

Osservatorio civico sul federalismo in sanità

Rapporto 2017



con il contributo non condizionato di



Bristol-Myers Squibb

Janssen





Fare “informazione civica” è una delle attività ordinarie di Cittadinanzattiva e il filo conduttore di questa collana che porta la sua firma. Informazione civica è la “produzione di informazioni da parte dei cittadini e a partire dal loro punto di vista, orientata alla trasformazione della realtà” (Giovanni Moro, Manuale di cittadinanza attiva). Mobilitare i cittadini intorno a un problema che li interessa o li coinvolge, accrescere la loro capacità di osservare la realtà e di raccogliere dati, mettere a punto le informazioni prodotte e usarle per definire, comunicare e far contare il proprio punto di vista nelle questioni di rilevanza pubblica e sociale, è una delle modalità scelte da Cittadinanzattiva per tutelare i diritti e prendersi cura dei beni comuni. Questo approccio ha permesso di portare all'attenzione generale problemi che, pur comportando pesanti conseguenze sulla vita dei cittadini, erano stati fino a quel momento ignorati o sottovalutati.

A partire dalla sicurezza scolastica, argomento per molti anni considerato secondario, e a cui abbiamo dedicato da oltre dieci anni un Rapporto annuale Sicurezza, qualità e comfort a scuola. O, ancora, le priorità del Servizio Sanitario Nazionale che emergono dalle segnalazioni dei cittadini che ogni anno si rivolgono al servizio di consulenza e tutela del Tribunale per i diritti del malato e che confluiscono nel Rapporto PiT Salute.

Così come una analisi degli effetti reali del federalismo in sanità, in termini di differenza di servizi, qualità e accesso, ad esempio, che viene resa evidente nel Rapporto annuale dell'Osservatorio civico sul federalismo in sanità; o quella resa dal Rapporto annuale sulle politiche della cronicità, in cui decine di associazioni di pazienti concorrono alla creazione di una fonte di informazione diversa e puntuale su come nel nostro Paese vengano affrontate le necessità dei pazienti affetti da patologie croniche e rare. Ma la collana offrirà anche una analisi civica delle difficoltà affrontate quotidianamente dai cittadini consumatori e l'elaborazione di proposte per il superamento delle criticità, con il Rapporