a causa dell'inefficienza delle procedure informatiche e della moltiplicazione dei passaggi burocratici; dopo la visita della Commissione Asl integrata con un medico dell'INPS, sono obbligati ad ulteriori accertamenti in contrasto con gli obiettivi di semplificazione e di rispetto della dignità della persona; sono costretti ad attendere a lungo i verbali degli accertamenti sanitari e a fare i conti con procedure di pagamento bloccate da tempo e, in generale, incontrano numerosi ostacoli all'esercizio del diritto di accesso alle indennità. Vogliamo inoltre denunciare la restrizione dei requisiti sanitari per la concessione dell'indennità di accompagnamento, attuata dall'INPS nel totale disprezzo delle norme, attraverso la Comunicazione interna del Direttore Generale INPS e le "linee guida operative" del 20 settembre 2010. Questi atti rappresentano un palese abuso di potere, non soltanto perché riducono le garanzie per i cittadini di accedere ai benefici previsti dalla Legge, ma anche perché reintroduce criteri di assegnazione dell'accompagnamento più restrittivi che erano stati già bocciati dal Parlamento nel corso dell'approvazione del Decreto Legge 31 maggio 2010, n. 78, poi convertito nella Legge 30 luglio 2010 n. 122. In sostanza, viene aggirata una decisione del Parlamento sovrano, scaturita dalle vibrate proteste delle organizzazioni di tutela dei diritti degli invalidi[2].

2 Dal sito www.sonounvip.it

SOS Ticket, uno sportello per i cittadini

Difficoltà di accesso alle strutture, richieste diverse di asl in asl, incertezze degli operatori, cittadini lasciati da soli di fronte a informazioni frammentarie. Sono questi alcuni dei quesiti a cui ha dato delle risposte lo sportello "Sos Ticket", che ha preso il via il 25 luglio 2011. Obiettivo del servizio è quello di dare vita ad un monitoraggio costante sull'applicazione dei ticket sui territori regionali, grazie alle segnalazioni dei cittadini e all'impegno degli operatori dei Pit locali e delle realtà locali del Tribunale per i diritti del malato. Per contattare lo sportello è stato predisposto un indirizzo e-mail ad hoc - sosticket@cittadinanzattiva.it. Inoltre, sui siti www.cittadinanzattiva.it e www.tribunaledirittimalato.it sono disponibili informazioni dettagliate sulle decisioni prese al livello regionale sulla introduzione dei ticket prevista dalla recente manovra finanziaria, a partire dai tetti massimi stabiliti[3]. In un mese sono giunte molte segnalazioni da parte di cittadini preoccupati per la crescita della spesa per le proprie cure.

StopOpg, per l'abolizione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari[4]

"Gli OPG rappresentano un vero e proprio oltraggio alla coscienza civile del nostro Paese, per le condizioni aberranti in cui versano 1.500 nostri concittadini, 350 dei quali potrebbero uscirne fin da ora. L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario è istituto inaccettabile per la sua natura, per il suo mandato, per la incongrua legislazione che lo sostiene, per le sue modalità di funzionamento, le sue regole organizzative, la sua gestione. La sua persistenza è frutto di obsolete concezioni della malattia mentale e del sapere psichiatrico, ma soprattutto di una catena di pratiche omissive, mancate assunzioni di responsabilità e inappropriati comportamenti a differenti livelli. Al VI° Forum salute mentale - Aversa gennaio 2011 - abbiamo denunciato le omissioni e la mancata assunzione di responsabilità da parte dei decisori politici (Governo e Regioni), delle Aziende sanitarie locali e di molti Dipartimenti di Salute Mentale. Ciò è ancor più grave a 3 anni dalla emanazione del DPCM 1.4.2008 - che dispone la presa in carico degli internati negli OPG da parte dei Dipartimenti - e dopo le sentenze della Corte Costituzionale, del 2003 e 2004, che hanno spalancato possibilità di trattamenti alternativi all'OPG in ogni fase. Riteniamo sia improcrastinabile porre fine allo scandalo degli OPG e che sia possibile farlo all'interno dell'attuale normativa. Perché, come afferma la nostra Costituzione, "la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"[5].

3 www.cittadinanzattiva.it

4 I promotori della campagna: Antigone, ARCI, AUSER, CGIL nazionale, Forum Salute Mentale, Forum per il diritto alla Salute in Carcere, FP CGIL nazionale, Centro Basaglia (AR), Conferenza permanente per la salute mentale nel mondo F. Basaglia, Coordinamento Garanti territoriali diritti dei detenuti, Fondazione Franco e Franca Basaglia, Forum Droghe Psichiatria Democratica, Psichiatria Democratica, Società della Ragione, UNASAM, Associazione "A buon diritto" , SOS Sanità, Cittadinanzattiva, Gruppo Abele, Gruppo Solidarietà, CNCA Coord. Naz. Comunità, Fondazione Zancan, Conferenza Naz. Volontariato Giustizia, ITACA Italia, CNND Coord. Naz. nuove droghe.

5 Testo dell'appello della campagna "StopOpg" (www.stopopg.it).

Io non costringo, curo

Appello dei medici e degli operatori sanitari per la libertà di scelta sul testamento biologico e contro l'accanimento terapeutico."I medici e gli operatori sanitari non vogliono una legge che costringa a mantenere in vita con tecnologie straordinarie o sproporzionate chi ha deciso di rifiutarle in modo consapevole e non ha più una ragionevole speranza di recupero. Non vogliono calpestare, per scelte legislative ideologiche, la deontologia professionale e la stessa Costituzione che garantiscono il rispetto della volontà dell'individuo sulle terapie da effettuare. Non vogliono che l'idratazione e la nutrizione artificiale siano strumentalmente considerate nella legge come "pane ed acqua", in contrasto con la comunità scientifica internazionale e negando l'evidenza della necessità per la loro somministrazione di competenze mediche e sanitarie. Vogliono invece poter lavorare secondo scienza e coscienza in una alleanza terapeutica con la persona assistita, alla quale devono sempre essere garantite la dignità e la decisione finale"[6].

I diritti alzano la voce.

La campagna "I diritti alzano la voce" è nata nella primavera del 2009, quando alcuni esponenti del terzo settore hanno cominciato a incontrarsi, condividendo un'insoddisfazione profonda per come i temi del welfare sono affrontati dalla politica e dai media. Da questo scambio di idee è nata la voglia di prendere posizione pubblicamente con un "Manifesto per il welfare", intitolato "Il benessere è un diritto, la disuguaglianza un'ingiustizia". Il testo presenta i principi etici e politici che ispirano la campagna e i principi che dovrebbero guidare una riforma del welfare che non sia un suo mero smantellamento: la riaffermazione del valore della Costituzione e dei diritti di cittadinanza; la denuncia rispetto alla crescita della povertà, delle disuguaglianze, all'uso del diritto penale e del carcere come risposta ai problemi sociali; la richiesta di una nuova politica, capace di farsi carico, prioritariamente, del bene comune; il valore del lavoro, dell'istruzione, della salute, della casa, di politiche fiscali progressive, di politiche sociali ancorate a diritti universali ed esigibili. Il "Manifesto" è stata anche una prima risposta al "Libro bianco sul futuro del modello sociale" adottato dal Governo. Il "Manifesto" è stato sottoscritto da diverse altre organizzazioni e presentato alla stampa il 1 luglio 2009. Da quel momento è partito un ciclo di incontri a cui hanno partecipato sempre più soggetti del volontariato e del terzo settore. E che ha portato a un risultato concreto: la definizione di un "Documento base generale" che contiene un'analisi della situazione presente rispetto al tema dei diritti e, soprattutto, una proposta politica forte, di sistema, per un nuovo welfare articolata per aree di priorità. A questo documento se ne è aggiunto un secondo, la "Piattaforma politica", in cui sono indicate le proposte considerate prioritarie. Inoltre, si è deciso che era arrivato il momento non solo per prendere posizione e continuare l'azione di pressione sulle Istituzioni e la politica, ma che fosse necessario dar vita a una vera e propria campagna. Capace di parlare all'opinione pubblica, ai cittadini, e non solo agli addetti ai lavori. Capace di ridare senso e linguaggio ai diritti di cittadinanza, alla giustizia, alla solidarietà.[7]

6 Testo dell'appello della campagna "Io non costringo, curo" (www.fpcgil.it).

7 Alla campagna "I diritti alzano la voce" hanno aderito: Antigone, Arci, Arciragazzi, Associazione Città visibile, Associazione Familiari Alzheimer Pordenone Onlus, Associazione Welcome, Auser, Centro Iniziative e Ricerche Euromediterraneo (Cirem) - Napoli, Cittadinanzattiva, Comitato Diritti Civili delle Prostitute, Comunità Saman, Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (Cnca), Emmaus Italia, Erit Italia, Eurocare Italia, Federazione Internazionale "Città sociale" - Campania, Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap (Fish), Federazione Italiana Organismi per le Persone senza Dimora (fio.PSD), Federazione Scs/Cnos - Salesiani per il sociale, Forum Droghe, Ires Campania, Jesuit Social Network (Jsn) Italia, Lunaria, Movi, Movimento Rinnovamento democratico, Solidarietà e Cooperazione - Cipsi.

SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI

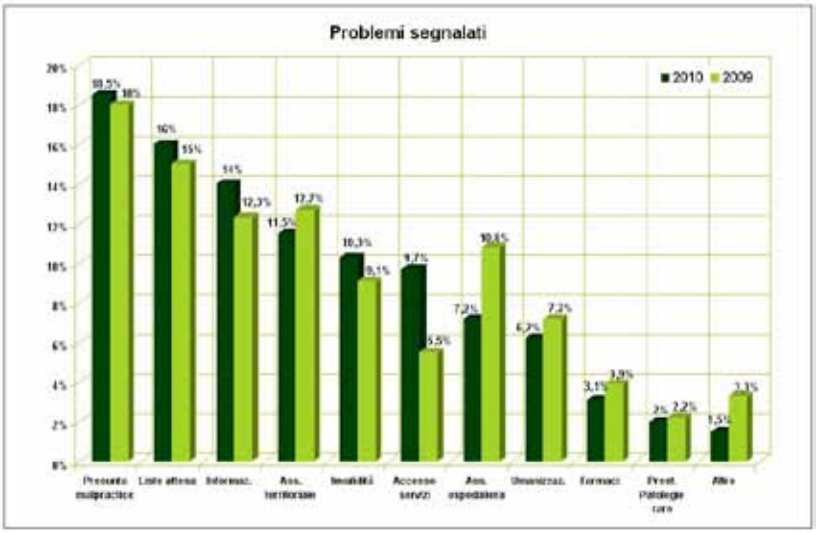


Figura 1– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

PRESUNTA MALPRACTICE E SICUREZZA DELLE STRUTTURE

Trend in aumento (18,5% nel 2010 - 18% nel 2009)

Il tema della malpractice e della sicurezza delle strutture sanitarie continua ad essere il problema più rilevante per i cittadini che ci contattano; il trend della presunta malpractice è inoltre in lieve crescita, e dal 18% del 2009 è passato al 18,5% nel 2010.

I cittadini segnalano meno i presunti errori diagnostici e terapeutici, che dal 63% del 2009, sono scesi al 58,9% nel 2010, tuttavia, le segnalazioni sulle disattenzioni del personale sanitario, ovvero tutti quei comportamenti che pur non avendo causato un danno rappresentano procedure incongrue potenzialmente rischiose, sono più che raddoppiate, passando dal 5,8% del 2009, al 12,9% del 2010.

Il maggior numero di segnalazioni su presunti errori diagnostici si riscontra nell'area oncologica, con un 29,3%. La seconda area più segnalata resta l'ortopedia che si attesta ad un 14,8% ed a seguire l'area della ginecologia ed ostetricia con il 10,1% delle segnalazioni.

Per quanto riguarda gli errori terapeutici, l'ortopedia continua ad essere la specialistica con il maggior numero di segnalazioni (17,6%) seguita poi dalla chirurgia generale, con un 11,7% e dall'oncologia (10,7%), che ha registrato un forte trend in crescita rispetto al 2009.

Le infezioni nosocomiali mantengono sempre la stessa forte rilevanza con un 6,6% nel 2010 delle segnalazioni.

Le segnalazioni sulle condizioni delle strutture dal 19,1% del 2009 sono scese al 17,8% come pure quelle in merito al problema del sangue infetto, dove si riscontra una lieve diminuzione

nelle segnalazioni (3,8% nel 2010).

LISTE D'ATTESA

Trend in aumento (16% nel 2010 - 15% nel 2009)

Uno degli ambiti più segnalati dai cittadini è come sempre quello delle liste d'attesa; il dato generale è in aumento di un punto percentuale rispetto allo scorso anno, passando dal 15% del 2009 al 16% del 2010.

Per quanto riguarda gli esami diagnostici, nel 2009 si è registrato un numero di segnalazioni pari al 50,5% sul totale, mentre nel 2010 il dato si è attestato sul 52,6%. Discorso analogo per quanto riguarda le prenotazioni delle visite specialistiche, sia di primo accesso che di controllo, con il 28% delle segnalazioni nel 2009 e il 28,2% nel 2010. Le attese per gli interventi chirurgici, invece, subiscono una lieve flessione, con una percentuale che, per il 2009 ammontava al 21,5%, mentre si attesta al 19,2% nel 2010.

L'area oncologica è quella che risente maggiormente delle attese per ottenere un esame diagnostico, e viene segnalata dal 18,2% dei cittadini; segue la ginecologia/ostetricia (circa 16% delle segnalazioni, sia nel 2009 che nel 2010) e la cardiologia (il dato relativo è in leggero calo, passando dal 16,1% del 2009 al 14,4% del 2010). In particolare l'ecografia, la risonanza magnetica e la mammografia sono gli esami che si fanno attendere di più. I cittadini sono costretti ad attendere 12 mesi per una mammografia, 10 per una TAC o risonanza magnetica, più di 8 mesi per una ecografia.

Per quanto riguarda le visite specialistiche è sempre l'oculistica quella che risente maggiormente di ritardi (dato 2009: 15,5%; dato 2010: 19,7%), seguita dalla Cardiologia (dato 2009: 8,2%; dato 2010: 10,1%), e dall'Odontoiatria (dato 2009: 8,4%; dato 2010: 10,1%). I cittadini dalle nostre segnalazioni attendono 1 anno per una visita urologia, più di 8 mesi per una visita oculistica ecc.

INFORMAZIONI

Trend in aumento (14% nel 2010 - 12,3% nel 2009)

La carenza di informazioni anche quest'anno è tra i problemi maggiormente segnalati dai cittadini. Il 14% dei cittadini che si è rivolto a noi nel 2010 lamenta difficoltà nel reperire informazioni chiare e certe su vari aspetti rilevanti della sanità.

Il 16,2% delle segnalazioni ha avuto ad oggetto la carenza di informazioni su prestazioni assistenziali che si compone sostanzialmente delle richieste di chiarimenti sulla nuova procedura di invalidità civile ed handicap e sugli assegni di cura. Segue la richiesta di informazioni su strutture esistenti con il 13,7%, ed ancora su accesso alla documentazione sanitaria con il 13,1% delle segnalazioni.

In particolare, attraverso le segnalazioni che registrano un trend in crescita rispetto allo scorso anno è stato possibile individuare due problematiche rilevanti, specchio delle difficoltà emergenti. La prima riguarda il disorientamento vissuto dai cittadini per ciò che riguarda l'assistenza distrettuale (carenza di informazioni su: assistenza sanitaria di base, salute mentale, riabilitazione, assistenza farmaceutica), l'altra riguarda la necessità e la richiesta di informazioni in merito a prestazioni di natura economica che rivela la crisi avvertita dai cittadini in questo particolare momento storico (invalidità civile ed handicap, assegni di cura, rimborsi per cure fuori regione

e all'estero, prestazioni per patologie rare).

ASSISTENZA TERRITORIALE

Trend in diminuzione (11,5% nel 2010 - 12,7% nel 2009)

Il dato generale mostra una leggera flessione del numero di segnalazioni sull'assistenza territoriale: dal 12,7% del 2009 al 11,5% del 2010. Tuttavia permangono grosse difficoltà per i cittadini soprattutto per quanto riguarda l'assistenza primaria di base che si mostra quanto mai inaccessibile, ed il cui dato cresce dal 23% dello scorso anno al 23,8% del 2010. Seguono problemi con l'assistenza residenziale il cui dato sale vistosamente dal 12,8% sale al 18,5%. Le voci che compongono l'assistenza residenziale sono quattro, e riguardano le liste d'attesa (eccessiva lunghezza), i costi per la degenza, la distanza rispetto al domicilio dei familiari, la qualità dell'assistenza medico/infermieristica ed in particolare si riferiscono ad RSA o Lungodegenze.
Anche i servizi di riabilitazione soffrono particolarmente quest'anno, facendo registrare un 17% di segnalazioni sull'assistenza territoriale, con particolare riguardo alla riabilitazione residenziale. Il dato mostra una crescente difficoltà per ciò che riguarda le lunghe attese, carenze di strutture sul territorio, difficoltà d'accesso e dimissione di pazienti complessi.
Salgono in modo evidente anche le segnalazioni sulle prestazioni per la salute mentale, evidenziando problemi quali: ricovero in strutture inadeguate 21,6%, scarsa qualità dell'assistenza fornita dai CSM 17,6%, ancora difficoltà di accesso alle cure pubbliche 13,3% ed insostenibilità della situazione familiare 13%.

INVALIDITÀ

Trend in aumento (10,3%nel 2010 - 9,1% nel 2009)

Quest'anno le segnalazioni sull'invalidità civile ed handicap subiscono, un incremento notevole rispetto allo scorso anno. Dal 9,1% del 2009 salgono al 10,3% nel 2010.
L'esito dell'accertamento sanitario è sempre più segnalato come problematico: dal 28,2% del 2009 si sale al 35,3% nel 2010. In particolare, la percentuale di invalidità è ritenuta inadeguata per il 40% dei cittadini che ci ha segnalato problemi con l'esito dell'accertamento sanitario. I mancati riconoscimenti di accompagnamento, con il 47,8% delle segnalazioni, contribuiscono a definire il quadro delle difficoltà incontrate dai cittadini. La lentezza dell'iter burocratico e l'attesa per la ricezione del verbale registrano, come ogni anno, percentuali molto alte rispettivamente 26,3% e 23,8% del totale delle segnalazioni inerenti l'invalidità civile. In particolare, segnaliamo grosse difficoltà nella presentazione della domanda di invalidità, nella convocazione a visita e nella ricezione del verbale. Infine il tempo necessario per avere l'erogazione delle indennità economiche raggiunge l'anno di attesa.

ACCESSO AI SERVIZI

Trend in aumento (9,7%nel 2010 - 5,5% nel 2009)

Il trend delle segnalazioni sull'accesso ai servizi è in fortissima crescita. Dal 5,5% del 2009 sale al 9,5% nel 2010.
I cittadini avvertono il depauperarsi del sistema sanitario, notano la chiusura di presidi sanitari, vivono l'aumento dei costi, la difficoltà d'accesso alle cure. Così come sentono lo sgretolarsi di

quelle garanzie alle quali potevano affidarsi in anni migliori e che oggi sembrano sempre più svanire.

Le difficoltà segnalate per poter usufruire adeguatamente dei servizi sanitari, in particolar modo per problemi legati ai costi ed al ridimensionamento di servizi e prestazioni, è la voce che maggiormente cresce rispetto a tutte le altre, e raggiunge il 9,7% nel 2010. Il dato si compone della difficoltà d'accesso ai servizi sanitari (54,1%) e dai problemi riscontrari con i ticket e relative esenzioni (45,9%).

I cittadini segnalano con forza che il proprio sistema sanitario va sfaldandosi attraverso le schede che riguardano la chiusura di reparti o strutture (23%), maggiore attesa per il tempo di erogazione del servizio (32,1%) ed in particolare tempi d'attesa più lunghi per accedere alle prestazioni, e ancora attese per ottenere un posto in RSA o in lungodegenza o per effettuare la riabilitazione. I costi sostenuti per "acquistare" i servizi e le prestazioni di cui le persone necessitano appaiono ancora estremamente gravosi (44,9%).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Trend in diminuzione (7,2% nel 2010 - 10,8% nel 2009)

Sebbene il trend delle segnalazioni sull'assistenza ospedaliera sia in diminuzione rispetto al 2009, i problemi che compongono la voce denotano problemi rilevanti ed emergenti.

Quest'anno la rete dell'emergenza urgenza è stata sotto i riflettori per i casi di cronaca, per gli evidenti risvolti che i tagli ai posti letto, il blocco del turn over, la riduzione di alcuni servizi territoriali, ha avuto sulla rete dell' emergenza urgenza. Si attesta pertanto al primo posto tra i problemi segnalati nell'assistenza ospedaliera (41,4%).

Per quanto riguarda le dimissioni, le segnalazioni relative alle dimissioni ritenute improprie sono enormemente aumentate, passando dal 63,9% del 2009 all'82,7%: quasi 20 punti percentuali in più. Se già il dato è allarmante per la sua dimensione, preoccupa ancora di più il fatto che questo cresca così vistosamente da un anno all'altro. Infine, per quanto riguarda le segnalazioni sulle difficoltà riscontrate con i ricoveri il dato più evidente è l'aumento notevole di quelle inerenti il rifiuto di ricovero che sale dal 36,6% del 2009 al 42,4% nel 2010; questo dato riassume le segnalazioni dei cittadini ai quali è stato negato il ricovero presso gli ospedali a causa della carenza di posti letto. Ma a preoccupare in modo crescente è la mancanza di servizi/reparti chiusi anch'essi per razionalizzare la spesa (7,8% nel 2010 contro il 7,3% nel 2009).

UMANIZZAZIONE

Trend in diminuzione (6,2% nel 2010 - 7,2% nel 2009)

Il dato che fa riferimento all'umanizzazione delle cure è in leggera flessione (nel 2010 registra il 6,2%, un punto percentuale in meno rispetto al 7,2% del 2009).

É la mancanza di attenzione, tatto e tempo dedicato ai pazienti a fare da protagonista nel rapporto tra il personale sanitario ed il cittadino ed anche quest'anno raggiunge valori molto alti (37,1%). Incuria (27,4%), indisponibilità a fornire informazioni sullo stato di salute (11,5%), dolore inutile (8,1%) e violazione della privacy (2,8%), sono tutti particolari che mettono in luce quanto il comportamento scorretto e poco umanizzante sia percepito e condannato dai cittadini. Inoltre rappresenta uno dei più frequenti motivi che determinano la sfiducia nel servizio

sanitario nazionale.

FARMACI

Trend in diminuzione (3,1% nel 2010 - 3,9% nel 2009)

Nonostante una lieve flessione rispetto allo scorso anno, il tema dei farmaci è sempre molto sentito dai cittadini che ci contattano, e nel 2010 viene segnalato nel 3,1% dei casi. Al primo posto le segnalazioni inerenti i farmaci irreperibili (13,5% nel 2010 contro il 14,5% nel 2009). A seguire troviamo le difficoltà incontrate con i farmaci in fascia A, che dal 12,3% dello scorso anno passano al 12,7% nel 2010. Il dato mostra dunque un trend in crescita frutto delle segnalazioni dei cittadini alle prese con l'aumento della spesa, determinato dall'introduzione di nuovi ticket regionali sulla farmaceutica, e dalla corresponsione della differenza di prezzo tra la quota rimborsata dal SSR e il costo del farmaco che abitualmente si utilizza. A seguire troviamo le segnalazioni inerenti i problemi con i farmaci in fascia C, che dal 13,4% del 2009 passano ad un 12,3 nel 2010. Un problema rilevante e costantemente segnalato è quello dei farmaci in fascia H, che continua ad essere pesantemente avvertito, sebbene il dato mostri una lieve flessione rispetto al 2009. (12,2% nel 2009 11,6% nel 2010). In questo particolare ambito troviamo le segnalazioni di pazienti che hanno difficoltà ad accedere a terapie con farmaci ospedalieri.
Il tetto di spesa per la farmaceutica ospedaliera appare inadeguato da tempo, e sarebbe utile avviare un serio dibattito per rispondere ai reali bisogni della popolazione. Le ripercussioni sui cittadini sono rappresentate dalla forte limitazione all'accesso alle cure, in cui non viene garantito il farmaco in modo continuo durante l'anno.

PRESTAZIONI PER PATOLOGIE RARE

Trend in diminuzione (2% nel 2010 - 2,2% nel 2009)

Il tema delle patologie rare è segnalata dai cittadini nel 2% rispetto agli altri grandi temi e, dal 2009, ha mantenuto un andamento pressoché costante (2.2% nel 2009, 2% nel 2010). Il mancato riconoscimento di esenzioni, sia per l'acquisto di farmaci che per le prestazioni di diagnosi e monitoraggio della patologia, sono indice del fatto che in Italia da questo punto di vista non è cambiato molto, ed è la prima voce segnalata da questi cittadini. Il dato registrato al 36% nel 2009, giunge il 36.3% nel 2010 mantenendo, quindi, la sua costanza. Un altro dato molto significativo, che cresce di 7,2 punti percentuali (20,2% nel 2009, 27% nel 2010) riguarda la necessità di assistenza continuativa. Mentre negli scorsi anni si segnalava la difficoltà, per un malato raro, di giungere a diagnosi in tempi brevi, oggi si segnala maggiormente la grande difficoltà a mantenere un'assistenza sanitaria costante. Un'altra conseguenza del fatto che l'elenco delle patologie rare sia ormai "antiquato" si desume dalla terza voce segnalata: la necessità che hanno i cittadini di rivolgersi a strutture di riferimento estere per poter curare la propria patologia (18,4% nel 2010 contro il 12% del 2009). Si tratta soprattutto, infatti, di persone affette da patologie non ancora riconosciute in Italia, per cui non sono neanche indicati dal Ministero i centri in grado di prendersi carico di quel tipo di malattia.

1. PRESUNTA MALPRACTICE E SICUREZZA DELLE STRUTTURE

Il tema della malpractice e della sicurezza delle strutture sanitarie continua ad essere uno degli aspetti più rilevanti, come illustrato nella tabella iniziale dei "problemi segnalati", che riporta il maggior numero di segnalazioni. Infatti, **il trend della presunta malpractice, è in lieve crescita**, **e dal 18% del 2009 è passato al 18,5% nel 2010**; ciò sta a significare che, il problema della sicurezza in sanità, è ancora lungi dall'essere risolto.
Come sarà meglio illustrato di seguito, quello che si vuole mettere in luce, in questo capitolo, è il perpetrarsi di una serie di comportamenti, disattenzioni, condizioni organizzative dei nostri presidi medico sanitari che fanno sì che le condizioni di sicurezza nelle strutture siano ancora ad alto rischio.

Presunta malpractice e sicurezza delle strutture	2010	2009
Presunta malpractice:		
Presunti errori diagnostici e terapeutici	58,9%	63%
Disattenzione del personale sanitario	12,9%	5,8%
Infezioni nosocomiali	6,6%	6,7%
Condizioni delle strutture	17,8%	19,1
Sangue infetto	3,8%	5,4%
Totale	100%	100%

Tabella 1– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Entrando nel dettaglio, nella *tabella 1*, si può notare che, se da una parte **i cittadini segnalano meno i presunti errori diagnostici e terapeutici,** che dal 63% del 2009 sono scesi al 58,9% nel 2010, di contro, **le segnalazioni sulle disattenzioni del personale sanitario sono più che raddoppiate**, passando dal 5,8% del 2009 al 12,9% del 2010.
Le infezioni nosocomiali mantengono sempre la stessa rilevanza, con una lievissima flessione dal 6,7% del 2009 al 6,6% del 2010; un dato che, come illustreremo in seguito, è sicuramente sottostimato.
Le segnalazioni sulle condizioni delle strutture, dal 19,1% del 2009 **sono scese** al 17,8% nel 2010, segno che qualcosa nell'ammodernamento delle stesse si sta muovendo.
In merito al problema del **sangue infetto,** si riscontra una lieve diminuzione nelle segnalazioni che dal 5,4% del 2009 sono scese al 3,8% nel 2010. Ma le problematiche in gioco sono ancora molte, come vedremo.

1.1 - Presunti errori diagnostici e terapeutici

In questo capitolo, analizzeremo le segnalazioni che riportano esperienze riferite ad indagini diagnostiche o a scelte terapeutiche, quali ad esempio interventi chirurgici, cure farmacologiche, **che hanno avuto risvolti tali da far ipotizzare,** a chi le ha vissute, **la possibilità di essere incorsi in un episodio di malpractice.**

Ci teniamo a ribadire che questi dati, pur non avendo una rilevanza statistica, rappresentano comunque segnalazioni di eventi avversi, che non si sarebbero dovuti manifestare, e che pertanto rappresentano possibili **eventi sentinella, su cui riflettere** ed **intervenire**, al fine di **garantire la qualità e la sicurezza delle cure**.

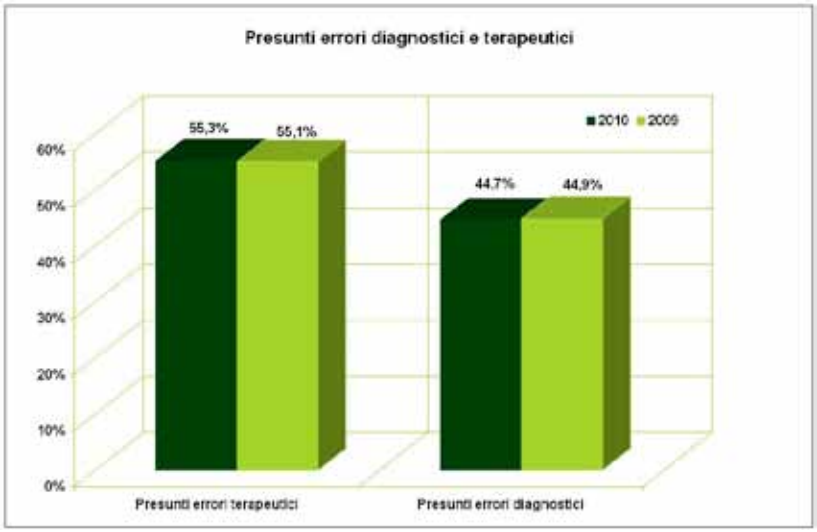


Figura 1– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Come si può vedere dal grafico, **gli errori terapeutici sono stati segnalati in una percentuale maggiore di quelli diagnostici,** e dal 2009 sono aumentati di poco, passando dal 55,1% al 55,3%. Le segnalazioni sugli **errori diagnostici, invece**, **sono lievemente diminuite**, passando da un 44,9 del 2009 ad un 44,7% nel 2010.

Vediamo quindi quali siano le motivazioni che spingono i cittadini a segnalare un possibile problema di malpractice.

Le persone continuano a evidenziare difficoltà nel comunicare ai medici i propri sintomi ed i propri bisogni sanitari laddove il tempo dedicato loro è sempre meno. Spesso i sanitari compilano **anamnesi affrettate**, **redatte in poco tempo** ed in **ambienti caotici**, che non mettono il cittadino nelle condizioni di comprendere e riferire informazioni preziose per gli stessi medici.

La **mancanza di spazi e tempi idonei per la comunicazione** fa sì che **non si riesca ad essere adeguatamente informati** su procedure sanitarie, eventi avversi ed altre informazioni utili per

prendere decisioni con consapevolezza, come quella ad esempio, di scegliere se sottoporsi o meno ad un certo tipo di intervento. In queste condizioni può capitare che **informazioni importanti**, come quelle di patologie concomitanti o allergie, **non vengano riportate in cartella clinica,** e quindi non vengano prese in considerazione, con tutte le conseguenze del caso.
Questi sono solo alcuni esempi che ci fanno comprendere quanto sia importante la comunicazione medico-paziente e quanto questa debba essere assolutamente recuperata, non solo in un'ottica relazionale, quanto piuttosto come elemento essenziale del processo di cura.

Ulteriore **difficoltà** lamentata dai cittadini che può contribuire a valutare la possibilità di essere vittima di malpractice, è quella di non riuscire **ad avere un unico referente con il quale rapportarsi;** questo aspetto chiaramente è più frequente quando ci si rivolge a grandi strutture sanitarie. Spesso i sanitari si alternano nella cura del paziente, ma lo scambio di dati e informazioni fra di loro non viene sempre condiviso, e talvolta il paziente riceve **informazioni contrastanti**. Permane poi il problema delle **cartelle cliniche**, che **non** sono ancora completamente **informatizzate,** con parti **scritte a mano**, **non sempre comprensibili** e con impaginazioni che non seguono la cronologia degli eventi. **Dati** importanti, talvolta **omessi**, quali la rilevazione del peso, della temperatura corporea, ed altri dati fisiologici di rilievo. **Non** sempre **viene** ben **documentato lo stato del paziente**, le sue reazioni alle cure, i sintomi, **la rilevazione del dolore** ecc. La mancanza di questi dati può comportare spesso un ritardo diagnostico, errori terapeutici ed una cattiva gestione delle complicanze.

La tabella sottostante, che andremo ad illustrare, riporta la comparazione fra i dati del 2009 e quelli del 2010 delle **segnalazioni giunte sui presunti errori diagnostici**, suddivise per area specialistica.

Presunti errori diagnostici/Area specialistica	2010	2009
Oncologia	29,3%	27,6%
Ortopedia	14,8%	17,2%
Ginecologia e ostetricia	10,1%	13,7%
Cardiologia	8,2%	10,4%
Neurologia	7,0%	6,9%
Pneumologia	6,0%	0,0%
Oculistica	5,0%	3,5%
Odontoiatria	4,1%	3,5%
Dermatologia	3,1%	0,0%
Gastroenterologia	3,1%	6,9%
Malattie infettive	2,1%	3,5%
Pediatria	1,2%	0,0%
Altre aree	6,0%	6,8%
Totale	100%	100%

Tabella 2– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Dall'analisi dei dati si può riscontrare che vi sia stato un **incremento di segnalazioni** su alcune aree specialistiche, e in particolare la **pneumologia** (+6%), la **dermatologia** (+3,1%), **l'oncologia** (+1,7%), l**'oculistica** (+1,5%), la **pediatria** (+1,2%), **l'odontoiatria** (+0,6%), e la **neurologia** (+0,1%).
L'aumento di segnalazioni su queste aree potrebbe far ipotizzare un aumento di problematiche, connesse anche a **fattori ambientali e di inquinamento**, specie per quanto riguarda la pneumologia, la dermatologia, l'oncologia, la pediatria e l'oculistica; tuttavia questa considerazione rivela anche che l'incidenza crescente di questi possibili fattori, non appare sufficientemente contenuta.
Il **maggior numero di segnalazioni** su presunti errori diagnostici li possiamo ritrovare nell'**area oncologica,** con un 29,3%. Queste segnalazioni sono le più sentite in quanto un errore in questo campo, più che in altri, può avere un esito fatale. Come si potrà meglio vedere dalle tabelle sottostanti, il presunto errore spesso si verifica per **sottovalutazione dei sintomi riferiti dal paziente,** ma anche, a causa di **accertamenti effettuati con poca cura**, con **macchinari obsoleti**, per **errate prescrizioni diagnostiche** o per **errata lettura delle immagini**.
La **seconda area** per numero di segnalazioni resta **l'ortopedia** che sebbene abbia riportato una **diminuzione di** 2,4 punti percentuali si attesta ad un **(14,8%**) delle segnalazioni totali, sui presunti errori diagnostici. Le **disattenzioni maggiori**, che spesso avvengono **in pronto soccorso** riguardano, anche in questo caso, la **mancata diagnosi per sottovalutazione dei sintomi** e le **errate diagnosi** causata da una **esecuzione o lettura degli accertamenti** diagnostici frettolosa.

Anche le segnalazioni su presunti **errori diagnostici in ginecologia e ostetricia**, (13,7% nel 2009), **sono scese** di 3,6 punti percentuali, giungendo ad un (10,1%) nel 2010.
Ipotizziamo che la diminuzione possa essere dovuta alla **maggiore consapevolezza delle donne** sull' importanza di effettuare **screening periodici di controllo**, (pap test, ecografie pelviche, visite ginecologiche ecc.), ed alla **maggiore attenzione nel segnalare dubbi e sintomi** diagnostici.
A tutto ciò aggiungiamo inoltre un **aumento di informazione** da parte dei media con **programmi televisivi a carattere scientifico-sanitario**. Ciò ha probabilmente contribuito a diffondere campagne informative di prevenzione, come quella della vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV). Un altro elemento, infine, potrebbe essere quello della **maggiore attenzione posta sui punti nascita**, che attraverso la chiusura dei presidi più piccoli e con meno garanzie, ha orientato verso grandi **centri specialistici che offrono maggiore affidabilità.**

Molte segnalazioni di sospetti errori diagnostici hanno riguardato anche **ritardi sulle diagnosi di infezioni contratte in ospedale;** di queste molte riguardano la pneumologia, e ne parleremo in un ulteriore paragrafo.
Infine, per quanto riguarda le segnalazioni di **gastroenterologia,** dal 6,9% del 2009 sono **scese**, attestandosi ad un (3,1%) nel 2010. Riteniamo che tale calo possa anche esso dipendere da una **ampia campagna di prevenzione e un maggiore ricorso ad esami diagnostici,** eseguiti in centri e laboratori sempre più specializzati, quali ad esempio, quelli per la ricerca dell'Elicobacter Pilori (batterio che alberga nella mucosa gastrica, e che causa lesioni nell'epitelio, comportando gastriti ed ulcere), quelli per la ricerca delle intolleranze (es. al lattosio e al lattulosio) o per le ricerche sulla celiachia.

Entrando nello specifico, **definiamo** come presunto **errore diagnostico,** quel processo di valutazione che porta ad una diagnosi erronea, mancata, o ritardata, e che, a sua volta, potrebbe comportare, errori clinici e causare anche il decesso del paziente.

L'errore diagnostico, può **dipendere** da **molti fattori** e spesso vi è una concausa di elementi, che fa sì che l'errore si presenti. **Le responsabilità non** vanno quindi ricercate e attribuite **solo sul singolo operatore**, ma spesso, **sono il risultato di una errata organizzazione clinica – manageriale.**

Elaborare un modello, per migliorare il sistema clinico, piuttosto che punire solo la responsabilità dei singoli operatori, potrebbe rappresentare una strategia vincente, sia da un punto di vista clinico, che economico.

La **sicurezza dei pazienti e di chi lavora** nelle strutture sanitarie, assieme alla qualità delle prestazioni offerte, dovrà essere **uno degli obiettivi prioritari del servizio sanitario**, e **dovrà coinvolgere tutti**. Pertanto, l'attenzione che andrà posta, **sull'individuazione di strategie** volte alla **prevenzione e gestione del rischio clinico**, non dovrà essere indifferente. Questo processo, già avviato da diversi anni, denominato *risk management,* appare ancora troppo spesso disatteso e lasciato solo sulla carta.

Il nostro contributo, vuole essere quindi, quello di ribadire nel concreto, di mostrare quello che di fatto ancora non funziona e su cui è indispensabile porre l'attenzione.

I box che seguono riportano alcune delle principali problematiche, esemplificative delle principali segnalazioni dei cittadini.

SEGNALAZIONI GENERICHE DI PRESUNTI ERRORI DIAGNOSTICI

- Ritardo diagnostico nell'individuare una patologia in atto, per sottovalutazione delle informazioni fornite dal paziente.
- Mancata prescrizione di accertamenti idonei a porre corretta diagnosi.
- Interpretazione errata di test o indagini strumentali (es. errata lettura di radiografie).
- Accertamenti eseguiti con poca cura e superficialità (es. talune valutazioni ecografiche che non hanno messo in luce patologie presenti).
- Inadeguata scelta di esami diagnostici, per la individuazione di patologie sospettate.
- Ritardo diagnostico, per impossibilità ad avere in tempi adeguati, l'accesso all'esame diagnostico.
- Errore diagnostico dovuto all'utilizzo di macchinari obsoleti.
- Errata prescrizione diagnostica.
- Errore di sede dell'accertamento (es. RX su arto sbagliato).
- Errore diagnostico dovuto a esami di qualità scadente.
- Errore diagnostico per errato prelievo (es. biopsie, aghi aspirati, ecc.).
- Errata diagnosi patologica.
- Errata lettura di vetrini anatomo-patologici ed esami istologici.
- Errori di refertazione.
- Errori nell'utilizzo di reagenti negli esami di laboratorio.
- Errori di trascrizione dei referti.
- Errori di attribuzione dei risultati degli esami ad errato paziente per omonimia o altro.

SEGNALAZIONI DI PRESUNTI ERRORI DIAGNOSTICI IN ONCOLOGIA

- Ritardo di diagnosi tumorale, per sottovalutazione dei sintomi riferiti.
- Errata esecuzione ecografica che non ha visto la neoformazione presente.
- Errata o mancata diagnosi di presenza di metastasi.
- Errato prelievo con ago aspirato, che non ha centrato la neoformazione dando un falso negativo.
- Errata esecuzione e /o lettura di accertamenti radiografici.
- Prescrizione di accertamenti non idonei alla rilevazione della neoplasia.
- Mancata prescrizione di accertamenti utili alla rilevazione della patologia (es. TAC ; RMN; Total Bod; ecografie; ecc.).
- Mancata prescrizione di esami per la verifica della presenza di markers tumorali.
- Mancata comunicazione all'interessato di risultati positivi di patologia oncologica (es. rispo sta pap test; accertamenti casuali fatti in occasione di altri interventi; ecc.).
- Errata lettura di esami istologici estemporanei e definitivi.
- Errata valutazione della stadiazione del tumore.
- Errata valutazione di fattori di rischio concomitanti (es. collocazione della neoplasia aderente a vasi, nervi o ad altri organi).
- Mancata prescrizione di accertamenti di controllo, nel post intervento.
- Errata diagnosi radio e chemioterapica.
- Mancata rivalutazione diagnostica post radio e chemioterapia.

SEGNALAZIONI DI PRESUNTI ERRORI DIAGNOSTICI IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Mancata diagnosi di fratture, per sottovalutazione da parte dell'ortopedico dei sintomi segnalati dal paziente.
- Errata diagnosi, per errata lettura delle immagini radiografiche (RX, RMN, TAC, ecc.).
- Mancata diagnosi per errato posizionamento posturale, durante l'esame diagnostico.
- Errata diagnosi per errata prescrizione diagnostica (es. viene richiesto l'accertamento su una parte dell'articolazione, mentre la frattura si trova in altro punto).
- Mancata o ritardata diagnosi di infezione del sito chirurgico.
- Mancata o ritardata diagnosi di osteomielite.
- Mancata o ritardata diagnosi di lesioni ai legamenti, nervi, vasi, ecc. per non adeguati e approfonditi accertamenti.
- Errata o mancata diagnosi di lesioni nervose per mancato accertamento elettromiografico.
- Mancata diagnosi di lesioni da errata immobilizzazione (es. gesso troppo stretto).
- Mancato controllo diagnostico della corretta immobilizzazione.
- Mancata diagnosi di dismetria degli arti.
- Mancata diagnosi di ginocchio valgo o Varo.
- Errate diagnosi su ernie del disco (es. dislocazione).
- Mancata diagnosi di complicanze, per omessi controlli post intervento (es, errato inserimento di placche, viti, fili di kirshner, ecc.).

SEGNALAZIONI DI PRESUNTI ERRORI DIAGNOSTICI IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA

- Errata o ritardata diagnosi di patologie ginecologiche (fibromi; polipi; cisti ovariche; tumori uterini e delle ovaie; ecc.).
- Errata diagnosi ecografica di patologie sul feto (es. mancanza o incompletezza di organi).
- Errata diagnosi su liquido amniotico (sindrome di Down; malattie genetiche; ecc.).
- Errori di lettura dei tracciati tocografici (es. mancata diagnosi di sofferenza fetale).
- Mancata diagnosi tempestiva di emorragia in atto.
- Diagnosi intempestiva di gravidanza extrauterina.
- Mancata o intempestiva diagnosi di infezione uterina post partum (per residui placentari non diagnosticati).
- Intempestiva diagnosi di infezione della ferita chirurgica.
- Errate o intempestive diagnosi di rischio di aborto o in atto.

SEGNALAZIONI DI PRESUNTI ERRORI DIAGNOSTICI IN CARDIOLOGIA

- Errori di diagnosi per errata lettura dei tracciati cardiologici.
- Errate o ritardate diagnosi di patologie cardiache (per sottovalutazione di sintomi, e di analisi di laboratorio).
- Errata o mancata diagnosi di infarto.
- Ritardata diagnosi di endocardite.
- Ritardi diagnostici in pazienti affetti da fibrillazione atriale.
- Ritardate diagnosi di patologie coronariche (es. presenza di stenosi importanti).
- Errate diagnosi di patologie valvolari.

- Errata diagnosi di mancata chiusura del Difetto interventricolare.
- Ritardata diagnosi di emorragia in atto, post intervento endoscopico.

SEGNALAZIONI DI PRESUNTI ERRORI DIAGNOSTICI IN NEUROLOGIA

- Errata o ritardata diagnosi di ictus in atto.
- Errata o ritardata diagnosi di emorragia cerebrale.
- Errata o ritardata diagnosi di stenosi del canale vertebrale.
- Errata o ritardata diagnosi di encefalite virale.
- Errata diagnosi di patologie neurologiche per errata esecuzione di accertamenti diagnostici (TAC; RMN; ecc.) di scarsa qualità o effettuati erroneamente).
- Errata lettura di accertamenti diagnostici.
- Mancata diagnosi di danni neuronali per mancata esecuzione di accertamenti elettromiografici.
- Errata diagnosi su neoformazioni cerebrali
- Errata diagnosi su ernie discali.
- Errata o mancata diagnosi di insorgenza di infezioni.

SEGNALAZIONI DI PRESUNTI ERRORI DIAGNOSTICI IN PNEUMOLOGIA

- Errore diagnostico da errata esecuzione di lastre toraciche o di errata lettura.
- Errata o mancata diagnosi di polmonite.
- Errata o mancata diagnosi di versamento pleurico.
- Ritardo diagnostico di insorgenza di infezioni nosocomiali.
- Errata o mancata diagnosi di edema polmonare.
- Ritardo diagnostico di infezioni polmonari in atto pur in presenza di rilevanti dati di laboratorio (es. aumento di Leucociti; VES; P-CR; D-DIMERO; ecc.)

SEGNALAZIONI DI PRESUNTI ERRORI DIAGNOSTICI IN OCULISTICA

- Errata valutazione del visus.
- Errata o mancata diagnosi di cataratta.
- Errata o mancata diagnosi di distacco di retina.
- Errata o mancata diagnosi di Glaucoma.
- Ritardo di diagnosi di infezione dell'occhio.
- Errata diagnosi di foro maculare.
- Errata diagnosi di miopia.

SEGNALAZIONI DI PRESUNTI ERRORI DIAGNOSTICI IN ODONTOIATRIA:

- Errori diagnostici dovuti ad ortopanoramiche di qualità scadenti.
- Errata o mancata diagnosi di granulomi.
- Errata o mancata diagnosi di carie.
- Errata diagnosi valutativa di impianti protesici.

La tabella seguente riporta la comparazione dei dati in percentuale, del 2009 e del 2010, rispetto ai **presunti errori terapeutici** giunti ai nostri servizi di tutela ed è divisa per aree specialistiche.

Presunti errori terapeutici/Area specialistica	2010	2009
Ortopedia	17,6%	33,3%
Chirurgia generale	11,7%	8,0%
Oncologia	10,7%	6,7%
Odontoiatria	8,9%	8,0%
Cardiologia	7,9%	1,3%
Oculistica	5,0%	6,7%
Neurologia	5,0%	1,4%
Ginecologia e ostetricia	4,1%	10,7%
Gastroenterologia	4,0%	5,3%
Urologia	3,5%	2,7%
Cardiochirurgia	2,2%	1,3%
Ematologia	2,2%	2,7%
Pneumologia	1,7%	2,7%
Angiologia	1,7%	0,0%
Pediatria	1,7%	1,3%
Chirurgia estetica	1,6%	0,0%
Nefrologia	1,1%	0,0%
Medicina generale	1,1%	1,3%
Otorinolaringoiatra	1,1%	1,3%
Altre aree	7,2%	5,3%
Totale	100%	100%

Tabella 3– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Come si può osservare, **l'ortopedia**, nonostante riporti una forte flessione (-15,7 punti percentuali) nel 2010, continua ad essere la specialistica con il maggior numero di segnalazioni di presunti errori terapeutici (17,6%). Seguita poi dalla **chirurgia generale,** con un **11,7% di segnalazioni nel 2010**, che ha riportato un aumento di 3,7 punti percentuali rispetto ai dati del 2009 (8%).

Segue poi **l'oncologia** (10,7%), che ha registrato un forte trend in crescita rispetto al 2009, dove riportava un (6,7%).

L'odontoiatria è salita di **0,9 punti percentuali,** attestandosi all' 8,9 %.

La **cardiologia è** la branca che **ha riportato il più alto incremento di segnalazioni (+6,6 punti percentuali)** passando dal 1,3% del 2009 al 7,9% del 2010.

L'oculistica ha riportato **una lieve flessione (-1,7 punti percentuali),** e dal 6,7% del 2009 è passata al 5.0% del 2010.

La **neurologia** ha riportato un notevole **incremento (+3,6 punti percentuali),** dall'1,4% del 2009

è arrivata al 5,0% del 2010.
Un dato interessante è quello della **ginecologia** che ha riportato **una netta riduzione delle segnalazioni (-6,6 punti percentuali)** passando dal 10,7% del 2009, al 4,1% del 2010.
La **gastroenterologia** riporta una lieve **flessione (-1,3%),** dal (5,3%) del 2009 va al (4,0%) nel 2010. Mentre l'**urologia** riporta un **lievissimo aumento** del (+0,8%); come anche la **cardiochirurgia (+0,9%).**
Ad una analisi di fondo, ciò che emerge in modo netto è l'aumento delle segnalazioni per le aree più critiche della sanità, ovvero quelle a più alta frequenza di mortalità: l'oncologia e la cardiologia.
In sostanza, sembrerebbe che l'aumento di segnalazioni di presunti errori terapeutici, sia avvenuto per quelle specialità in cui, a differenza di quel che ci si aspetterebbe, la tecnologia si è maggiormente evoluta. **La chirurgia generale**, attraverso le nuove procedure di chirurgia endoscopica e all'apporto di nuovi strumenti tecnologici (come i bisturi elettrici) ha raggiunto grandi risultati, migliorando di molto l'aspetto cruento degli interventi laparotomici. Gli accessi mini invasivi effettuati in endoscopia, oltre a comportare cicatrici più contenute, hanno ridotto anche i giorni di degenza.
Per quanto attiene all'**oncologia**, si è visto che la strumentazione diagnostica più sofisticata ha permesso di intervenire attraverso procedure eco guidate ed endoscopiche più precise. Per quanto attiene alla **cardiochirurgia** e alla **neurologia,** si sono realizzati interventi impensabili un tempo, e questo è stato possibile grazie all'ausilio di strumenti computerizzati e di alta tecnologia.Tutto ciò ha comportato per il cittadino un **forte aumento delle aspettative di successo** dei risultati terapeutici, tuttavia **non sempre** ottenuti a causa di **molti fattori concomitanti**, fra i quali, anche le maggiori difficoltà nell'utilizzo degli stessi nuovi strumenti e la carenza di specializzazione nell'utilizzo di nuove strumentazioni. Talvolta l'uso di tecniche endoscopiche ha fatto insorgere **infezioni sistemiche** in quanto non si sono messe in atto tutte le dovute accortezze e prevenzioni.

Per tali motivi quindi, i cittadini che non hanno ottenuto i risultati sperati, o che hanno riportato effetti collaterali a seguito di interventi, di cui talvolta non erano stati preventivamente informati, ci hanno contattato presupponendo di aver subito un errore terapeutico chiedendoci di poter effettuare una consulenza medico legale.

SEGNALAZIONI DI PRESUNTI ERRORI TERAPEUTICI IN ORTOPEDIA

- Protesi d'anca.
- Lussazione della spalla.
- Frattura dell'omero.
- Frattura del femore.
- Protesi al ginocchio.
- Frattura del menisco.
- Intervento al ginocchio per iperpressione rotulea.
- Frattura del radio.
- Frattura dell'ulna.
- Interventi sulla caviglia.
- Frattura della tibia.
- Frattura malleolo tibiale.
- Intervento di osteotomia tibiale.
- Intervento artroscopico ai legamenti crociati.
- Frattura della meta epifisi distale del perone.
- Ernie dorsali.
- Ernie cervicali.
- Ernie lombari.
- Alluce valgo.
- Intervento sul piede.
- Interventi sulla mano.
- Fratture delle dita.
- Intervento di stabilizzazione delle vertebre.
- Correzione del piede piatto.
- Intervento al Tunnel Carpale.
- Deviazione setto nasale.

Errata immobilizzazione:

- Scelta inappropriata della posizione in cui immobilizzare l'arto.
- Scelta discutibile del tipo di presidio immobilizzante da applicare (fasciature, ingessatura, tutore, stecca, chiodi, mezzi di sintesi, ecc.).
- Dubbi sulla scelta del tutore.
- Dubbi sui tempi di immobilizzazione e tenuta del gesso.
- Scelta dei mezzi di sintesi.

Errata scelta terapeutica:

- Sulla tipologia di intervento chirurgico (in artroscopia; laparotomia; ecc.).
- Sui farmaci somministrati (Anestetici; analgesici; antibiotici; antitrombotici; diuretici; ecc.).
- Sulla necessità di eseguire trasfusioni.

Insorgenza di problematiche nel post intervento:

- Lesioni tendinee.
- Lesioni su nervi.
- Lesioni di vasi.
- Parestesie.
- Insorgenza di algie.
- Mancanza di sensibilità tattile.
- Rottura di mezzi di sintesi.
- Dolore da errato inserimento di viti e placche.
- Algia da errata immobilizzazione per gesso troppo stretto.
- Arto immobilizzato male.
- Arto rimasto storto.
- Insorgenza di osteomielite post intervento.
- Insorgenza di paraparesi dopo intervento di ernia dorsale.
- Dita rimaste curve dopo intervento per alluce valgo.
- Necessità di reimpianto di protesi d'anca per protesi difettosa inserita male.
- Dismetria degli arti dopo inserimento di protesi dell'anca.
- Infezione della ferita chirurgica.
- Lussazione dell'anca.
- Mancanza di risultati dopo intervento sulla mano.
- Necessità di nuovo intervento dopo ernia del disco.
- Non corretta funzionalità dell'arto per mancato o errato ripristino di legamenti.
- Difficoltà di movimento per mancata o errata terapia riabilitativa.
- Presenza di instabilità della colonna vertebrale dopo intervento su ernia.

SEGNALAZIONI DI PRESUNTI ERRORI TERAPEUTICI IN CHIRURGIA GENERALE

Tipologia di interventi di chirurgia generale su cui abbiamo avuto segnalazioni:

- Interventi su appendice.
- Interventi di tonsillectomia.
- Interventi sulla tiroide.
- Interventi sulle vie biliari.
- Interventi di riduzione dello stomaco.
- Interventi per rettocele.
- Interventi di asportazione di polipi intestinali.
- Interventi su fistole anali.
- Interventi su diverticoli.
- Chirurgia addominale.
- Interventi su rottura splenica.
- Chirurgia peniena.

- Interventi di endometriosi.
- Interventi su lipomi.
- Interventi su ematomi sottodurali.
- Interventi di ipertrofia prostatica.
- Interventi di ernia inguinale.
- Interventi su idrocele.

Principali problematiche segnalate inerenti a presunti errori terapeutici in chirurgia generale:

- Danni durante gli interventi su nervi, vasi, altri organi.
- Insorgenza di infezioni delle ferite chirurgiche.
- Cedimenti di punti di sutura, e suppurazioni.
- Riscontro di cicatrici antiestetiche.
- Interventi su punti mal messi, non riassorbibili, che creano fastidi.
- Interventi per togliere aderenze dovute a precedenti interventi.
- Interventi per rimozioni di clips o altri materiali chirurgici
- lasciati impropriamente.
- Interventi d'urgenza per bloccare emorragie causate da vasi non ben suturati.
- Lesioni prodotte durante interventi eseguiti in endoscopia.
- Insorgenza di flebiti e trombi causati da errati accessi sui vasi sanguigni e da mancata somministrazione di terapia anticoagulante.
- Prolungamento del ricovero per insorgenza di infezioni nosocomiali.
- Errato posizionamento del paziente sul letto operatorio.
- Errata disinfezione della cute e preparazione all'intervento.
- Lesioni causate durante intubazione su denti e corde vocali. nervi ricorrenti.
- Mancata esecuzione di antibiogrammi per individuare infezioni in atto.
- Mancanza di adeguati controlli post operatori per una individuazione precoce di errori e complicanze post operatorie.
- Decesso per emorragia.
- Decesso per setticemia.

SEGNALAZIONI DI PRESUNTI ERRORI TERAPEUTICI IN ONCOLOGIA

Principali tipologie di tumori segnalati:

- Tumore al seno.
- Tumore alla tiroide.
- Tumore al polmone.
- Tumore al colon.
- Tumore al rene.
- Tumore al pancreas.
- Tumore dell'utero.
- Tumore ovarico.
- Leucemia.

- Melanoma.
- Tumore cerebrale.

Tipologie di segnalazioni oncologiche di presunti errori terapeutici:

- Errata esecuzione di ago aspirato o di escissione di neoformazione per studio diagnostico, che potrebbe comportare il rischio di disseminazione di patologia o di risultato errato qualora non fosse stato centrato il punto sospetto.
- Intervento chirurgico con asportazione incompleta della massa oncologica (rischio di disseminazione).
- Interventi troppo demolitivi rispetto alla neoplasia diagnosticata.
- Ritardo nella prescrizione e somministrazione di adeguata terapia oncologica.
- Ritardo o mancata effettuazione di Radio e/o chemioterapia quando era necessaria.
- Errori terapeutici inerenti alla terapia chemioterapica (es. dosi e vie di somministrazione non corrette.
- Mancanza di opportuni controlli di screening per il monitoraggio della patologia e per la prevenzione della sua ripresa .
- Mancanza di adeguata assistenza e nei tempi congrui per i malati terminali.
- Mancanza per malato e familiari di adeguata assistenza e sostegno psicologico.
- Difficoltà di accesso nei centri di terapia oncologica.

SEGNALAZIONI DI PRESUNTI ERRORI TERAPEUTICI IN ODONTOIATRIA

Tipologie di segnalazioni odontoiatriche:

- Cure canalari.
- Estrazioni di denti
- Esecuzione di impianti
- Esecuzione di protesi
- Trattamento delle carie
- Trattamento della Piorrea
- Pulizia dentale

Tipologie di segnalazioni di presunti errori terapeutici in odontoiatria:

- Danni ricevuti su denti sani durante le cure.
- Danni sul nervo trigeminale durante interventi di estrazioni di denti, inserimento di perni ecc..
- Errato confezionamento di protesi (danni estetici; difficoltà nella fonazione e nell'alimentazione).
- Errato posizionamento di perni per impianto.
- Errata cura di carie.
- Errata cura canalare.

- Errata ricostruzione dentale.
- Insorgenza periodica di infezioni.
- Mancata prescrizione di terapia antalgica.

SEGNALAZIONI DI PRESUNTI ERRORI TERAPEUTICI IN CARDIOLOGIA E CARDIOCHIRURGIA:

Tipologie di segnalazioni giunte per cardiologia e cardiochirurgia:

- Mancata o ritardata assistenza per sottovalutazione della sintomatologia riferita dal paziente.
- Disattenzione nell'esecuzione di esami diagnostici: -ECG (esecuzione e lettura dei tracciati); esami holter e doppler - esami di laboratorio per i marker cardiaci.
- Ritardi nei soccorsi agli infartuati (i mezzi di soccorso non sempre sono dotati di defibrillatori e con operatori in grado di assistere adeguatamente o rianimare l'infartuato.
- Carenza di adeguati screening preventivi per la diagnosi di patologie cardiologiche. (a volte patologie cardiache vengono scoperte casualmente e tardivamente.
- Danni causati durante interventi endoscopici sulle coronarie (emorragie, lesioni , ecc).
- Errori o complicanze che si presentano durante interventi sulle valvole cardiache .
- Errori e complicanze durante interventi di coronarografia, angioplastica e by pass (rottura di vasi nel dilatare le stenosi o nell' inserire stent) emorragie talvolta mortali.
- Complicanze durante interventi per la chiusura del forame interventricolare.
- Problemi e complicanze che si verificano ai cardiopatici affetti da fibrillazione atriale ed altre patologie cardiache che necessitano di Pace Maker.
- Segnalazioni su errata o mancata prescrizione di farmaci per i cardiopatici.
- Ritardata o errata cura di endocarditi ed altre infezioni.

SEGNALAZIONI DI PRESUNTI ERRORI TERAPEUTICI IN OCULISTICA

Tipologie di segnalazioni giunte di oculistica:

- Problematiche insorte durante interventi di cataratta (problemi nella facoemulficazione del cristallino, rottura della capsula, errato posizionamento della lente intra-oculare, emorragie, edema maculare, distacco della retina, endoftalmite, problemi di vista, ecc.
- Distacchi di retina (intempestiva diagnosi, errata fotocoagulazione, errato intervento laser).
- Errato trattamento di Glaucoma. (sulla rilevazione della pressione intraoculare , sulle terapie ipotensive , interventi laser, ecc.).
- Errore nella correzione di Miopia.
- Errore nella correzione di Astigmatismo.
- Problematiche insorte durante le visite oculistiche.
- Errate prescrizioni di lenti.
- Interventi inadeguati sulle vie lacrimali.
- Infezioni agli occhi.
- Complicanze e danni a seguito di interventi laser.

SEGNALAZIONI DI PRESUNTI ERRORI TERAPEUTICI IN GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Tipologie di segnalazioni giunte di ostetricia e ginecologia:

- Problematiche insorte durante la gravidanza.
- Esami ed accertamenti.
- Trattamento di patologie ginecologiche (fibromi, polipi, infezioni ecc.).
- Assistenza e problematiche durante il parto.
- Sofferenza e trattamenti analgesici durante il parto.
- Danni riportati da madre e nascituro a causa delle manovre messe in atto con il parto .
- Problematiche inerenti alla procreazione assistita.
- Interventi su utero ed ovaie (isterectomia ed ovarectomia, raschiamenti ecc.).
- Gravidanze extrauterine.
- Aborti.

Tipologia di presunti errori terapeutici in ostetricia e ginecologia.

- Errori di somministrazione di farmaci:(di induzione al parto; di terapia analgesica; di anestesia epidurale e totale; per la contrazione uterina; terapia antibiotica; terapia antitrombotica; terapia diuretica; ecc.)
- Errori nelle manovre di estrazione del neonato.
- Errori nella episiotomia e nei punti di sutura.
- Errati interventi su fibromi; raschiamenti;
- Errori sulla estrazione e controllo di espulsione della placenta.
- Errata esecuzione di amniocentesi.
- Errori su interventi sulle tube e le ovaie(gravidanza extrauterina; ovaio policistico ; ecc.

1.2 - Disattenzioni del personale sanitario

Come accennavamo all'inizio del capitolo, quest'anno sono più che raddoppiate le segnalazioni sulle disattenzioni da parte del personale sanitario. Si passa dal 5,8% del 2009 al 12,9 del 2010. Con il termine "disattenzione" intendiamo tutti quei comportamenti effettuati con trascuratezza e con mancanza di attenzione, che pur non avendo causato un danno, rientrano comunque tra le procedure incongrue, e che potenzialmente avrebbero potuto creare complicazioni. Tali procedure vengono percepite dagli utenti come cattiva assistenza e mancanza di qualità professionale.

Come si potrà notare dagli esempi che riporteremo, queste disattenzioni, mettono a rischio la incolumità e la sicurezza non solo del paziente, ma anche degli stessi operatori; e quindi riteniamo utile, proprio per la loro natura, sottolinearli al fine di infondere su tutti la dovuta consapevolezza.

Le segnalazioni hanno riguardato, ad esempio, la cattiva abitudine di lasciare cibo, acqua o farmaci sul comodino dei pazienti, o nelle sue vicinanze, anche quando questi, non essendo autosufficienti non li avrebbero potuti assumere da soli.

Tale comportamento, aggravato dalla mancanza di verifica della avvenuta assunzione, avrebbe potuto comportare rischi per il paziente, quali quelli di disidratazione, dimagrimenti e problemi di efficacia terapeutica. Allo stesso modo, la disattenzione nel non provvedere alla richiesta di cibi semiliquidi o particolari per pazienti con difficoltà nella masticazione o con particolari intolleranze, rischia di mettere in pericolo il paziente non potendo questo alimentarsi correttamente.

Un'altra disattenzione, più volte segnalata, attiene alla mancata applicazione delle sbarre di protezione, su malati semi-coscienti, anziani, non autosufficienti, con morbo di Alzheimer, ecc. che non protetti ed assistiti, sono talvolta caduti da letti, barelle o sedie, riportando anche gravi lesioni.

Vi è tra le disattenzioni quella di far attendere troppo tempo il malato allettato che chiama, lasciare senza controllo e per tante ore malati debilitati sulle sedie a rotelle; far stazionare il degente in un luogo a corrente d'aria o posizionato sotto il diretto getto dell'aria condizionata, con tutti i rischi che ciò potrebbe comportare.

Sempre inerente al comfort del paziente vi è talvolta la disattenzione nel non provvedere ad agevolare la privacy del degente allettato. Per quanto attiene all'aspetto della sicurezza, sono stati segnalati: la carenza di controlli preventivi sul funzionamento corretto delle apparecchiature (es. defibrillatori, aspiratori, apparecchi per elettrocardiogrammi, campanelli), la carenza di controlli sulle forniture di bombole di ossigeno, di altri presidi e farmaci urgenti.

Inoltre, si è notato che spesso non vengono segnalati a dovere potenziali pericoli e luoghi a rischio, come ad esempio pavimento bagnato, porte in vetro che potrebbero non essere viste, la presenza di gradini, pavimenti o scale senza antisdrucciolo o senza la possibilità di sorreggersi al corrimano.

Vi sono poi alcuni comportamenti degli operatori, effettuati con leggerezza, che non tengono presenti le gravi conseguenze che potrebbero arrecare. Parliamo ad esempio dell'abbandono di materiale, anche se per breve tempo, in prossimità di possibili vie di fuga, come materiali dismessi, barelle, sedie a rotelle, scatole di materiale da immagazzinare, rifiuti, che in presenza di una emergenza ostruirebbero il passaggio. Vi è anche la cattiva abitudine di chiudere con

lucchetti porte di sicurezza che dovrebbero in caso di necessità essere immediatamente apribili, o parcheggiare macchine in prossimità delle uscite di sicurezza o delle corsie di emergenza per le ambulanze.

I cittadini ci segnalano inoltre come in molte strutture ancora non esistano percorsi differenziati per i materiali puliti e per quelli sporchi ed infetti, con grave rischio di contaminazione e diffusione di germi.
Non sono mancate le segnalazioni in merito alla mancanza di accortezze per la prevenzione e la diffusione di infezioni. Queste hanno riguardato il cattivo o mancato uso di guanti, di camici, di sostituzione delle scarpe utilizzate dentro e fuori dall'ospedale, di errata disinfezione di strumenti o delle mani dopo ogni prestazione. Vi è ancora poca attenzione nel differenziare i rifiuti sanitari (materiale infetto assieme ai rifiuti comuni), come pure nella sterilizzazione di ferri chirurgici, oppure nel riutilizzo di materiali monouso. Infine, il mancato o scorretto uso delle mascherine e la non corretta gestione e conservazione dei farmaci, appaiono tutti elementi che contribuiscono a delineare un quadro di rischio avvertito e pertanto segnalato dai cittadini.

1.3 - Infezioni nosocomiali

Come accennavamo all'inizio del capitolo, le segnalazioni inerenti le infezioni nosocomiali si mantengono pressoché costanti, rispetto ai dati del 2009 (6,7%), con una lievissima flessione (6,6%) nel 2010.
La prevenzione ed il controllo delle infezioni ospedaliere, riguarda una delle principali problematiche della sicurezza nelle strutture sanitarie, in quanto, oltre a determinare gravi ripercussioni sulla salute dell'utente, può determinare enormi ricadute anche sulla collettività. La possibilità di insorgenza di una infezione nosocomiale, durante un ricovero, è molto alta, ed è strettamente legata allo stato immunitario del paziente, al tipo di intervento da effettuare, ai giorni di ricovero, ma anche, alle procedure preventive messe in atto dalla struttura che se ben attuate possono ridurre di molto il rischio di insorgenza.
Anche le nuove tecniche endoscopiche hanno contribuito al diffondersi di infezioni, pertanto, si rende sempre più necessario porre in essere tutte le attenzioni, per garantire quanto più possibile la corretta esecuzione di procedure invasive, ed un attento utilizzo di materiale idoneo a prevenire le infezioni. Ma, soprattutto, si rende necessaria la piena informazione e collaborazione di tutti gli operatori, che nella quotidianità si devono adoperare per prevenirne il fenomeno.
Da uno studio del Ministero della Salute emerge che in Italia le infezioni nosocomiali annue coinvolgerebbero tra i 450 ed i 700 mila pazienti e queste riguardano soprattutto infezioni urinarie, infezioni della ferita chirurgica, polmoniti e sepsi. Si ipotizzava anche, che di queste, circa il 30% potessero essere potenzialmente prevenibili (135 – 210 mila), e che queste fossero addirittura diretta causa del decesso nell'1% dei casi, (stimati tra i 1350 e i 2100 decessi annui). Che si sarebbero potuti evitare.
In realtà, le normative per la prevenzione delle infezioni ospedaliere vi sono sia a livello nazionale che regionale già da diversi anni ma queste, come spesso avviene, non sempre sono state ben attuate. Molte procedure rimangono solo sulla carta, ed è ancora difficile reperire dati precisi del fenomeno, che a nostro avviso è sicuramente sottostimato.

Non sempre infatti i cittadini che ci contattano sono a conoscenza di aver contratto una infezione nosocomiale, e ciò dipende anche dalla tendenza a sottovalutare alcuni sintomi da parte dei sanitari. Spesso poi le complicanze, a causa delle rapide dimissioni, si verificano a casa, e nessuno gli da il peso che meritano.

Sotto il profilo della prevenzione, come abbiamo già detto, c'è ancora molto da fare, a partire dalle *Commissioni di prevenzione delle infezioni nosocomiali,* che dovrebbero garantire un maggior controllo e monitoraggio del fenomeno al fine di assicurare la giusta prevenzione e cura. Ma questo sarà possibile solo se l'attenzione al problema sarà posta da parte di tutti gli operatori sanitari.

Sempre per entrare nel concreto, andiamo a vedere cosa è emerso dalle segnalazioni giunte.

Segnalazioni dei cittadini in merito alle infezioni nosocomiali

- Viene riscontrata da parte dei sanitari la tendenza talvolta a minimizzare i sintomi segnalati dal paziente che avrebbero potuto far presagire la insorgenza di una infezione.
- Carenza o ritardi nei controlli post operatori (es. sullo stato della ferita , sulla rilevazione della temperatura, ecc.).
- Tendenza a prescrivere antibiotici anche in mancanza di accertamenti preventivi sull'agente patogeno (non viene eseguito antibiogramma).
- Disattenzioni sull'uso di guanti e mascherine (es. l'infermiera effettua prelievi su diversi malati con lo stesso paio di guanti; medicazioni vengono effettuate senza mascherine).
- Segnalazioni di carenza di igiene (presenza di polvere, bagni sporchi, rifiuti abbandonati ecc.).
- Disattenzioni nello smaltimento dei liquami e nella pulizia di padelle e pappagalli.
- Poca accortezza nel porre pazienti defedati e immuno depressi, vicino a pazienti con infezioni in corso.
- Uso talvolta eccessivo del catetere.
- Disattenzione nella gestione di aghi cannule e drenaggi.
- Carenze nella gestione delle tracheostomie (cannule sciacquate sotto il rubinetto).
- Ritardi nella aspirazione di secrezioni bronchiali.
- Mancato controllo e pulizia degli impianti di condizionamento.
- Poca attenzione da parte dei medici e degli infermieri ad effettuare corretto lavaggio delle mani dopo ogni visita o prestazione ad un malato.
- Disattenzioni nella sterilizzazione di ferri e nella corretta conservazione di macchinari e strumenti chirurgici.

Principali specie microbiche segnalate

- pseudomonas aeruginosa;
- staphilococco aureus;
- enterococcus faecalis;
- klebsiella;
- Escherichia coli
- Candida
- Serratia
- Clostridium difficile

- Legionella
- Acinetobacter Baumanni
- Salmonella
- Streptococcus pyogenes
- Pseudomonas pneumoniae

1.4 – Condizioni delle strutture sanitarie

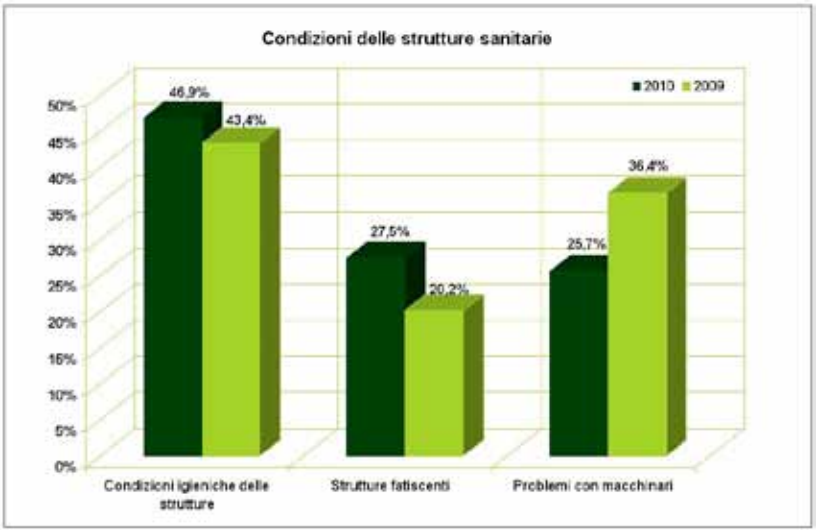


Figura 2– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Come si può evincere *dalla figura 2*, le segnalazioni sulle condizioni delle strutture sanitarie evidenziano per l'anno 2010 un peggioramento delle condizioni igieniche delle strutture, che dal 43,4% sono passate al 46,9%. Anche il dato di individuazione di strutture fatiscenti risulta essere aumentato, passando dal 20,2 del 2009 al 27,5 del 2010. Di contro, vi è un dato positivo che riguarda la diminuzione delle segnalazioni inerenti problemi con i macchinari, che dal 36,4%del 2009 scende al 25,7 del 2010.

Le segnalazioni giunte, hanno fondamentalmente evidenziato condizioni di mancato igiene nei bagni, che spesso non sarebbero neanche dotati di tutti i comfort. Polvere in terra, su armadi e suppellettili e su macchinari che contribuiscono ad annidare germi. Disattenzioni sull'utilizzo di materiali monouso e sul cambio carta o lenzuolini per i lettini da visita. L'abbandono di rifiuti non rimossi tempestivamente.
Inoltre, in molte strutture viene riscontrata la difficoltà di orientamento per la mancanza di adeguate informazioni e di cartelli esplicativi, e la necessità di rimodulare la logistica della ubicazione dei vari servizi.

LE TESTIMONIANZE

Giorni fa mio figlio di 9 anni aveva un forte mal di pancia e in particolare sul fianco. Cosi decisi di portarlo dal dottore di famiglia, che mi invitò a portare subito il bimbo in ospedale. Al mio arrivo al pronto soccorso e dopo i primi accertamenti, comprese le analisi del sangue, la diagnosi fu di sospetta appendicite acuta, così come riportato sul documento rilasciatomi al pronto soccorso. Il bimbo veniva quindi trasferito dal medico alla chirurgia per una ulteriore visita di routine e per eventualmente confermare il ricovero e una ulteriore operazione. Ma il medico chirurgo mi disse che il bimbo non aveva niente di speciale, se non un problema derivante da cibo pesante, escludendo la diagnosi fatta dal collega del pronto soccorso. Mi prescrisse delle supposte a base di glicerina per liberare lo stomaco, e quasi digiuno a base di tè e fette biscottate, e che gli sarebbe passato. Il medico mi invitò a tornare a casa con il bimbo. Il bambino a casa aveva male e mi domandava ripetutamente e piangendo di portarlo dal medico. A mia volta gli ripetevo che il medico chirurgo aveva detto che era solo un problema di "pesantezza"; 6 ore dopo era sotto i ferri in sala operatoria per un intervento d' urgenza per peritonite.

La madre è deceduta ad ottobre del 2010, in seguito all'ultimo di tre ricoveri (il primo a marzo ed il secondo a maggio, il terzo ad agosto). Solo al terzo ricovero è stato possibile ricondurre i malori della signora ad una neoplasia in avanzato stato di diffusione. I medici dell' ultima struttura avrebbero sostenuto che patologia era già visibile dalle indagini fatte mesi addietro, ma nulla è stato messo per iscritto.

La ragazza di mio figlio qualche giorno fa ha iniziato a star male: febbre, vomito, mal di testa ecc. L'abbiamo portata al PS e la diagnosi è stata di gastroenterite. Non siamo stati ascoltati, ed i medici al pronto soccorso erano frettolosi. Così lei (Giulia) è morta dopo 5 giorni. Aveva la meningite, non la gastroenterite ma non se ne erano accorti. Aveva 25 anni e si doveva sposare un mese dopo….la rabbia e la disperazione sono forti.

Vorrei porre alla vostra attenzione la vicenda di malasanità che ha portato alla morte mio padre. Sabato 29 maggio alle ore 19:30, mio padre accusa dei forti dolori addominali, mia madre chiama il medico sanitario che arriva alle 20:15, dopo aver fatto la misurazione della pressione e iniettato un farmaco tranquillante, si accorge che la situazione non migliora, anzi peggiora. Alle 20:40 viene effettuata la telefonata al "118", la risposta è che non vi è disponibile alcuna autolettiga. Viene consigliato di accompagnare mio padre con un auto propria. La mia famiglia si accorge che mio padre non può e non riesce ad affrontare il viaggio in auto sino all'ospedale, che dista 35 km. Alle 21:15 si effettua un'altra telefonata al "118" e dopo 40 minuti alle 21:55 arriva l'ambulanza. Dopo aver collocato una flebo a mio padre e fatte varie telefonate da parte del dottore del 118 per sapere dove ricoverare il paziente, alle 22:30 mio padre giunge all'ospedale….. Qui manca un ecografista esperto per fare gli accertamenti, allora si decide di trasferire il pazienze in altro ospedale. Mio padre arriva in ambulanza alle 24:00. Viene fatta una ecografia, alle 1:30 viene comunicato a mia madre che le condizioni di mio padre sono "accettabili" e quindi poteva essere riaccompagnato all'ospedale di provenienza. Mentre viene caricato in ambulanza ha un peggioramento, allora si decide di portarlo in rianimazione. Alle 3:20 un medico esce dalla rianimazione per comunicare a mia madre che mio padre era morto. Questo dopo 9 ore di traversie e sofferenze, dove nessuno si è accorto che mio padre aveva un principio d'infarto.

1.5 Sangue infetto

Quest'anno le segnalazioni dei cittadini rispetto alle problematiche connesse al sangue infetto sono leggermente in flessione; passiamo da un **5,4% del 2009 al 3,8% del 2010**. Nonostante questa lieve diminuzione, rimane costante da parte nostra l'attenzione al tema, nell'intento di far emergere ancora una volta le difficoltà incontrate dalle persone danneggiate da sangue infetto.

È nostro scopo richiamare l'attenzione delle istituzioni alla tematica della sicurezza in tutte le sue declinazioni, e dare voce, di nuovo, ai cittadini che hanno subito questo terribile danno.

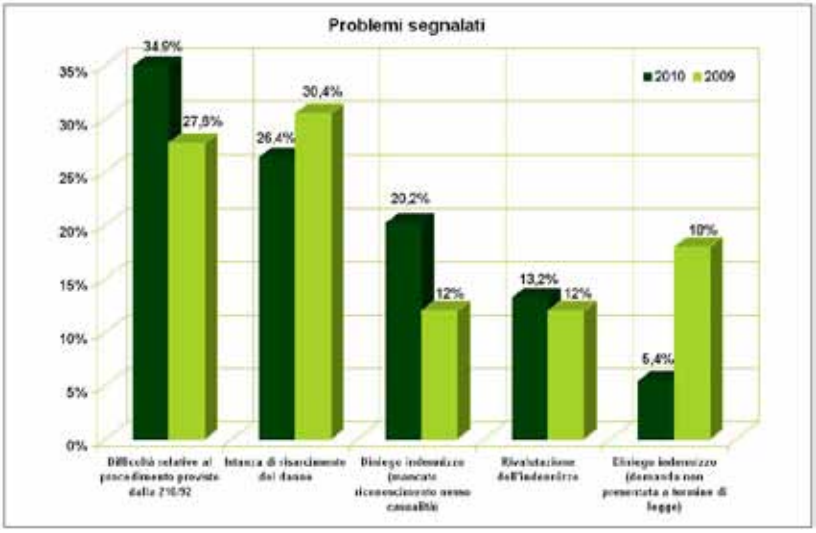


Figura 3– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Osservando il grafico che mette a confronto i problemi segnalati nell'ambito del sangue infetto negli anni 2009 e 2010 notiamo alcune interessanti tendenze.

Aumentano infatti, di oltre **7 punti percentuali** (**dal 27,6% del 2009 al 34,9% del 2010**), le segnalazioni relative alle **difficoltà incontrate nel procedimento per ottenere l'indennizzo** previsto dalla legge 210/92. Ancora una volta puntiamo il dito contro la burocrazia, la tortuosità del procedimento, la carenza di informazioni chiare da parte di chi preposto, che di fatto bloccano la possibilità, per molti, di accedere al percorso di riconoscimento di indennizzo e portarlo a termine

Salgono ancora, e addirittura di oltre **8 punti percentuali** (12% nel 2009 al **20,2% nel 2010**), le segnalazioni sull'esito negativo del procedimento attribuito alla **mancanza di riconoscimento del nesso di causalità**. Questo nesso diviene sempre più difficile da dimostrare per il cittadino, poiché è a lui che spetta dare prova della causalità del contagio. Questo per carenza di documentazione, spesso impossibile da reperire dopo molti anni dalla trasfusione imputata.

Salgono inoltre al **13,2%**, rispetto al 12% del 2009, le segnalazioni sulla **rivalutazione dell'indennizzo**. L'incremento di questo dato conferma i timori che lo scorso anno avevamo già sollevato. La finanziaria del 2010 ha eliminato la possibilità di rivalutare l'intero importo dell'indennizzo condannando di fatto i cittadini a percepire, negli anni, un indennizzo sempre più esiguo per non dire irrisorio.
I cittadini quest'anno, più che nello scorso, si sono dunque riversati sul nostro servizio PiT Salute gridando a gran voce l'ingiustizia vissuta.

Fonte dell'infezione	2010	2009
Trasfusione	61,2%	77,0%
Ferri infetti	15,6%	10,1%
Emoderivati	14,7%	9,7%
Lavoro in ambiente a rischio	8,5%	3,2%
Totale	**100%**	**100%**

Tabella 4– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Dalla tabella si evidenzia come nella maggior parte dei casi il danno sia stato procurato da una trasfusione infetta (**61,2%**). Interessante notare che al decremento della percentuale rispetto all'anno precedente (77%), si affianca un incremento allarmante di segnalazioni relative alle altre fonti di infezione che abbiamo analizzato. Notiamo infatti l'incremento della percentuale dal 9,7% nel 2009 al **14,7% nel 2010** per danni **causati dalla somministrazione di emoderivati**. I dati sul danno da trasfusione e quelli sul danno da emoderivati suggeriscono che, nonostante vi siano norme specifiche, siamo ancora molto lontani dall'intravedere un sistema di controlli veramente efficace sulla qualità e sicurezza del sangue.
Proseguendo nella valutazione dei dati emersi, notiamo come **salga di oltre 5 punti percentuali (15,6%)** rispetto allo scorso anno (10,1%) il contagio da ferri infetti. L'incremento notevole del dato sconcerta, se si pensa che ancora oggi si rischia di contrarre un virus a causa di ferri non sterilizzati.
Infine, crescono enormemente le segnalazioni da parte dal personale che **lavora in ambiente a rischio** (soprattutto personale infermieristico) a contatto con pazienti infetti, dal **3,2% del 2009 all'8,5% del 2010**. Quest'ultimo dato, affiancato a quello relativo al rischio di infezione per ferri infetti, mette in luce un problema molto rilevante che attiene alla **disapplicazione di procedure standard di prevenzione dalle infezioni**. Queste procedure, che banalmente riguardano la sterilizzazione dei ferri e dell'ambiente contaminato (nei tempi e nei modi previsti), l'utilizzo di guanti, camici, mascherine e quant'altro si sia dimostrato utile ad impedire un possibile contagio, sono misure minime che salvaguardano sia i pazienti che lo stesso personale sanitario da possibili infezioni. Dal dato emerge tuttavia che vi sia una sottovalutazione del rischio ed una disapplicazione delle misure di sicurezza nell'ambito ospedaliero.

Malattia contratta	2010	2009
Epatite C	58,9%	58%
Epatite B	34,9%	35,5%
HIV	6,2%	6,5%
Totale	**100%**	**100%**

Tabella 5– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Per quanto riguarda il tipo di infezione contratta si confermano i dati dello scorso anno. Pertanto prevalgono le infezioni da **epatite c con il 58,9%**, seguono le infezioni da **epatite b con il 34,9%** ed Infine quelle da **HIV con il 6,2%.**

2. LISTE D'ATTESA

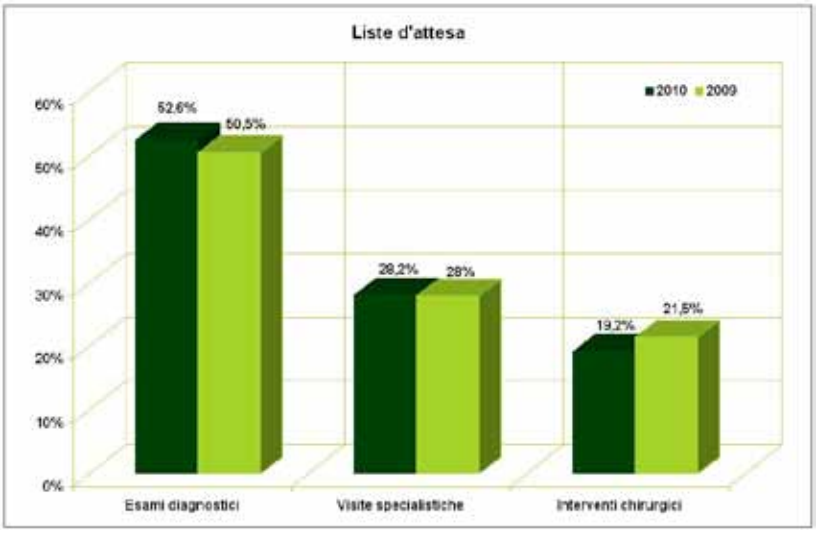


Figura 1– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Uno degli ambiti in cui più si scontrano la pazienza dei cittadini e le caratteristiche del sistema sanitario è quello delle liste d'attesa: purtroppo si tratta di un settore che da qualche anno a questa parte non mostra cambiamenti in positivo (il dato generale, infatti, è in aumento di un punto percentuale, dal 15% del 2009 al 16% del 2010), come le rilevazioni degli ultimi Rapporti PiT indicano. Il tema delle liste d'attesa è complesso, in quanto si lega a disposizioni nazionali che non sempre vengono accolte con celerità dalle Regioni, o che comunque non riescono ad intervenire sugli effettivi problemi del settore sanitario in questione. A livello normativo, la situazione attuale è regolata dal Piano Sanitario Nazionale - che fornisce linee guida per gli anni 2011-2013 anche a proposito di tempi massimi di erogazione delle prestazioni, di appropriatezza prescrittiva e digitalizzazione delle procedure di prescrizione e refertazione - e da un Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2010-2012, quest'ultimo purtroppo non recepito con celerità e nel rispetto dei limiti temporali imposti a livello nazionale (luglio 2011) da tutte le Regioni.

Per quanto riguarda i dati raccolti negli anni 2009 e 2010 tramite le segnalazioni che giungono alle sedi dei PiT Salute e del Tribunale per i diritti del malato, è stato possibile valutare i tre temi che maggiormente interessano i cittadini che accedono alle varie prestazioni sanitarie, evidenziando come, in linea generale, non si siano verificati grossi cambiamenti nella qualità del servizio di prenotazione. In *Figura 1*, infatti, è possibile notare come i valori relativi alle categorie di prestazioni prenotabili tramite i vari servizi CUP regionali e locali, nel 2010, siano pressoché i medesimi rilevati anche durante l'anno precedente.

Per quanto riguarda gli esami diagnostici, nel 2009 si è registrato un numero di segnalazioni pari al 50,5% sul totale, mentre nel 2010 il dato si è attestato sul 52,6%. Discorso analogo per

quanto riguarda la prenotazioni delle visite specialistiche, sia di primo accesso che di controllo, con il 28% delle segnalazioni nel 2009 e il 28,2% nel 2010. Le attese per gli interventi chirurgici, invece, subiscono una lieve flessione al ribasso, con una percentuale che per il 2009 ammontava al 21,5%, mentre la si ritrova al 19,2% nel 2010. Una prima riflessione sull'argomento, quindi, non può che far notare un fondamentale stallo della situazione, che si manifesta sensibilmente quando il cittadino si rivolge alla struttura ospedaliera (che infatti, in *Tabella 1*, è il soggetto che presenta la maggioranza degli accessi, con il 47,2% nel 2010, di poco superiore al 44,8% registrato nel 2009), oppure alla ASL di zona (39,1% nel 2009, in aumento fino al 41,6% nel 2010), ma che tocca anche le strutture che operano in convenzione, in misura del 11,2% per l'anno 2010 (il valore era pari al 16,1% nel 2009).

Liste d'attesa/Attore	2010	2009
Ospedale	47,2%	44,8%
ASL	41,6%	39,1%
Struttura convenzionata	11,2%	16,1%
Totale	100%	100%

Tabella 1– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

2.1 Esami diagnostici

Esami diagnostici – Ambito clinico	2010	2009
Oncologia	18,2%	19,4%
Ginecologia e ostetricia	16,4%	16,1%
Cardiologia	14,4%	16,1%
Radiologia	10,5%	9,7%
Ortopedia	9,1%	9,7%
Gastroenterologia	6,8%	4,8%
Neurologia	6,8%	6,3%
Altre aree terapeutiche	6,8%	5,0%
Urologia	6,5%	8,1%
Endocrinologia	4,5%	4,8%
Totale	100%	100%

Tabella 2– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

E' interessante commentare quali siano le prestazioni diagnostiche che vengono maggiormente segnalate come difficili da ottenere in tempi celeri, classificate per area clinica di appartenenza. Tra queste spicca purtroppo il dato relativo ad una tipologia di esami, quelli dell'area oncologica, che dovrebbero invece essere sempre erogati con sollecitudine, pena la drammatica possibile evoluzione di una patologia dall'esito sempre incerto. Il dato relativo restituisce una frequenza statistica pari al 18,2% (anno 2010) sul totale delle segnalazioni giunte alle sedi dei PiT Salute e del Tribunale per i diritti del malato, in leggero calo rispetto all'ultima rilevazione (19,4% nell'anno 2009). La *Tabella 2* fornisce un quadro sinottico della situazione rilevata, e permette di considerare che le aree in cui il cittadino riscontra maggiore difficoltà nel prenotare le visite diagnostiche siano la ginecologia/ostetricia (circa 16% delle segnalazioni, sia nel 2009 che nel 2010) e la cardiologia (il dato relativo è in leggero calo, passando dal 16,1% del 2009 al 14,4% del 2010).

In *Tabella 3* viene evidenziato il dettaglio delle prestazioni diagnostiche, con particolare attenzione ai vari tipi di ecografia, classificati sempre per ambito clinico di appartenenza; si nota, quindi, come siano le ecografie (e, fra queste, quelle addominali, alla tiroide e agli arti), seguite dalle risonanze magnetiche e dalle mammografie (6,1% nel 2009, 11,9% nel 2010), a registrare la maggioranza dei disagi in fase di prenotazione. I dati relativi indicano, rispettivamente, che il 29,1% dei cittadini che ha contattato il PiT Salute/Tdm ha segnalato problemi nella prenotazione di un'ecografia (erano il 31,4% nel 2009); è il 12,1%, invece, che indica disagi nell'ottenere a breve termine una risonanza magnetica nel 2010, contro il 20,1% del 2009. Il dato in netta discesa, è importante precisarlo**, non è assolutamente dovuto ad un miglioramento del servizio,** quanto piuttosto alla forzata scelta di rivolgersi a soggetti privati, di fronte ad attese medie anche di dieci mesi, o maggiori nei casi più estremi.

Esami diagnostici	2010	2009
Ecografia	29,1%	31,4%
Addominale	*7,0%*	*15,7%*
Tiroidea	*5,3%*	*2,2%*
Arti	*5,0%*	*2,0%*
Prostatica	*2,7%*	*3,9%*
Fetale	*2,3%*	*1,9%*
Transvaginale	*2,0%*	*1,9%*
Mammaria	*1,8%*	*1,9%*
Morfologica	*1,6%*	*1,9%*
Vescicale	*1,4%*	*0,0%*
Risonanza magnetica	12,1%	20,4%
Mammografia	11,9%	6,1%
Ecodoppler	7,0%	7,9%
TAC	7,0%	7,9%
Colonscopia	5,0%	3,9%
Ecocardiogramma	5,0%	3,9%
Elettrocardiogramma	5,0%	3,2%
Radiografia	5,0%	2,9%
Esami di laboratorio	5,0%	2,9%
Gastroscopia	2,2%	1,9%
MOC	2,0%	3,9%
PET	2,0%	1,9%
Elettromiografia	2,0%	1,9%
Totale	100,0%	100,0%

Tabella 3– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Il grafico seguente (Figura 2) contestualizza la situazione fino ad adesso descritta, grazie all'evidenziazione dei tempi medi di attesa per gli esami diagnostici che sono stati presi in considerazione partendo dalle segnalazioni dei cittadini; in maniera molto chiara si nota come, dal 2009 al 2010, siano aumentati i tempi medi di attesa per gli esami MOC (da 13 a 15 mesi), Mammografia (da 12 a 14 mesi), Risonanza magnetica, TAC e PET (da 9 a 10 mesi), ed Ecografie (da 6 a più di 8 mesi). Mediamente si riscontra un aumento del tempo di attesa di circa due mesi, quindi, mentre si sono ridotti circa della stessa misura i tempi di attesa per prestazioni quali Colonscopia (da 8 a 6 mesi e mezzo), Ecodoppler (da 6 mesi e mezzo a 4 mesi e mezzo) ed Ecocardiogramma/Elettroencefalogramma (da 6 mesi e mezzo a 4 mesi circa).

Figura 2– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Attesa media per esame diagnostico	Mesi 2010	Mesi 2009
Moc	15	12
Mammografia	12	14
RM/TAC/PET	10	9
Ecografia	8,5	6
Colonscopia	6,5	8
Ecodoppler	5,5	8
Ecocardiogr/ECG	4,5	6,5
EMG	4	4

Fonte Cittadinanzattiva- Rapporto PiT Salute 2011

2.2 Visite specialistiche

E' ora possibile stilare un'analisi di quali sono le aree cliniche in cui i cittadini incontrano maggiori difficoltà nell'erogazione celere di una visita specialistica. La t*abella 4* indica sinotticamente quanto rilevato, permettendo di notare aumenti percentuali in aree quali l'Oculistica (dato 2009: 15,5%; dato 2010: 19,7%), la Cardiologia (dato 2009: 8,2%; dato 2010: 10,1%), e l'Odontoiatria (dato 2009: 8,4%; dato 2010: 10,1%). Altre aree registrano, come la Dermatologia e la Ginecologia, una diminuzione del numero di segnalazioni.

Visite specialistiche	2010	2009
Oculistica	19,7%	15,5%
Ortopedica	13,0%	15,4%
Cardiologica	10,1%	8,2%
Odontoiatrica	10,1%	8,4%
Oncologica	7,2%	10,0%
Neurologica	7,1%	6,8%
Pneumologica	7,1%	5,7%
Ginecologica	3,2%	7,5%
Urologica	3,2%	3,8%
Dermatologica	3,2%	7,0%
Altre aree terapeutiche	16,3%	11,6%
Totale	100%	100%

Tabella 4 – Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Il fatto che il numero delle segnalazioni sia in calo o in aumento non pregiudica la possibilità, per chi analizza i dati giunti alle sedi dei PiT Salute e del Tribunale per i diritti del malato, di avere compiutezza dei tempi medi di attesa per ottenere una visita specialistica nei vari ambiti clinici: il prossimo grafico (*figura 3*) fornisce esattamente questo tipo di informazione, indicando che una visita urologica richiede in media sempre 12 mesi di attesa, una oculistica 8, mentre quelle cardiologica e oncologica sono erogate nel 2010 in tempi medi leggermente più bassi (rispettivamente, da 9 a 7 mesi e mezzo e da 9 a 5 mesi) rispetto al 2009.

Figura 3– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Attesa media per visita specialistica	Mesi 2010	Mesi 2009
Urologica	12	12
Oculistica	8	8
Cardiologica	7,5	9
Ortopedica	6	6,5
Oncologica	5	9
Neurologica	5	4
Odontoiatrica	4	5,5

Fonte: Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

2.3 Interventi di chirurgia

Area terapeutica	2010	2009
Ortopedia	27,0%	22,0%
Urologia	18,0%	15,0%
Oncologia	13,0%	12,8%
Ginecologia e ostetricia	10,9%	11,6%
Cardiologia	6,2%	8,1%
Chirurgia estetica	4,9%	5,5%
Chirurgia generale	4,7%	7,3%
Odontoiatria	4,5%	4,0%
Otorinolaringoiatra	4,0%	6,9%
Gastroenterologia	3,5%	2,6%
Oculistica	3,3%	4,1%
Totale	100%	100%

Tabella 5– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Le liste d'attesa interessano un altro ambito importante, quello degli interventi chirurgici. La necessità di effettuare un determinato intervento in tempo utile è indubbia, per il miglioramento della condizione clinica e per, quando possibile, il recupero dell'autonomia del paziente rispetto alla funzionalità di un organo o un apparato. La *tabella 5* riassume, divise per aree cliniche, le problematiche maggiormente segnalate dai cittadini che si inseriscono in una lista d'attesa per un intervento. Moltissimi sono quelli relativi alle protesi d'anca, come il valore più alto dell'area relativa (Ortopedia) dimostra: è un dato in aumento dal 2009 al 2010 (rispettivamente: 22% e 27%), nonostante i tempi medi di attesa per questa area siano in diminuzione dai 12 mesi del 2009 ai 9 del 2010 (le attese medie sono indicate in *tabella 6*). Altra area molto attenzionata dai cittadini, è quella urologica (le segnalazioni crescono dal 15% al 18%), con tempi medi di attesa costanti intorno agli 8 mesi. Rimane alta la percentuale di segnalazioni che riguardano i disagi di attesa anche nell'area oncologica (sempre intorno al 13%).

Attesa media	2010	2009
Chirurgia plastica ricostruttiva	13,5 mesi	12 mesi
Maxillo facciale	13 mesi	12 mesi
Protesi d'anca	9 mesi	12 mesi
Ipertrofia prostatica	8,5 mesi	8 mesi
Tiroide	7 mesi	7 mesi

Tabella 6 – Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

LE TESTIMONIANZE

In data 3/05/2010 mi è stato diagnosticato un adenocarcinoma all´utero e dovrei fare urgentemente una risonanza magnetica.
Con il C.U.P. mi avrebbero prenotato per il 22/11/2010. Ho provato in una Casa di cura convenzionata, fuori dalla mia regione, dove pareva che i tempi di attesa fossero inferiori e mi hanno proposto settembre. Allora ho provato a pagamento (500,00 euro) e la prenotazione è per il 06/06/2010.
Visto che sulle richieste che ho c´è scritto urgente, questa procedura è regolare???

(Segnalazione del 5 aprile 2010)
Buongiorno, volevo segnalare che in provincia di Teramo per fare un´eco doppler bisogna attendere Gennaio 2011. Se invece si va da un privato si può fare entro il 20 aprile! Questo nonostante i roboanti annunci del governo.

Vorrei segnalare che per un ecografia addome completo, dal 17 gennaio 2010, mi hanno dato appuntamento il 12 settembre 2010!!.
Tutto questo all´unita´ operative di radiologia diagnostica dell'ospedale del mio paese.
Mi domando e chiedo, se uno ha un bisogno URGENTE, fa in tempo anche ..... a morire?

3. INFORMAZIONE E DOCUMENTAZIONE

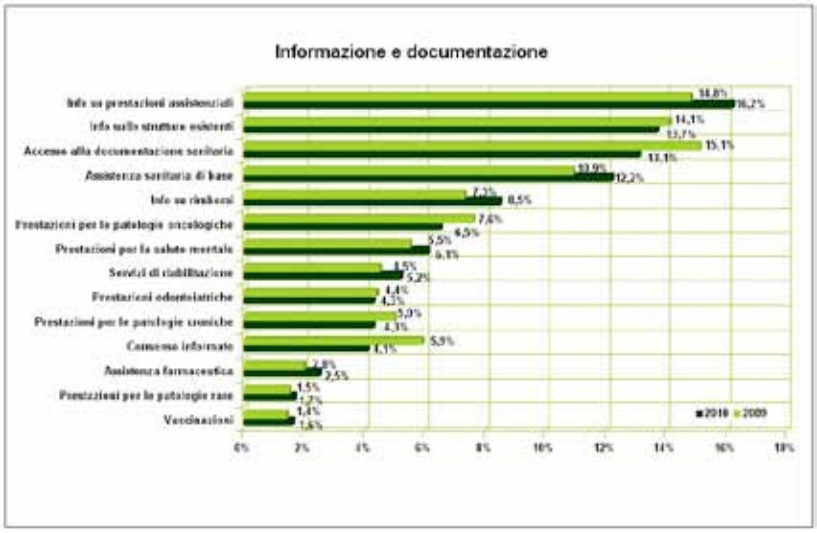


Figura 1– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

La **carenza di informazioni** anche quest'anno è tra i problemi maggiormente segnalati dai cittadini. Guadagna il terzo posto delle segnalazioni ricevute dai PiT e dalle sedi del Tribunale per i diritti del malato nel 2010, subito dopo le segnalazioni inerenti la presunta malpractice e le liste d'attesa, e rappresenta il **14% dei cittadini che si è rivolto a noi nel 2010, contro il 12,3% del 2009.**

Avere informazioni chiare e certe è da sempre uno dei bisogni più sentiti dai cittadini.

Ricevere informazioni corrette circa le prassi da seguire, i costi di una prestazione, i tempi che si dovranno attendere per una data richiesta, la possibilità di scegliere una terapia piuttosto che un'altra e così via, permettono al cittadino di vivere con più consapevolezza una fase delicata della propria vita. Se consideriamo il ruolo che riveste la corretta informazione in ambito sanitario, comprendiamo che essa può rappresentare per il cittadino che affronta una malattia addirittura una chance in più, nel momento in cui permette di partecipare più attivamente al processo di cura. Da anni ci battiamo affinché alle persone siano dati gli strumenti necessari per affrontare le rigide e fumose prassi burocratiche, attendendo riscontri che però stentano a giungere. Ci si è messa di mezzo anche la legge (241/90), a sollecitare questa necessità di trasparenza ma a volte pensiamo che sia più efficace il buon senso e il recupero dell'aspetto umano, tipico del rapporto medico - paziente, a risolvere tante difficoltà. Vogliamo opporci all'idea del cittadino in balia di eventi e decisioni calate dall'alto, vogliamo che il cittadino sia messo nella condizione di poter "scegliere", verbo e allo stesso tempo diritto, dell'era civile.

Nonostante il fiorire di strutture ad hoc deputate a fornire informazioni (Urp) e consolidate prassi che prevedono il coinvolgimento del paziente nel processo di cura (consenso informato),

la sensazione che si ha è che siamo di fronte a delle mere convenzioni, spogliate delle motivazioni che le hanno animate; un qualcosa che deve esserci, ma che non importa poi tanto quanto in effetti sia utile al cittadino.
Andando ad analizzare *la figura 1* relativa al confronto delle segnalazioni sulla carenza di informazioni negli anni 2009 e 2010, abbiamo voluto in particolare evidenziare le **tendenze** delle segnalazioni e **l'emergere di nuove problematiche**.

Un primo dato utile da confrontare è rappresentato dalle segnalazioni che quest'anno mostrano un trend in crescita rispetto allo scorso anno

Tipologia informazione in aumento	Percentuale
Informazioni su prestazioni assistenziali	14,8% - 16,2%
Assistenza sanitaria di base	10,9% - 12,2%
Informazioni su rimborsi	7,3% - 8,5%
Prestazione per la salute mentale	5,5% - 6,1%
Servizi di riabilitazione	4,5% - 5,2%
Assistenza farmaceutica	2% - 2,5%
Prestazioni per patologie rare	1,5% - 1,7%

L'aver raggruppato le segnalazioni con un trend in crescita ha in qualche modo creato un **nuovo contenitore di informazioni** ed ha permesso di individuare **due problematiche rilevanti**, specchio delle difficoltà emergenti. La prima riguarda il disorientamento vissuto dai cittadini per ciò che riguarda **l'assistenza distrettuale**, l'altra riguarda la necessità e la richiesta di informazioni in merito a **prestazioni di natura economica** che rivela la crisi avvertita dai cittadini in questo particolare momento storico.

3.1 Le tante carenze dell'assistenza distrettuale

Assistenza sanitaria di base, salute mentale, riabilitazione, assistenza farmaceutica (farmaci e ticket) sono tutti tasselli che compongono l'assistenza distrettuale, quella che il territorio deve garantire; il più diretto punto d'accesso alla sanità ma dal quale i cittadini, evidentemente, non ricevono le giuste risposte.
Il territorio appare quindi inaccessibile sotto tutti i punti di vista; il cittadino è disorientato e in pericolo, dal momento in cui la carenza di informazioni prelude quasi sempre alla difficoltà d'accesso.
Le segnalazioni inerenti **l'assistenza sanitaria di base** (medico di famiglia, pediatra di libera scelta e guardia medica) sono in crescita netta rispetto allo scorso anno registrando un **12,2% contro il 10,9% del 2009**. Stupisce sempre leggere questo dato, perché è paradossale che la carenza di informazione cresca proprio laddove sarebbe più necessaria; laddove il medico di famiglia è il *trait d'union* tra i cittadini e la sanità. Le segnalazioni si concentrano sul senso di disorientamento e abbandono avvertito dai cittadini, sulla mancanza d'ascolto e sul tempo dedicato loro

sempre minore. La carenza di informazioni sui **servizi per la salute mentale** sale dal **5,5% del 2009 al 6,1% del 2010**. Anche in questo caso la mancanza di informazioni riveste un'importanza rilevante, se possibile ancora maggiore perché siamo di fronte all'estremo disagio. Gestire un paziente con disturbi di natura mentale è quasi sempre un impresa impossibile per una famiglia, in un paese che stenta anche solo ad informare dell'esistenza di servizi territoriali, che non orienta il cittadino rispetto ai compiti di un CSM, che non ha alcun interesse ad informare i cittadini sui diritti dei pazienti sottoposti a TSO.
Per quanto riguarda i **servizi di riabilitazione** il dato cresce **dal 4,5% del 2009 al 5,2% del 2010**. Anche in questo ambito troviamo cittadini sempre più disorientati e vittime dell'iniquo federalismo sanitario che impone ticket o altre forme di compartecipazione alla spesa in modo differenziato sul territorio; garantendo, questo è certo, una gran confusione.
Infine **l'assistenza farmaceutica** in cui il dato cresce **dal 2% del 2009 al 2,5% del 2010**.
I cittadini hanno difficoltà ad ottenere informazioni sulle modalità di accesso a determinati farmaci, ad ottenere informazioni sul perchè di una limitazione nell'erogazione di un farmaco (farmaci off label, piani terapeutici, note AIFA), sul perché di un aumento di prezzo. Inoltre il federalismo anche qui colpisce i cittadini determinando modalità di distribuzione dei farmaci e di accesso spesso diversi da una regione all'altra. Inoltre ad ingarbugliare ulteriormente la vita dei cittadini, entrano in gioco i ticket sulla farmaceutica che rappresentano davvero un rebus, variando e anche di molto, da regione a regione.

3.2 I bisogni si fanno sentire specie nel momento di crisi: prestazioni di natura economica

La disinformazione, specie se inserita nel periodo di crisi che stiamo vivendo, può avere pesanti ripercussioni nei confronti delle persone che necessitano di prestazioni di natura economica.
L'aumento delle richieste di informazioni su **prestazioni assistenziali**, su **rimborsi** e su **prestazioni per patologie rare** sono, a nostro avviso, un importante campanello d'allarme di una società che sta cambiando, che si sta impoverendo e che non riesce più a far fronte ,con i soli suoi mezzi, ai costi crescenti che la sanità le richiede.

La prima voce, **prestazioni assistenziali**, si compone sostanzialmente delle richieste di informazioni sulla nuova **procedura di invalidità civile ed handicap e sugli assegni di cura**.

In particolare, sul primo punto, **la nuova procedura di riconoscimento dell'invalidità civile** ha messo a dura prova i cittadini, disorientati, mal informati, scoraggiati. Questa voce, oltre ad essere al primo posto tra le difficoltà inerenti la carenza di informazioni, **sale in modo netto dal 14,8% del 2009 al 16,2% del 2010.** I cittadini attraverso le loro segnalazioni lamentano la complessità di una procedura che, sebbene nuova e quindi naturalmente da conoscere, risulta eccessivamente ricca di criticità, registrate soprattutto nella prima fase della sua applicazione. Capire a chi rivolgersi per inviare la domanda, in che modo si debba reperire il pin per accedere all'invio telematico, come procurarsi il certificato medico, quali sono i costi per il certificato medico, sono solo alcune delle tante domande a noi pervenute. Queste richieste di informazioni non hanno trovato risposte adeguate da parte degli uffici preposti di ASL ed INPS e si sono riversate su di noi. A nostra volta ci siamo dovuti misurare con una procedura ricca di lacune ed in molti casi neanche applicata. Un esempio riguarda la possibilità, prevista

solo per il primo periodo, di inviare la domanda alla ASL in modalità cartacea, che si è invece protratta nel tempo in molte zone d'Italia, creando confusione e mostrando l'inadempienza di alcune amministrazioni. A complicare ulteriormente la vita delle persone ci si è messa poi la nota interna INPS del 20 settembre 2010, che ha previsto la necessità di implementare le visite dirette (seconde visite di accertamento da parte dell'INPS) anche in persone valutate in prima istanza con giudizio all'unanimità,condizione che, prima della nota, esonerava dalla necessità di ulteriore accertamento da parte dell'INPS. Ancora difficoltà causate dall'invio di tutti i verbali alla CMS (Commissione Medica Superiore) per la validazione definitiva, un ulteriore passaggio burocratico. In questa particolare occasione i cittadini di diverse regioni ci chiamavano spaesati, dichiarando che il loro verbale era stato mandato a Roma (CMS), senza ricevere altre informazioni che giustificassero tale procedura, e chiaramente denunciando l'allungamento dei tempi di ricezione del verbale e quindi il **pesante ritardo nell'erogazione delle indennità economiche**. Infine l'evidente **fallimento della procedura informatica** nella gestione delle pratiche di invalidità civile ed handicap, ha tradito il sospirato obiettivo di rendere il procedimento trasparente ed accessibile al cittadino in ogni sua fase, oltre che determinare fasi di stallo delle pratiche e ulteriori ritardi nella conclusione dell'iter. Tante quindi le segnalazioni rispetto alla mancanza di trasparenza e negato accesso alle informazioni. Si potrebbe andare avanti ancora per molto e predisporre una lista lunghissima solo per elencare la varietà di domande alle quali i cittadini non hanno trovato risposte.

L'assegno di cura è l'altra voce che compone la carenza di informazioni su prestazioni assistenziali. L'assegno di cura è un **sussidio economico mensile** per l'assistenza e la cura a domicilio di persone che, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, hanno bisogno di un'**assistenza continua.** Rappresenta una valida alternativa al ricovero in strutture residenziali ed un valido e umanizzante approccio all'assistenza che esalta l'importanza di rimanere nel proprio contesto di vita.
I cittadini e soprattutto gli anziani, i bambini ed i disabili, chiedono di conoscere le modalità ed i criteri che la loro Regione (o Comune) prevede per ottenere l'erogazione dell'assegno; per giunta ancora neanche previsto in molte Regioni d'Italia. In questo particolare momento storico poi, di tagli agli enti locali, i cittadini si ritrovano in condizione di estremo disagio di fronte alla sospensione o all'eliminazione di questo utile sostegno economico, dovendosi molto spesso sobbarcare interamente le spese dell'assistenza. In merito a questo chiaramente i cittadini chiedono tutela e orientamento.

Proseguendo nella carrellata di questioni che soffrono della carenza di informazione, e che in qualche modo esplicitano le criticità di natura socio-economica avvertite dai cittadini in questo periodo storico, troviamo le richieste di **informazioni in merito ai rimborsi che salgono dal 7,3% del 2009 all'8,5% del 2010.** Tale aspetto si inserisce nell'annoso bisogno dei cittadini di spostarsi di regione in regione o fuori dall'Italia per trovare la cura di cui necessitano, per riuscire ad avere un farmaco altrimenti inaccessibile nella loro Regione o in Italia, per ottenere una percorso assistenziale riabilitativo innovativo. Tra le segnalazioni riscontriamo la difficoltà incontrata dai cittadini nella procedura di richiesta e autorizzazione per cure fuori Regione o all'estero, ed alle modalità per ottenere eventuali rimborsi per spese anticipate (trapianti o interventi di alta specializzazione all'estero). Siamo di fronte al paradosso di un paese che non

garantisce cure uniformi sul territorio, ma neanche facilita la mobilità interregionale o transfrontaliera laddove il contesto europeo avverte, invece, la necessità di aprire, anche in sanità, addirittura le frontiere degli stati[8].

Infine, per quanto riguarda i dati in crescita rispetto allo scorso anno, indichiamo le segnalazioni inerenti le **prestazioni per le patologie rare** che salgono **dall'1,5% del 2009 all'1,7% del 2010.** I cittadini ricevono con difficoltà una diagnosi in tempi celeri e, oltre al danno la beffa, non sono messi nelle condizioni di sapere che esiste la possibilità di essere esenti dal pagamento del ticket per le prestazioni inerenti la patologia. Non sono informati rispetto alle modalità per ottenere l'esenzione dal ticket, non conoscono i centri di riferimento per la diagnosi e la cura (sempre se si è fortunati ad averlo nella propria Regione). Ancora una volta segnaliamo che spesso sono i medici a non orientare correttamente rispetto ai diritti di questi pazienti, come se non fosse uno dei compiti primari della professione medica quello di orientare e garantire un percorso di cura certo e rapido.

Non vogliamo tralasciare le segnalazioni che, sebbene diminuite in termini di numerosità rispetto allo scorso anno, rappresentano temi fortemente sentiti dai cittadini e per questo sempre molto segnalati.

Parliamo ad esempio delle richieste di **informazioni sulle strutture esistenti,** che si posizionano al secondo posto in termini di numerosità assoluta nell'ambito delle richieste di informazioni **(14,1% nel 2009 contro il 13,7% nel 2010**). I cittadini lamentano uno scarso orientamento da parte dei medici (in particolare i medici di famiglia), in merito a strutture di eccellenza dove si effettuino prestazioni ad elevata complessità. Spesso lamentano la mancanza di informazioni (questa volta da parte delle Asl) rispetto alla presenza di servizi o strutture residenziali o semiresidenziali (riabilitazioni, hospice, rsa, comunità terapeutiche, case alloggio, etc); richiesta determinata il più delle volte dalle interminabili liste d'attesa per l'ingresso. Ancora una volta è evidente l'assenza dei servizi territoriali (in particolare del CAD) che non sono in grado di intercettare le esigenze dei cittadini ed anzi sembrano sfuggirvi.

A seguire, al terzo posto rispetto alle richieste di informazioni, troviamo quelle inerenti la **documentazione sanitaria che dal 15,1% del 2009 scende al 13,1% del 2010**. Anche in questo caso è evidente quanto ancora si debba lavorare per garantire al cittadino un corretto accesso alle informazioni. Le difficoltà legate all'accesso alla cartella clinica, in primis, appaiono ancora evidenti in molte realtà che stentano a consentirne un rilascio in tempi utili; spesso addirittura quando è necessaria una consultazione medica esterna alla struttura ed in tempi rapidi. Accedere poi alle informazioni presenti in cartella clinica durante un ricovero appare il più delle volte una richiesta che ha dell'incredibile, nonostante sia perfettamente lecita e dovuta. Cartelle cliniche illeggibili, con informazioni poco esaustive, piene di correzioni, il più delle volte scritte a penna con calligrafie indecifrabili agli stessi medici, contribuisce a rendere l'accesso alle informazioni pressoché impossibile.

8 Direttiva 2011/24/Ue, Parliamente and Council, Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011 concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, 2011m Gazzetta ufficiale dell'Unione Europea. P. L88/45-L88/65

Proseguendo nella trattazione delle altre voci, troviamo l'accesso alle **informazioni inerenti le prestazioni per patologie oncologiche che passano dal 7,6% del 2009 al 6,5% del 2010.** In questo caso i cittadini trovano difficile avere informazioni su: centri specializzati o terapie specifiche, percorsi assistenziali protetti, diritti e agevolazioni spettanti (invalidità civile, handicap, lavoro, scuola, ausili etc).

Per quanto riguarda le **prestazioni odontoiatriche** (4,5% nel 2009, 4,4% nel 2010) siamo alle solite, ed il dato appare costante: il cittadino chiede il più delle volte chiarimenti in merito ai costi delle terapie odontoiatriche presso le strutture pubbliche. Conosce raramente i centri per le cure odontoiatriche in convenzione, chiede se esistano modi per risparmiare, chiede consigli sulla efficacia di **cure all'estero per risparmiare** (fenomeno delle cure odontoiatriche in paesi dell'est Europa).
I **pazienti cronici** lamentano un generalizzato senso di disorientamento **(5% nel 2009, 4,3% nel** 2010). La cronicità è caratterizzata dalla pervasività della malattia nella vita di un individuo, costretto a conviverci per sempre. Essi non individuando facilmente informazioni rispetto alle prestazioni sanitarie e assistenziali a loro dovute, lamentano le complicazioni burocratiche legate all'erogazione di protesi ed ausili, farmaci, assistenza domiciliare etc.

Le informazioni sulle **vaccinazioni** risultano pressoché costanti negli anni 2009 – 2010, registrando un **1,6%** in quest'ultimo anno.
In particolare, le persone che ci hanno contattato lo hanno fatto per chiedere informazioni rispetto ai criteri e modalità per accedere alla vaccinazione contro l'infezione da Papilloma Virus (HPV).

Infine, ma solo per servire l'amaro di fine pasto, l'annoso problema del **consenso informato** (**5,9% nel 2009, 4,1% nel 2010**). Il **consenso informato** è uno strumento che permette al cittadino di decidere consapevolmente se dare il suo consenso alle varie prestazioni sanitarie che gli vengono proposte. Il colloquio tra medico e paziente, di fatto, dovrebbe essere utile al fine di comprendere e condividere il tipo di cura che si sta prospettando. Allo stesso tempo, sarà utile al medico, per rafforzare il rapporto di fiducia con il paziente, farlo sentire compartecipe delle cure e acquisire informazioni che gli permettono di effettuare al meglio la propria prestazione. Nella pratica invece, il consenso spesso si limita ad una mera formalità, dove quello che più conta per il sanitario è acquisire un pezzo di carta con il consenso del paziente. I cittadini a loro volta spesso non hanno la piena consapevolezza dello strumento che gli è stato messo a disposizione, e molti segnalano di aver dovuto firmare un foglio quando già si trovavano in sala operatoria o in pre-anestesia, ricevendo un'informazione non sempre completa di tutti i rischi e complicanze possibili.
Inoltre viene meno la piena possibilità di scegliere per il paziente che se correttamente informato dei rischi potrebbe decidere di non volersi sottoporre a quella cura. Non mettere il paziente di fronte ad una alternativa terapeutica, non informarlo sui rischi di una terapia piuttosto che di un'altra, azzera la possibilità per lui di partecipare al processo di cura. Analizzando i casi di malpractice, notiamo che è proprio da qui che nascono molti problemi. Di sicuro, il tema del consenso informato è strettamente connesso alla sicurezza e spesso contribuisce a delineare

una segnalazione di sospetto errore da parte del cittadino. Il cittadino, che percepisce di essere vittima di errore medico, segnala spesso che se avesse saputo che i rischi potevano essere tanti non si sarebbe sottoposto all'intervento o non avrebbe assunto il farmaco specie quando scopre, magari, che era possibile sottoporsi ad un intervento con una metodologia meno invasiva o ad una cura con farmaci innovativi.

4. ASSISTENZA TERRITORIALE

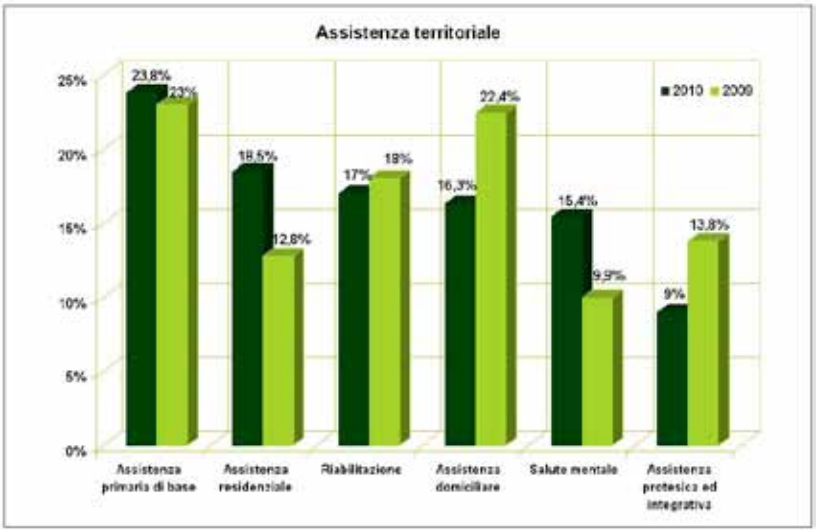


Figura 1– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

L'assistenza sanitaria territoriale è uno degli ambiti più delicati in cui il sistema sanitario incontra i cittadini, in quanto è appunto sul territorio – quindi a immediato contatto con l'utenza – che si può verificare quanto i mezzi, le strategie e le competenze dei singoli operatori rispondano alle esigenze reali delle varie categorie di pazienti. Nella *figura 1* è riassunta graficamente la situazione così come emerge dalle segnalazioni che i cittadini hanno portato all'attenzione delle sedi dei PiT Salute e del Tribunale per i diritti del malato nel corso degli anni 2009 e 2010, con un territorio che non appare per nulla in alcuni casi, o in maniera incompleta in altri, in grado di soddisfare i bisogni dei pazienti. Nelle pagine seguenti l'analisi di questi valori sarà presentata in via dettagliata (va comunque ricordato che il dato generale mostra un numero di segnalazioni sostanzialmente invariato, dal 12,7% del 2009 al 11,5% del 2010), in quanto ogni voce presentata in *figura 1* si compone di servizi diversi e può dar luogo a differenti riflessioni.

4.1 Assistenza primaria di base

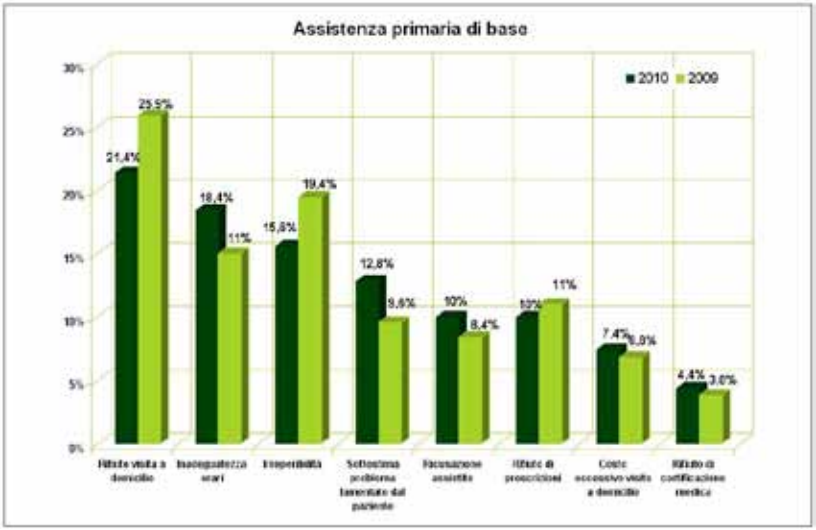


Figura 2– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Medico di base, Pediatra di libera scelta e Guardia medica: i soggetti elencati sono i protagonisti per eccellenza dell'intervento sanitario territoriale, quando questo non si presenti con urgenza e con particolare gravità. La particolarità di questo momento della presa in carico richiama quindi l'attenzione non solo su questioni tecniche, ma anche sugli atteggiamenti, la disponibilità e la professionalità del personale. La figura 2 fornisce contezza di quanto appena affermato: uno sguardo veloce ai dati presentati indica un aumento delle segnalazioni che riguardano alcuni comportamenti dei medici, sia dal punto di vista più squisitamente "umano" che da quello "tecnico".

Salta all'occhio in maniera evidente il valore relativo al **rifiuto dei medici di recarsi a visita presso il domicilio dell'assistito**: si tratta di un problema che viene segnalato per il 25,9% dei casi, nel 2009, e che scende nel 2010 toccando il 21,4%. Le cifre percentuali obbligano chi legge il dato ad interpretarlo alla luce delle dichiarazioni che i cittadini rilasciano alle sedi dei PiT Salute e del Tribunale per i diritti del malato: la discrezionalità dei medici nella valutazione delle condizioni cliniche descritte dai pazienti si manifesta a volte come una mancanza di interesse, di tempo o una vera e propria superficialità: questo atteggiamento porta i cittadini a rivolgersi direttamente ad altri servizi (pronto soccorso e guardia medica) e quindi a segnalare di meno."… *tanto il mio medico non viene mai a casa, quindi che lo chiamo a fare?*", ci siamo sentiti raccontare. Il dato di questa voce specifica si interseca con altre rilevazioni, quali quelle relative ai casi in cui i medici di base, nell'esercizio della libera professione, siano esosi nel chiedere il

compenso per la prestazione di visita al domicilio (alcuni cittadini hanno segnalato parcelle pari anche a 80 euro).

In aumento il numero dei pazienti che ritiene il problema da loro presentato come **valutato con poca attenzione** (corrispondenti nel 2009 a 9,6 punti percentuali, nel 2010 si attestano sul 12,8%), o che il numero di ore in cui lo studio del medico è aperto sia non sufficiente **Inadeguatezza degli orari**: i cittadini lo hanno segnalato di meno nel 2009, 11%, ma nel 2010 il valore è salito fino al 18,4%. Nei periodi presi in esame si nota anche il crescere delle segnalazioni che riguardano i casi di **ricusazione dell'assistito**: 8,4% nel 2009 e 10% l'anno successivo. La ricusazione è il passo ultimo rispetto alla impossibilità di instaurare un rapporto di completa fiducia fra medico e assistito, quindi rappresenta il momento in cui manca la collaborazione, la voglia di spiegare, di dedicare tempo. A sostegno delle motivazioni di questo disagio, anche se con valori contenuti, si manifestano le rilevazioni che riguardano il **rifiuto**, da parte del medico, **di prescrivere** o di **redigere una certificazione medica**. Entrambi i dati sono abbastanza stabili (le variazioni sono di circa un punto) su percentuali che vanno dall'11% del 2009 al 10% nel 2010 – per il rifiuto delle prescrizioni - e dal 3,8% al 4,4% (per i certificati). Ulteriore dato presente in figura 2, quello che riguarda l'irreperibilità dei medici nell'orario di servizio: il valore è di poco in discesa (15,6%) rispetto alla rilevazione del 2009 (18,4%). Infine il costo per le visite al domicilio che è ritenuto dai cittadini eccessivo con il 7,4% delle segnalazioni nel 2010 contro il 6,8% nello scorso anno.

La tabella 1 permette di visualizzare chi sono gli attori dei disservizi di cui sopra, e fa emergere un dato che conferma quanto rilevato attraverso la figura 1 di questo capitolo, e rientra anche fra le riflessioni portate avanti nel capitolo che si occupa di Umanizzazione.

I medici di base sono quindi segnalati nel 76,8% dei casi, per il 2010. Il dato, in leggerissima salita rispetto al 2009 (quando ammontava al 75%), conferma il *trend* e sottolinea l'importanza di monitorare le situazioni critiche (medici il cui operato si contraddistingue sistematicamente per i disagi in oggetto), separandole dagli episodi sporadici che invece possono essere ripresi con lettere e segnalazioni ai soggetti responsabili. In controtendenza rispetto al 2009, sia il dato relativo alla **Guardia medica** (2009: 9,2%; 2010: 15,8%) che quello relativo ai **Pediatri di libera scelta** (2009: 15,8%, contro il 7,4% del 2010).

Assistenza primaria di base/Attore	2010	2009
Medico di base	76,8%	75%
Guardia medica	15,8%	9,2%
Pediatra	7,4%	15,8%
Totale	**100%**	**100%**

Tabella 1– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

4.2 Assistenza residenziale

Il tema dell'assistenza residenziale non tocca solo gli utenti che sono stati dimessi da una struttura ospedaliera e necessitano di una prosecuzione delle cure a completamento del percorso di cura (come dopo un intervento chirurgico che chiama in causa una più o meno complessa riabilitazione fisioterapica), ma anche tutti quei soggetti che necessitano di un intervento integrato fra prestazione clinica e assistenziale più tendente a quest'ultimo regime. Le voci in cui è stato declinato questo ambito sono quattro, e riguardano le liste d'attesa (eccessiva lunghezza), i costi per la degenza, la distanza rispetto al domicilio dei familiari, la qualità dell'assistenza medico/infermieristica (Figura 3). Le strutture prese in considerazione sono le RSA - di vario livello a seconda della prestazione segnalata – e le lungodegenze (*tabella 2*).

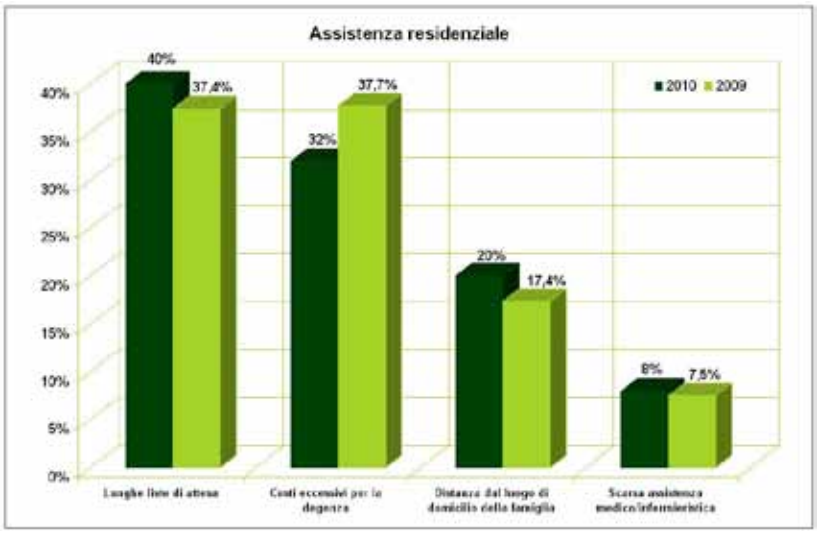


Figura 3– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

L'eccessiva attesa nell'accesso in struttura è il problema che principalmente viene segnalato dai cittadini: i valori alti del 2009, con il 37,4%, praticamente si confermano anche nell'anno successivo con un 40% pieno. Quasi sempre mesi, spesso anche due anni di attesa prima dell'ingresso in strutture dove l'assistenza sanitaria e sociale è comunque ridotta e predispone il paziente, in buona parte dei casi, ad un peggioramento delle condizioni di salute (o psicologiche) e che altrettanto regolarmente obbliga i famigliari ad occuparsi di gran parte delle mansioni. Questo il quadro che emerge dalle segnalazioni, e che si può desumere non solo dalle parole dei cittadini ai vari PiT Salute/Tdm, ma anche dalla oggettiva e tuttora in corso riduzione del numero di strutture sanitarie, del personale e all'innalzamento delle quote di partecipazione. Appunto i **costi della degenza** sono considerati elevati dai cittadini, nel 37,7% dei casi per l'anno 2009, nel 32%

se si considera l'anno 2010; evidentemente, i criteri utilizzati per la ripartizione della spesa non collimano con le reali condizioni economiche dei soggetti che si rivolgono al servizio in questione. In aumento, sempre come effetto della riduzione del numero di strutture operanti sul territorio o dei posti letto presenti in esse, anche le cifre che riguardano le segnalazioni di pazienti che potrebbero sì esser seguiti dalla appropriata struttura, ma che dovrebbero accettare una **distanza** di anche 120 chilometri rispetto al proprio domicilio o a quello dei famigliari. Questo crea disagio (ulteriore dispendio economico per gli spostamenti, impossibilità di andare a trovare spesso il famigliare) per il 20% dei cittadini che hanno segnalato nel 2010 (erano il 17,4% nell'anno precedente). Quanto detto a inizio paragrafo trova conferma nel dato che caratterizza l'assistenza all'interno di queste strutture, scarsa per poco meno di un decimo (stabile) dei cittadini che hanno segnalato il problema (7,5% nel 2009, 8% nel 2010). In *Tabella 2* le percentuali riguardo alle strutture oggetto dei disservizi di cui sopra: le RSA, chiaramente, rappresentano la maggioranza, con un valore che supera il 77% per l'anno 2010 (69% nel 2009), a riprova di un problema che di anno in anno non vede soluzione. Seguono le lungodegenze, che i cittadini segnalano in misura minore (2009: 30,8%; 2010, 22,7%)

Assistenza residenziale	2010	2009
RSA	77,3%	69,2%
Lungodegenza	22,7%	30,8%
Totale	**100%**	**100%**

Tabella 2– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

4.3 Riabilitazione

Riabilitazione	2010	2009
Domiciliare	40,6%	35,4%
In regime di degenza	35,9%	31,9%
Ambulatoriale	23,5%	32,7%
Totale	**100,0%**	**100,0%**

Tabella 3– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Il servizio di riabilitazione è un fondamentale aspetto dell'assistenza territoriale; esso si caratterizza per la possibilità di proseguire al domicilio o presso struttura territoriale il percorso di cura iniziato in ospedale. In linea teorica, cioè se il servizio fosse offerto in maniera ottimale sia dal punto di vista della disponibilità delle strutture che del numero e della competenza degli operatori, il principio sarebbe corretto e favorirebbe di molto l'efficacia terapeutica. Il problema, invece, verte proprio sulle difficoltà che i pazienti riscontrano sistematicamente nell'accesso a questo tipo di servizio, con disagi che iniziano già nella fase di attivazione, che si manifestano nei vari aspetti inerenti la qualità del servizio e che colpiscono sia i soggetti interessati da condizioni cliniche più gestibili, che i pazienti con situazioni più critiche. In *tabella 3* sono indicate le percentuali che riguardano le segnalazioni dei cittadini, ordinate per ambito di fornitura del servizio: si riscontra che è la riabilitazione domiciliare a presentare maggiori difficoltà per l'utenza, con valori in aumento (40,6%) di diversi punti percentuali rispetto al 2009 (35,4%), così come per quanto riguarda la riabilitazione in regime di degenza, che passa dal 31,9% del 2009 al 35,9% del 2010. Scendono invece le segnalazioni riguardanti la riabilitazione in regime ambulatoriale, dal 32,7% al 23,5%.

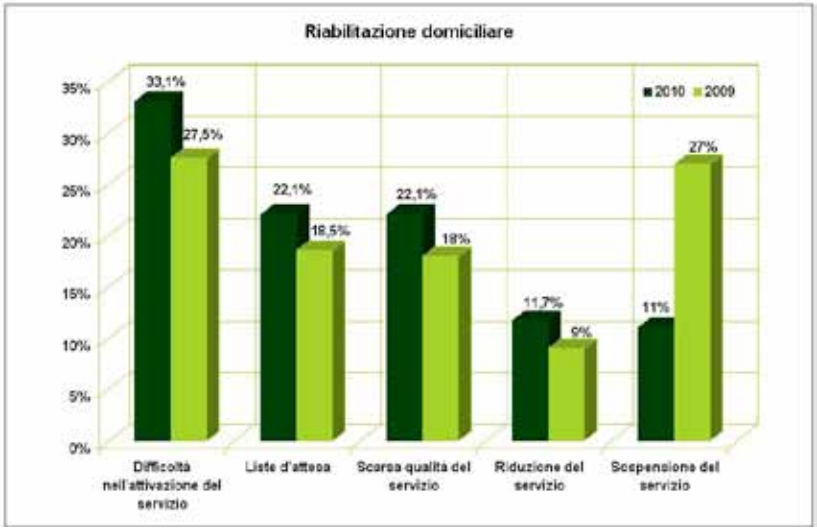


Figura 4– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Il domicilio è un luogo privilegiato per la cura: quando, infatti, emerge la possibilità di curarsi a casa - se le condizioni cliniche e anche quelle dell'intervento sanitario da attuare, lo rendono possibile - il paziente non è costretto a muoversi, e accetta psicologicamente meglio le difficoltà della terapia. Per il semplice fatto di essere a casa propria. Sono diminuite, fra il 2009 e il 2010, le segnalazioni che riguardano la **sospensione del servizio,** passando dal 27% all'11% (frutto di tagli drastici avvenuti già negli scorsi anni percepiti pertanto dai cittadini di meno in questo ultimo anno), ma si nota che tutti gli altri valori presi in considerazione sono in aumento: aumentano le **difficoltà nell'attivazione del servizio** (27,5% nel 2009, 33,1% nel 2010), con problemi segnalati che vanno dall'impossibilità di contattare l'ufficio CAD, al medico di base che non si interessa, fino alla mancanza di operatori.
Altro valore in aumento, nonché problema annoso, è quello relativo alle **liste d'attesa**: possono intercorrere anche mesi fra la richiesta e l'attivazione effettiva del servizio, con conseguenze che spesso inficiano la riuscita della terapia stessa per via della mancata tempestività d'intervento. I cittadini segnalavano questo problema, nel 2009, in misura del 18,5%, ma nel 2010 questo valore è salito fino al 22,1%. Viene anche segnalata la **scarsa qualità del servizio**, per motivi direttamente collegati alla professionalità degli operatori, per la mancanza di medici che coordinino il lavoro dei fisioterapisti oppure per gli orari ed i giorni in cui il servizio può essere effettuato; si tratta del 18% delle segnalazioni del 2009, che sale 22% nell'anno successivo. I cittadini raccontano anche, nel 9% dei casi per il 2009 e nel 11,7% nel 2010, che il **servizio** è stato **ridotto,** e anche in questo caso si tratta di un dato in leggero aumento.

La riabilitazione in regime di degenza, espletata graficamente nella *figura 5*, è quella che viene effettuata all'interno delle strutture, in forma di ricovero, per via della complessità della situazione clinica del paziente e per, quindi, l'esigenza di monitorare l'evoluzione e la funzionalità della terapia in maniera più attenta. Purtroppo, la maggioranza delle colonne del grafico in questione mostra valori in ascesa, segno che anche in questo ambito i servizi sanitari arrancano dietro a richieste che non sono in grado di soddisfare appieno. Una delle motivazioni viene chiarita nel grafico, in quanto continua ad essere presente la voce "**carenza di strutture sul territorio e mancanza di posti letto**"; il fatto che il valore sia in diminuzione di circa otto punti non sminuisce il problema. I cittadini, infatti, segnalano nel 2010 che il **servizio non è qualitativamente buono** nel 34,6% dei casi, mentre nel 2009 il valore era del 31,4%; si tratta di problemi legati al numero delle ore di terapia, alla scarsa presenza degli operatori e degli strumenti, condizioni che spesso rendono non proficuo il percorso di cura. Aumentano anche i valori relativi alle **liste d'attesa** per l'ingresso in struttura, passando dal 15% del 2009 al 18,9% dell'anno 2010. La riduzione dei posti letto e delle stesse strutture attive sul territorio è una delle cause più evidenti della situazione rappresentata graficamente, e la soluzione per i cittadini è inevitabilmente quella di ricorrere alle vie private o, non potendo economicamente, quella di rassegnarsi all'attesa. Vengono anche segnalate, e i relativi valori sono in aumento, le situazioni in cui, pur essendo il paziente ricoverato o dimesso dalla struttura, **non sta effettuando o non ha effettuato la prevista riabilitazione**: il dato descrive una situazione molto grave che viene segnalata spesso, e che seppur in diminuzione rispetto al 2009, quando il valore percentuale ammontava al 21,5%, nel 2010 registra comunque un notevole 18,8%. Altra falla del sistema sanitario, in ambito di riabilitazione in regime di degenza, è quella legata alla capacità di gestire, quindi accogliere e curare, pazienti che presentano **condizioni cliniche particolarmente**

complesse, o presenza di più patologie (ortopediche e neurologiche, ad esempio) anche se il dato è in diminuzione il 14,2% (contro il 17,8% del 2009) dei cittadini ci segnala comunque una dimissione precoce o una difficoltà di accesso. Il fatto che le strutture e i posti letto poi, siano in diminuzione, non fa che acuire il problema della corretta presa in carico, anche se il dato mostra una lieve diminuzione rispetto al 2009 (era 14,3%, nel 2010 è pari al 13,5%).

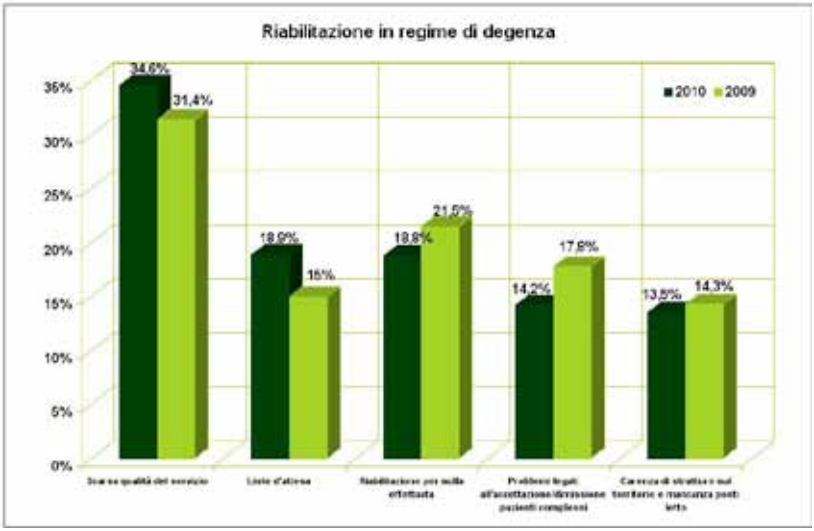


Figura 5– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

La *tabella 4* mostra i particolari relativi ai disagi del servizio di riabilitazione ambulatoriale. In particolare colpisce il dato relativo al **tempo dedicato alla riabilitazione** presso le strutture, ma in regime ambulatoriale, che passa da un valore quale il 75,2% al 47,6%; ciò non può essere letto come un avvicinamento alla risoluzione del problema, ma anzi come una evidenza della sempre maggiore difficoltà dei cittadini ad avere accesso alla riabilitazione presso le strutture che sono più vicine a casa (cfr.*tabella 3,* il valore relativo all'assistenza domiciliare è quello più rilevante): infatti, sono in aumento (più del doppio delle segnalazioni sul totale, dal 24,8% del 2009 al 52,4% del 2010) le percentuali relative alle difficoltà riscontrate nell'erogazione del servizio.

Riabilitazione ambulatoriale	2010	2009
Disagi legati all'erogazione del servizio	52,4%	24,8%
Tempo dedicato alla riabilitazione insufficiente	47,6%	75,2%
Totale	**100%**	**100%**

Tabella 4 - Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

4.4 Assistenza domiciliare

Assistenza domiciliare	2010	2009
Sanitaria	77%	78,1%
Sociale	23%	21,9%
Totale	**100%**	**100%**

Tabella 5 - Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

I cittadini segnalano maggiore difficoltà nell'ambito che concerne l'assistenza sanitaria domiciliare, cioè in quell'insieme di servizi erogati a domicilio da personale medico o infermieristico. Le cifre sono notevoli: nel 2010 si tratta del 77% delle segnalazioni, ma era il 78,1% nel 2009. L'assistenza sociale prestata al domicilio viene segnalata come problematica, invece, nel 23% dei casi, nel 2010, mentre il valore corrispondeva al 21,9% nel 2009. I dati sono in *Tabella 5*.

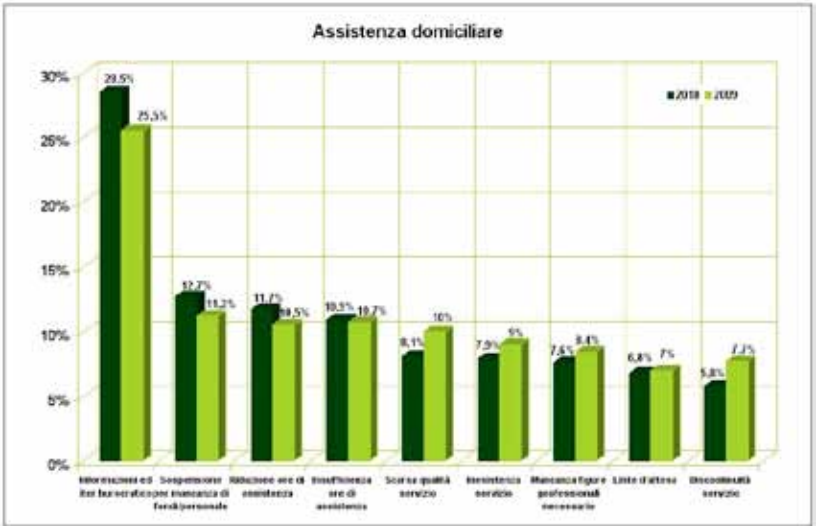


Figura 6- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare propriamente intesa, diverse sono le problematiche che vengono segnalate alle sedi dei PiT Salute e del Tribunale per i diritti del malato. Uno fra i temi più rilevanti è quello connesso alla difficoltà nel risolvere in maniera chiara e veloce l'**iter burocratico** che porta all'attivazione dei servizi: il dato relativo alla mancanza di informazioni è in aumento di tre punti percentuali, da 25,5% nel 2009 a 28,5% nel 2010. Spesso i tempi sono più lunghi di quanto viene promesso (oppure sono lunghi e basta: il dato sulle **liste d'attesa** era del 7% nel 2009 ed è rimasto al 6,8% nel 2010), gli uffici non rispondono o non hanno risposte per **mancanza di personale**, o di fondi e strumenti adeguati per porre in essere gli interventi (segnalazioni pari al 8,4% nel 2009, 7,6% nel 2010). L'altro lato della medaglia si manifesta quando, una volta riusciti ad ottenere il servizio, e quando questa attivazione consta di un **numero di**

ore sufficienti alla gestione della situazione (come non accade nel circa 10% delle segnalazioni ricevute), i cittadini si sentono dire dai centri CAD che **non può essere garantita la continuità** del servizio (7,7% nel 2009, in discesa fino al 5,8% nel 2010), o che le **ore di assistenza** devono essere **ridotte** per i motivi appena citati. Accade nel 10,5% dei casi segnalati nel 2009, 11,7%, invece, nel 2010 alle sedi dei PiT Salute e del Tribunale per i diritti del malato arrivano anche le segnalazioni di **sospensione del servizio**, e vengono segnalate in lieve aumento (11,2% nel 2009, 12,7% nel 2010). I precedenti Rapporti PiT avevano bene evidenziato problemi endemici di alcune zone del servizio sanitario, e questa nuova analisi li ritrova, purtroppo, anche se con minore drammaticità (statistica). Permangono infatti i problemi legati all'**inesistenza del servizio** di assistenza territoriale in alcuni Comuni (da 9% a 7,9%) e, in generale, alla **scarsa qualità del servizio** (10% delle segnalazioni del 2009, 8,1% nel 2010).

Assistenza domiciliare/Persone interessate	2010	2009
Disabili gravi adulti	44,0%	43,8%
Malati cronici	24,2%	18,5%
Anziani appena operati/dimessi	23,9%	20,8%
Bambini disabili	7,9%	16,9%
Totale	**100%**	**100%**

Tabella 6- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

La *tabella 6* mostra un approfondimento rispetto all'informazione relativa all'assistenza domiciliare: si è scelto di rappresentare le fasce più colpite dal problema di una mancata assistenza o di una prestazione discontinua, evidenziando che sono i disabili che versano in condizioni di gravità a segnalare i maggiori disservizi, con una percentuale stabile ma alta (43,8% nel 2009 e 44% nel 2010). In aumento anche i valori che riguardano le problematiche segnalate sia dai malati cronici (18,5% nel 2009 e 24,2% nel 2010) che da soggetti anziani appena dimessi perché, per esempio, operati da poco (20,8% nel 2009, 23,9% nel 2010). In diminuzione, solo il dato relativo ai disservizi a danno dei piccoli disabili, con un valore che scende dal 16,9% del 2009 al 7,9% del 2010.

4.5 Salute mentale

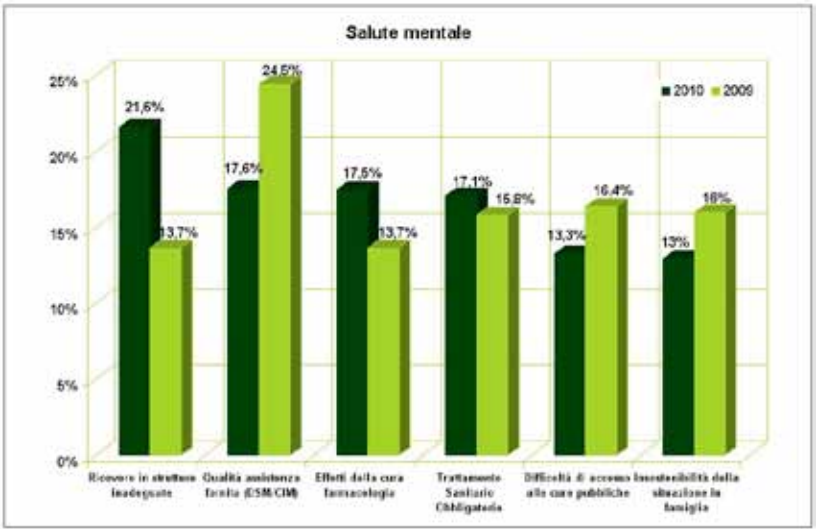


Figura 7- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Delicatissimo, all'interno del discorso sull'assistenza territoriale, è l'ambito della salute mentale: un banco di prova fondamentale per testare le reali capacità del sistema sanitario territoriale nei confronti di patologie che, prima di ogni altro intervento, necessitano di attenzione e continuità. Per gestire pazienti con problemi di salute mentale, il servizio deve essere presente, capillare, attento alle esigenze del singolo e alle richieste di aiuto dei famigliari; questi ultimi, infatti, svolgono un ruolo necessariamente di primo piano. I dati che saranno presentati in *figura 7* e commentati più avanti, però, non forniscono un quadro roseo di quest'ambito.

I cittadini che hanno contattato il PiT Salute, nel 2009 e nel 2010, hanno riportato diverse problematiche nell'ambito della salute mentale. Spicca per numero e maggioranza delle segnalazioni il tema del **ricovero in strutture inadeguate**, con quasi otto punti percentuali di aumento (nel 2009 il valore era pari al 13,7% delle segnalazioni, cresciuto fino al 21,6% nel 2010). Un valore così configurato restituisce la misura di un sistema che non è ancora in grado di comprendere quali siano le modalità più proficue di presa in carico del paziente o, letto in altra maniera, che non ha a disposizione strutture e personale per offrire il sostegno e le terapie che servono. Passano dal 24,5% al 17,6% le segnalazioni che hanno per oggetto la **qualità del servizio fornito** dalla struttura territoriale, sia essa Dipartimento o Centro, e questa è una tendenza che non rassicura chi segue i malati in via diretta (famigliari, nella maggior parte dei casi), in quanto al PiT Salute i cittadini segnalano sempre meno perché sempre meno si rivolgono ai servizi sanitari che sanno non essere in grado di accogliere le loro richieste. Prove di questa affermazione sono i dati che invece aumentano, a proposito degli **effetti delle cure farmacologiche** (13,7% nel

2009, 17,5% nel 2010) e sui **trattamenti sanitari obbligatori** (15,8% nel 2009, 17,1% nel 2010). Il fatto che i cittadini abbiano a lamentarsi a proposito di queste prestazioni è indicatore di una situazione in cui, chiaramente, il malato non è assistito a dovere, e dove probabilmente si preferisce affidarsi a cure esclusivamente – o quasi - farmacologiche o a interventi drastici come i TSO, piuttosto che seguire altre strade più integrate. Rimane un problema l'**accesso al servizio pubblico**, in sintesi, in quanto anche il dato rilevato scende, ma non oltre il 13,3% nel 2010 (ma era 16,4% nel 2009); i cittadini segnalano problemi che vanno dalla difficoltà ad ottenere un colloquio con i medici del distretto sanitario, all'impossibilità di alcune sedi ad inviare operatori e medici al domicilio. Proprio in considerazione di queste problematiche emerge un altro dato, quello della situazione descritta dalle **famiglie** che contattano le sedi del PiT Salute: abbandono, solitudine e rabbia nei confronti del servizio pubblico, che nella maggior parte delle volte non riesce a fornire più di una visita al mese o ogni due settimane, e un ricovero più o meno forzato quando le condizioni del paziente virano verso la completa ingestibilità. Il dato è in discesa di tre punti percentuali (16% nel 2009, 13% nel 2010).

4.6 Assistenza protesica ed integrativa

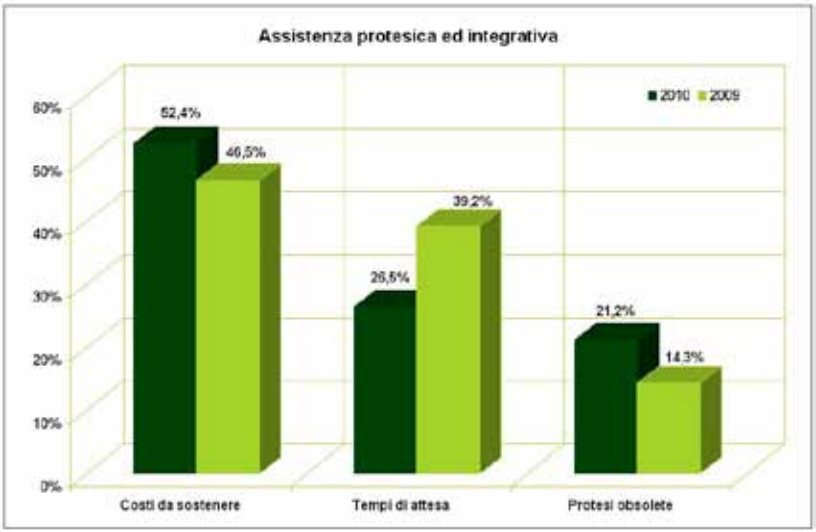


Figura 8- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Aumentano i **costi da sostenere** per garantire ai pazienti – soprattutto cronici – delle protesi di qualità, che siano efficienti e all'avanguardia: le ASL hanno troppi problemi economici per fornirli, così molto spesso i pazienti o i familiari sono costretti ad aggiungere denaro di tasca propria per avere un materasso o una carrozzina che risponda almeno in parte alle esigenze della persona da assistere. La *figura 8* indica questo contesto come il più problematico, con un volume di segnalazioni che sale dal 46,5% del 2009 al 52,4% del 2010. Sulla stessa scia si inserisce il numero di segnalazioni, anche questo in aumento (il dato passa 14,3% del 2009 al 21,2% del 2010), relativo alla sostituzione di **protesi ormai obsolete**, che pertanto sono inutili o addirittura dannose per il paziente e che quindi spesso non sono nemmeno più usate dallo stesso (ma non possono essere ritornate al servizio sanitario, per questioni burocratiche legate soprattutto al mancato aggiornamento del nomenclatore tariffario). Sembrano diminuire i **tempi di attesa** per ottenere le protesi necessarie (le percentuali, infatti, calano dal 39,2% del 2009 al 26,5% del 2010), segno, questo, che testimonia come il cittadino riesca a svicolare fra le varie lungaggini e difficoltà burocratiche; non è possibile, però, valutare il dato in questione in forma totalmente positiva, in quanto si è già evidenziato che sono in aumento i casi in cui le protesi consegnate non sono appropriate mentre aumentano parallelamente anche i costi da sostenere per ottenerle.

La *tabella 7* indica le tipologie di protesi che sono oggetto di maggior disagio per i cittadini che hanno contattato le sedi dei PiT Salute e del Tribunale per i diritti del malato: si nota come le difficoltà maggiori siano collegate in particolare alle protesi e ausili per la respirazione (da 12% nel 2009 a 13,7% nel 2010), alle protesi per gli arti inferiori (protesi d'anca per la maggior parte dei casi - il dato per il 2010 è in aumento e raggiunge il 13%) e per gli apparecchi acustici (il valore è pari al 11,2% delle segnalazioni del 2010).

Principali protesi ed ausili oggetto di segnalazione	2010	2009
Respiratore, aspiratore, ventilatore	13,7%	12,0%
Protesi arti inferiori	13,0%	9,0%
Apparecchio acustico	11,2%	9,5%
Carrozzine	10,6%	10,2%
Pannoloni	7,8%	6,0%
Protesi oculari	7,4%	6,0%
Busti e corsetti ortopedici	5,4%	6,1%
Microinfusore e striscette per diabetici	5,3%	9,1%
Montascale mobile, sollevatore, deambulatore, stabilizzatore	5,2%	9,0%
Scarpe ortopediche, plantari e calze elastiche	4,8%	3,1%
Materassi e cuscini antidecubito	3,4%	4,0%
Letto ortopedico	3,3%	6,0%
Placche e sacche per stomie	3,2%	5,0%
Cateteri	3,1%	3,0%
Elettrostimolatore midollare	2,6%	2,0%
Totale	**100%**	**100%**

Tabella 7- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

5. INVALIDITA' ED HANDICAP

Quest'anno le segnalazioni sull'invalidità civile ed handicap subiscono un incremento notevole rispetto allo scorso anno. **Dal 9,1% del 2009 salgono al 10,3% nel 2010**.
Il dato mostra un **trend in crescita** causato dalle enormi **difficoltà che la nuova procedura di riconoscimento di Invalidità Civile ed Handicap** sta arrecato ai cittadini nell'ultimo periodo.
Vediamo quali sono le maggiori difficoltà segnalate dai cittadini.

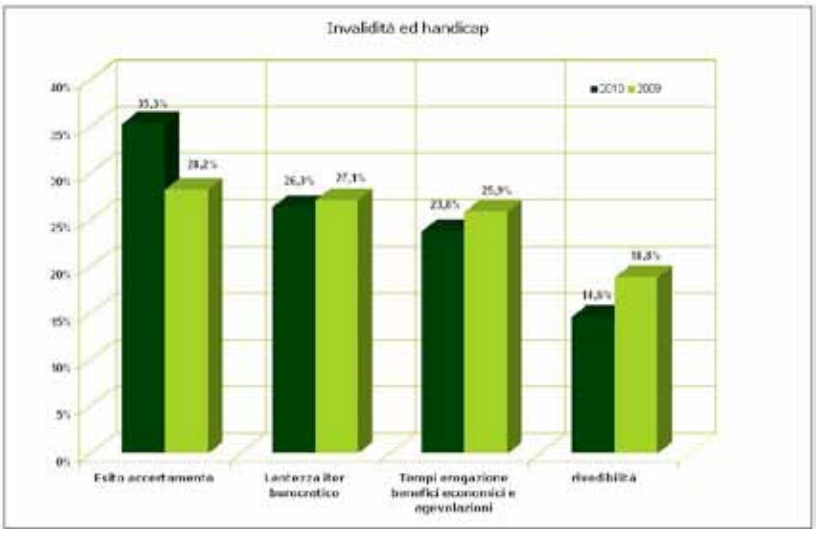


Figura 1- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Ciò che dal grafico emerge in modo netto è l'aumento delle segnalazioni relative all'esito dell'accertamento: **dal 28,2% del 2009 si sale al 35,3% nel 2010**. Con questa voce intendiamo le segnalazioni in cui **l'esito dell'accertamento sanitario** è ritenuto dai cittadini non corrispondente alle aspettative o più precisamente, **inferiore alle aspettative**. A seguire troviamo la lentezza dell'iter burocratico relativo al procedimento di riconoscimento dell' invalidità civile ed handicap (**27,1% nel 2009, 26,3% nel 2010**) che conta **più di un quarto delle segnalazioni** in questo ambito e che mette in luce l'inefficienza delle procedure informatiche e la moltiplicazione dei passaggi burocratici previsti dalla nuova prassi. A seguire troviamo l'attesa per l'erogazione dei benefici economici connessi all'invalidità e per l'ottenimento delle agevolazioni previste per l'handicap (**25,9% nel 2009, 23,8% nel 2010**). Questa voce è di sostanziale importanza; evidenzia infatti che il **23,8%** delle persone che segnalano un problema in ambito di invalidità, non ottiene, in tempi utili alle reali esigenze, i benefici economici e le varie agevolazioni previste dalla normativa. Infine mostriamo i problemi connessi alla rivedibilità ed a tutte le problematiche che continuiamo a sollevare da anni, legate alla sospensione dei benefici previsti in questa fase. Di fronte ai tanti disagi subiti dai cittadini, in particolar modo in questo ultimo anno, non sia-

mo rimasti fermi. Abbiamo infatti lanciato una campagna di mobilitazione dal nome "**sono un V.I.P**." (Very Invalid People), in cui abbiamo voluto ribadire il diritto dei cittadini ad ottenere le dovute indennità economiche connesse alle minorazioni civili, messe in serio pericolo dalle nuove direttive dell'INPS, che restringono, in modo drastico, i requisiti sanitari per la concessione dell'indennità d'accompagnamento. Abbiamo voluto restituire dignità agli invalidi, quando il nuovo piano straordinario di verifiche per l'invalidità civile ha stabilito un più serrato e ampio controllo sulle concessioni erogate, approfittando del favore dell'opinione pubblica montata dai media che gridavano allo scandalo dei falsi invalidi. Sulla scorta di quei casi mediatici, che stranamente in quel periodo conquistavano le prime pagine dei giornali e meritavano approfondimenti nei talk show, i "veri invalidi", quelli che abbiamo voluto sostenere noi, si sono sentiti accusare, come sempre avviene in questi casi in modo indiscriminato, di frodare lo stato, di essere degli imbroglioni, dei parassiti della società, addirittura degli "scrocconi". Abbiamo voluto inoltre denunciare l'inefficienza di una procedura telematica che avrebbe dovuto rivoluzionare i tempi e l'iter burocratico ma che ha invece mostrato tutte le sue lacune, la scarsa funzionalità ed un paradossale appesantimento burocratico, a tutto svantaggio dei cittadini.

5.1 Esito accertamento

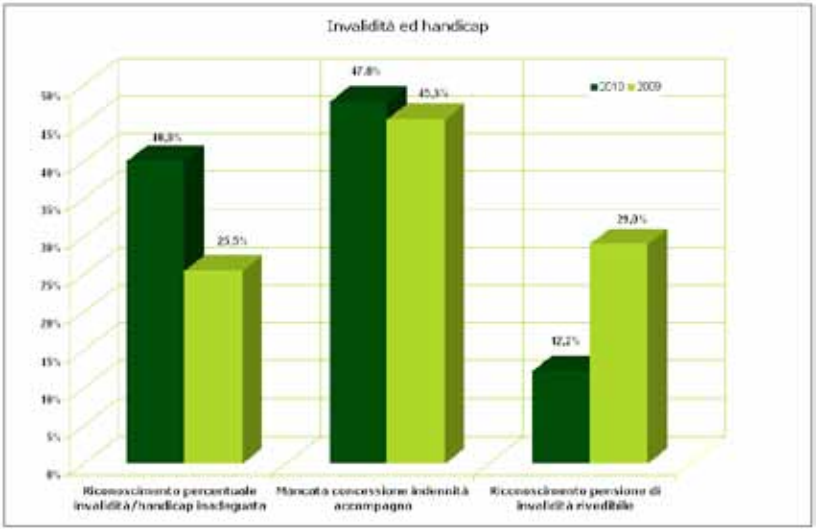


Figura 2- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Come si può notare dal grafico, le segnalazioni che riguardano il riconoscimento di una percentuale di invalidità ritenuta inadeguata, sono salite enormemente nel corso di questo ultimo anno, passando da un **25,5% nel 2009 ad un 40% nel 2010**.

Tale dato allarmante, specchio di un problema così avvertito dai cittadini è segnale di un evidente irrigidimento nelle valutazioni sanitarie, specie di quelle che danno luogo all'erogazione di benefici economici.

A conferma di questo dato, troviamo l'aumento delle segnalazioni sui mancati riconoscimenti dell'indennità di accompagnamento (**45,5% nel 2009 al 47,8% nel 2010**).

Le linee guida operative in invalidità civile, emanate con una **nota interna** dell'Inps il 20 settembre 2010, hanno stravolto in modo evidente quanto previsto dalla Legge (L. 508/88), tuttora vigente, in merito ai requisiti sanitari per la concessione dell'indennità di accompagnamento, limitando di fatto, e le segnalazioni lo confermano, la possibilità di ottenere i benefici nel malcelato obiettivo di contenere quanto più possibile l'aumento della spesa assistenziale.

L'Inps quindi, attraverso questa comunicazione interna, reintroduce dei criteri di assegnazione per l'accompagnamento che erano stati già respinti dal Parlamento, quando in occasione della Manovra finanziaria venne proposto un irrigidimento dei criteri.

La legge 508/88 stabiliva e, ribadiamo stabilisce tuttora, che l'indennità di accompagnamento debba essere concessa alle persone con inabilità totale quando ricorre una delle due seguenti condizioni:

1) si trovino nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore;

2) non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua.

Rispetto al primo punto, le nuove linee guida operative per l'invalidità civile diramate dall'INPS, irrigidiscono i requisiti fornendone una interpretazione più limitante. La nuova interpretazione prevede che l'impossibilità di deambulare debba essere **permanente e non superabile con l'utilizzo di ausili**. Questo significa che chi deambula con estrema difficoltà e fatica come, ad esempio, con l'aiuto di un tripode, di due stampelle o altri ausili, non si vedrebbe riconosciuto il diritto a ricevere l'indennità di accompagnamento.

Rispetto al secondo punto l'Inps ancora una volta limita i requisiti, stabilendo come condizione imprescindibile, la presenza di un'assistenza **continuativa** e l'impossibilità di compiere il **"complesso"** degli atti **elementari**. Nel misurare l'autonomia personale del cittadino, di fatto si vogliono considerare solo il **complesso (ovvero tutti)** degli atti "**elementari"** della vita (mangiare, vestirsi, lavarsi ecc..); non è sufficiente il non riuscire a compiere uno solo o due atti elementari. Vengono pertanto ignorati quelli che sono considerati atti **strumentali** della quotidianità, come sapersi orientare, usare un mezzo pubblico, usare un telefono, chiedere aiuto o un'informazione. Questa chiusura ha avuto grosse ripercussioni specie sui pazienti con problemi di natura psichiatrica che, sebbene siano perfettamente in grado di lavarsi, vestirsi, mangiare autonomamente, hanno tuttavia bisogno di una persona al fianco nelle attività di tutti i giorni.

Diminuiscono, ma sostanzialmente perché le problematiche descritte sopra hanno inciso maggiormente nella vita delle persone, le segnalazioni sul riconoscimento dell'invalidità civile ed handicap soggette a rivedibilità nel tempo **dal 29% nel 2009 al 12,2% nel 2010** che analizzeremo approfonditamente più avanti nel corso del capitolo.

5.2 Lentezza iter burocratico

Lentezza iter burocratico	2010	2009
Difficoltà nella presentazione (telematica) della domanda	35,7%	15,2%
Attesa convocazione prima visita	22,8%	41,3%
Attesa convocazione a visita a seguito di domanda aggravamento	15,6%	13,1%
Attesa verbale provvisorio	12,3%	17,3%
Attesa verbale definitivo	13,6%	13,1%
Totale	**100%**	**100%**

Tabella 1- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

La legge 102/09 ha radicalmente modificato la procedura di riconoscimento di invalidità civile attiva dal 1° gennaio 2010. A seguito dell'emanazione della norma, l'INPS, ha divulgato una Circolare (28 dicembre 2009, n.131), per chiarire gli aspetti organizzativi e fornire le prime istruzioni operative relative alla nuova procedura. L'annunciata rivoluzione della nuova procedura era quella di creare un sistema di presentazione, gestione, trattamento e archiviazione elettronica delle domande, con il fine primo, di rendere la procedura più **rapida, snella e trasparente**. Vediamo invece di analizzare quanto i cittadini ci hanno segnalato nel 2010 rispetto allo scorso anno.

Chiunque si sarebbe aspettato un miglioramento sostanziale delle cose, soprattutto: minori tempi per la prima convocazione a visita, per la conclusione dell'accertamento, semplificazione per il cittadino nella procedura, maggiore trasparenza, da sempre carente, un più celere processo insomma. Analizzando la prima voce notiamo quanto invece siano aumentate le segnalazioni connesse alla **presentazione della domanda di invalidità** (**15.2% nel 2009, 35,7% nel 2010**), che è solo il primo passo del processo che andiamo ad analizzare. Come sappiamo da gennaio 2010 la domanda deve essere presentata solo per via telematica all'INPS (che ormai gestisce tutto il procedimento), previa certificazione medica a sua volta telematica, redatta da un medico abilitato alla certificazione on line, ottenuta ricevendo un pin. Non è un rompicapo, vi rassicuriamo, è la nuova procedura.

L'Inps rassicura tuttavia i cittadini che chiunque dotato di computer e connessione ad internet sia in grado di farlo; poi aggiunge però che nel caso fosse necessario ci si può far aiutare da un patronato o da una associazione di pazienti.

Nell'esperienza che abbiamo, quasi nessun cittadino ha presentato la domanda autonomamente, ma piuttosto si è rivolto ad un patronato.

Questo aspetto non è di poco conto se consideriamo che trovare un patronato e recarvisi può rappresentare per le persone un ulteriore ostacolo ed un onere economico aggiuntivo; raggiungere la sede del patronato, affidare questo compito ad altri o farsi accompagnare da una badante può infatti avere dei costi "secondari" non di poco conto. Inoltre il costo della certificazione medica, che ricordiamo può essere redatta da qualsiasi medico abilitato all'invio telematico, non essendo regolamentato, ha subito dei rincari indiscriminati, arrivando a costare al cittadino fino a 90 euro.

Se analizziamo il secondo ed il terzo punto, notiamo che le segnalazioni inerenti i tempi per la

convocazione a prima visita sono diminuite dal **41,3% del 2009 al 22,8% del 2010**. Questo dato va messo a confronto con le segnalazioni inerenti l'attesa per la **convocazione a visita a seguito di domanda di aggravamento** che invece **sale dal 13,1 nel 2009 al 15,6 nel 2010**.
Sono dati che rivelano un aspetto interessante. Mentre i cittadini che effettuano per la prima volta una domanda di invalidità denunciano che l'aspetto più problematico è rappresentato proprio dalla tortuosità della presentazione della domanda, le persone che hanno già avuto questa esperienza sono in grado di fare un confronto e segnalano quindi più spesso l'attesa, il più delle volte, oltre i tempi massimi consentiti.
Gli ultimi due punti mostrano un sostanziale permanere della problematica connessa alla ricezione del verbale sia provvisorio che definitivo.
L'attesa per il verbale provvisorio è segnalata **dal 12,3%** dei cittadini che affronta questo problema sempre con molta apprensione. Il verbale provvisorio, previsto in particolar modo per i pazienti oncologici grazie alla legge 80/06 (che stabilisce il diritto ad usufruire immediatamente dei benefici previsti per tali patologie), rappresenta per molti un indispensabile strumento per ottenere una serie di agevolazioni. Allo stesso modo è sentito come indispensabile per i pazienti con handicap grave o per parenti di persone con handicap grave al fine di usufruire dei permessi lavorativi.
L'attesa per il verbale definitivo infine è segnalato dal **13,6%** dei cittadini contro il **13,1% dello scorso anno,** in crescita pertanto, e ci aspettiamo dei dati ancora più allarmanti il prossimo anno.

I tanti motivi dei ritardi.
A spiegare le segnalazioni relative alle eccessive attese per la ricezione del verbale, si nasconde un serio **problema di carattere tecnico-informatico relativo all' inadeguatezza della procedura** che sta tradendo l' obiettivo di snellire e accelerare la procedura. Il programma informatico presenta problemi di lentezza, di incompatibilità di software tra la ASL e l'INPS, la necessità addirittura di tornare, in alcuni casi, al metodo cartaceo per evitare il blocco della procedura. Gli stessi medici dell'INPS (ANMI) con una lettera aperta del 2 febbraio 2011, denunciano le criticità e i paradossi di questa nuova procedura, descrivendola: lenta, macchinosa, farraginosa e piena di criticità. La nuova procedura informatica avrebbe dovuto garantire, oltre alla piena trasparenza degli atti, una maggiore celerità del procedimento a vantaggio dei cittadini; tuttavia, dalle segnalazioni, tale procedura sta apparendo fallimentare.

Un'ulteriore beffa per i cittadini e motivo di ritardi eclatanti è rappresentata dagli **accertamenti sanitari diretti**. Con la comunicazione 20 settembre 2010, già citata per aver ristretto i requisiti per l'ottenimento dell'indennità di accompagnamento, l'INPS introduce la necessità di potenziare il ricorso all'accertamento sanitario diretto, ovvero quello che prevede una seconda visita presso l'INPS a seguito del giudizio già espresso presso la commissione di prima istanza (ASL) comunque già integrata da un medico INPS. Ricorrere alla doppia visita appare veramente in contraddizione con l'obiettivo di abbreviare e snellire l'iter. Tutto ciò rappresenta chiaramente un notevole passo indietro rispetto alla necessità di semplificazione amministrativa da sempre fortemente sentita dai cittadini. Il disagio è aumentato notevolmente; la seconda visita rappresenta una incombenza davvero sgradita ai pazienti, specie quando, sopratutto in alcune zone d'Italia, può avvenire anche a centinaia di km di distanza.

Infine, ad aggravare i ritardi nella conclusione del procedimento, la stessa Comunicazione INPS 20 settembre 2010, impone che qualsiasi verbale debba obbligatoriamente passare per la **validazione definitiva da parte della CMS** (Commissione Medica Superiore) prima di giungere nelle mani dei cittadini. Vale a dire un controllo del controllo!

La somma delle questioni non può che giungere a un unico esito: le persone attendono troppo a lungo i verbali e le procedure di pagamento sono estremamente rallentate

A seguito dell'applicazione della Comunicazione, le segnalazioni dei cittadini, disorientati dai ritardi imputati anche a tale prassi, si sono fatte abbondanti.

La logica sottostante a questo ulteriore passaggio nella procedura, risponde ad esigenze di maggiore controllo sui riconoscimenti di invalidità civile ma non risponde affatto alle reali esigenze degli utenti, ovvero quelle di ottenere un riconoscimento rapido.

Con tale procedura, di fatto, l'INPS dimostra scarsa attenzione nei confronti delle politiche di semplificazione, venendo inoltre meno all'auspicato snellimento burocratico.

5.3 Tempi erogazione dei benefici economici e delle agevolazioni

Tempi erogazione benefici economici e agevolazioni	2010	2009
Attesa per erogazione assegno di invalidità a seguito di riconoscimento	19%	9,1%
Attesa per erogazione indennità di accompagno a seguito di riconoscimento	27,3%	15,8%
Attese per godimento agevolazioni legate alla condizione di handicap	53,7%	75,1%
Totale	**100%**	**100%**

Tabella 2- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Dalla tabella è evidente quanto i tempi per l'erogazione dei benefici appaiano per i cittadini assolutamente eccessivi rispetto alle loro esigenze. In quest'ultimo anno il disagio legato all'attesa per l'erogazione dell'assegno di invalidità è decisamente aumentato, passando dal **9,1% delle segnalazioni nel 2009 al 19% nel 2010**. Ancora più accentuato il disagio per le attese legate all'erogazione **dell'assegno di accompagnamento,** che nel **2009 era segnalato nel 15,8% dei casi e nel 2010 addirittura nel 27,3%** dei casi. Il dato conferma che per i cittadini poter contare su un aiuto economico, soprattutto in tempi brevi, rappresenta una necessità davvero sentita. Infine troviamo le attese per il godimento delle agevolazioni legate alla condizione di handicap che calano dal **75,1% dello scorso anno al 53,7% del 2010**. Sebbene siamo di fronte ad un calo notevole delle segnalazioni ,stiamo comunque parlando di **più della metà delle segnalazioni relative ai disagi vissuti a causa delle troppe attese**. Questa voce esprime in particolar modo l'attesa che i cittadini sono costretti a subire per poter usufruire dei permessi lavorativi previsti dalla legge 104/92. Gli eccessivi ritardi registrati in ogni fase del procedimento, come in un domino, si ripercuotono sulla vita delle persone in modo ormai intollerabile.

Tempi medi di attesa nel biennio 2009/2010	
Convocazione prima visita invalidità/accompagno	5,5 mesi
Verbale invalidità/handicap	9,5 mesi
Erogazione benefici	11,5 mesi

Tabella 3- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Nella tabella sopra abbiamo voluto riportare le attese medie che abbiamo registrato relativamente alle fasi del procedimento. La **prima visita** viene erogata in media dopo **5,5 mesi**. Il **verbale** di invalidità o handicap giunge nelle mani dei richiedenti dopo **9,5 mesi,** e **l'erogazione dei benefici** economici dopo **11,5 mesi**.

Attese assurde se consideriamo a cosa sono legate le attese: la prima visita è utile per accedere all'assistenza protesica oppure per chiedere benefici come i permessi lavorativi (anche se spesso il datore di lavoro non accetta il verbale provvisorio); il verbale definitivo permette di ottenere tutti i benefici correlati all'invalidità e all'handicap, come l'esenzione dal ticket, congedi e permessi lavorativi per cure, agevolazioni fiscali di vario tipo ecc. Infine **l'erogazione dei benefici economici** che permette di vivere più dignitosamente, rappresentando per molti, l'unica fonte di reddito o comunque un indispensabile aiuto nella vita di tutti i giorni.

I tempi segnalati sono ben al di sopra dei tempi massimi stabiliti dalla normativa (D.P.R. 698/94) per le varie fasi del procedimento. La prima visita infatti dovrebbe essere erogata al massimo entro 3 mesi dalla presentazione della domanda, ed entro 15 giorni per i pazienti oncologici. Il rispetto dei tempi è frequentemente disatteso dalle amministrazioni coinvolte nel procedimento (INPS e ASL), come si nota dalla tabella. La conclusione dell'accertamento sanitario dovrebbe avvenire entro 9 mesi, ma anche in questo caso è molto difficile che la tempistica venga rispettata, se consideriamo inoltre che l'INPS ha facoltà di sospendere il procedimento nel caso fosse necessario un ulteriore approfondimento sanitario. Come abbiamo visto poco fa, l'Inps ha previsto il potenziamento proprio delle visite dirette (seconde visite), e ciò ha chiaramente influito enormemente sull'allungamento dei tempi di conclusione dell'accertamento sanitario per molti cittadini.

Per quanto riguarda il tempo entro cui al cittadino deve giungere il verbale a casa, e quindi sia messo nelle condizioni di usufruire dei benefici di Legge, la norma non prevede una tempistica precisa, pertanto è facile ricevere segnalazioni in cui i tempi superano abbondantemente l'anno d'attesa. La circolare INPS 131/09, che detta le linee operative della nuova legge sul procedimento dell'invalidità civile, stabilisce in realtà dei termini precisi entro cui il cittadino deve poter usufruire dei benefici (120 giorni dalla presentazione della domanda) ma non sono di fatto assolutamente rispettati non avendo, la Circolare, un valore vincolante per l'Inps (la circolare non ha valore di legge).

5.4 Rivedibilità

Rivedibilità	2010	2009
Sospensione indennità di accompagno durante la procedura	49%	36,4%
Sospensione dell'assegno di invalidità durante la procedura	27,4%	37,4%
Mancata esenzione dalla visita	23,6%	26,2%
Totale	**100%**	**100%**

Tabella 4 Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

La tabella mostra i disagi , che da anni segnaliamo, legati alla revisione periodica dell'invalidità civile e dell'handicap. I cittadini evidenziano, poiché ne subiscono le enormi ripercussioni, l'ingiusta sospensione dell'indennità d'accompagnamento e dell'assegno di invalidità prevista durante il periodo di revisione. È un problema sempre più sentito e vissuto come gravoso per il bilancio di una famiglia che spesso può contare solo sull'esiguo assegno di accompagnamento per vivere. Il **49% delle segnalazioni nel 2010** riguarda proprio la difficoltà legata alla **sospensione dell'accompagnamento** contro il **36,4% registrato lo scorso anno**. Spesso a lamentare l'ingiustizia di tale prassi sono le madri di giovani invalidi, ai quali nel momento del compimento della maggiore età, per prassi, viene sospeso l'accompagnamento, in attesa di nuova visita. A seguire la **sospensione dell'assegno di invalidità,** che subisce una flessione rispetto allo scorso anno, ma che rappresenta ancora più di un quarto delle segnalazioni in questo ambito (**27,4%**). Infine, l'annoso mancato riconoscimento dell'esonero dalla rivedibilità (**23,6%**), frutto spesso di una non approfondita valutazione sanitaria e dei requisiti previsti dal decreto 2 agosto 2007. Spesso i cittadini lamentano infatti la superficialità delle visite, il poco tempo dedicato loro, la sottovalutazione dei problemi che la patologia arreca loro nella vita quotidiana.

Principale patologia del soggetto interessato	2010	2009
Patologia oncologica	30,6%	33,6%
Patologia cronica e neurologica degenerativa	29,2%	18,9%
Patologie dell'anziano	20,2%	20,6%
Patologia rara	6,8%	8,0%
Salute mentale	3,5%	10,1%
Altro	9,7%	8,8%
Totale	**100%**	**100%**

Tabella 5- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Infine abbiamo voluto mostrare quali pazienti risentano maggiormente delle tante difficoltà appena esposte nell'ambito dell'invalidità civile e dell'handicap. A risentire maggiormente e quindi a segnalare più di altre, sono le persone affette da **patologie oncologiche** (**30,6% nel 2010)**, così come lo scorso anno (**33,6% nel 2009**).

Sorprende questo dato perché ci conferma che sebbene il legislatore sia venuto incontro a questi pazienti, disegnando un percorso semplificato e di maggiori garanzie (soprattutto con la legge 80/06), sono ancora molte le difficoltà che sono costretti ad affrontare. Tempi massimi per la convocazione a prima visita non rispettati, verbali provvisori (utili al godimento immediato dei benefici) non previsti dalle ASL o non accettati dalle amministrazioni (dal datore di lavoro per permessi Legge 104/92, dalle stesse ASL per erogazioni protesi e ausili ecc.). Seguono i disagi vissuti dalle persone con **patologia cronica e neurologica** degenerativa che dal **18,9% dello scorso anno** salgono al **29,2% nel 2010**; dato che mette in evidenza quanto ancora i pazienti con patologie croniche non siano sufficientemente tutelati.

LE TESTIMONIANZE

Ho la Sclerosi multipla da 9 anni e mi è stata riconosciuta l´invalidità civile al 100%, con assistenza continua già da diversi anni. Il verbale di commissione dice: sclerosi multipla con tetraparesi spastica, disartria, grave deficit deambulatorio, vescica neurologica; non autonoma. Mi hanno richiamato a visita di rivedibilità, e già questo mi è sembrato un fatto molto grave (quanto vuoi che migliori la mia patologia). Ho dunque effettuato a settembre 2010 la visita di rivedibilità, ma ancora ad oggi (marzo 2011) non mi arriva alcuna comunicazione. Ho provato a chiamare il call center dell´inps per sapere a che punto fosse la pratica ma non mi hanno saputo rispondere.
Ho richiamato e richiamato più volte ai numeri che di volta in volta gli operatori dell'Inps mi davano,ed alla fine la risposta è stata: la pratica si trova a Roma e al momento non ci sono operatori sufficienti per smaltire l´eccesso di documentazioni….E' mai possibile un fatto del genere, è mai possibile che una persona tanto sfortunata come me debba sopportare questa ulteriore beffa?
Sono indignata!

Ho effettuato la visita per l´invalidità civile il 14.07.2010. Dopo oltre 7 mesi non ho ancora ricevuto risposta dall'INPS sul suo esito. Mi hanno detto che è un problema di tanti. È tutto bloccato dal settembre 2010, quando è entrata in vigore una legge statale che dice che tutti i verbali devono passare prima per Roma per essere vagliati, poi si invierà l´esito direttamente agli interessati. Da allora non è arrivato nemmeno un singolo foglio in tutta la regione (questo me lo ha detto una dipendente dell'INPS di zona). Bel modo del governo per snellire le procedure. Chi ci va di mezzo in questo caso sono i veri malati come me che, oltre ai problemi fisici, devono lottare per ottenere un posto di lavoro dignitoso (io ho fatto la domanda semplicemente per iscrivermi nelle categorie protette; l´unico modo per sperare in un posto di lavoro.

In sede di valutazione per l'invalidità civile ho subito una grave e palese ingiustizia dalla commissione INPS che qui riassumo in poche righe:
Sottoponendomi a revisione i medici della commissione hanno deliberatamente minimizzato la mia condizione di salute. Soffro di due patologie gravi. Nel 2008 mi veniva quantificato un 100% di invalidità, oggi mi viene concesso un insultante e ridicolo 67%. Il punto è che avendo volutamente ignorato le patologie croniche di cui soffro, la commissione si è macchiata quantomeno di incompetenza grave. Ora dovrò presentare un ricorso con un avvocato che non so come diavolo farò a pagare visto che non ho più diritto neanche a quel misero assegno di invalidità.

6. ACCESSO AI SERVIZI: difficoltà d'accesso tra costi e tagli

Questo capitolo vuole descrivere i disagi che i cittadini subiscono e segnalano come conseguenza dei tagli inferti al SSN negli ultimi anni.

In questa lunga fase di razionalizzazione delle risorse, di vincoli di bilancio da rispettare, di piani di rientro imposti ormai ad 8 delle 21 Regioni italiane, dove l'obiettivo diventa attuare tagli orizzontali, aumentare i costi per i cittadini a scapito di una auspicabile programmazione e riorganizzazione del sistema, la fotografia è quella di un **Servizio sanitario Nazionale e Regionale che riduce progressivamente la sua offerta**.

Le persone toccano con mano questo progressivo depauperarsi del sistema sanitario, notando con stupore che dove c'era un presidio, forse oggi non c'è più o viene ridotto; laddove vi era la possibilità di usufruire di prestazioni in modo gratuito, oggi c'è da metter mano al proprio portafogli. Cittadini che vivono lo sgretolarsi di quelle garanzie con le quali hanno sempre convissuto, e sono oramai costretti a farsi carico loro dei servizi sanitari necessari.

Una delle conseguenze che la riduzione di fondi al SSN e la razionalizzazione delle risorse determina è sicuramente una **maggiore difficoltà ad usufruire dei servizi erogati** fino a non poco tempo fa: prestazioni che la propria ASL non offre o offre in modo ridotto, o, ancora, prestazioni che la ASL fornisce, ma non in modo tempestivo.

La seconda conseguenza è il **carico economico** derivante dall' **"acquisto" dei servizi non garanti**. La terza conseguenza è l'aumento dei **costi di compartecipazione alla spesa**. (ticket sui farmaci, ticket nei pronto soccorso, ticket su prestazioni). Costi che sono ulteriormente aumentati, che sono diversificati da una regione all'altra ed ai quali, da luglio 2011, si vanno ad aggiungere le quote fisse di 10 euro per diagnostica e specialistica.

Come si nota nella tabella del capitolo introduttivo, le difficoltà segnalate dai cittadini ad usufruire adeguatamente dei servizi sanitari, in particolar modo **per problemi legati ai costi ed al ridimensionamento di servizi e prestazioni**, è la voce che maggiormente cresce (+ 4.2 punti percentuali) rispetto a tutte le altre (dal 5,5% nel 2009 al 9,7% nel 2010). Mentre le segnalazioni sui **ticket e le esenzioni** scendono di 6.7 punti percentuali (i cittadini nel 2010 si sono "adattati" all'aumento dei ticket per la diagnostica e farmaceutica da parte di alcune regioni[9]), la voce "servizi sanitari" cresce di 6.69 punti percentuali rispetto al 2009. (47,4% nel 2009 e 54,1% nel 2010). Soprattutto questo dato ci da uno spaccato della difficoltà dei cittadini, in un momento di così grande crisi e incertezza, nel vedersi man mano ridimensionare prestazioni da tempo garantite in modo consolidato.

9 Rapporto PiT Salute 2010,"Diritti non solo sulla carta"

Proprio questo dato indica in modo evidente cosa i tagli effettuati stanno producendo sui livelli essenziali di assistenza (considerati non più "*ciò che deve essere garantito*" ma "*ciò che può essere garantito con le risorse disponibili*"[10]) ,**quanto queste decisioni incidano sui costi e sulla qualità di vita delle persone.**

Accesso ai servizi	2010	2009
Servizi sanitari	54,1%	47,4%
Ticket ed esenzioni	45,9%	52,6%
Totale	**100%**	**100%**

Tabella 1- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

10 A. Tanese, I sistemi sanitari regionali tra programmazione, governo della spesa e valutazione della *performance*, Osservatorio civico sul federalismo in sanità, Rapporto 2011

6.1 Servizi sanitari

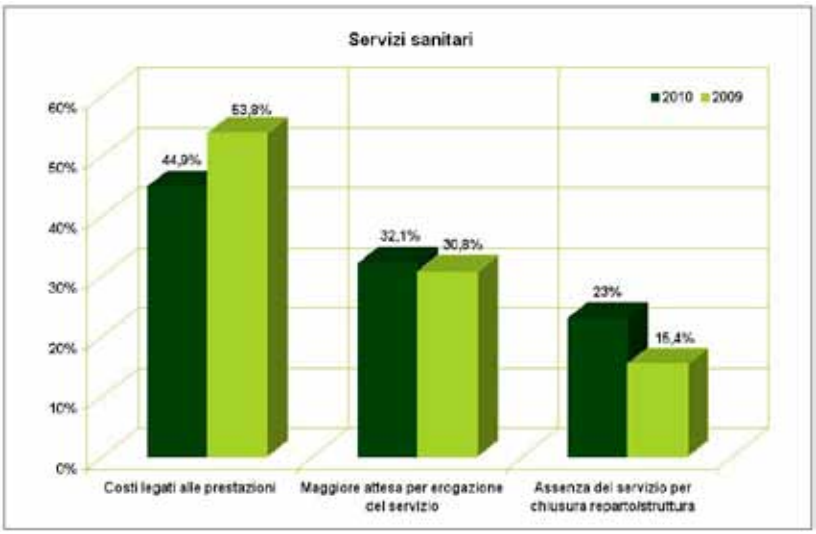


Figura 1- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Il ridimensionamento delle risorse al Fondo Sanitario nazionale (specie negli ultimi due anni) e la necessità da parte delle Regioni di rispettare i vincoli di bilancio imposti, ha favorito una visione strettamente economicistica del sistema sanitario.

La conseguenza sui cittadini è che i servizi vengono sospesi, ridotti, non implementati, come ad esempio la riduzione di posti letto in RSA nel Lazio, la diminuzione di centri in convenzione per la riabilitazione in Campania, la chiusura di presidi territoriali, la chiusura o la riconversione di reparti o di piccoli ospedali.

Il quadro è chiaro e non c'è molto da aggiungere.

I cittadini segnalano con forza che il proprio sistema sanitario va sfaldandosi attraverso le segnalazioni che riguardano la **chiusura di reparti o strutture**.

Ancora più sorprendente è che il dato cresce tra il 2009 ed il 2010 di ben 7.6 punti percentuali. Si tratta di cittadini che segnalano la chiusura dell'ambulatorio pubblico presso il proprio distretto ASL; della necessità di dover partorire negli ospedali che praticano il numero adeguato di parti[11], ma a volte distanti dal luogo in cui le partorienti abitano; il ridimensionamento del numero dei posti di dialisi (specie per chi cambia città nei luoghi di vacanza).

Altro dato in crescita (+1,3% rispetto al 2009) è l' **attesa per il tempo di erogazione del servizio.** Si tratta di cittadini che indicano tempi di attesa più lunghi per accedere alle prestazioni, di attese per ottenere un posto in RSA o in lungodegenza o per effettuare la riabilitazione.

Un ultimo dato segnalato fa riferimento ai **costi sostenuti** per tutti quei servizi che la propria

11 minimo 500 parti l'anno

ASL non è in grado di fornire, o di fornire in modo consono: ore di assistenza domiciliare o di riabilitazione, piccoli interventi ambulatoriali, amniocentesi, risonanza magnetica, visita cardiologica, ginecologica , ausili e protesi (a causa degli iter burocratici o perché si tratta di presidi innovativi che, non essendo compresi nell'elenco[12], la persona deve acquistare da sé).
Anche qui l'equazione è chiara. **Ad assenza di servizi e prestazioni garantite o erogate dal servizio sanitario, aumentano i costi sostenuti dai cittadini per "acquistare" i servizi e le prestazioni di cui essi necessitano.**

Un'ultima riflessione sui costi riguarda "il prezzo che ha ormai raggiunto il servizio pubblico" che – se pur più vantaggioso - oggi, con **l'aggiunta di 10 euro di ticket su ricetta** e varie rimodulazioni, non è più concorrenziale rispetto ai prezzi offerti dal servizio privato. Se si conta poi l'assenza di tempi di attesa ed il comfort offerto, si rischia che il cittadino decida di rivolgersi al privato o al privato/convenzionato.
Anche questo elemento sta ad evidenziare che (per ciò che concerne le prestazioni di relativa complessità), non sembra oltremodo "conveniente" rivolgersi al servizio pubblico. Anche sotto quest'ottica si assiste ad uno scardinamento del nostro servizio sanitario.

12 Nomenclatore tariffario, DM 332 del 27/8/1999

6.2 Ticket ed esenzioni

Il secondo filone che è di ostacolo ad un Servizio Sanitario Nazionale che abbia le caratteristiche di universalità, eguaglianza ed equità, riguarda la questione dei ticket e delle esenzioni.

Ticket ed esenzioni	2010	2009
Prestazioni diagnostiche e visite specialistiche	73,5%	62,5%
Farmaci	22,5%	28,0%
Prestazioni pronto soccorso	4,0%	9,5%
Totale	**100%**	**100%**

Tabella 2- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

L'uso dei ticket è una delle misure che sia lo Stato che le Regioni adottano per contenere la spesa sanitaria.

Nel 2009 il 62.5% delle persone segnalava **costi eccessivi per prestazioni diagnostiche e specialistiche a causa dei ticket e delle problematiche connesse alle esenzioni**. **Nel 2010 il dato è notevolmente in crescita: + 11 punti percentuali rispetto al 2009.**

Si tratta di problematiche inerenti il **costo dei ticket per prestazioni diagnostiche**. E' evidente come i ticket sulle prestazioni incidano particolarmente sui cittadini, specie della Calabria, Sicilia, Campania, Molise e Lazio, i quali sostengono una spesa di oltre 46 euro a prestazione (vedi tabella riassuntiva).

Un altro problema riguarda la difficoltà ad ottenere **le esenzioni per patologia** per coloro la cui malattia non è contemplata all'interno dell'Elenco di Patologie croniche e rare[13] riconosciute dal Ministero della Salute. Sono numerosi i cittadini che chiedono che la propria patologia venga riconosciuta, o che vi sia la possibilità di usufruire di prestazioni più nuove ma non ancora in esenzione poiché il vecchio elenco, dal 1999, non è stato ancora aggiornato[14].

I cittadini nel 2010 hanno inoltre segnalato la questione relativa all'entrata in vigore del DM 11 dicembre 2009 sulle **modalità di dichiarazione del reddito ai fini dell'esenzione**. Il provvedimento prevede l'eliminazione dell'autocertificazione per il reddito e la predisposizione di una lista da parte dell'INPS ai medici prescrittori per quei pazienti ritenuti esenti per reddito ed età. Già nel 2010 vi sono stati i primi problemi di cittadini che, recandosi presso lo sportello ASL - non comparendo nella lista - si sono visti richiedere il pagamento dell'intero ticket.

Il problema risulterà ancora più rilevante nel 2011, poiché da una parte le Regioni hanno recepito la norma con tempistiche diverse (Lazio dal 1 aprile 2011, Emilia Romagna dal 1 maggio 2011, Toscana dal 1 dicembre 2011) e dall'altra i cittadini scontano la disorganizzazione e la poca comunicazione tra Regione ed ASL.

Il recepimento del provvedimento, inoltre, ha evidenziato una grande variabilità sull'iter organizzativo e sulla attribuzione dei codici di esenzione, tanto da creare un serio **problema nella mobilità** di quei cittadini che vorrebbero usufruire della prestazione richiesta in una regione diversa rispetto a quella di residenza.

13 Decreto ministeriale n. 329/1999 e Decreto Ministeriale 279/2001

14 Decreto ministeriale n. 329/1999

Si segnalano inoltre **difficoltà a sostenere i costi dei ticket per l'acquisto dei farmaci**. Ormai le Regioni che attribuiscono il ticket per ricetta e per confezione sono la maggioranza, mancano all'appello: Sardegna, Marche, Valle D'Aosta, Provincia di Trento e di Bolzano. Il problema più sentito riguarda quelle Regioni in cui anche gli esenti pagano una quota (es. in Puglia ed in Campania gli esenti versano un euro per la ricetta). I dati di Federfarma indicano che nelle Regioni con ticket più incisivo le quote di partecipazione hanno un'incidenza sulla spesa lorda tra il 10% e il 14,3%. Nelle Regioni che non applicano ticket sui farmaci (dove i cittadini pagano solo l'eventuale differenza tra prezzo di riferimento e prezzo della specialità medicinale più costosa), le quote di partecipazione hanno avuto comunque una notevole incidenza sulla spesa lorda (tra il 5,6% e il 7,9%), ma non raggiungono i livelli del 10/14%[15].

Infine un ultimo dato (in calo: - 5,5 punti percentuali rispetto al 2009) riguarda le richieste dei cittadini sui **pagamenti dei codici bianchi al pronto soccorso**. Elemento che, introdotto dal 2007[16] ed immediatamente adottato dalle Regioni, è ormai considerato per i cittadini un dato di fatto.

La tabella di seguito riportata indica la variabilità della quota che i cittadini versano all'interno delle singole Regioni e come in alcune regioni come Bolzano, Calabria, Campania, rivolgendosi per un codice bianco al pronto soccorso, si versano comunque delle cifre esorbitanti (tabella 3)

15 http://www.federfarma.it/Farmaci-e-farmacie/Spesa-e-consumi-farmaceutici-SSN.aspx

16 art. 1 comma 796 punto p della Legge 296/2006 (Finanziaria 2007)

Regioni	Ticket	In quali casi
Abruzzo	Quota fissa 25 euro	Codici bianchi non seguiti da ricovero
Basilicata	**Non si applica il ticket**	
Calabria	- Quota fissa 50 euro - Nel caso in cui l'accesso sia seguito da prestazioni specialistiche, la quota fissa è sostituita dalla somma dei ticket di tutte le prestazioni eseguite (compresa la visita di PS, le consulenze specialistiche richieste dal medico di PS) fino alla cifra massima di 45 euro.	Codici bianchi e verdi non seguiti da ricovero
Campania	Quota fissa 50 euro	Codici bianchi non seguiti da ricovero
Emilia Romagna	- 25 euro per la visita - ticket per eventuali prestazioni, applicato secondo le regole della specialistica	Codici bianchi non seguiti da ricovero
Friuli Venezia Giulia	1) 7,74 euro per visita di proto soccorso 2)10,32 euro per consulenze specialistiche 3)18,07 euro per esami di laboratorio 4)12,91 euro per radiografia al torace 5)23,24 euro per altre indagini radiologiche 6) 30,98 euro per ecografia 7)12,91 euro per elettrocardiogramma 8)23.24 euro per altri esami strumentali (consulenze specialistiche)	- prestazioni di PS per situazioni clinico patologiche la cui definizione diagnostica e/o il trattamento terapeutico possono essere differenti - prestazioni programmate successive al primo trattamento
Lazio	Quota fissa 25 euro	Codici bianchi non seguiti da ricovero
Liguria	- 25 euro per visita medica eseguita dal medico di PS e/o medici consulenti - 36,15 euro (tetto massimo complessivo) nel caso in cui, oltre la visita, vengano erogate ulteriori prestazioni diagnostiche di laboratorio, strumentali o terapeutiche	Codici bianchi non seguiti da ricovero
Lombardia	25 euro per la visita specialistica, comprese eventuali alte prestazioni diagnostico-terapeutiche	Codici bianchi non seguiti da ricovero

Marche	Quota fissa 25 euro	Codici bianchi non seguiti da ricovero
Molise	Quota fissa 25 euro	Codici bianchi non seguiti da ricovero
Piemonte	Quota fissa 25 euro	Codici bianchi non seguiti da ricovero
Puglia	- 25 euro per la visita - ticket per eventuali prestazioni specialistiche (con massimo di 36,15 euro dovuti per ogni raggruppamento di prestazioni afferenti alla stessa branca specialistica, fino ad un massimo di 8 prestazioni , se non in possesso di esenzione	- Codici bianchi non seguiti da ricovero - per i minori (dai 6 ai 14 anni) è dovuto il ticket sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali (qualora non esenti per altra causa)
Sardegna	Quota fissa 25 euro - 15 euro	- Codici bianchi - codici verdi (pazienti poco critici ed a bassa priorità di accesso)
Sicilia	Quota fissa 25 euro	Codici bianchi, ad eccezione di quelli -seguiti da ricovero -afferenti al ps a seguito di traumi ed avvelenamenti acuti - prestazioni erogate a fronte di una specifica richiesta del medico di base o del medico di continuità assistenziale -pazienti che necessitano di essere comunque avviati agli ambulatori territoriali, attivi nelle medesime sedi ospedaliere - prestazioni eseguite nell'ambito dell'OBI
Toscana	- 25 euro per l'accesso, la prima visita, per eventuali esami di laboratorio - fino ad ulteriori 25 euro se vengono effettuati ulteriori esami (secondo ticket specialistica ed ambulatoriale)	Codici bianchi non seguiti da ricovero

Valle D'Aosta	Quota fissa 25 euro	Codici bianchi non seguiti da ricovero
Veneto	- 25 euro per visita medica eseguita dal medico di PS - 18,5 euro per attività di consulenza, per la visita pediatrica eseguita dal medico del PS pediatrico - ticket fino a 36,15 euro ogni otto prestazioni della stessa branca specialistica -eventuali altre prestazioni, secondo le modalità previste per la specialistica ambulatoriale)	Codici bianche
Umbria	Quota fissa 25 euro	Codici bianchi non seguiti da ricovero
Bolzano provincia	- 50 euro + tariffa per ogni prestazione specialistica ambulatoriale fino ad un massimo di 100 euro - 15 euro	Casi non urgenti e/o non giustificati; le esenzioni valgono solo per le prestazioni specialistiche ambulatoriali Casi giustificati qualora non seguiti da ricovero ospedaliero
Trento-provincia	- Quota fissa 25 euro per i soggetti aventi titolo alla gratuità -35 euro per i soggetti non aventi titolo alla gratuità (cittadini stranieri non forniti dei modelli di assistenza internazionale)	-codici bianchi non seguiti da ricovero - tutti

Tabella n. 3 - Tribunale per i diritti dal malato, 2011

Anno 2011 tra nuovi ticket, tagli e costi per i cittadini

Già dai primi mesi del 2011 diverse manovre correttive e, non ultima, la Manovra Finanziaria[17] di luglio, hanno introdotto novità importanti ma gravose per i cittadini aggiungendo ticket, aumentando i costi e praticando tagli ai servizi sanitari.

Si è iniziato con la drastica riduzione dei prezzi di rimborso dei medicinali equivalenti varata dall'AIFA nel mese di aprile 2011[18] e del correlato mancato allineamento di tutti i prezzi da parte delle aziende produttrici, soprattutto nei primi mesi di applicazione, ha costretto i cittadini a pagare rilevanti differenze di prezzo a proprio carico.
Federfarma ha stimato che l'incidenza sulla spesa lorda delle quote di partecipazione a carico dei cittadini è passata dal 7,4% di giugno 2010 all'11,2% di giugno 2011 non solo a seguito degli interventi regionali sui ticket, ma anche per la riduzione dei prezzi di rimborso[19].
Si è continuato con la Manovra correttiva del luglio 2011[20] che non ha garantito alcuna copertura economica per evitare il pagamento da parte dei cittadini dei 10 euro di ticket sulla diagnostica e specialistica introdotti con la Finanziaria del 2007[21] e poi abolita[22]. Da Luglio, quindi, i 10 euro di ticket sono andati a pesare su tutti i cittadini ed in particolar modo su coloro i quali fanno parte delle fasce più deboli della popolazione.
Tra i problemi che si evidenziano, a parte i costi gravosi (che possono essere visibili nella tabella riassuntiva) vi sono le **discrepanze regionali** (alcune Regioni hanno deciso di non far gravare sui cittadini la quota fissa, altre l' hanno imposta, altre ancora modulano la quota da pagare in base al reddito, ed altre in base alle prestazioni) (Tabella riassuntiva).

Se l'importo massimo di ticket per ogni ricetta è fissato a 36,15 euro, ma in alcune Regioni come per esempio la **Calabria** si paga 45 euro più un euro di quota fissa, l'aggiunta dei 10 euro di ticket andrà a gravare enormemente sulle tasche dei cittadini che sosteranno una spesa di **56 euro** per una visita erogata dal servizio pubblico. I cittadini della regione **Lazio** per effettuare una risonanza magnetica, dovranno aggiungere ai 36,15 i 10 euro di quota fissa per ricetta ed i 15 euro previsti dalle precedenti normative regionali. Per un totale di **61,15 euro**.

Un altro problema segnalato è la **disorganizzazione ed il clima di incertezza** che i cittadini hanno vissuto, come conseguenza della inadeguata organizzazione da parte di alcune regioni.

In virtù di un così importante cambiamento che ha messo in difficoltà i cittadini, Cittadinanzattiva ha lanciato la **campagna SOS ticket,** alla quale tutti possono inviare le proprie testimonianze

17 Legge 111 del 15 luglio 2011 – Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria

18 Comma 9 dell'articolo 11 del Decreto Legge n.78 del 30 maggio 2010, convertito con modificazioni dalla Legge del 30 luglio 2010, n.122. Determinazione AIFA del 30 marzo 2011

19 http://www.federfarma.it/Farmaci-e-farmacie/Spesa-e-consumi-farmaceutici-SSN.aspx

20 Legge 111 del 15 luglio 2011 – Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria

21 all'articolo 1, comma 796 lettera p) e p)-bis della Legge 27 dicembre 2006 n. 296.

22 Legge 64 del 17 maggio 2007

e segnalazioni[23]. Nel primo mese di attività lo sportello ha evidenziato, difficoltà dei cittadini nel calcolo del reddito nelle regioni che modulano il ticket, proteste per le novità introdotte; cittadini pronti a cambiare regione pur di pagare meno per un'ecografia o un elettrocardiogramma, ecc.

Regioni	Ticket su diagnostica e specialistica	Introduzione dei 10 euro di quota fissa su ricetta – dati settembre 2011
Abruzzo	36,15	10 euro di quota fissa
Basilicata	36,15	Rimodulazione quota fissa in base alle tipologie di prestazione
Calabria	45,00 + 1 euro quota fissa	10 euro di quota fissa
Campania	36,15 (fino a 50 euro per pacchetti ambulatoriali) + - 10 euro di quota fissa - 5 euro per i cittadini esenti. I 5 euro non sono dovuti alle categorie di esenti)	10 euro di quota fissa
Emilia Romagna	36,15	Rimodulazione quota fissa in base al reddito
Friuli Venezia Giulia	36,00	10 euro di quota fissa
Lazio	36,15 - 15 euro per RMN/TAC - 5 euro FKY - 4 euro per altre prestazioni e pacchetti ambulatoriali	10 euro di quota fissa
Liguria	36,15	10 euro di quota fissa
Lombardia	36,15	Rimodulazione quota fissa in base alle tipologie di prestazione

23 Nel mese di luglio Cittadinanzattiva- Tribunale per i diritti del malato ha deciso di promuovere la campagna "sos ticket" al fine di monitorare l'applicazione dei ticket a livello regionale. La campagna ha previsto l'apertura di uno sportello dove il cittadino può segnalare particolari difficoltà e ricevere orientamento rispetto alle novità che riguardano la sua regione. Per contattare lo sportello è sufficiente inviare una email a sosticket@cittadinanzattiva.it, o inviare un fax allo 0636718333.

Marche	36,15	Rimodulazione quota fissa in base al reddito
Molise	36,15 - 15 euro per RMN/TAC - 5 euro FKY 4 euro per altre prestazioni e pacchetti ambulatoriali	10 euro di quota fissa
Piemonte	36,15	Rimodulazione quota fissa in base alle tipologie di prestazione
Puglia	36,15	10 euro di quota fissa
Sardegna	46,5	
Sicilia	36,15 + - 2 euro di quota fissa su ricetta - 10% del valore tariffario eccedente ai 36,15 euro	10 euro di quota fissa
Toscana	36,15	Rimodulazione quota fissa in base al reddito
Valle D'Aosta	36,15	Non adotta la quota fissa
Veneto	36,15	Rimodulazione quota fissa in base al reddito
Umbria	36,15	Rimodulazione quota fissa in base al reddito
Bolzano - provincia	36,15	Non adotta la quota fissa
Trento- provincia	36,15	Non adotta la quota fissa

Tabella Riassuntiva, n. 4- Tribunale per i diritti dal malato, 2011

La Manovra Finanziaria ha, inoltre, introdotto **ticket aggiuntivi che entreranno in vigore dal 2014** (art. 17 comma 1 lettera d) e consente alla Regioni di poter introdurre ticket ulteriori a quelli già presenti sulla farmaceutica, su prestazioni di diagnostica e specialistica su ricoveri ospedalieri e medicina di base (Ticket questi che non andranno a concorrere alla determinazione del tetto di spesa).

Un altro importante elemento previsto dalla Manovra finanziaria di luglio riguarderà la **riduzione dei regimi di esenzione, esclusione e favore fiscale** che negli anni prossimi saranno ridotti

se le regioni non adotteranno entro il 30 settembre 2012[24] provvedimenti legislativi ben definiti[25].

In tabella sono stati riportati i principali provvedimenti che tra il 2010 ed il 2011 hanno tagliato drasticamente la spesa pubblica sanitaria e sociale, e di conseguenza l'insieme delle risorse su cui il servizio sanitario negli anni avvenire potrà contare[26].

Provvedimenti	Riferimenti normativi
Blocco turn over (fino al 2015), blocco della contrattazione e della convenzione del personale sanitario (fino al 2012)	Legge 31 maggio 2010 n. 78
Tagli al Fondo Sanitario Nazionale: - 550 milioni di euro nel 2010 - 600 milioni nel 2011	Legge 31 maggio 2010 n. 78
Tagli alle Regioni: - 4 miliardi di euro nel 2011 - 4,5 miliardi nel 2012	Legge 31 maggio 2010 n. 78
Riduzione del FSN tra il 2013 e 2014 di 7.950 milioni di euro	Legge 111 del luglio 2011
Riduzione dei regimi di esenzione, esclusione e favore fiscale	Legge 111/ 2011 art. 40 (allegato C-bis)
Fondo per la non autosufficienza: - azzerato nel 2011 - azzerato nel 2012 - azzerato nel 2013	Legge 13 dicembre 2010

Tabella n. 5, Tribunale per i diritti dal malato, 2011

24 Legge 14 settembre 2011 n. 148 (conversione in legge del Decreto-Legge 13 agosto 2011 n. 138)

25 La Legge 111/ 2011 art. 40 (allegato C-bis) indica che sarà ridotto (del 5% nel 2013 e del 20% nel 2014) il regime di esenzione, esclusione e favore fiscale. …"*In alternativa a tale misura, la stessa Legge prevede che entro il 30 settembre 2012 siano adottati provvedimenti legislativi in materia fiscale ed assistenziale aventi ad oggetto il riordino della spesa in materia sociale, nonché la eliminazione o riduzione dei regimi di esenzione, esclusione e favore fiscale che si sovrappongono alle prestazioni assistenziali*…" …"*tali da raggiungere riduzioni di spesa sino a 4 miliardi di euro nel 2012 e 16 miliardi nel 2013*". Nota relativa alla proposta di legge A.C. 4566 "delega al Governo per la riforma fiscale e assistenziale", Cittadinanzattiva, Audizione presso la Commissione VI Finanze Camera dei Deputati, Roma, ottobre 2011.

26 Nota relativa alla proposta di legge A.C. 4566 "delega al Governo per la riforma fiscale e assistenziale" Cittadinanzattiva, Audizione presso la Commissione VI Finanze Camera dei Deputati, Roma, ottobre.

Vogliono chiudere l'ambulatorio del nostro paese. Serve un ampio bacino d'utenza… anche i cittadini dei paesi più vicini e delle frazioni giungono fin qua. Adesso bisogna andare in un'altra città... da qui sono … km 70 e come si fa? Per tirare il sangue faccio tutta questa strada? Però ci sono dei centri clinici privati convenzionati… certo, non fanno tutte le analisi in convezione ma… almeno per quelle che mi vengono prescritte qui sono in convenzione.

Mia madre aveva un forte dolore al petto, l'abbiamo portata al pronto soccorso della nostra città. Da lì ci hanno detto che andava trasferita presso il centro specializzato. Il centro è distante da casa nostra, sono circa km 200. In estate con il traffico e le strade interrotte è un'impresa arrivare. Mia madre è rimasta sola anche nel giorno dell'intervento. Siamo andati a prenderla alla dimissione. Per quale motivo … tutti questi spostamenti… eppure l'ospedale l'abbiamo sempre avuto vicino, ed è anche grande…

Sono malato di cuore, ho l'esenzione, ogni 2 giorni vado in ambulatorio per il controllo del sangue. Prendo molte medicine ma, nonostante sia esente per patologia, pago il ticket sulla ricetta.

Dovevo effettuare una risonanza magnetica per forti dolori alla gamba…Il cup è sempre occupato e, dopo che faticosamente trovo l'operatore che mi risponde "c'è da attenedere". A fronte di una spesa di 50 euro tra ticket e ricetta, decido per il privato…spendo 130 euro, ma è più comodo, vicino casa e … non devo aspettare!

7. ASSISTENZA OSPEDALIERA

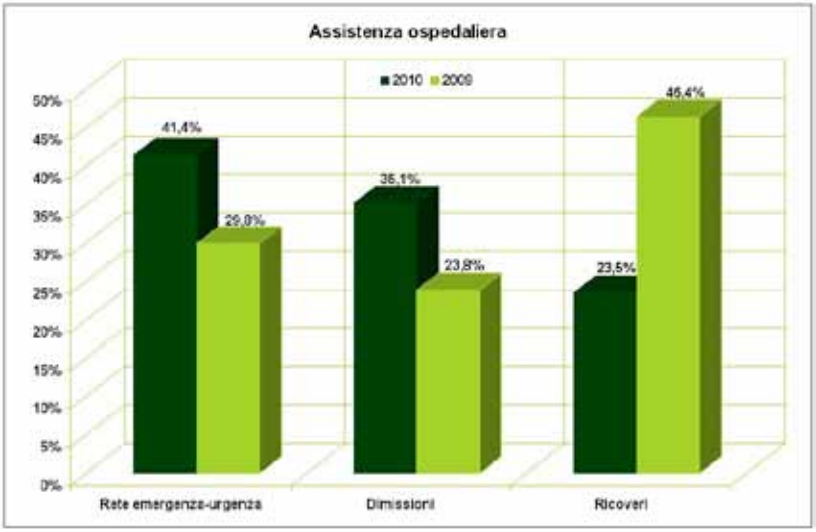


Figura 1- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Le segnalazioni sull'assistenza ospedaliera quest'anno subiscono una flessione rispetto allo scorso anno mostrando un dato che passa dal 10,8% del 2009 al 7,2% del 2010. Tuttavia a noi interessa analizzare la tipologia di segnalazioni che compongono il dato totale, al fine di dare una visone più precisa dei problemi emergenti.

Osservando il quadro generale delle segnalazioni inerenti **l'assistenza ospedaliera**, vediamo che a soffrire maggiormente risulta essere la **rete dell'emergenza urgenza;** risultato derivante dai pesanti tagli ai posti letto, dal blocco del turn over degli operatori sanitari e dalla incapacità di presa in carico da parte del territorio. **Il dato cresce** enormemente **dal 29,8% registrato nel 2009 al 41,4% nel 2010**.

A seguire troviamo le segnalazioni sulle **dimissioni**, anche queste **in forte crescita** rispetto allo scorso anno, confermando l'inadeguatezza di una presa in carico troppo ancorata ai DRG e pertanto avvertita come assolutamente inadeguata alle reali esigenze dai cittadini. Il dato sale infatti dal **23,8% del 2009 al 35,1% del 2010**.

Infine la percentuale delle **segnalazioni sui ricoveri** (**46,4% nel 2009, 23,5% nel 2010**), in cui si evidenzia, una insufficiente offerta di servizi ospedalieri, il mancato raccordo tra le varie strutture ed una crescente difficoltà di accesso; frutto di politiche di razionalizzazione della spesa e di piani di riordino della rete ospedaliera avviati soprattutto nelle regioni sottoposte a piani di rientro. La logica economica ancora una volta, sembra prevalere sulla necessità di fornire servizi di qualità.

7.1 Rete emergenza-urgenza

Quest'anno abbiamo voluto dedicare uno spazio più ampio alla rete dell'emergenza urgenza che nel 2011 è stata sotto i riflettori per i casi di cronaca, per la riduzione di alcuni servizi territoriali, per gli evidenti risvolti dovuti ai tagli ai posti letto ed al blocco del turn over.
L'annunciata riorganizzazione della rete da parte del Ministero della Salute, inoltre, oltre a prevedere impegnativi cambiamenti[27], ha ovviamente sollevato un'importante riflessione sul tema. Il dibattito sul riordino della rete di emergenza-urgenza ha portato alla luce sia dati sui pronto soccorso, che nuove esperienze sperimentate o consolidate dalle Regioni. Si cita, tra le tante, la sperimentazione dei codici rosa (ASL di Grosseto prima, Regione Toscana ora) e l'attivazione di punti di primo intervento (es. Provincia di Trento). Esperienze queste che hanno l'obiettivo di puntare ad una riorganizzazione e razionalizzazione delle risorse della rete emergenza-urgenza, andando ad incrementare o la rete di assistenza territoriale per le situazioni meno urgenti (codici bianchi e codici verdi) o una maggiore integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri.

L'Osservatorio civico sul federalismo in sanità[28] - nel suo focus sui pronto soccorso – ha evidenziato un modello gestionale della rete emergenza-urgenza diversificato dove tra le principali problematicità si riporta:

- Mancato raccordo tra rete pronto soccorso e rete ospedaliera
  (Regioni con criticità più elevate*: Umbria, Basilicata, Campania, Calabria, Sicilia)*
- Mancato raccordo tra rete pronto soccorso ed assistenza territoriale
- Mancato contatto radio con mezzi di pronto soccorso
  (Regioni con criticità più elevate :*Abruzzo, Toscana, Campania, Sicilia*)
- Anomala distribuzione di DEA ed EAS[1] su territorio nazionale (il 47% dei DEA e il 25% degli EAS sono stati individuati senza tener conto dei dati territoriali, demografici ed epidemiologici) (Regioni con criticità più elevate: *Calabria, Campania, Abruzzo, Sicilia, Lazio*)
- Assenza di sistemi informativi e software gestionali
- Carenza di programmi per la verifica e la promozione di qualità prestata
  (in oltre il 20% degli ospedali del centro e nel 50%degli ospedali del sud)
  (Regioni con criticità più elevate: Per le regioni del nord, la *Liguria*; per le regioni del centro, *l'Abruzzo*; per le Regioni del Sud, *la Calabria ed il Molise*
- Sovraffollamento dei pronto soccorso

Fonte: Osservatorio civico sul federalismo in sanità 2011, Cittadinanzattiva Tribunale per i diritti del malato

27 L'idea annunciata dal Ministro Fazio è quella di rifondare completamente il settore emergenza-urgenza creando una quarta macro area all'interno del fondo sanitario nazionale in aggiunta alle 3 tradizionali (prevenzione, ospedale e territorio). Il Ministro inoltre intende rielaborare le linee guida sull'emergenza urgenza, decongestionare i pronto soccorso, attraverso la gestione dei soli codici gialli e rossi, mentre i casi più lievi, ovvero quelli classificabili come codici bianchi e verdi, saranno gestiti territorialmente.

28 Osservatorio civico sul federalismo in sanità, Rapporto 2011

Tutti gli elementi elencati indicano soprattutto la presenza di un problema di efficienza organizzativa e di interazione operativa (non tanto di dotazione strutturale)[29]. Dagli elementi indicati è evidente la necessità di riorganizzare la rete di emergenza-urgenza tenendo conto dei bisogni di cura della popolazione attuale, dei parametri territoriali ed epidemiologici.
Ma se i dati ufficiali ci informano della tipologia di criticità al pronto soccorso, quali sono i disservizi e le difficoltà in cui si imbattono i cittadini?
Il Monitoraggio di Cittadinanzattiva – Tribunale per i diritti del malato[30] ha evidenziato che se i dati relativi alla sicurezza nei pronto soccorso monitorati sono incoraggianti, i problemi maggiormente segnalati dai cittadini monitori riguardano i tempi di attesa, le dotazioni strutturali ed il sovraffollamento dei pronto soccorso.

La sezione del monitoraggio inerente l'osservazione breve, per esempio, mostra un quadro di quanto su riportato: da una parte le difficoltà della persona malata nel ricevere cure tempestive e comfort adeguato, e dall'altra una situazione ormai congestionata a causa di carenza di posti letto **(barelle aggiunte nel 36,7% dei casi, letti aggiunti nel 21%, sovraffollamento in osservazione breve nel 36,4%).**

Osservazione breve e trasferimento in reparto; capacità ricettive				
	Si	**no**	**Non risponde**	**Tot.**
In osservazione breve: ambienti sovraffollati	36,4%	55,2%	8,4%%	100%
Barelle aggiunte	36,7%	54,1%	9,2%	100%
Letti aggiunti	21%	68,7%	10,3%	100%
Presenza di malati in attesa di ricovero da più di 6 ore	30,3%	63,5%	6,2%%	100%

Fonte: Tribunale per i diritti del malato, 2011

29 DEA: Dipartimento di Emergenza –Urgenza Accettazione. E' distinto in:
- DEA di I Livello: garantisce le prestazioni fornite dagli ospedali sede di Pronto Soccorso, oltre ad osservazione e breve degenza, rianimazione, interventi diagnostico terapeutici- DEA di II livello o EAS (Dipartimento di Emergenza ad Alta Specialità): assicura, oltre alla prestazioni fornite dal DEA, le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza (cardiochirurgia, chirurgia vascolare, terapia invasiva neonatale ecc.).

30 In occasione della V Giornata Europea dei diritti del Malato (18 aprile 2011) i pronto soccorso italiani sono stati oggetto di un monitoraggio civico da parte dei volontari del Tribunale per i diritti del malato in collaborazione con i medici della Anaao-Assomed. Sono stati monitorati 112 strutture di emergenze-urgenza ed analizzate 96 strutture. Il monitoraggio ha preso in esame le caratteristiche strutturali, la dotazioni strutturali, la sicurezza, la qualità della comunicazione tra operatori sanitari e cittadini.

Alla luce di quanto fino ad ora detto, quali sono, invece, i problemi segnalati dai cittadini che nel 2010 hanno contattato le sedi TDM e i servizi PiT?

Innanzitutto **i tempi di attesa**. I cittadini lamentano lunghe attesa per accedere al *triage*, per una visita con un codice bianco, giallo o verde. Lunghe attese per avere un posto letto o essere inviati in un'altra struttura. Problemi che riguardano il **trasporto in ambulanza**: ambulanze non adeguatamente attrezzate, e cioè senza medico a bordo; costi per il trasporto, ritardi nell'arrivo del mezzo richiesto. **Richiesta di informazioni per l'assegnazione dei codici in pronto soccorso.**

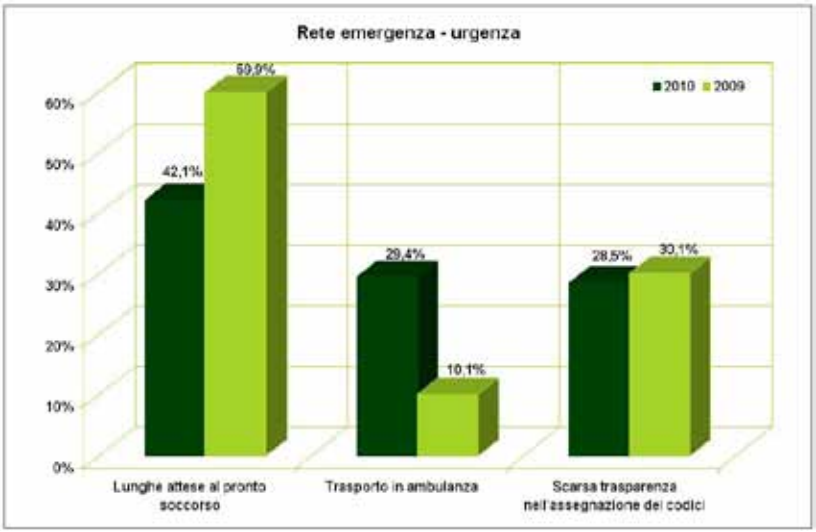


Figura 2- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Tempi di attesa. Sia nel 2009 che nel 2010 rispettivamente il 59% ed il 42% dei cittadini hanno lamentato lunghe attesa per accedere al *triage*, per una visita con un codice bianco, verde o giallo. Lunghe attese per avere un posto letto o essere inviati in un'altra struttura.
Il dato è in calo (- 17,8 punti percentuali rispetto al 2009) ma comunque di grande importanza poiché si riferisce ad 1/3 di tutte le segnalazioni inerenti il pronto soccorso.
I cittadini raccontano che i propri cari rimangono ad attendere su una barella, una sedia, una lettiga per ore, dopo l'assegnazione del codice. Dopo la visita, se è necessario trovare un posto letto, si aspetta anche 24/72 ore in astanteria.
I cittadini segnalano la disattenzione del personale sanitario, il disinteresse per le proprie condizioni di salute: a volte non viene offerto un bicchiere d'acqua o non si aiuta la persona malata a recarsi in bagno. Si segnala la carenza di informazioni, la sensazione di non essere presi in considerazione, di non essere ascoltati.
Il monitoraggio civico effettuato dai volontari di Cittadinanzattiva (nonostante sia stato eseguito in un giorno feriale e durante le ore diurne) rafforza il racconto dei cittadini. E' stato rilevato,

infatti che, se per l'accesso al *triage* si aspetta da pochi minuti a mezz'ora, un codice giallo può essere preso in carico fino a 5 ore dopo il suo arrivo al pronto soccorso; un codice verde può attendere fino a 12 ore. L' attesa dei malati per accedere ad un posto letto va anche dalle 24 ore a 3-4 giorni. I cittadini segnalano, inoltre, attese per ottenere le risposte dei referti provenienti da altri reparti.

Per ciò che riguarda alcune Regioni, i tempi minimi di attesa per una visita in codice giallo vanno: in Lombardia da pochi minuti a 20 minuti, in Toscana da 10 minuti a 80 minuti, nel Lazio da pochi minuti a 4 –6 ore. I tempi di attesa per una visita in codice verde, invece vanno, in Lombardia da pochi minuti a 60 minuti, in Toscana da 15 minuti a 2 ore, nel Lazio da 10 minuti a 12 ore.

Tempi attesa triage, codici verdi e gialli		
Attese per :	**Tempo minimo**	**Tempio massimo**
Accesso al triage	Pochi minuti	30 minuti
Visita di Codice verde	Pochi minuti	12 ore
Visita di Codice giallo	Pochi minuti	5 ore

Fonte: Tribunale per i diritti del malato, 2011

Malati in attesa di un posto letto		
	Tempo minino	Tempo massimo
Malati in attesa di assegnazione di posto letto,	24 ore	72-96 ore

Fonte: Tribunale per i diritti del malato, 2011

Tempo attesa per la visita in codice giallo		
	Tempo minimo	Tempio massimo
Lombardia	Pochi minuti	20minuti
Toscana	10 minuti	80 minuti
Lazio	Pochi minuti	4/6 ore
Tempio di attesa per la visita in codice verde		
Lombardia	Pochi minuti	60 minuti
Toscana	15 minuti	2 ore
Lazio	10 minuti	12 ore
Tempo di attesa per assegnazione di un posto letto		
Lombardia	2/3 ore	7/ 8 ore
Toscana	3/ 4ore	2 giorni
Lazio	3/ 4 ore	3/ 4 giorni

Fonte: Tribunale per i diritti del malato, 2011

L'indagine conoscitiva del Senato[31]che, tra gli altri, ha valutato anche il tempo medio di attesa del *triage* (in minuti) prendendo in considerazione tutti i codici di gravità, mostra che si può attendere in media per accedere al *triage* del DEA 15 minuti in Trentino, 11 in Puglia, 15 in Calabria. 37 minuti in Lombardia, 39 in Emilia Romagna, 38 nel Lazio.
Per accedere al *triage* degli EAS si attende in media 10, 11 minuti rispettivamente in Calabria e Campania, addirittura 241 minuti in Abruzzo.

NORD			CENTRO			SUD E ISOLE		
REGIONE	**DEA MEDIA**	**EAS MEDIA**	**REGIONE**	**DEA MEDIA**	**EAS MEDIA**	**REGIONE**	**DEA MEDIA**	**EAS MEDIA**
F.V.G.	35	33	**ABBRUZZO**	25	241	**BASILICATA**	30	-
LIGURIA	31	29	**EMILIA ROMAGNA**	39	34	**CALABRIA**	15	10
LOMBARDIA	37	38	**LAZIO**	38	62	**CAMPANIA**	26	11
PIEMONTE	34	26	**MARCHE**	38	42	**MOLISE**	15	30
T.A.A.	5	22	**TOSCANA**	34	28	**PUGLIA**	11	50
V. D'AOSTA	-	30	**UBRIA**	27	27	**SARDEGNA**	25	-
VENETO	30	47				**SICILIA**	25	42
TOT. NORD	28,7	32,1	**TOT. CENTRO**	33,5	72,3	**TOT. SUD/ISOLE**	20,6	28,6

Fonte: Osservatorio civico sul federalismo in sanità, Rapporto 2011

31 Indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza, Commissione Igiene e Sanità, Senato della Repubblica, aprile 2011

Problemi inerenti il trasporto in ambulanza. Il dato, che nel 2010 cresce di 19.3 punti percentuali, riguarda segnalazioni di cittadini sui costi per il trasporto, sulla presenza sempre più massiccia di ambulanze demedicalizzate, sui ritardi nell'arrivo del mezzo di soccorso.
Per ciò che riguarda i **costi** per il trasporto oggi sempre di più i cittadini sono costretti a pagare l'ambulanza per essere accompagnati in una RSA o una struttura riabilitativa o per essere trasportati in ospedale per una visita di controllo o per un esame. Sono soprattutto anziani e malati cronici che subiscono la decremento di servizi in convenzione da parte di comuni o asl per la razionalizzazione delle risorse.

Le altre segnalazioni sui disservizi riguardano **ambulanze non adeguatamente attrezzate**, la strategia che in questi anni sembra andare consolidandosi è quella di spostare alcuni dei medici che lavorano sui mezzi del 118 verso altri punti di primo soccorso (dea o punti di primo intervento), come – proprio nel 2011 - è avvenuto nella Regione Puglia e Campania. Nonostante il medico a bordo dovrebbe essere presente per soggetti a cui la centrale 118 attribuisce l'etichetta di codice rosso e giallo (casi gravi e critici).

Inoltre, i dati del monitoraggio sui pronto soccorso hanno rilevato una carenza, soprattutto nelle Regioni del sud, di ambulanze demedicalizzate. Questo provoca la impossibilità di stabilizzare il paziente in loco e di trasportarlo nell'ospedale più idoneo, mentre obbliga il trasporto nell'ospedale più vicino.
Al contrario, l'indagine del Senato dell'aprile 2011, ipotizza che, specie per i grandi incidenti e per le emergenze traumatologiche, non si utilizzano ambulanze con medici a bordo.

Ciò che i cittadini segnalano è la paura di trovarsi senza un medico che possa fornire le prime essenziali cure, specie per chi – prima di arrivare all'ospedale più vicino – deve percorrere molti chilometri.
A volte capita che, dopo quell'ospedale ci si veda trasportati in urgenza in un punto di alta specializzazione.
Ciò che i cittadini intendono segnalare sono i "buchi" nella rete: dalla presa in carico da parte della centrale operativa alla costituzione immediata della diagnosi, a cure tempestive da adottare, al ricovero in un'unità adatta. Il medico o il personale specializzato o, ancora, strumentazioni che facilitano la diagnosi tempestiva già sul mezzo di trasporto, fornirebbero un miglior servizio al cittadino e garantirebbero una maggiore efficienza della rete.

Oggi anche l'indagine del Senato asserisce che, **soprattutto per le grandi macroaree di urgenza** (cardiovascolare, traumatologica e vascolare), è indispensabile uno stretto coordinamento tra centrale e reti; è indispensabile garantire una migliore interconnessione con il servizio 118, al fine di rispondere alle richieste di intervento in modo corretto e tempestivo. Si sa infatti che intervenire nel più breve tempo possibile migliora la prognosi.
Inoltre, **specie per le zone periferiche**, **oltre alla presenza del medico quando necessario, si rende sempre più indispensabile investire su strumenti telematici a bordo del mezzo di trasporto**: per esempio la trasmissione telematica dell'ecocardiogramma ed il teleconsulto per l'emergenza cardiovascolare. Si ritiene fondamentale, inoltre, la presenza di medici adeguatamente specializzati a bordo della vettura per i grandi traumi.

Un ultima nota sull'utilizzo dei mezzi di trasporto e delle ambulanze fa riferimento allo stazionamento delle ambulanza in pronto soccorso in attesa di riconsegna della barella. I dati del monitoraggio di Cittadinanzattiva mostrano che nel 22% dei punti di emergenza-urgenza monitorati vi sono ambulanze ferme.

Dotazioni strutturali				
	Si	**No**	**Non risponde**	**Tot**
Ambulanze ferme in attesa di riconsegna in dotazione del mezzo di soccorso	22,9%	74,0%	3,1%	100%

Fonte: Tribunale per i diritti del malato, 2011

Il dato è molto importante perché indica che in quei posti l'ambulanza è sottratta all'uso che la centrale operativa dovrebbe farne.
Il tempo medio di stanzione per le ambulanze che trasportano pazienti in codice verde non deve superare il limite di 30 minuti. In alcune Regioni questi tempi vengono superati abbondantemente (Liguria tempo medio 46 minuti, Sardegna 60 minuti,) nelle altre i tempi sono accettabili (Friuli Venezia Giulia 8 minuti, Umbria 13 minuti Trentino Alto Adige 30 minuti, ecc.)[32]
Oltre alle liste d'attesa ed alle problematiche interenti il trasporto, il 28.5% dei cittadini (- 1.6 punti percentuali in meno rispetto al 2009) segnala disorientamento e poca informazione sull'**assegnazione dei codici in pronto soccorso e sugli eventuali pagamenti**.
Cittadini che vogliono verificare se, per i sintomi che riportavano, il codice attribuito loro è stato adeguato. Cittadini che si chiedono perché effettuare un pagamento per il codice bianco attribuito o chiarimenti sulla quota da versare: quota fissa, quota per prestazioni diagnostiche e di laboratorio, quota per codice verde non seguito da ricovero (che viene richiesta in Toscana, Sardegna e Provincia di Bolzano).
Cittadini che chiedono informazioni circa i percorsi da seguire come:

"*Sono stato visitato in pronto soccorso, mi hanno detto che domani devo far riferimento all'ambulatorio perché il mio caso non è urgente*"

" *Dal pronto soccorso mi hanno mandato a casa dicendo che devo fare un rx e poi andare da uno specialista. Dice che loro non possono effettuare queste analisi, è giusto?"*

32 Indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza, Commissione Igiene e Sanità, Senato della Repubblica, aprile 2011

7.2 Dimissioni

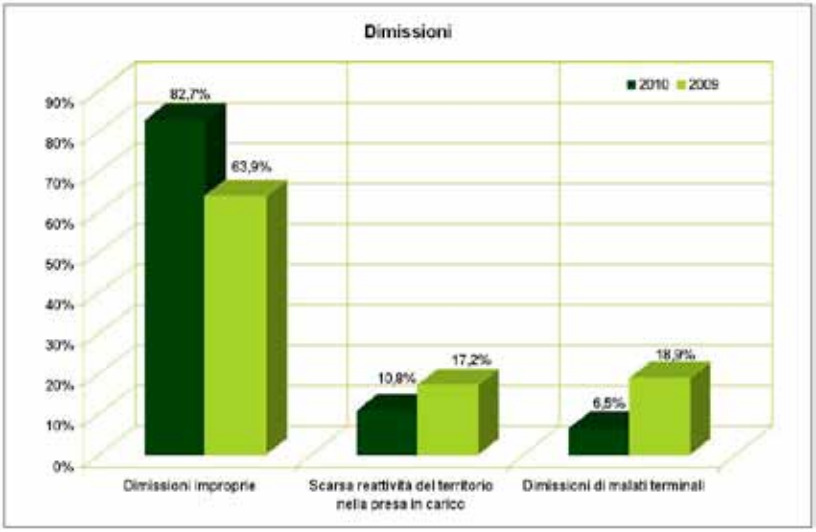


Figura 3- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Nel grafico è evidente che le segnalazioni sulle **dimissioni ritenute improprie** sono enormemente aumentate passando **dal 63,9% del 2009 all'82,7%;** quasi **20 punti percentuali in più**. Se già il dato è allarmante per la sua dimensione, allarma ancora di più il fatto che questo cresca così vistosamente da un anno all'altro. Qualcosa ci staranno pur dicendo i cittadini e solo uno sprovveduto non si porrebbe qualche domanda.

Nelle segnalazioni dei cittadini si nasconde la paura che si sia sottovalutato un sintomo o un esame, che la fretta nel dimettere possa causare un danno o un mancato recupero funzionale, che non ci siano le condizioni per affrontare la malattia al domicilio perché eccessivamente gravoso per il paziente ed i familiari. I cittadini percepiscono la logica che sottostà ai ricoveri: percepiscono che il tempo che viene loro dedicato ha un costo, che il letto che occupano ha un costo, che l'esame o la visita ha un costo, che il farmaco somministrato ha un costo. Tuttavia è difficile, se pur cognitivamente non lo sia perché siamo ormai abituati, legare la propria malattia, il proprio malessere, a logiche economiche dei DRG ed accettare che per una appendicectomia si può essere ricoverati al massimo 2 giorni, non importa se si hanno 6 anni o 40 o se ci sia un quadro clinico più compromesso come in un anziano ecc. Si ha l'impressione di entrare in un supermercato anziché in un ospedale, dove a qualsiasi cosa è dato un prezzo e ci si avverte come un peso piuttosto che come una persona che ha bisogno di attenzioni.

Siamo davvero troppo lontani da quella che dovrebbe essere la missione del servizio sanitario ovvero: garanzia di **cure adeguate e sicure, presa in carico celere, attenzione per la qualità della vita** e **chiediamo a gran voce che questi valori vengano recuperati**. Gli stessi medici,

dichiarano di avere le mani legate, invischiati anch'essi in logiche economiche più grandi di loro, laddove invece il senso di responsabilità dovrebbe prevalere.
Rimandiamo per l'appunto ad una esemplare Sentenza della Cassazione[33]: *"il medico risponde anche a un preciso codice deontologico" e "non è tenuto al rispetto di quelle direttive, laddove esse siano in contrasto con le esigenze di cura del paziente, e non può andare esente da colpa ove se ne lasci condizionare, rinunciando al proprio compito e degradando la propria professionalità e la propria missione a livello ragioneristico".*

Inoltre il dato che riguarda la **scarsa reattività del territorio** (**10,8%**) dimostra quanto una dimissione precoce possa incidere pesantemente nella vita di una famiglia, alle prese con i problemi della vita quotidiana, aggravati in più, dal senso di inadeguatezza di fronte all'assistenza di un malato. Il **10,8%** dei cittadini segnala, nell'ambito della dimissione, la **mancanza di coordinamento tra il reparto che dimette** e la presa in carico da parte del territorio. In particolare la mancanza di orientamento rispetto alle strutture extraospedaliere esistenti o la modalità di attivazione dell'assistenza territoriale, gettano nello sconforto le famiglie. Una volta firmato il foglio di dimissioni il cittadino è spesso in balia degli eventi, non trovando informazioni adeguate rispetto a servizi esistenti e figure professionali da attivare (RSA, lungodegente, riabilitazioni, assistenti sociali ecc). Sconcerta inoltre il dato sulle **dimissioni di pazienti terminali** (**6,5% nel 2010**). Purtroppo il paziente terminale paga il prezzo più alto rispetto agli altri; l'impossibilità di gestire un paziente terminale in ospedale è assolutamente condivisibile dato che non è l'ospedale il luogo più idoneo per questi pazienti. L'ospedale gestisce le urgenze, siamo d'accordo, ma quel 6,5% di persone che ci ha chiamato non lo ha certo fatto solo per lamentare la dimissione prematura; lo ha fatto per denunciare l'abbandono vissuto, l'impossibilità ed il dramma di accudire un paziente in quelle condizioni, l'assoluta carenza di strutture specializzate sul territorio (Hospice).

33 Suprema Corte di Cassazione; Sezione IV Penale; Sentenza 23 novembre 2010 – 2 marzo 2011, n. 8254

Dimissioni /Area specialistica	2010	2009
Neurologia	23,8%	34,9%
Oncologia	19,7%	11,6%
Ortopedia	16,7%	23,3%
Cardiologia	11,4%	7,0%
Gastroenterologia	9,3%	2,3%
Chirurgia generale	8,4%	4,7%
Pneumologia	6,3%	4,7%
Endocrinologia	2,2%	0,0%
Altro	2,2%	11,5%
Totale	**100%**	**100%**

Tabella 1 Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

A segnalare maggiormente i disagi causati da una dimissione, sono soprattutto i pazienti affetti da **patologia neurologica** (traumatizzati, esito di ictus, esito di ischemia ecc) che raggiungono il **23,8%** delle segnalazioni. Queste patologie più di altre compromettono alcune funzioni elementari della vita e necessitano di una presa in carico complessa (riabilitazione funzionale, neurocognitiva, logopedica) che l'ospedale non può fornire ma alla quale neanche il territori sa rispondere.

È interessante notare le patologie che in questo ultimo anno hanno registrato un trend in crescita.

Oncologia (+ 8,1 punti percentuali), cardiologia (+4,4 punti percentuali), chirurgia generale (+3,7 punti percentuali) sono solo alcune delle aree che subiscono un evidente incremento di segnalazioni. L'aumentare delle segnalazioni in oncologia come in cardiologia mostra un dato allarmante se consideriamo che sono le cause di maggiore mortalità nel nostro paese. Inoltre l'aumento delle segnalazioni rispetto alla **chirurgia generale** evidenzia la difficoltà per i cittadini di confrontarsi con gli esiti di un intervento chirurgico, dove la convalescenza è più aggravata dalla necessità di medicazioni della ferita chirurgica spesso affidata agli stessi cittadini (laddove spetterebbe al medico di famiglia o agli infermieri dell'assistenza domiciliare).

7.3 Ricoveri

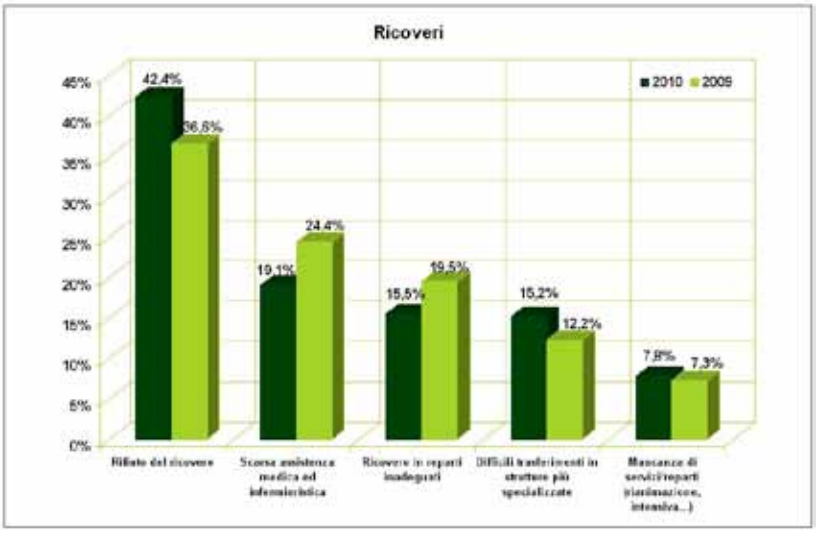


Figura 4- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Il dato più evidente in questo grafico è l'aumento notevole delle segnalazioni inerenti il **rifiuto di ricovero** che sale **dal 36,6% del 2009 al 42,4% nel 2010**. Questo dato riassume le segnalazioni dei cittadini ai quali è stato negato il ricovero presso gli ospedali a causa della carenza di posti letto. I tagli ed il riordino previsto, in molte regioni, della rete ospedaliera ha prodotto per il momento solamente malcontento, chiudendo le porte ai malati. Sebbene il riordino e la conversione di alcune strutture in ambulatori si è reso indispensabile a causa dei pesanti disavanzi creati dalle cattive gestioni dei fondi sanitari regionali, è sempre e comunque il cittadino a farne le spese. Come spesso accade in questo paese, prima si corre ai ripari tagliando, poi si pensa a giustificare in modo quasi pedagogico la motivazione di tali scelte e si cerca di convincere che è la scelta più razionale. Forse allora è solo un problema di "comunicazione" quello di cui ci troviamo a discutere perché al cittadino comune non è stato affatto facile comprendere il perché della chiusura dell'ospedale di zona.

Di fronte a simili problemi di accesso è chiaro che appaia quasi secondario al cittadino segnalare la **scarsa assistenza medica ed infermieristica** durante il ricovero; sebbene **segnalato nel 19,1% dei casi** scende rispetto allo scorso anno **(24,4% nel 2009)**.

Il cittadino il **15,5%** delle volte segnala che a causa della carenza dei posti letto viene **ricoverato in un reparto inadeguato** dove non è garantita la presenza dello specialista nella patologia sofferta. Un esempio fra tanti riguarda il caso di un paziente affetto da rettocolite ricoverato nel reparto di cardiologia dove erano chiaramente assenti farmaci utili ai suoi bisogni. Ma a preoccupare in modo crescente i cittadini è la **mancanza di servizi/reparti chiusi** anch'essi per razionalizzare la spesa (**7,8% nel 2010 contro il 7,3% nel 2009**). Inoltre è segnalato come

emergente (**12,2% nel 2009; 15,2% nel 2010**) il problema dei **trasferimenti presso strutture più specializzate**. Ad incontrare queste difficoltà sono spesso pazienti costretti a sobbarcarsi costi di ambulanze per il trasferimento in strutture più specializzate o ad organizzare da sole il trasferimento non potendo contare sulla complicità/collaborazione del medico o dell'intero reparto. La necessità del trasferimento poi, il più delle volte, non rappresenta una libera scelta del paziente ma piuttosto una necessità espressa dalla stessa struttura per inadeguatezza delle competenze specialistiche.

Ricoveri /Area specialistica	2010	2009
Ortopedia	21,0%	18,8%
Oncologia	20,5%	20,7%
Neurologia	20,0%	17,1%
Nefrologia	16,2%	15,6%
Cardiologia	11,2%	12,8%
Ginecologia e ostetricia	6,1%	2,3%
Gastroenterologia	2,4%	4,7%
Altro	2,6%	8,1%
Totale	**100%**	**100%**

Tabella 2- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Le segnalazioni che riguardano problemi nel ricovero per lo più provengono da cittadini con problemi in ortopedia nel 21% dei casi. Un incremento notevole lo osserviamo in **ginecologia e ostetricia** (**6,1% nel 2010 contro il 2,3% del 2009**) dove certamente la chiusura dei punti nascita con meno di 500 parti all'anno ha rappresentato per i cittadini un evidente ostacolo all'accesso.

8. UMANIZZAZIONE DELLE CURE

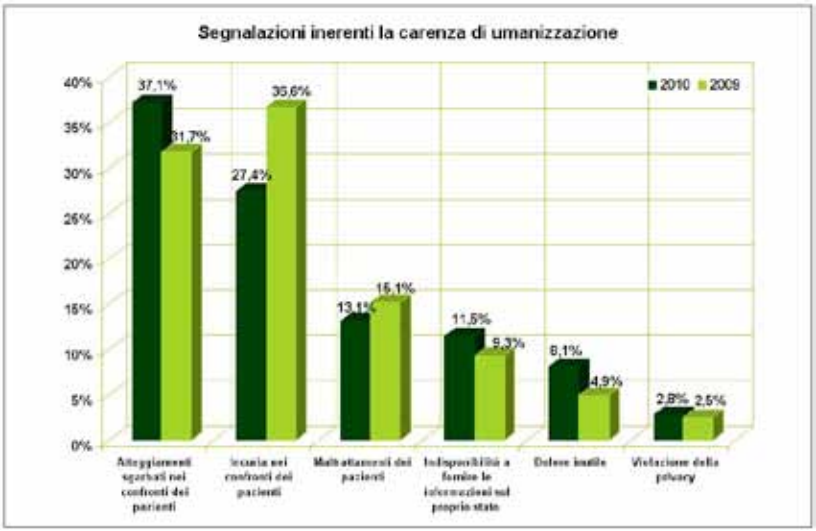


Figura 1- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Il concetto di "Umanizzazione" delle cure, come diritto, nasce abbastanza di recente, e in questa esatta denominazione si rintraccia soprattutto nelle ultime analisi presentate da Cittadinanzattiva attraverso i Rapporti PiT (cfr. "Diritti non solo sulla carta: Rapporto PiT 2010"); ma il diritto ad un trattamento attento e premuroso è da sempre una affermazione innegabile ed una condizione essenziale, nel ricovero e in ogni altro caso di presa in carico del paziente o dell'utente. Dimostrazione ne sono gli ambiti (Atteggiamenti sgarbati, Incuria, Maltrattamenti, Indisponibilità a fornire informazioni, Dolore inutile, Violazione della privacy) in cui si è scelto di declinare le manifestazioni del caso, che in nulla differiscono dalle analisi degli anni precedenti e che, pertanto, ci permettono di aggiornare lo stato della situazione e di cogliere le problematiche eventualmente emergenti. In un'ottica più generale, il dato che fa riferimento all'umanizzazione delle cure è in leggera flessione (nel 2010 registra il 6,2%, un punto percentuale in meno rispetto al 7,2% del 2009).

L'analisi del dato, più in particolare, però, ci informa che i cittadini continuano a segnalare, e l'oggetto della maggioranza delle segnalazioni sono le situazioni di disagio in cui è il personale sanitario a esser protagonista di episodi di tensione; in figura 1 la rappresentazione grafica, assieme ai valori degli altri ambiti rilevati, chiarisce visivamente la progressione dei dati. É la mancanza di attenzione, tatto e tempo dedicato ai pazienti - o a chi usufruisce in generale del servizio - che crea il problema, e i cittadini lo segnalano ogni anno in misura maggiore: il 31,7% nel 2009 e il 37,1% nel 2010. Tale incremento indica che questi utenti del servizio sanitario ri-

tengono che la mancanza di pazienza e le frasi sgarbate incidano in maniera rilevante sul modo in cui si viene assistiti all'interno delle strutture sanitarie. Il venir meno della collaborazione sanitario/utente viene percepito, ed assume un valore negativo nel rapporto con l'ambiente sanitario anche nei casi in cui non si ritiene di essere stati informati correttamente, o in cui si abbia che fare con problematiche più bisognose di premura e disponibilità, come quelle legate alla terapia del dolore; le percentuali dei dati relativi a questi ambiti, infatti, sono entrambe in salita nell'anno 2010 (Indisponibilità a fornire le informazioni sul proprio stato, 11,5%, nel 2009 era 9,3%; Dolore inutile, 8,1%, era 4,9% un anno prima). Ancora sul tema del dolore, è opportuno precisare come nella attuale situazione di disagio abbia un peso fondamentale la pressoché totale disattenzione istituzionale ad una recente norma in materia, la legge n. 38 del 15/03/2010; la citata disposizione, fra le altre indicazioni, afferma che il Ministero si fa garante della attuazione di campagne informative ad ampio raggio, promuovendo "*nel triennio 2010-2012 la realizzazione di campagne istituzionali di comunicazione destinate a informare i cittadini sulle modalità e sui criteri di accesso alle prestazioni e ai programmi di assistenza in materia di cure palliative e di terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative, anche attraverso il coinvolgimento e la collaborazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta*".

Sostanzialmente invariata resta la percentuale di cittadini che segnalano episodi di violazione della privacy, 2,5% nel 2009 e 2,8%, nel 2010.

Diminuisce in misura importante, ma ammonta comunque circa a un terzo delle segnalazioni, il valore dell'Incuria nei confronti dei pazienti, da 36,6% a 27,4% e relativo a diverse situazioni-tipo della vita quotidiana nei reparti e nelle strutture sanitarie territoriali (scarsa frequenza nella pulizia dei degenti, impossibilità ad essere accompagnati in bagno, poca movimentazione per evitare la formazione di piaghe da decubito); pur con quasi 10 punti percentuali in meno, il dato vale circa un terzo delle segnalazioni ed è comprensibile se si lega anche alla generale ed oggettiva riduzione dei posti letto sia nelle singole strutture che nel complesso dei presidi territoriali (in questa stessa ottica si possono citare i dati in forte aumento relativi agli episodi di dimissioni improprie (cfr. Capitolo 7.2).

Altro dato che scende, ma in misura meno sensibile, è quello relativo alle segnalazioni sui maltrattamenti (da 15,1% nel 2009 a 13,1% nel 2010), atti che vanno oltre la semplice disorganizzazione o superficialità e che incidono pesantemente sulle condizioni psicologiche e materiali del ricovero o della presa in carico (pazienti lasciati senza cibo o pulizia, contenzioni indebite).

La tabella che segue è indicativa degli effettivi protagonisti degli episodi di cui sopra: è possibile notare come il personale medico sia indicato quale il soggetto che pecca maggiormente in tema di umanizzazione, con un dato praticamente stabile nei due anni 2009 (34,6%) e 2010 (34,3%). Anche per il tipo di contatto con il pubblico che contraddistingue il suo operato, il personale infermieristico spesso si rende protagonista di episodi mancata umanizzazione, in circa un terzo delle segnalazioni (valore in leggera discesa, era il 30,1% nel 2009 e il 27,2% nel 2010); attori come i medici specialisti privati, medici di base e medici ASL, invece, sono segnalati in percentuali tutte comprese fra il 15,7% (dato per il 2010, per medici specialisti privati, che era 11,6% nel 2009) e il 10% dei medici ASL, sempre per il 2010 (era 13,2% nel 2009). Il dato per i medici di base passa dal 10,5% del 2009 al 12,8% del 2010.

Sempre considerando la *Tabella 1*, è interessante notare che la mancanza di umanizzazione si manifesta nei luoghi di maggiore specializzazione e urgenza - le strutture ospedaliere - quelli dove sarebbe necessaria invece maggiore attenzione e disponibilità. Il concetto di base è sempre il medesimo: più la condizione patologica è grave, e maggiore deve essere l'apporto *umano* alla cura, non potendo, purtroppo, la sola cura farmacologia risolvere il problema ed essendo la condizione psicologica del paziente un aspetto fondamentale del suo percorso all'interno degli ambienti sanitari.

Carenza di umanizzazione del personale sanitario	2010	2009
Medico ospedaliero	34,3%	34,6%
Infermiere ospedaliero	27,2%	30,1%
Medico specialista privato	15,7%	11,6%
Medico di base	12,8%	10,5%
Medico ASL	10,0%	13,2%
Totale	**100%**	**100%**

Tabella 1- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Gentilissimi,
sono un ragazzo disabile di 28 anni e volevo informarvi che nella struttura per disabili in cui vivo, a Milano, è stato affisso un comunicato che vieta agli ospiti di entrare all'interno della struttura oltre l'Orario di visita che è dalle 11 del mattino alle 12 e dalle 16.30 alle 17.30 del pomeriggio. Premesso che la maggior parte della giornata la passo in camera per ovvi motivi di salute, la direzione ha pensato bene che i miei amici non potranno più entrare nella mia camera come hanno sempre fatto finora.
I miei amici vengono a trovarmi e la direzione della struttura, li ferma a mo' di Gestapo e li lascia alla porta, giù al pian terreno!!! Già la mia vita è difficile, non mi rimane neanche il sollievo della vicinanza dei miei amici. Fate qualcosa!!!!

Gentile Associazione
Non ho mai visto in tutta la mia vita tanta arroganza e disumanità! Un medico dell'ospedale di XXX in particolare ha trattato malissimo mio padre, malato di tumore in fase terminale con la febbre alta e stremato dall'accanimento terapeutico.
Ecco che cosa ha detto il dottore, anche se non è degno di chiamarsi tale, appena è entrato in stanza per la visita a mio padre " e cu u manno' a chisto? che vuol dire: "chi l'ha mandato questo?"
Quando mia mamma gli chiese notizie di mio padre lui rispose: "che c'a diri unnu viri com'è?"
Che vuol dire: "che devo dire, non lo vede com'è?".
È sua abitudine buttare le persone fuori dalla stanza con modi molto bruschi e non ha rispetto per i malati ne' per i loro familiari; sono sicura che per lui il codice deontologico è come la bibbia per un ateo.
L'ospedale è tra i migliori in Italia per i malati di tumore allo stomaco (reparto chirurgia oncologica) dicono, ma non credeteci, abbiamo passato 2 mesi d'inferno; vi lavora gente sgarbata e incompetente, pochissimi sono gli infermieri che sanno fare il loro lavoro con umanità; la direzione sanitaria è molto scarsa e incompetente e il lavoro dei dottori seri per quella gente va a farsi benedire; nei periodi di ferie ci sono 2 infermieri (e che in fermieri!) per 20 malati terminali, DI CURE PALLIATIVE NEANCHE A PARLARNE
Mi fermo qui perché ci sarebbe ancora tanto da dire, la malasanità che ho visto non la dimenticherò mai!

9. FARMACI

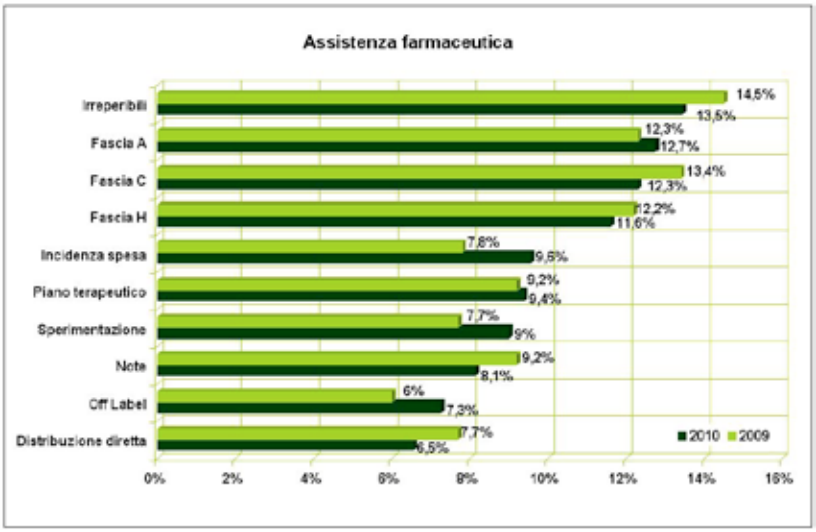


Figura 1– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Nonostante una lieve flessione (- 0,8 punti percentuali) rispetto allo scorso anno, in cui il dato assoluto rispetto alle segnalazioni su problemi di accesso ai farmaci si attestava al 3,9%, il tema dei farmaci è sempre molto sentito dai cittadini che ci contattano.

Anche in questo ambito gli effetti del federalismo sanitario si fanno sentire, determinando differenti trattamenti per i cittadini provenienti dalle diverse regioni. La garanzia di accesso ai farmaci, specie in questi ultimi anni, è messa a dura prova dai consueti provvedimenti attuati dal Governo di revisione dei tetti di spesa per la farmaceutica e si stenta ad intravedere una via d'uscita.

A risentire della difficoltà di rientrare nei tetti di spesa sono le singole Regioni, specie quelle sottoposte a piani di rientro, le singole Aziende Sanitarie con budget di spesa sempre più limitati, ma chiaramente soprattutto i cittadini, che ravvisano una vera e propria difficoltà d'accesso.

I tetti di spessa ogni anno si rivelano inadeguati e insufficienti, determinando grossi disagi ai cittadini, costretti a subire i provvedimenti attuati sia a livello centrale che regionale per contenere la spesa.

Il risultato è che i cittadini lamentano il lievitare dei prezzi dei farmaci, vedono applicare ticket sulla farmaceutica sempre più salati, sono costretti a pagare la differenza di prezzo tra il farmaco griffato e quello equivalente, rischiano di non poter accedere ad un farmaco ospedaliero solo perché costa molto e l'ospedale ha già sforato il budget annuale.

Andando ad analizzare le singole voci che compongono il grafico, notiamo al primo posto le segnalazioni inerenti i **farmaci irreperibili (13,5% nel 2010 contro il 14,5% nel 2009)**. Con que-

sta voce intendiamo farmaci che risentono da una parte, di problemi di produzione, come ad esempio nel caso in cui la casa farmaceutica abbia deciso di non produrre più un determinato farmaco o non sia stata rinnovata l'autorizzazione all'immissione in commercio da parte dell'Aifa, dall'altra parte, troviamo problemi inerenti la distribuzione di un determinato farmaco. I problemi di distribuzione riguardano: la carenza di confezioni, causata ad esempio dal rallentamento della produzione di un farmaco, fine scorte, cambiamento della posologia o forma farmaceutica ecc.

Inoltre le segnalazioni in questo ambito riguardano la necessità di utilizzare farmaci, spesso innovativi, già autorizzati all'estero ma non ancora in Italia e difficoltà a reperire farmaci orfani (farmaci per patologie rare). L'entità del disagio raccontato dal cittadino è decisamente elevato se consideriamo l'importanza che riveste la continuità della una cura e l'accesso a cure innovative.

A seguire troviamo le difficoltà incontrate dai cittadini con i **farmaci in fascia A** che dal 12,3% dello scorso anno passano al **12,7% nel 2010**. Il dato mostra dunque un **trend in crescita** frutto delle segnalazioni dei cittadini alle prese con l'aumento delle spese determinato dall'introduzione di nuovi ticket regionali sulla farmaceutica e dalla corresponsione della differenza di prezzo tra la quota rimborsata dal ssr e il costo del farmaco che abitualmente si utilizza. A seguire troviamo le segnalazioni inerenti i problemi con i **farmaci in fascia C** che dal 13,4% del 2009 passano ad un **12,3 nel 2010**. A lamentarsi sono soprattutto i cittadini che non riescono più a sostenere i costi dei farmaci in fascia C, che ricordiamo essere completamente a carico dei pazienti. I costi si fanno rilevanti specie per quelle persone per le quali il farmaco in questione risulta indispensabile ed insostituibile alla stessa stregua dei farmaci in fascia A. Un esempio sono alcuni farmaci per l'osteoporosi o i **parafarmaci** che sebbene non siano propriamente "farmaci" rivestono un ruolo fondamentale soprattutto in alcune patologie croniche o rare (colliri, creme ecc). Problemi con **farmaci in fascia H** continuano ad essere pesantemente avvertiti dai cittadini sebbene il dato mostri una lieve flessione rispetto al 2009. (**12,2% nel 2009 11,6% nel 2010**). In questo particolare ambito troviamo le segnalazioni di pazienti che hanno difficoltà ad accedere a terapie con farmaci ospedalieri.

Il tetto di spesa per la farmaceutica ospedaliera appare inadeguato ed il suo sforamento è una condizione che si verifica in modo sistematico negli anni e in tutte le Regioni. Ma quali sono le ripercussioni per i cittadini? Chiaramente una forte limitazione di accesso alle cure, in cui non viene garantito il farmaco in modo continuo durante l'anno e si verifica la tendenza ad evitare la somministrazione di farmaci che, sebbene costosi, risultano innovativi.

In particolare abbiamo ascoltato decine di persone lamentarsi dell'interruzione della terapia in concomitanza con la fine dell'anno, quando le aziende sanitarie hanno ormai esaurito il proprio budget. Tra gli stessi pazienti circola la massima: "**se ti devi ammalare, ti auguro di ammalarti all'inizio dell'anno".**

Inoltre si avverte la tendenza a **privilegiare farmaci meno costosi ed a limitare l'impiego di farmaci innovativi** al fine di contenere i costi nonostante in alcuni casi si ravvisino addirittura profili di illegittimità. Un esempio fra tanti, per spiegare il paradosso, è l'impiego di farmaci fuori indicazione(ma di consueto utilizzo per una data patologia) dal basso costo piuttosto che l'impiego di farmaci innovativi e specificamente studiati per la patologia in questione dal costo maggiore. L'impossibilità di usufruire di questi farmaci innovativi per i cittadini può rappresenta l'impossibilità di giungere ad una guarire certa e rapida.

Altra questione, rilevante ai fini dell'accesso alle cure farmacologiche ospedaliere, riguarda il ritardo (per procedure eccessivamente burocratiche) o il mancato inserimento da parte delle Regioni di quei farmaci, specie di quelli ad alto costo, nei **PTOR** (prontuario terapeutico ospedaliero regionale). L'inserimento nei PTOR, necessario per rendere il farmaco disponibile ai cittadini, è ad oggi influenzato da una trafila burocratica impressionante che va dall' autorizzazione all'immissione in commercio del farmaco alla sua reale disponibilità presso le farmacie ospedaliere. Molte regioni stentano ad inserire alcuni farmaci nei loro prontuari terapeutici, determinando disparità di cure tra cittadini di diverse regioni. Oltre a ciò, nonostante la Conferenza Stato-Regioni[34] abbia firmato un accordo in considerazione proprio della difformità di comportamento delle varie Regioni prevedendo che i **farmaci innovativi autorizzati dall'AIFA debbano essere resi immediatamente disponibili su tutto il territorio nazionale** anche senza l'inserimento nel PTOR, tali farmaci non vengono comunque garantiti dagli ospedali.

Proseguendo nella descrizione dei dati emersi dalla nostra indagine, troviamo le segnalazioni inerenti l'**incidenza della spesa** per la farmaceutica avvertita dai cittadini. Il dato **cresce dal 7,8% del 2009 al 9,6% del 2010**.

Nelle Regioni con ticket più incisivo le quote di partecipazione hanno un'incidenza sulla spesa lorda tra il 10% e il 14,3%. Nelle Regioni che non applicano ticket sui farmaci (dove i cittadini pagano solo l'eventuale differenza tra prezzo di riferimento e prezzo della specialità medicinale più costosa), le quote di partecipazione hanno avuto comunque una notevole incidenza sulla spesa lorda (tra il 5,6% e il 7,9%)[35].

Questa voce sulla farmaceutica ricalca in effetti il trend di tutto il rapporto, laddove l'aumento dei prezzi, l'inserimento dei ticket, i tagli ai servizi e prestazioni, la necessità di rivolgersi sempre più spesso alla sanità privata, rendono sempre di più il **SSN oneroso ed inaccessibile.**

Le segnalazioni **su piano terapeutico** subiscono un **incremento dal 9,2% del 2009 al 9,4% del 2010.** Di qui tutte quelle segnalazioni che riguardano in special modo le difficoltà burocratiche derivanti dalla necessità dei rinnovi dei piani terapeutici e dalle limitazioni che questi piani apportano quindi all'accesso ai farmaci. Anche le segnalazioni inerenti le **sperimentazioni** aumentano **dal 7,7% registrato nel 2009 al 9% del 2010**. In questo caso le segnalazioni si riferiscono in particolare alla carenza di informazioni rispetto alla presenza di sperimentazioni in atto sul territorio ed alla difficoltà ad accedervi.

I **farmaci in Nota** rappresentano per **l'8,1%** dei cittadini un ulteriore elemento di difficoltà d'accesso, in particolare determinato, ancora una volta, dalla burocrazia connessa alla certificazione necessaria per poter usufruire dei farmaci gratuitamente. Inoltre, il costante aggiornamento e revisione delle note, non sempre nel senso di un ampliamento degli aventi diritto, rappresenta un disagio fortemente avvertito dai cittadini.

34 Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano; Accordo 18 novembre 2010

35 www.federfarma.it/Farmaci-e-farmaci/Spesa-e-consumi-farmaceutici-SSN.aspx

Per quanto riguarda i **farmaci off label** notiamo un aumento di segnalazioni rispetto allo scorso anno, registrando un **7,3% nel 2010 contro un 6% nel 2009**. In questo particolare ambito troviamo tutte quelle persone che necessitano di cure per le quali non esiste un farmaco specifico in commercio. Il problema che segnalano riguarda la necessità quindi di usufruire di farmaci utilizzati ed autorizzati per la cura di altri stati patologici. La legge vieta la possibilità di utilizzare tali farmaci fuori indicazione a carico del SSN (poiché rappresenta una spesa "ingiustificata) a meno che non siano disponibili dati favorevoli di sperimentazione avanzata (conclusione della fase seconda) ed un medico ne certifichi l'assoluta necessità. Se un medico tuttavia non si assume la responsabilità di prescrivere questi farmaci, il cittadino è costretto a pagarne l'intero costo; ed il costo può arrivare a migliaia di euro a ciclo terapeutico.

Infine troviamo i problemi con i farmaci in **distribuzione diretta,** segnalati dal **6,5%** dei cittadini nel 2010, contro il 7,7% nel 2009. Come sempre le segnalazioni si riferiscono alla difficoltà per i cittadini, per lo più affetti da patologie che li costringono a letto, a doversi recare presso le ASL, spesso lontane dal domicilio, a ritirare i farmaci. In più le lunghe file presso la ASL determinano un disagio ulteriore.

Area specialistica	2010	2009
Neurologia	18,3%	19,2%
Oncologia	18,0%	19,0%
Ortopedia	8,0%	9,2%
Cardiologia	7,7%	8,8%
Endocrinologia	7,6%	6,7%
Gastroenterologia	7,5%	6,4%
Immunologia	7,2%	6,2%
Pneumologia	7,0%	6,1%
Patologie rare	6,6%	5,9%
Oculistica	6,3%	4,9%
Urologia	4,0%	5,7%
Altre aree terapeutiche	1,8%	1,9%
Totale	**100%**	**100%**

Tabella 1 - Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Ad essere maggiormente sofferenti dei disagi legati all'accesso ai farmaci sono le aree della **neurologia e dell'oncologia,** che si attestano entrambe intorno **al 18%** delle segnalazioni.
In aumento rispetto allo scorso anno le aree dell'**endocrinologia** (6,7% nel 2009 – **7,6% nel 2010**), della **gastroenterologia** (6,4% nel 2009 – **7,5% nel 2010**), dell'**immunologia** (6,2% nel 2009 – **7,2% nel 2010**), della **pneumologia** (6,1% nel 2009 – **7% nel 2010**), dei farmaci per le **patologie rare** (5,9% nel 2009 – **6,6% nel 2010**) e dell'**oculistica** (4,9% nel 2009, **6,3% nel 2010)** che in particolare sale di 1,4 punti percentuali rispetto allo scorso anno.

10. PATOLOGIE RARE

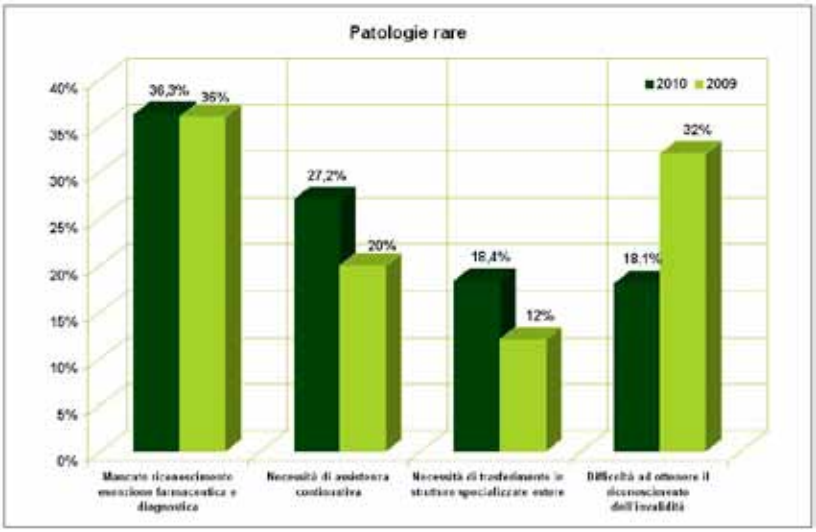


Figura 1– Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Il tema della patologie rare rappresenta l'ultima grande area dell'assistenza sanitaria dettagliata in questo Rapporto. E' segnalata dai cittadini nel 2% rispetto agli altri grandi temi e, dal 2009, ha mantenuto una andamento costante (2.2% nel 2009, 2% nel 2010).

Nonostante vengano definite "patologie rare", in Europa si stima che le persone affette da tali manifestazioni patologiche siano circa 20-30 milioni. In Italia ci sarebbero circa 2 milioni di malati, moltissimi dei quali in età pediatrica. All'interno di questa stima sono comprese non soltanto le patologie rare riconosciute come tali (formalmente ed informalmente), ma quelle forme patologiche ormai "catalogate" e che possiedono "varianti rare" per la diversità di sintomi e segni. Se da una parte l'insieme di tutte queste patologie garantisce un forte peso specifico alla categoria di persone affette da malattia rara (al fine di ottenere con più forza cambiamenti e miglioramenti nella capacità dei governi nel garantire una adeguata presa in carico e continuità di cure), dall'altra - per variabilità ed esiguità delle forme patologiche- i malati rari rimangano ancora frastagliati e non riescono ad esercitare al meglio la capacità di incidere sul contesto politico e sociale.

Proprio per favorire un migliore orientamento ai cittadini, facilitandone il percorso informativo sulle principali tematiche delle malattie rare (compresa la tutela dei diritti) e per implementare una stretta integrazione e collaborazione tra associazioni di persone affette da malattie rare e/o tra i cittadini portatori di tali patologie, Cittadinanzattiva ha dato vita, nel luglio 2011, ad un apposito portale, www.malattierare.cittadinanzattiva.it, promosso attraverso il Tribunale per i diritti del malato e il Coordinamento nazionale Associazioni malati cronici, con il contributo non

condizionato di Takeda Italia Farmaceutici .

Inoltre, uno dei grandi problemi segnalati dalle persone affette da patologie rare è che solo una minima quantità di forme patologiche viene riconosciuta in Italia dal Ministero della Salute. Sono infatti considerate "rare" 47 gruppi di patologie, per un totale di 284 malattie[36].
Ciò comporta una sorta di emarginazione da qualsiasi "percorso di garanzia" all'interno del SSN. Solo le persone con patologia rara riconosciuta, infatti, hanno diritto all'esenzione per gli esami genetici della patologia dell'interessato e dei familiari più prossimi, e all'esenzione sul monitoraggio della patologia. Solo per le patologie riconosciute viene formalizzata la presenza di centri di riferimento della rete. Ecco perché diventa più che mai importante ampliare l'elenco delle patologie rare che, dall'entrata in vigore nel 2001, non è mai stato aggiornato[37], nonostante molti passi in avanti fatto dalla ricerca in merito allo studio, alla catalogazione ed alla cura di nuove forme di patologiche rare.

Indice che in Italia da questo punto di vista non è cambiato molto è la prima voce segnalata da questi cittadini: il **mancato riconoscimento di esenzioni** sia per l'acquisto di farmaci che per le prestazioni di diagnosi e monitoraggio della patologia. Il dato registrato al 36% nel 2009, giunge il 36.3% nel 2010 mantenendo, quindi, la sua costanza.
Un dato invece molto significativo, che cresce di 7.2 punti percentuali (20,2% nel 2009, 27% nel 2010) riguarda la **necessità di assistenza continuativa**. Mentre negli scorsi anni si segnalava la difficoltà per un malato raro di giungere a diagnosi in tempi brevi, oggi si segnala maggiormente la grande difficoltà a **mantenere un'assistenza sanitaria costante**. Si tratta di cure mediche, di continue visite e controlli per monitorare lo stato di salute della persona; si tratta di fisioterapia, di costi per farmaci e prodotti parafarmaceutici; si fa anche riferimento all' assistenza domiciliare sanitaria che è difficile per un malato riuscire ad ricevere in modo continuativo e completo, senza oltretutto dover aggiungere spese dalle proprie tasche.
L'aumento delle segnalazioni si riferisce infatti anche alle difficoltà che queste persone vivono in relazione al taglio di alcuni servizi affrontati dalle Asl, come per esempio le ore di fisioterapia a domicilio (già negli anni precedenti molto esigue), le ore di assistenza domiciliare, la distribuzione di ausili e presidi attraverso la distribuzione diretta (che crea maggiori ostacoli perché sono i cittadini a dover recarsi presso i presidi asl macinando spesso molti chilometri). Elementi che rendono ancora più disagevole convivere con una patologia.
La proporzione è chiara: **ad assenza di servizi e prestazioni garantite o erogate dal servizio sanitario, aumentano i costi sostenuti dai cittadini per "acquistare" i servizi e le prestazioni di cui essi necessitano.**

36 Decreto ministeriale - Ministero della Sanità - 18 maggio 2001, n. 279. Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124." G.U. 12 luglio 2001, n. 160

37 La revisione straordinaria dei LEA, avvenuta nell'anno 2008 e non ancora pubblicata, prevedeva 109 patologie rare da aggiungere alle 248già riconsciute.

Secondo i dati pubblicati sul IX Rapporto CnAMC[38], la spesa media annuale sostenuta dai cittadini con patologie croniche e rare per una serie di servizi, dai costi per la badante all'acquisto di farmaci, dai presidi alle prestazioni diagnostiche, raggiunge cifre molto elevate:

Spesa media annuale per il supporto assistenziale (badante), integrativo rispetto all'assistenza fornita dal SSN	9.389,67 euro
Spesa media annuale per l'acquisto dei farmaci necessari (e non rimborsati dal SSN) per il trattamento della patologia	2.487,00 euro
Spesa media annuale per l'accesso ai servizi di supporto psicologico	1.836,67 euro
Spesa media annuale per l'acquisto dei presidi, protesi ed ausili non garantiti dal SSN	1.618,53 euro
Spesa media annuale per lo svolgimento di prestazioni diagnostiche (esami per il follow-up) necessarie per il trattamento e/o per il monitoraggio della patologia, non erogate gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale	855,41 euro

Fonte: Coordinamento nazionale associazioni malati cronici – Cittadinanzattiva

38 IX Rapporto sulle politiche della cronicità, Malattie croniche e diritti, zona di accesso limitato, Cittadinanzattiva, CnAMC, 2010

Un'altra conseguenza del fatto che l'elenco delle patologie rare sia ormai "antiquato" si desume dalla terza voce segnalata: la **necessità** che hanno i cittadini **di rivolgersi a strutture di riferimento estere** per poter curare la propria patologia. Si tratta soprattutto, infatti, di persone affette da patologie non ancora riconosciute in Italia per cui non sono neanche indicati dal Ministero i centri in grado di prendersi carico di quel tipo di malattia. Il risultato è che il cittadino raggiunge prima – tramite la rete internet e tramite scambi di informazioni con associazioni presenti anche all'estero - le strutture europee.

A tutto ciò si lega anche la nuova Direttiva europea sulle cure transfrontaliere[39] che si propone di favorire la cooperazione e l'implementazione di nuove terapie per la cura delle patologie rare, e che i cittadini interpretano come una modalità per poter viaggiare al fine di ottenere cure innovative e ad alta specializzazione senza avere ostacoli e limitazione di confini geografici. Se si è parlato di un rischio insito nelle Direttiva, cioè quello di una mobilità eccessiva verso strutture specializzate, secondo il Commissario John Dalli per la salute ed i diritti dei consumatori la Direttiva da una parte riconosce alcuni diritti ed abbatte barriere, ma dall'altra obbligherà ogni Stato Membro a fare del suo meglio per assicurare quei diritti e quelle possibilità nel proprio territorio[40]. La tabella sottostante mostra cosa la Direttiva sulle cure Transfontaliere si propone di garantire alle persone affette da patologie rare.

39 Direttiva 2011/24/Ue. Parliament and Council, Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011 concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera. 2011. Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea.
Gli Stati Europei hanno 30 mesi dalla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale per l'adozione definitiva della Direttiva

40 T. Petrangolini, Ridurre le disparità, le barriere e gli ostacoli alle cure: i diritti dei pazienti in Europa, Osservatorio Civico sul federalismo in sanità, Rapporto 2011

La Direttiva sulle cure transfrontaliere si propone, per la cura delle patologie rare di:
favorire la cooperazione e l'implementazione di nuove terapie attraverso:
lo sviluppo di capacità di diagnosi e di cura tra gli Stati Membri, al fine di rendere i pazienti e i professionisti sanitari consapevoli delle possibilità che questi hanno di usufruire dell'assistenza in altri Stati Europei anche per diagnosi e cure che non sono disponibili nello Stato Membro in cui si risiede.
la costituzione di **reti di riferimento europee**
I centri avranno il compito di contribuire alla condivisione di conoscenze in tema di malattie rare, rafforzare la ricerca, agevolare la mobilità delle competenze tra i centri di riferimento di ogni stato. Aiutare gli Stati Membri che hanno un numero insufficiente di pazienti o che non dispongono di tecnologie adeguate, a fornire una gamma completa di servizi di alta qualità.
Inoltre, Per chi è affetto da patologia rara o ha il sospetto di esserne affetto e chiede l'autorizzazione preventiva per ricevere assistenza sanitaria in un altro Stato Europeo, la valutazione clinica ai fini dell'autorizzazione deve essere effettuata da esperti del settore (art. 8).

Fonte: www.malattierare.cittadinanzattiva.it – Cittadinanzattiva, 2011

Anche l'ultimo gruppo di segnalazioni risente dell'ormai inadeguato elenco di patologie rare riconosciute dal Ministero della Salute. Si fa riferimento a quei cittadini che hanno **difficoltà ad ottenere il riconoscimento di invalidità**. Il dato è in calo (13.9 punti percentuali in meno rispetto al 2009) ed a segnalarlo sono soprattutto quelle persone che soffrono di una patologia rara non formalmente riconosciuta.
Non ottenere il riconoscimento di persona con una capacità lavorativa compromessa (riconoscimento di un grado di invalidità) determina l'esclusione dall'ottenere agevolazioni sul luogo di lavoro, benefici sociali, economici e detrazioni fiscali.

CONCLUSIONI

Le manovre di questi ultimi mesi e anni confermano una linea di abbandono da parte dello Stato centrale delle politiche socio-assistenziali, e così i cittadini avvertono e vivono sulla loro pelle i tagli ai servizi assistenziali, l'aumento dell'inflazione, la perdita del potere d'acquisto, l'introduzione di tasse e balzelli vari. L'assistenza socio-sanitaria nel nostro Paese ha visto nel corso degli ultimi anni, ed in particolare nel 2010, una sproporzionata riduzione degli stanziamenti. Un dato questo che conferma una politica governativa di contrasto alla crisi economica internazionale e di tenuta dei conti pubblici basata essenzialmente sul mero taglio alla spesa pubblica, in particolare quella spesa funzionale a sostenere quella fascia di popolazione che versa in condizioni di maggiore bisogno, e non anche sullo sviluppo e la crescita della nostra economia. Di conseguenza non possiamo che registrare come, le politiche economiche, sociali e sanitarie messe in atto in questo periodo, stiano di fatto attuando un vero e proprio smantellamento del nostro sistema di welfare, con particolare riguardo ai servizi di carattere sanitario e sociale.

La situazione di estrema crisi avvertita nel nostro Paese, emerge in modo preponderante dall'analisi dei dati di questo rapporto. Il titolo "Diritti al taglio" nasce proprio per voler sintetizzare, in modo assoluto, il costante disagio avvertito dai cittadini che ormai pervade ogni ambito del Servizio Sanitario Nazionale. I tagli, la gestione dei fondi orientata al risparmio, la cecità di fronte ai nuovi bisogni di una società che soffre una crisi internazionale, ma alla quale il nostro Paese non sa dare sollievo, sono il leitmotiv di ogni capitolo.

Con il Decreto 78/10 abbiamo assistito al blocco del turn over fino al 2015, della contrattazione e delle convenzioni del personale sanitario, con dirette e ovvie conseguenze in termini di liste d'attesa e relativo ricorso al regime privato o intramurario da parte delle persone, con l'assunzione dei relativi costi privati da parte dei cittadini. I dati lo confermano ed il trend è in aumento rispetto ai dati del 2009. Ci aspettiamo pesanti ricadute già il prossimo anno, quando andremo a tirare le somme di un Piano di Governo delle liste d'attesa ancora inefficace, debole, non recepito dalle Regioni nei termini stabiliti, mostrando l'inadempienza di amministrazioni affaticate ed incapaci a trovare le risorse necessarie al cambiamento richiesto dai cittadini. Regioni a diverse velocità, inique nei confronti dei propri cittadini ed uno Stato che appare sempre più indebolito nella sua capacità di governo; questo è quanto i cittadini denunciano.

Anche le richieste di informazione, argomento trasversale ad ogni ambito della sanità, nascondono il disagio, rintracciabile nelle parole dei cittadini che lamentano le difficoltà a trovare risposte nel labirinto della burocrazia, nel dedalo delle procedure imposte. Emerge più di tutto la necessità di orientamento per le prestazioni di carattere socio economico e dal nostro punto di vista ciò rappresenta un importante campanello d'allarme di una società che sta cambiando, che si sta impoverendo e che non riesce più a far fronte, con i soli suoi mezzi, ai costi crescenti che la sanità le richiede.

Ancora tagli sulle pensioni di inabilità, sulle indennità mensili di frequenza e sulle indennità di accompagnamento, frutto di quella caccia alle streghe "ai famosi falsi invalidi" cavalcata dall'INPS nel malcelato obiettivo di contenere quanto più possibile l'aumento della spesa assistenziale; Tagli su indennità che avrebbero potuto ancora rappresentare una forma di sostegno

economico da parte dello Stato, specie per quelle categorie di soggetti che versano in condizioni di particolare fragilità (invalidità civile, disabilità, assegni di cura ecc).

Molti cittadini, come abbiamo potuto riscontrare nella lettura dei dati, devono attendere tempi biblici per il riconoscimento delle minorazioni civili e delle indennità correlate. Tutto ciò a causa dell'inefficacia delle procedure informatiche e della moltiplicazione dei passaggi burocratici; vi è lo scotto di ulteriori accertamenti in contrasto con gli obiettivi ed i principi di semplificazione ma sopratutto di rispetto della dignità della persona. I verbali giungono dopo 10 mesi, le erogazioni economiche avvengono dopo circa un anno dalla presentazione della domanda.
Questi aspetti, sollevati da Cittadinanzattiva attraverso la campagna "sono un V.I.P." (Very Invalid People), sono stati riconosciuti e sollevati anche dall'Associazione Nazionale Medici INPS, con una lettera indirizzata ai vertici dell'Istituto.
Inoltre, la grave restrizione dei requisiti sanitari per la concessione dell'indennità di accompagnamento, attuata dall'INPS, che reintroduce criteri di assegnazione dell'accompagnamento già bloccati dal Parlamento nel corso dell'approvazione della legge 30 Luglio 2010 n. 122 fornisce il quadro della situazione vissuta dai cittadini.
L'accesso ai servizi appare sempre più compromesso dai costi per accedere alle cure, ed aumenta ciò che il cittadini deve sborsare per "acquistare" i servizi e le prestazioni di cui necessita**. L'introduzione dei ticket sulla farmaceutica**, ormai diffusi in quasi tutte le Regioni, i **superticket** introdotti della **manovra correttiva (Legge 111 del 15 Luglio 2011**) sulle prestazioni di diagnostica e specialistica, che impongono il pagamento di 10 euro oltre ai ticket già presenti (e pesanti), il **ticket sul pronto soccorso**, sono tutti elementi che hanno inciso fortemente sui bilanci delle famiglie italiane.
Con l'aggiunta di 10 euro di ticket su ricetta e varie rimodulazioni, le prestazioni offerte dal SSN non sono più concorrenziali rispetto ai prezzi offerti dal servizio privato. L'assenza di tempi di attesa ed il comfort offerto inoltre, rischia di orientare il cittadino verso il privato o il privato/convenzionato. Partita persa per il SSN.
Il ridimensionamento delle risorse al Fondo Sanitario nazionale, la necessità da parte delle Regioni di rispettare i vincoli di bilancio imposti, ha favorito una visione strettamente economicistica del sistema sanitario.
I cittadini segnalano con forza che **il proprio sistema sanitario va sfaldandosi, e lo rendono esplicito attraverso le segnalazioni che riguardano: la chiusura di reparti, strutture, riduzione di posti letto, non accompagnata da un reale potenziamento dei servizi socio-sanitari territoriali, lasciando i cittadini sguarniti dall'assistenza di cui necessitano**. Dimissioni forzate ancora per mancanza di posti letto, DRG ormai troppo orientati al profitto delle Aziende, impossibilità ad accedere a farmaci ospedalieri a causa di un tetto di spesa (farmaceutica ospedaliera) che appare inadeguato e sul quale sarebbe necessario avviare un serio dibattito per rispondere ai reali bisogni della popolazione.
Per concludere i **Livelli Essenziali di Assistenza continuano a non essere garantiti uniformemente su tutto il territorio nazionale** come è stato confermato dal recente monitoraggio sull'erogazione dei LEA del Ministero della Salute dove si mostra che solo 8 regioni (del centro Nord) hanno garantito i LEA nel 2009. L'impegno di provvedere ad adeguare e revisionare i Livelli Essenziali di Assistenza, nonostante gli annunci del Ministero della Salute, giace ancora, dopo anni, sulla scrivania del Ministro dell'Economia.
Alla luce di queste considerazioni è evidente la preoccupazione rispetto alla reale esigibilità del

diritto alla Salute; per questo motivo chiediamo alle Istituzioni di mettere in atto provvedimenti che rispondano con concretezza alle esigenze dei cittadini e che possano dar luogo ad un reale cambiamento.

PROPOSTE

RIFORMA E SOSTENIBILITÀ DEL WELFARE

Al fine di continuare a garantire un sistema di welfare di tipo universale, accessibile ed equo, riteniamo necessario avanzare alcune proposte :

- Il ddl A.C.4566 “Delega al Governo per la riforma fiscale e assistenziale” venga stralciato;
- si investano maggiori risorse nelle politiche sociali, rifinanziando innanzitutto i fondi statali per gli interventi nel settore sociale che nell’ultimo anno sono stati fortemente diminuiti se non addirittura azzerati. Per fare questo è necessario iniziare nuovamente a considerare tale spesa come un investimento per lo sviluppo e la crescita del nostro paese, nonché come uno degli strumenti per garantire coesione sociale;
- sia avviato un tavolo di confronto che veda coinvolti Ministeri, Regioni, Comuni, parti sociali e terzo settore, volto a delineare una riforma dell’assistenza condivisa da tutti gli attori e che abbia tra i principali obiettivi quello di definire i LIVEAS (Livelli Essenziali di Assistenza Sociale);
- i LIVEAS siano considerati come obiettivi delle politiche di bilancio. Ciò significa invertire il processo in atto che prima stabilisce le risorse e solo dopo si occupa di spenderle;
- in questa situazione di grave crisi , piuttosto che caricare indistintamente tutti i cittadini con i tagli lineari (con i rischi regressivi conseguenti e l’aumento diffuso della povertà), siano privilegiate forme di tassazione dei grandi patrimoni, strada che è già stata seguita in altri Paesi europei come la Francia, su iniziativa di governi di centrodestra;
- si intervenga in modo strutturato ed equitativo, senza toccare i diritti ormai acquisiti , sul riequilibrio della spesa sociale attraverso l’anticipo dell’innalzamento dell’età pensionabile e il passaggio al metodo contributivo;
- dal taglio di indennità e stipendi dei membri degli organi elettivi a livello nazionale, regionale e locale si ricavi un fondo da 200-300 milioni di euro destinati alle politiche sociali.

Per affrontare la materia è indispensabile continuare a promuovere con convinzione una cultura della prevenzione del rischio e, in particolare:

- prevedere un intervento legislativo che disciplini tutta la materia, in particolare la presenza obbligatoria di unità di gestione del rischio in tutte le aziende sanitarie e ospedaliere, come in parte avverrebbe con l'approvazione del Testo Unificato sulla responsabilità professionale medica attualmente in discussione in Parlamento;
- escludere la depenalizzazione del reato da errore medico come soluzione da più parti auspicata per ridurre il contenzioso in sanità;
- dare, invece, centralità processuale alle vittime dei reati;
- istituire un Fondo Nazionale per indennizzare i cittadini che hanno subito un danno che non sia riconducibile ad alcuna responsabilità ma favorire l'anonimato delle segnalazioni di errori, incidenti, eventi avversi ecc;
- incentivare la prevenzione dei rischi e renderla parte integrante dei contratti delle aziende con le assicurazioni (come peraltro alcune Regioni hanno già sperimentato con successo), con riduzione dei premi a fronte di una riduzione dei rischi;
- applicare il decreto legislativo 4 marzo 2010, n.28 che prevede la mediazione obbligatoria finalizzata alla conciliazione delle controversie anche in ambito sanitario, affrontando in modo nuovo, più umano e costruttivo la crescente conflittualità in questo ambito, senza tuttavia penalizzare il ricorso alla giustizia ordinaria laddove questa si rendesse necessaria;
- continuare a promuovere una cultura della sicurezza, che non è il mero adeguamento alle normative, ma un "*regime di governo dei rischi", intendendo per regime un sistema di norme, valori, risorse, informazioni, procedure, comportamenti codificati che impegna tutti i soggetti coinvolti a prevenire e a limitare gli effetti dannosi dei pericoli comunque presenti;*
- adottare tutti gli strumenti ad oggi a disposizione per prevenire i rischi in sala operatoria, come la check list dell'OMS Organizzazione Mondiale della Sanità, le Raccomandazioni prodotte dal Ministero della Salute, ecc;
- istituire un Osservatorio sugli errori al livello nazionale, che faccia convergere i dati degli Osservatori regionali, in parte già esistenti;
- promuovere campagne al livello regionale e aziendale coinvolgendo i professionisti della sanità sulla base di quattro principi: perché non accada ad altri, no alla medicina difensiva, gestire gli errori e promuovere una cultura della sicurezza;
- implementare politiche locali della sicurezza secondo i 10 principi individuati, sin dal 2000, nella *Carta della sicurezza nella pratica medica e assistenziale,* promossa da Cittadinanzattiva;
- adottare al livello aziendale la *Carta della qualità in chirurgia* e la *Carta della qualità in medicina interna,* due strumenti, scritti a quattro mani con le società scientifiche dei chirurghi e dei medici internisti (ACOI e FADOI), per tradurre in organizzazione dei reparti di chirurgia e di medicina interna la volontà di migliorare qualità e sicurezza delle cure.

LISTE D'ATTESA

Rafforzare la politica nazionale e regionale per il contenimento delle liste di attesa, in particolare attraverso controlli e sanzioni per favorire il recepimento delle norme e la loro effettiva applicazione.

Il Piano Nazionale di Governo delle liste d'attesa 2010-2012 ha il pregio di definire classi di priorità delle prestazioni (Urgente, Breve, Differibile e Programmata) ma presenta degli elementi di criticità:

1. il numero di prestazioni per le quali saranno individuati i tempi massimi di attesa da parte delle Regioni sono solamente 58. E' auspicabile procedere verso un ampliamento, così come era stato previsto dal precedente Piano Nazionale 2006-2008, che si prefiggeva l'obiettivo di fissare i tempi massimi per le 100 prestazioni di maggior impatto.
2. Non sono oggetto del Piano le prestazioni di diagnostica e specialistica volte al monitoraggio della patologia (visite di controllo). Sono stati invece previsti percorsi diagnostici e terapeutici (PDT) solo per l'area oncologia e cardiologica.

Sarebbe, invece, necessario:

- prevedere tempi massimi di attesa non solo per le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, ma anche per tutte quelle prestazioni necessarie al controllo e al monitoraggio delle patologie croniche e rare;
- implementare i PDT inserendo, per esempio, l'area materno infantile, l'area geriatria ed appositi percorsi per le persone affette da patologie croniche e rare;
- rafforzare il controllo sul rispetto dei tempi massimi previsti dalla legge, con particolare attenzione a fenomeni come il blocco delle prenotazioni, già vietato dalla legge, le priorità delle prestazioni secondo i nuovi criteri individuati, l'equilibrio tra numero di prestazioni effettuate in intramoenia e quelle nel canale istituzionale;
- rendere effettive le sanzioni in caso di blocco delle prenotazioni, vietato dalla legge sin dal 2006;
- garantire l'applicazione della Legge 120/2007, che prevede l'allineamento dei tempi di attesa del canale intramurario con quello istituzionale. Provvedere al monitoraggio ed al controllo dell'Alpi ovvero di quei pacchetti di prestazioni in intramoenia, cioè, che le Asl possono acquistare per assicurare al cittadino prestazioni nei tempi massimi;
- assicurare la possibilità per il cittadino di ricorrere all'intramoenia senza oneri aggiuntivi oltre al ticket nel caso in cui non fosse possibile garantire il rispetto dei tempi massimi per le prestazioni previste dal Piano. Le Regioni devono adottare provvedimenti che assicurino al cittadino il facile accesso a questo diritto sancito dalla Legge.
- assicurare la trasparenza sui tempi massimi previsti, rafforzando l'utilizzo dei siti web delle aziende sanitarie;
- promuovere la diffusione di CUP regionali (Centri Unici di Prenotazione);
- monitorare il rispetto dei tempi di recepimento del Piano di Governo delle liste d'attesa da parte delle Regioni e da parte delle singole Aziende Sanitarie.

ASSISTENZA TERRITORIALE

Potenziare la medicina del territorio, dotandola delle risorse e delle strutture necessarie a garantire:

- assistenza H24;
- integrazione ospedale-territorio;
- presa in carico e integrazione dei percorsi assistenziali (servizi in rete);
- potenziamento dell'assistenza domiciliare e residenziale;
- rafforzamento dell'assistenza psicologica a pazienti e familiari;
- integrazione socio-sanitaria
- Definire a livello nazionale i percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) per le patologie croniche, da implementare a livello regionale e aziendale, garantendo l'integrazione degli interventi di carattere sociale con quelli di carattere sanitario (integrazione socio-sanitaria), l'integrazione (e il raccordo) dei professionisti sanitari nell'erogazione delle cure e quindi un approccio multidisciplinare, l'integrazione Ospedale-territorio e la personalizzazione dei percorsi, in base alle specifiche esigenze della persona.
- Implementare l'uso della tele medicina e della sanità elettronica come strumenti che garantiscono risparmio e migliorano la qualità dell'assistenza facilitando l'accesso alle cure da parte dei cittadini.

RIABILITAZIONE

- Rafforzare il coinvolgimento dei servizi territoriali per garantire alle persone con disabilità una reale continuità terapeutica in grado di assolvere a tutte le effettive esigenze di salute dei cittadini, un aspetto quest'ultimo trascurato dal recente piano di indirizzo sulla riabilitazione.
- Garantire forme di valutazioni delle performance dei servizi, in particolare di quelli territoriali.
- Assicurare una maggiore attenzione al monitoraggio delle attività e all'offerta dei posti letto delle strutture, in linea con quanto previsto dall'Intesa Stato Regioni – Patto per la salute 2010-2012

INVALIDITÀ

Va rafforzata la tutela delle persone con disabilità e va ridotta molto la burocrazia inutile che, oltre a complicare la vita, è causa di spreco di risorse. In particolare si propone di:

- Revisionare le tabelle indicative delle percentuali dell'invalidità civile, approvate con Decreto del Ministro della Sanità 5 febbraio 1992 (GU n. 47 del 26 febbraio 1992), secondo quanto già previsto al comma 6 dell'art. 20 della Legge 3 agosto 2009, n. 102 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1º luglio 2009, n. 78, recante provvedimenti anticrisi, nonché proroga di termini e della partecipazione italiana a missioni internazionali" (GU n. 179 del 4 agosto 2009).
- Nell'attività di revisione delle tabelle indicative delle percentuali dell'invalidità civile, è necessario tenere in considerazione anche le indicazioni contenute nella Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute (ICF), approvata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità." È inoltre necessario garantire, all'interno della Commissione che avrà il compito di revisionare le tabelle indicative delle percentuali dell'invalidità civile (comma 6 art. 20 della Legge 3 agosto 2009, n. 102), la presenza dei rappresentanti delle Organizzazioni di tutela del diritto alla salute;
- aumentare l'importo dell'indennità civile e di accompagnamento, adeguandola al costo della vita;
- abolire il procedimento di rivedibilità delle pratiche di invalidità civile, prevedendo la conferma dei requisiti attraverso una semplice certificazione medica, per eliminare inutili visite mediche di conferma da parte delle Commissioni e per non interrompere l'erogazione dei benefici;
- integrare minorazioni e malattie invalidanti con altre patologie croniche e rare ancora non inserite nell'apposita tabella che dà diritto ai benefici (D.M.5/2/1992);
- implementare l'unificazione dei diversi procedimenti di riconoscimento dell'invalidità civile (legge 104/1992, esenzione per patologia, contrassegno di circolazione);

In particolare visti i gravi disagi lamentati dai cittadini rispetto alle nuove procedure di riconoscimento invalidità civile, handicap e disabilità:

- che contro il fenomeno delle assegnazioni indebite delle indennità, lo Stato avvii azioni ad hoc anche nei confronti dei propri funzionari che violano le norme e non soltanto attraverso controlli, in molti casi vessatori, nei confronti dei cittadini;

- che **i Ministri competenti e l'INPS riferiscano in Parlamento** sulle difficoltà che oggi vanificano il procedimento di riconoscimento delle minorazioni civili da parte dei cittadini, nonché sui provvedimenti che si intendono adottare per la loro risoluzione;

- che il Parlamento avvii una formale **indagine conoscitiva** sulle attuali procedure di riconoscimento delle minorazioni civili e sulle relative criticità/difficoltà di accesso riscontrate dai cittadini, eventualmente con l'istituzione di una specifica **Commissio-**

ne parlamentare d'inchiesta;

- che sia promossa una rapida e attenta azione di **valutazione della gestione INPS 2010-2011** (in particolare del Presidente e del Direttore Generale), relativa alle nuove procedure di riconoscimento delle minorazioni civili, in termini di trasparenza, efficienza ed efficacia del servizio reso ai cittadini;

- che l'INPS annulli **immediatamente la Comunicazione interna del Direttore Generale INPS e le "linee guida operative" del 20 settembre 2010**, con riguardo ai criteri di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, ripristinando così le vigenti previsioni di legge. Ciò garantirebbe il **rispetto della volontà del Parlamento,** il quale si era già espresso sull'argomento (bocciando l'emendamento al Decreto Legge 31 maggio 2010, n. 78, poi convertito nella Legge 30 luglio 2010 n. 122, che tentava di restringere i criteri per la concessione dell'indennità di accompagnamento);

- che l'INPS istituisca presso i propri uffici **un tavolo permanente e paritetico di confronto**, composto dalle Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla Salute, dalle Organizzazioni di tutela dei diritti delle persone con disabilità, dai rappresentanti dei Ministeri coinvolti, nonché dai rappresentanti dell'INPS, volto a individuare le misure necessarie per superare le criticità del sistema e a formulare proposte di miglioramento condivise.

SUPERTICKET

- eliminare l'obbligatorietà del superticket per le Regioni e lasciare effettiva libertà alle Regioni di applicare forme alternative di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini;
- eliminare l'art. 17 comma 1 lettera d9 della Legge 111 del 15/7/2011 che impone, dal 2014, la introduzione di misure di compartecipazione alla spesa sull'assistenza farmaceutica e sulle altre prestazioni sanitarie; misure aggiuntive rispetto a quelle già disposte dalle Regioni;
- Prevedere da parte del Governo Centrale una adeguata copertura economica per evitare il pagamento ai cittadini dei 10 euro di ticket aggiuntivi sulle prestazioni di diagnostica e specialistica, così come disposto all'art. 1 comma 796 lettera q) e p-bis) della Legge 27/12/06 n. 296;

PUNTI NASCITA

Il nuovo impulso alle politiche regionali sul percorso nascita dovrebbe derivare dal recepimento "non meramente burocratico" delle dieci Linee di azione contenute nell'Accordo Stato-Regioni di dicembre 2010. Anche se alcune hanno da tempo avviato politiche in questo ambito e altre hanno cominciato a farlo recependo immediatamente questo Accordo con Decreto, nei prossimi due anni tutte dovranno occuparsene.
La riduzione dei punti nascita non deve diventare una ennesima politica "dei tagli" – che peraltro non porterebbe i risultati sperati sul piano del miglioramento dell'assistenza – ma deve essere una nuova occasione di coinvolgimento dei cittadini in decisioni che li riguardano direttamente. In questo modo diventerebbe più semplice chiudere strutture che mettono a rischio la salute delle persone, e, al contrario, potenziarne delle altre quando rappresentano un vero presidio di riferimento sul territorio.
Al livello nazionale è auspicabile l'approvazione della legge già in discussione alla Camera che prevede, tra le altre cose:

- rimodulazione dei LEA delle prestazioni assistenziali in favore della gestante, della partoriente e del neonato in base a priorità quali: controllo e gestione del dolore nel travaglio-parto, garanzia di adeguata rete di emergenza per il neonato e per la gestante favorendo l'eventuale trasferimento presso un centro appropriato e specializzato; sicurezza dei punti nascita e assistenza ospedaliera articolata su più livelli, con garanzia di assistenza adeguata sin dal primo livello sia per la mamma che per il neonato;
- promozione di Campagne informative nazionali, in particolare per diffondere la conoscenza in ordine alla scelta del luogo e delle modalità del parto nonché alla possibilità di accedere alla parto-analgesia, al fine di favorire una libera e consapevole scelta da parte delle donne;

- unitarietà dell'assistenza durante gravidanza, parto e puerperio con integrazione tra

consultori, ospedali e servizi territoriali;

- umanizzazione della nascita, con accesso e permanenza in sala travaglio e parto di un familiare o altra persona gradita, modelli organizzativi che consentono vicinanza del neonato alla madre anche quando il neonato necessita di cure, incoraggiamento all'allattamento materno, applicazione del protocollo OMS-UNICEF "Ospedale amico del bambino";

- unificazione del DRG del parto cesareo e del parto vaginale, spontaneo o operativo, tenendo conto dei costi effettivi e differenziati per l'assistenza al travaglio-parto per via vaginale o con taglio cesareo relativi sia all'impegno di personale medico e ostetrico sia alle tecnologie necessarie;

- diritto al segreto del parto alle donne che non intendono riconoscere i loro nati;

- informazione adeguata sulla possibilità della donazione del sangue da cordone ombelicale.

RETE EMERGENZA URGENZA

1. Affrontare in modo organico il problema dell'**affollamento dei Pronto Soccorso e DEA** evitando riorganizzazioni per settori, e promuovendo un lavoro integrato tra reti (ospedale e servizi territoriali) con diversi livelli di complessità.

2. L'affollamento è anche una conseguenza della incapacità dei servizi territoriali di farsi carico delle situazioni di minore urgenza (codici di minore gravità) che non trovano adeguate risposte sul territorio. Questi obiettivi si conseguono attraverso:

    a. la riorganizzazione dell'intero sistema delle cure primarie che garantisca integrazione ospedale-territorio, con servizi in grado di gestire le urgenze minori, diffusione di poliambulatori aperti 24 ore su 24 e strutture di degenza di livello territoriale per far fronte all'assistenza post-ospedaliera;

    b. La revisione/riforma del servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica), che così come è organizzato oggi non risponde in modo adeguato alla domanda di assistenza nelle urgenze minori.

3. Sulla questione dell'acceso alle cure e ai servizi di emergenza, le necessarie revisioni delle **reti ospedaliere** creano "buchi" pericolosi per vari milioni di cittadini, in contraddizione palese con il criterio di equità, per cui occorre:

    a. stabilire urgentemente **standard di copertura del territorio** che prendano in considerazione il punto di vista dei cittadini, attraverso il loro coinvolgimento;

    b. Fare in modo che la riorganizzazione del SSN nelle diverse Regioni, anche quando debba comportare la chiusura dei piccoli ospedali, sia l'occasione per migliorare la qualità dell'assistenza (come tutti gli esperti rivendicano) e non solo per ridurre i costi delle aziende ed aumentare quelli a carico dei cittadini;

    c. promuovere il criterio, troppo spesso evaso, della **"contemporaneità"** della chiusura di presidi ospedalieri e relativi Pronto Soccorso e l'apertura di servizi territoriali;

4. Definire a livello nazionale dei percorsi specifici per le **patologie croniche** - Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) - da implementare a livello regionale e aziendale, garantendo:

    a. l'integrazione degli interventi di carattere sociale con quelli di carattere sanitario (integrazione socio-sanitaria);

    b. l'integrazione (e il raccordo) dei professionisti sanitari nell'erogazione delle cure e quindi un approccio multidisciplinare;

c. l'integrazione ospedale-territorio;

d. la personalizzazione dei percorsi, in base alle specifiche esigenze della persona.

5. Occuparsi del **personale che lavora presso i DEA**. In particolare:

a. porre rimedio al blocco del turn-over, che ha generato disagi enormi che avranno sempre di più un impatto negativo sulla qualità dell'assistenza (andrebbe sospeso in questo ambito specifico);

b. promuovere sempre di più una formazione del personale specifica in materia di emergenza-urgenza.

6. Promuovere una **politica di accoglienza dei cittadini immigrati**. In molti DEA che abbiamo osservato manca un mediatore culturale, figura essenziale per l'accoglienza della popolazione immigrata, peraltro in aumento nel nostro Paese e nei nostri ospedali. A fronte di questa carenza numerose sono le **buone pratiche** promosse in questo ambito dell'assistenza, che meritano di essere conosciute, valorizzate e riprodotte come modelli organizzativi, peraltro già realizzati e valutati (la Banca Dati del Premio Andrea Alesini 2010, promosso dal Tribunale per i diritti del malato e pubblicata sul sito www.cittadinanzattiva.it, ne è un valido esempio).

FARMACI

- avviare una serio dibattito sull'adeguatezza dell'attuale tetto di spesa farmaceutica ospedaliera rispetto al bisogno di salute della popolazione. L'attuale tetto appare ormai inadeguato rispetto alla spesa farmaceutica ospedaliera reale;
- incrementare il fondo previsto per la legge 648/96 al fine di promuovere l'inserimento di un maggior numero di farmaci off-label all'interno dell'elenco specifico previsto dalla stessa legge;
- garantire ai cittadini l'accesso gratuito ai farmaci necessari ed insostituibili per il trattamento delle patologie croniche e delle relative complicanze, attualmente disponibili e in fascia C;
- garantire un maggior accesso ai farmaci innovativi, con particolare riguardo ai farmaci per il trattamento delle malattie rare;
- garantire l'erogazione gratuita, su tutto il territorio nazionale, dei parafarmaci (dermocosmetici, dietetici, integratori alimentari, soluzioni sanificanti e/o sterilizzanti) riconosciuti come necessari per il trattamento delle patologie, con particolare riguardo alle patologie rare. A tal fine si potrebbe percorrere la strada della creazione di un fondo nazionale ad hoc;
- garantire l'effettiva erogazione dei farmaci ospedalieri (H) sul territorio nazionale ed evitare la sospensione improvvisa; nonostante tali farmaci siano già a carico del SSN, molto spesso sono di difficile accesso da parte dei cittadini, a causa di budget aziendali inadeguati alla domanda di salute. Ci riferiamo ad esempio ai farmaci biologici, rispetto ai quali si sono registrate difficoltà di accesso in particolare nelle Regioni con forti disavanzi nel settore sanitario;
- semplificare le norme per la messa in commercio dei farmaci e ridurre i tempi per la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale delle autorizzazioni alla immissione in commercio;
- garantire l'immediata implementazione nel territorio nazionale delle decisioni prese a livello europeo in tema di farmaci orfani e innovativi, garantendo gradi uniformi di accesso nei Paesi dell'Unione Europea;
- garantire l'immediata disponibilità dei farmaci approvati a livello nazionale dall'AIFA nei PTOR;
- vigilare sui provvedimenti regionali che interpretano restrittivamente le determinazioni AIFA, assicurando l'effettivo rispetto dei LEA;
- promuovere l'accesso ai farmaci equivalenti e liberare risorse per assicurare erogazione gratuita di farmaci innovativi;
- incrementare il fondo per la ricerca indipendente dell'AIFA;
- coordinare l'attività di ricerca pubblica con quella privata, al fine di ottimizzare gli sforzi;
- proseguire nel processo di liberalizzazione del mercato dei farmaci, ormai fermo.

LEA

Procedere, nel più breve tempo possibile, all'approvazione della revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al DPCM 29-11-2001, con particolare riguardo:

- alla revisione dell'elenco delle malattie croniche e invalidanti di cui al D.M. 28 maggio 1999, n. 329 "Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti", attraverso l'inserimento di quelle patologie non ancora riconosciute e sprovviste di qualsiasi tutela (es. broncopneumopatia cronica ostruttiva – BPCO , malattie allergiche, cefalea, osteoporosi, infezioni osteo articolari);

- alla revisione dell'elenco delle malattie rare di cui al D.M. 18 maggio 2001, n. 279 "Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie", attraverso l'inserimento di quelle patologie non ancora riconosciute e sprovviste di qualsiasi tutela (nella revisione straordinaria dei Livelli Essenziali di Assistenza risalente al 2008 erano 109 le nuove malattie che dovevano essere inserite nell'elenco);

- alla revisione del Nomenclatore tariffario dei presidi, delle protesi e degli ausili di cui al D.M. 27 agosto 1999 n. 332 "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe", garantendo l'inclusione dei dispositivi non ricompresi nell'attuale elenco. In caso di incompatibilità del dispositivo erogato dal SSN con le esigenze terapeutiche del paziente, è necessario garantire l'accesso gratuito da parte dei cittadini al dispositivo appropriato, con l'eventuale differenza di prezzo a carico del SSN. È inoltre fondamentale garantire la personalizzazione, la qualità e l'innovazione dei dispositivi. È ormai improcrastinabile la previsione di una modalità di revisione costante del Nomenclatore, attribuendo tale competenza ad un soggetto specifico, come previsto ad oggi per i farmaci. Si potrebbe ad esempio attribuire all'AIFA tale attività di revisione, garantendo forme strutturate e permanenti di partecipazione delle Organizzazioni di tutela del diritto alla salute. Rilegare ancora un'attività di revisione del Nomenclatore all'approvazione di un Decreto, non assicura certamente ai cittadini un'assistenza protesica caratterizzata da un alto grado d'innovazione dei dispositivi.

- Garantire l'erogazione gratuita del servizio di supporto psicologico alla persona con patologia cronica e rara e ai relativi familiari;

- Potenziare inoltre, i controlli sull'effettiva erogazione dei LEA e valutarli con indicatori che tengano conto di difficoltà oggettive, come liste di attesa, blocco delle prenotazioni, mobilità interregionale, normative regionali in contrasto con i LEA, ecc.

I LEA andrebbero integrati anche con le seguenti prestazioni:

- assistenza odontoiatrica;
- farmaci per patologie rare (innovativi, orfani, fascia C, parafarmaci, prodotti alimentari);
- screening neonatali per patologie metaboliche ereditarie;
- prestazioni anestesiologiche per esami diagnostici invasivi;
- anestesia epidurale per parto indolore;

UMANIZZAZIONE

Per affrontare il tema dell'umanizzazione è necessario:

- puntare sulla formazione, a partire da quella universitaria, sui temi dell'umanizzazione delle cure ;
- valorizzare le buone pratiche esistenti in questo ambito;
- promuovere un concetto più ampio di umanizzazione delle cure, che comprenda l'aspetto relazionale, la presa in carico, la dimensione organizzativa e la partecipazione civica;
- applicare la Legge n.38 del 15 marzo 2010 sulla terapia del dolore e rendere effettive le sanzioni previste per chi non la rispetta;
- rafforzare il ruolo degli ordini professionali nell'applicazione del codice deontologico;
- puntare su politiche locali volte ad affrontare indifferenza, incuria e maltrattamenti nelle strutture residenziali, RSA, lungodegenze e strutture per la riabilitazione, nelle quali vengono ricoverate persone anziane e fragili;

- **nell'ambito della salute mentale**:

  - rafforzare l'integrazione con gli altri servizi. Il disturbo mentale ha una dimensione, oltre che sanitaria, sociale e antropologica. Questa complessità deve trovare una risposta in servizi integrati;
  - Eliminare il degrado nelle strutture. Fatiscenza, scarsa manutenzione, trascuratezza. L'immagine è quella di strutture obsolete o poco curate. L'inadeguatezza degli ambienti non è accettabile, poiché contribuisce allo stigma e non migliora l'accoglienza;
  - Sanzionare chi viola palesemente i diritti umani. Non è accettabile che le persone con sofferenze psichiche siano sottoposte a Trattamenti Sanitari Obbligatori anche nei casi in cui questi trattamenti non sono necessari: si tratta di un abuso che viola i diritti elementari della persona. In molti Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura si legano le persone, si tengono le porte chiuse a chiave, si fa un uso massiccio di psicofarmaci come unica risposta alla complessità della sofferenza e dei bisogni che le persone esprimono. La contenzione è sempre una violazione dei diritti umani in quanto azione lesiva della libertà e della dignità della persona;
  - Sviluppare le reti del mutuo-aiuto e delle esperienze che ad esse si ispirano per rafforzare la sussidiarietà e l'empowerment di familiari e utenti. Il mutuo aiuto è una realtà per diversi territori, ma stenta a decollare in molti altri. Si tratta di una risorsa vera e propria del sistema di assistenza, che nelle forme più evolute, diventa parte integrante dei servizi stessi e garanzia di qualità e di umanizzazione delle cure;
  - Rafforzare i servizi nella dimensione territoriale per ridurre i ricoveri nei SPDC. Rafforzare la dimensione territoriale vuol dire, nel campo dei disturbi mentali, rispettare la persona e i suoi bisogni, garantirne prevenzione e cura insieme all'integrazione nella società e nel mondo del lavoro. Un adeguato sviluppo di servizi territoriali ben

integrati con la comunità e con altri servizi, come diverse esperienze consolidate ormai dimostrano, anche con dati a supporto, riduce le crisi e i ricoveri nelle strutture ospedaliere;

- Porre fine allo scandalo degli Ospedali Psichiatrici Giudiziario che rappresentano un vero e proprio oltraggio alla coscienza civile del nostro paese, abolendo gli OPG, liberando subito gli internati dichiarati "dimissibili", chiudendo i canali di invio in OPG ed avviando reali percorsi di presa in carico da parte dei Dipartimenti.

NOTA METODOLOGICA

Il Rapporto PiT Salute, giunto alla XIV edizione, tratta le informazioni che il servizio PiT Salute raccoglie nel corso della propria attività di consulenza, assistenza e tutela dei diritti dei cittadini nella loro interazione con i servizi sanitari pubblici e privati.

Ciò che distingue il Rapporto da altre analoghe imprese di ricerca o di informazione sullo stato della sanità è proprio il legame con il punto di vista e la condizione dei cittadini utenti del servizio sanitario e con le politiche volte ad assicurare riconoscimento e protezione dei loro diritti. In ciò risiede, peraltro, il maggior valore di questa iniziativa. La pubblicazione del Rapporto si inscrive nel quadro di quella attività di informazione e analisi civica che caratterizza una parte rilevante delle politiche non solo del Tribunale per i diritti del malato, ma di tutto il movimento Cittadinanzattiva.

L'intento del Rapporto è quello di mettere a disposizione della opinione pubblica, dei cittadini e di quanti esercitano ruoli rilevanti nel Servizio Sanitario Nazionale e nel sistema di welfare in generale, dati e informazioni sul rapporto tra cittadini e sistema sanitario, secondo un approccio che mette in primo piano la condizione degli utenti dei servizi. Tali dati e tali informazioni potranno essere utilizzati, com'è già avvenuto in passato, per verificare l'impatto di politiche o programmi, individuare priorità, indirizzare la spesa pubblica, orientare la programmazione regionale e la gestione delle aziende sanitarie e, naturalmente, per guidare le politiche dei cittadini.

La metodologia

Il Rapporto PiT Salute 2010 prende in esame il contenuto di 23.524 segnalazioni relative al periodo di tempo che va dallo 01/01/2010 al 31/12/2010.

Le segnalazioni provengono da:
PiT Salute sede centrale (2.205);
PiT Salute locali e sezioni territoriali del Tribunale per i diritti del malato (21.319)[41]

Le elaborazioni sono state eseguite sul numero totale di segnalazioni provenienti dalla struttura centrale e da quelle territoriali ed è stato riportato il confronto con l'anno precedente (2009), laddove disponibile.

Le informazioni raccolte ed analizzate hanno permesso di individuare dieci principali aree di riferimento in base alle quali strutturare il rapporto:

- Presunte malpractice e sicurezza delle strutture
- Liste d'attesa
- Informazione e documentazione
- Assistenza territoriale
- Invalidità ed handicap
- Accesso ai servizi
- Assistenza ospedaliera
- Umanizzazione delle cure
- Assistenza farmaceutica
- Patologie rare

41 Hanno collaborato alla raccolta delle segnalazioni le seguenti realtà territoriali: Abruzzo (Ortona, Avezzano, Sulmona, Teramo e Chieti); Calabria (Lamezia Terme, Reggio Calabria, Vibo Valentia, Crotone); Campania (Napoli); Emilia Romagna (Modena); Friuli Venezia Giulia (Monfalcone, Gorizia); Lazio; Liguria (La Spezia, Sarzana, San Martino, Ponente Savonese, San Remo, Tigullio, Bordighera); Lombardia (Milano, Mantova, Bergamo, Lecco); Marche (Macerata, Senigallia, Jesi, Fano, Ancona, Ascoli Piceno, Urbino); Piemonte (Biella, Torino, Casale Monferrato, Chivasso, Vercelli, Castellamonte); Puglia (Brindisi, Gallipoli, Taranto, Bari, Martina Franca, Molfetta); Sardegna; Sicilia (Castelvetrano, Catania, Sciacca, Trapani, Licata, Bagheria); Toscana (Livorno, Siena); Trentino Alto Adige (Trento, Riva del Garda, Cavalese, Valsugana, Rovereto, Tione di Trento); Umbria (Perugia, Terni); Veneto (San Donà di Piave, Dolo Riviera del Brenta, Chioggia, Belluno).

Approfondimento regionale

Il federalismo ha prodotto, in questi anni, nell'ambito sanitario, significative differenze territoriali, generando difformità di accesso ai servizi, tra Regione e Regione. In considerazione di tale fenomeno è stata riportata nel XIV Rapporto PiT Salute una sezione dedicata all'esposizione sintetica dei principali dati a carattere territoriale.
Tale sezione presenta Regione per Regione le principali aree di criticità del territorio rispetto al rapporto tra i cittadini e i Servizi Sanitari Regionali.
I dati regionali riprendono la stessa struttura di quelli nazionali, secondo le dieci aree di riferimento precedentemente indicate. Per ciascuna Regione sono stati riportati il grafico riepilogativo rispetto alle dieci aree individuate e tre grafici dedicati alle prime tre aree più segnalate dai cittadini che, nei rispettivi territori, si sono rivolti alle nostre strutture per segnalare un problema e richiedere consulenze/assistenza nella risoluzione dello stesso.

Valore e limiti del Rapporto

È necessario sottolineare che i dati raccolti e presentati nel Rapporto PiT Salute non hanno rilevanza dal punto di vista statistico: essi, cioè, non sono espressione di un campione rappresentativo degli utenti del SSN. Bisogna considerare, inoltre, che quanti richiedono l'intervento del Tribunale per i diritti del malato – PiT Salute sono incorsi in problemi o hanno incontrato difficoltà che non possono ovviamente essere estesi alla generalità dei cittadini.
Il significato dei dati utilizzati sta piuttosto nella loro capacità di costituire una sorta di termometro, vale a dire di essere spie o indicatori delle più rilevanti situazioni di malessere
con le quali si misurano i cittadini nel loro contatto con il servizio sanitario.

Le informazioni che emergono dal PiT Salute possono infatti essere utili:

per la registrazione di eventi sentinella, cioè di fatti o circostanze che non dovrebbero mai accadere e il cui verificarsi, anche una sola volta, indica l'esistenza di una situazione di emergenza o comunque patologica;
per la scoperta di problemi nuovi e la indicazione di linee di tendenza emergenti;
per la verifica dell'andamento di situazioni critiche per la tutela dei diritti dei cittadini.

Le informazioni contenute in questo Rapporto inoltre, possono essere valutate nella loro portata - nella logica del termometro di cui si diceva prima - a partire da due considerazioni in relazione ai dati che normalmente vengono utilizzati per analisi, interpretazioni, previsioni sulla sanità in Italia:

i dati ufficiali disponibili sono elaborati generalmente a distanza di due o tre anni dalla loro rilevazione, mentre le situazioni alle quali si riferiscono mutano assai rapidamente e tumultuosamente;
i dati consentono, nella quasi totalità dei casi, una fotografia dello stato delle cose in un dato

momento, cioè una analisi sincronica, ma ciò di cui si avverte maggiore necessità è, al contrario, la disponibilità di dati e informazioni sulle linee di tendenza in atto.

Del resto, se un criterio di giudizio sul valore di qualunque produzione di informazioni è la utilizzabilità di esse, non si può sottacere che i precedenti Rapporti PiT Salute sono stati alla base di significativi mutamenti nella politica sanitaria, tanto dal punto di vista della definizione dell'agenda e delle priorità, che nella progettazione e nel varo di provvedimenti (ivi compresi quelli relativi alle Leggi Finanziarie), nei comportamenti degli attori, nella definizione dei criteri di valutazione delle azioni intraprese. Gli stessi programmi di azione del Tribunale per i diritti del malato e del Coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici tengono conto espressamente dei risultati del Rapporto PiT Salute.

RINGRAZIAMENTI

La raccolta dei dati che hanno composto le cifre e le storie di questo Rapporto non sarebbe stata possibile senza il lavoro fondamentale e quotidiano delle volontarie e dei volontari delle sedi territoriali del Tribunale per i diritti del malato e dei PiT Salute. Per tale motivo il primo imprescindibile ringraziamento va proprio loro che hanno fornito questo contributo umano, in termini di impegno, passione e tempo.

I capitoli del Rapporto sono stati redatti da una equipe scelta all'interno della sede nazionale di Cittadinanzattiva, formata da Valeria Fava (che ha curato la redazione dei capitoli riguardanti: Informazioni, Invalidità, Farmaci, Assistenza ospedaliera e Sangue infetto oltre ad aver coordinato le varie fasi della stesura pratica), Carla Berliri (per il capitolo sulla Malpractice), Giulia Mannella (per i capitoli su Assistenza ospedaliera, Accesso ai servizi e Malattie rare) e Salvatore Zuccarello (per i capitoli riguardanti Liste d'attesa, Assistenza territoriale e Umanizzazione). L'analisi statistica dei dati e la realizzazione dei grafici e delle tabelle sono a cura di Tiziana Toto.

Per quanto riguarda la coordinazione del lavoro in sede nazionale e la raccolta dei dati provenienti dal territorio, un ringraziamento va alla coordinatrice del PiT Unico, Isabella Mori, e alle colleghe Daria Ferrari, Valentina Ceccarelli, Angela Masi e Claudia Ciriello.

Un riconoscimento ed un sentito ringraziamento va anche allo staff della sede nazionale del Tribunale per i diritti del malato, nella persona del responsabile nazionale Francesca Moccia, che ha curato la parte di contesto e introduzione al Rapporto, oltre alle considerazioni finali e alle proposte. Quindi si ringraziano Sabrina Nardi, Giuseppe Berardino e Vanessa Sansone per il supporto e gli aspetti progettuali, oltre a Tonino Aceti e Maria Teresa Bressi per il CnAMC (Coordinamento nazionale Associazioni Malati Rari).

Si ringrazia Teresa Petrangolini, Segretario generale di Cittadinanzattiva, Antonio Gaudioso, Vice Segretario di Cittadinanzattiva e Annalisa Mandorino, Vice Segretario di Cittadinanzattiva

Il lavoro dei PiT e delle sedi Tdm è stato arricchito dal confronto. Si ringrazia, pertanto, L'agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva, coordinata da Angelo Tanese con la collaborazione di Rosapaola Metastasio e Michela Liberti.

Si ringraziano Mimma Modica Alberti, Carla Berliri e Angela Masi per aver coordinato il lavoro dell'area medico-legale e legale e tutti i consulenti professionisti, che collaborano presso la sede nazionale, per il loro costante impegno.

Si ringrazia l'Ufficio stampa e comunicazione della sede nazionale di Cittadinanzattiva: Alessandro Cossu, che ha curato anche l'editing del rapporto, Mariano Votta, Aurora Avenoso, Nicoletta Cannata, Giacomo D'Orazio e Alessandra Puddu.

Per il networking un ringraziamento va a Cinzia Dottori. A Giuliana Gubbiotti, un riconoscimento

particolare per il lavoro al centralino.

Per l'organizzazione logistica, si ringrazia Loredana Ridolfi, Linda Cocciolo e Alessandro Capudi, del Dipartimento Pianificazione e Controllo.

Grazie a Vittorino Ferla e Valentina Condò, dell'Ufficio Relazioni Istituzionali e a Giuseppe Scaramuzza, Responsabile Ufficio Relazioni Istituzionali del Tribunale per i diritti del malato nonché Vice Presidente di Cittadinanzattiva.

Si ringrazia anche Marco Adreani, per il prezioso supporto informatico.

APPENDICE
DATI REGIONALI

Con l'introduzione del federalismo sanitario sono ancor più evidenti le differenze regionali nella erogazione di prestazioni e servizi sanitari.
Per questo motivo, anche quest'anno, nelle pagine che seguono, abbiamo voluto inserire le segnalazioni pervenute dai cittadini ai servizi PiT e alle sedi TDM e suddividerle per ambiti regionali.
Le Regioni rappresentate sono 19, manca la Valle D'Aosta poiché priva di sedi di Cittadinanzattiva nell'anno 2010.

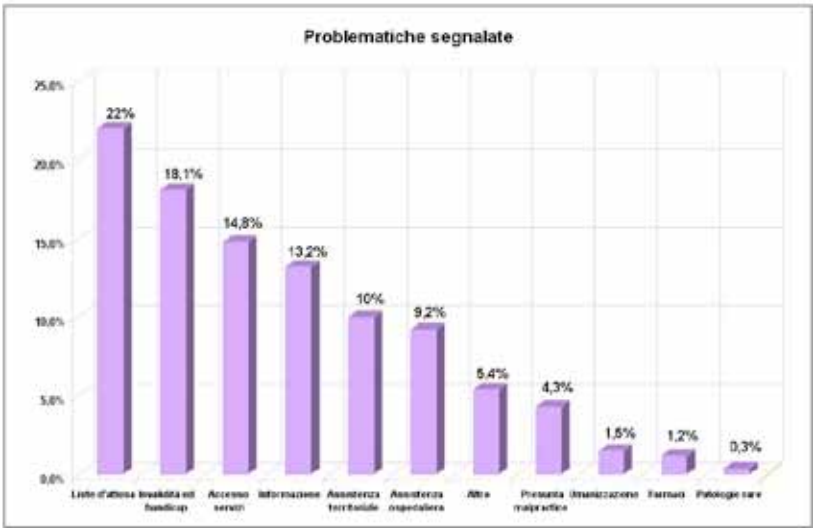
La fotografia che ne risulta aiuta a comprendere non solo quali siano le differenze regionali nell'erogazione dei servizi ma anche, dal punto di vista dei cittadini, quegli ambiti sanitari che presentano maggiori criticità in ognuna Regione.
La fotografia che ne deriva è inoltre il frutto di una serie di elementi correlati tra loro: la presenza di centri di Cittadinanzattiva dislocati sul territorio; le modalità di acquisizione di dati e – non per ultimo, il diverso grado di consapevolezza ed attenzione dei cittadini sui temi relativi e significativi nel contesto di appartenenza.

Il valore dei dati esposti sta nel saper cogliere la percezione dei problemi segnalati dai cittadini che vivono in uno specifico contesto. E' indice cioè dei disagi più sentiti, del livello di aspettative che i cittadini hanno riguardo al loro servizio sanitario e di quelle garanzie e diritti che ritengono di poter esigere.

Alla luce di queste premesse è chiaro che questi dati non hanno la pretesa di elevarsi a dati statistici, ma possono essere letti come indici generali di contesto, come eventi sentinella da non trascurare, come indicazioni per individuare priorità di intervento nelle politiche sanitarie locali.

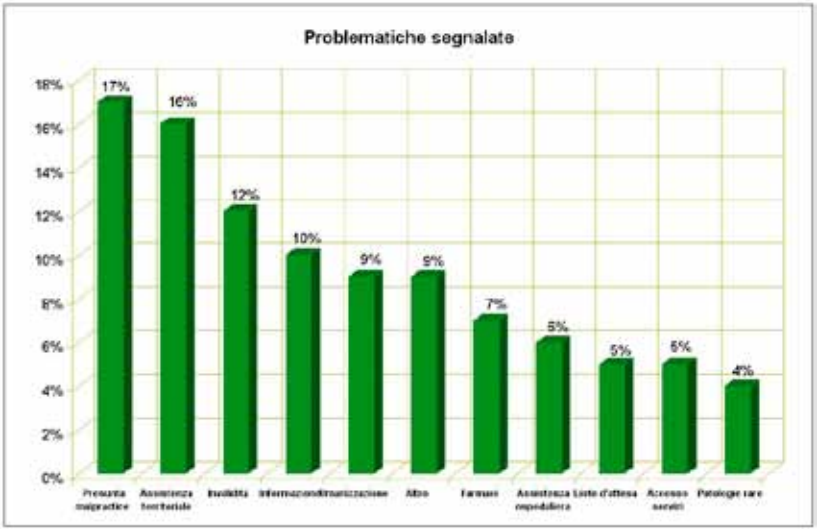
DATI TERRITORIALI
(2010)

ABRUZZO



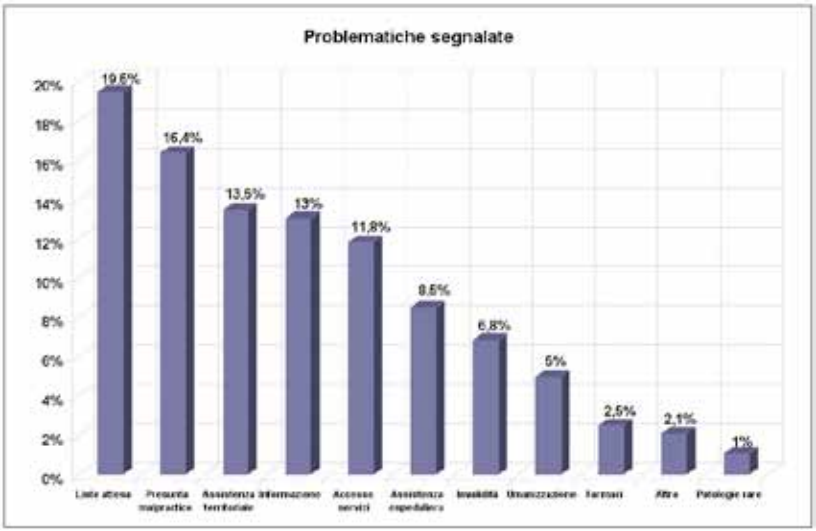
Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

BASILICATA



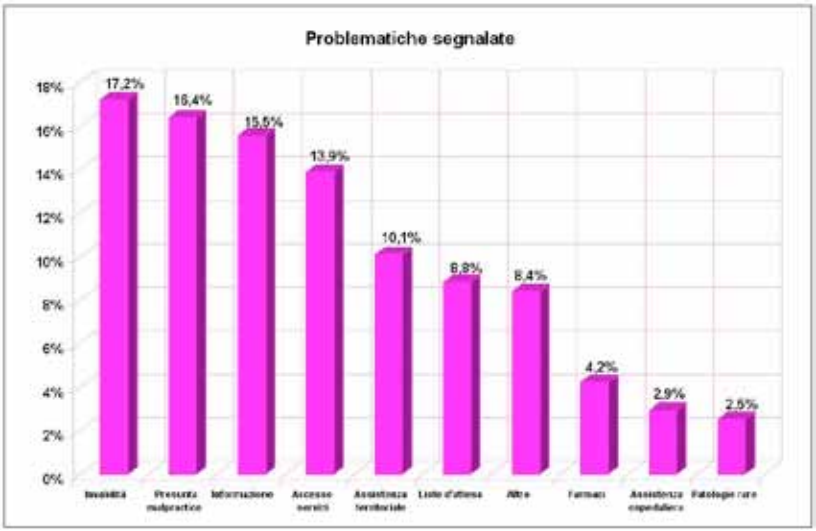
Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

CALABRIA



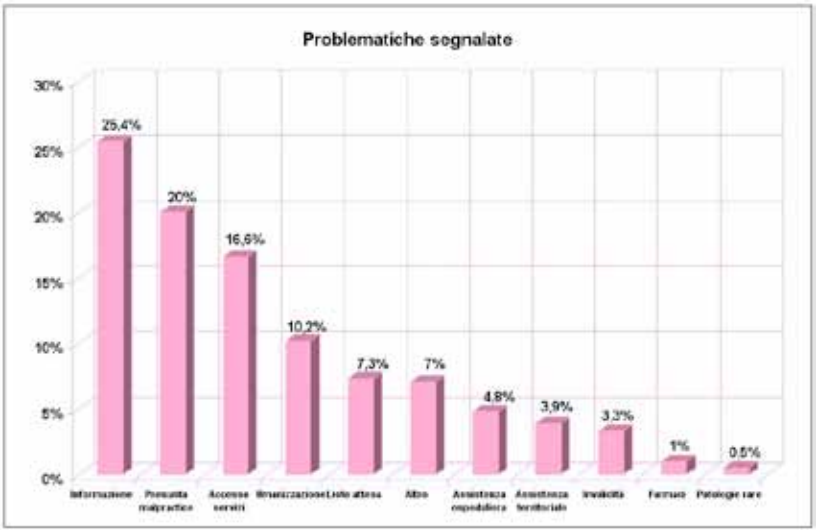
Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

CAMPANIA



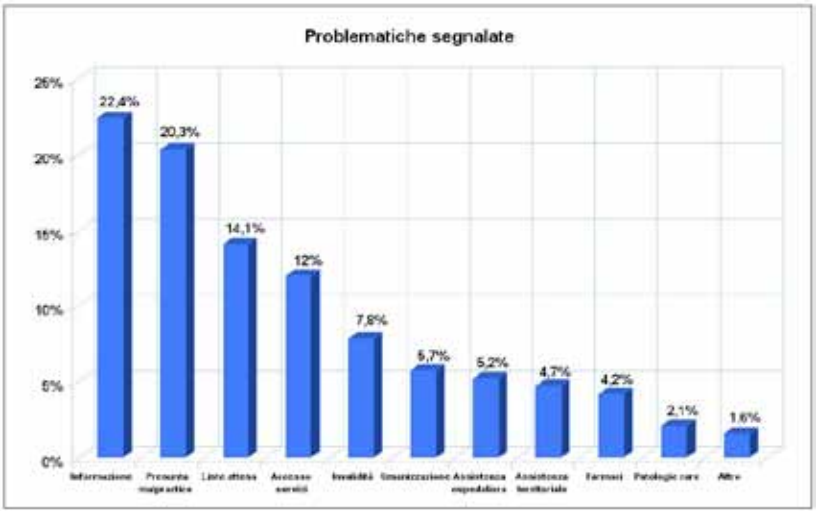
Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

EMILIA ROMAGNA



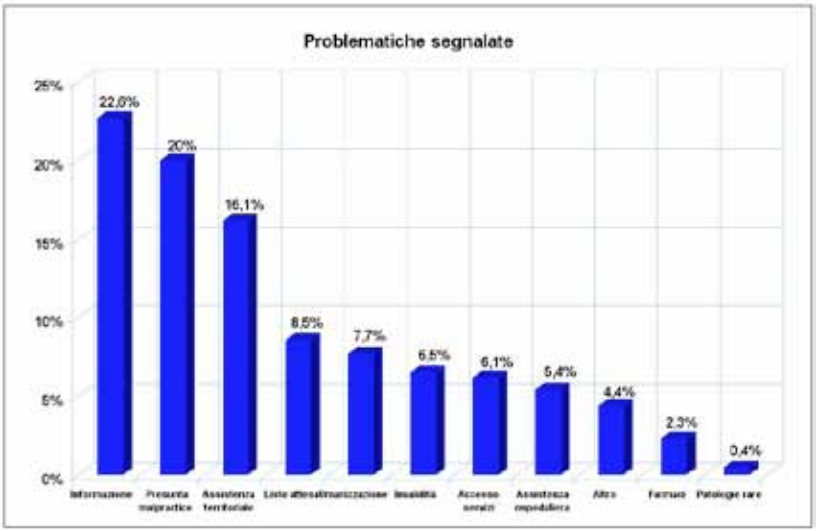
Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

FRIULI VENEZIA GIULIA



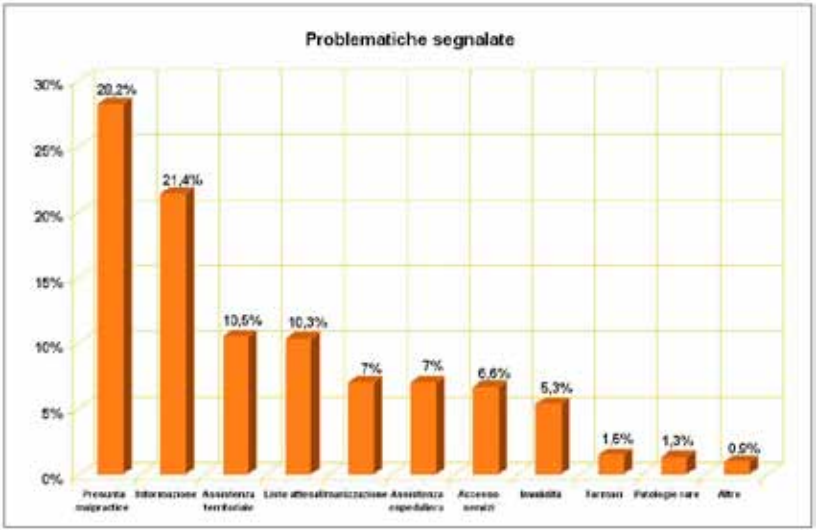
Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

LAZIO



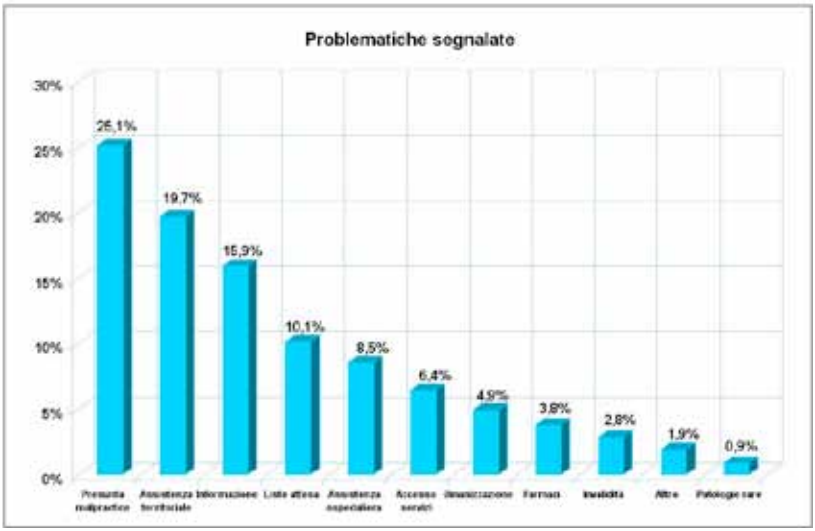
Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

LIGURIA



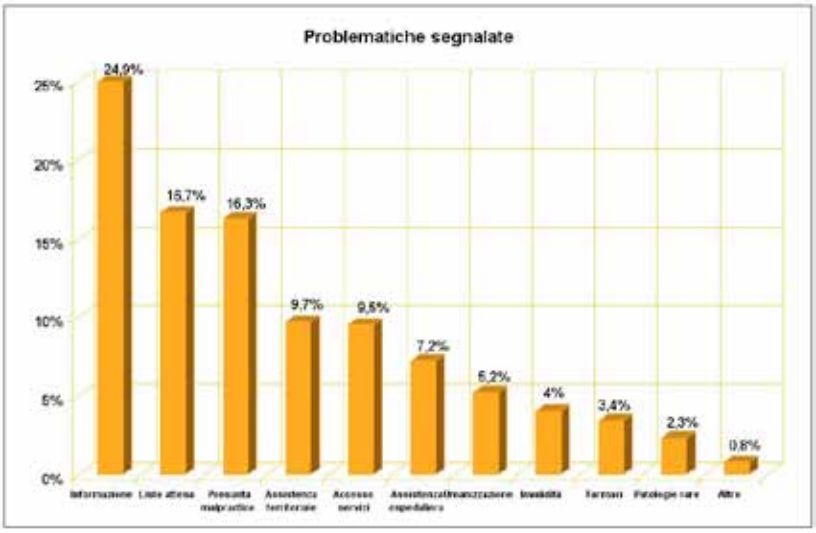
Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

LOMBARDIA



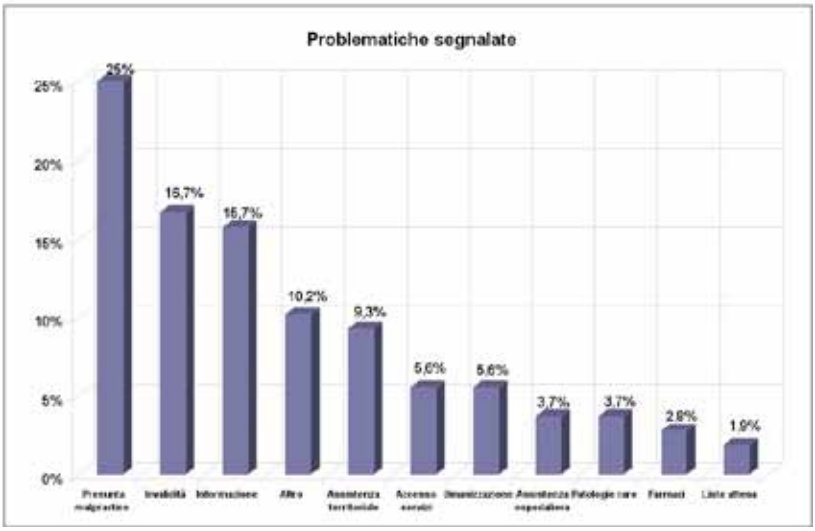
Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

MARCHE



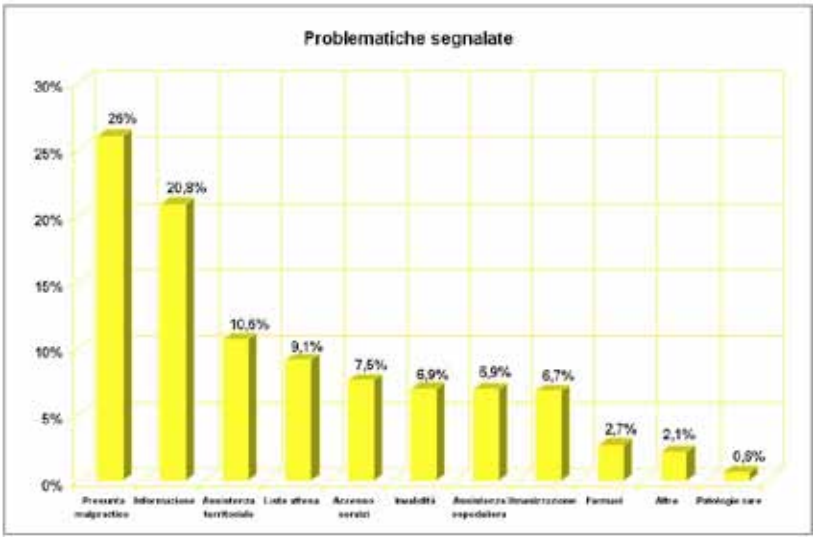
Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

MOLISE



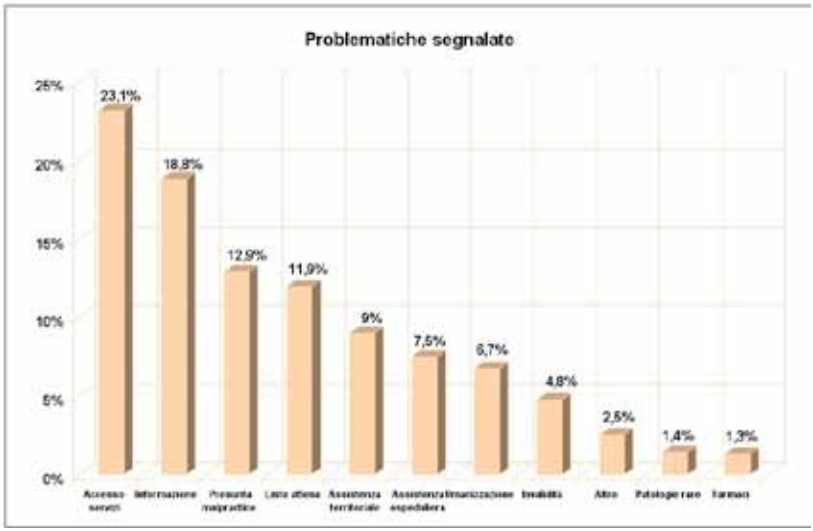
Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

PIEMONTE



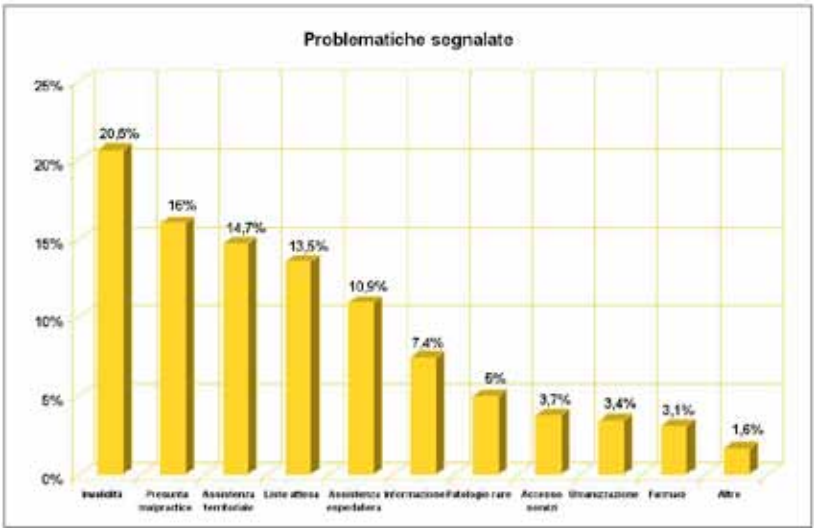
Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

PUGLIA



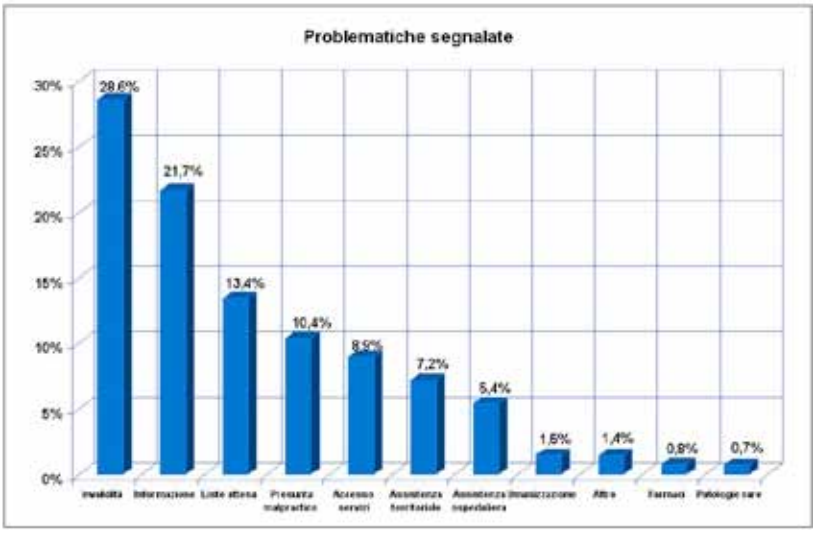
Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

SARDEGNA



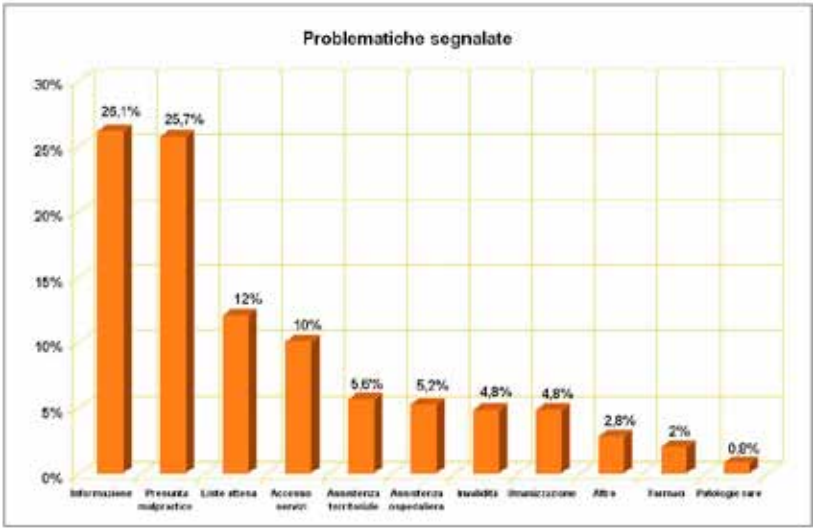
Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

SICILIA



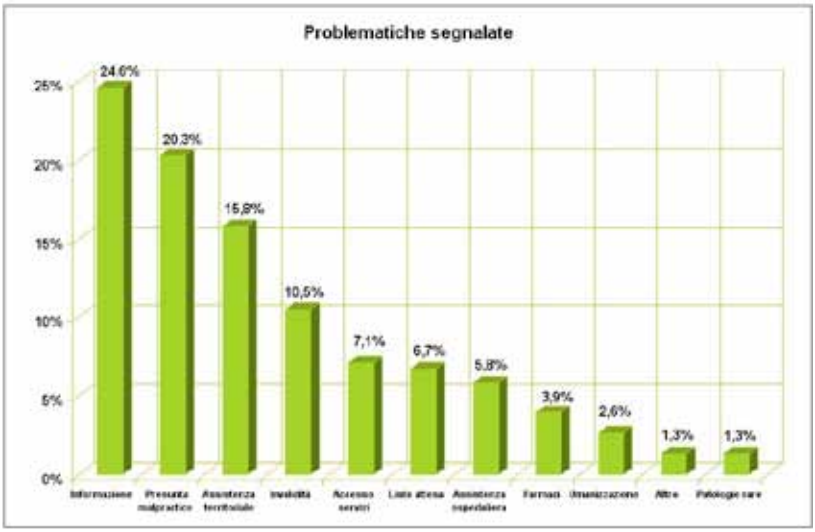
Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

TOSCANA



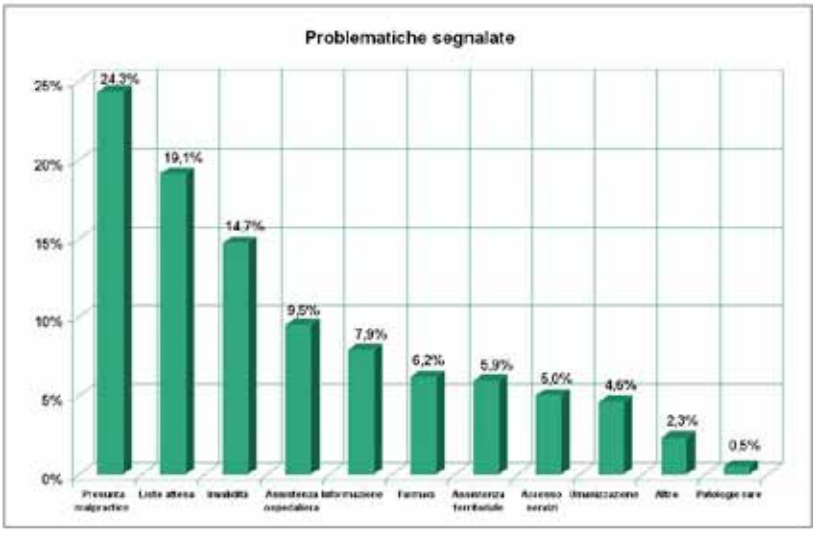
Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

TRENTINO ALTO ADIGE



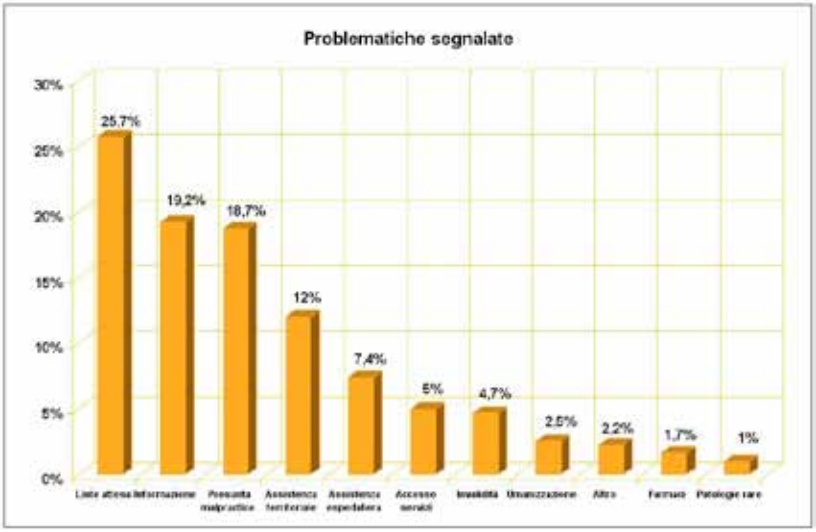
Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

UMBRIA



Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

VENETO



Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011

Con il sostegno di
NOVARTIS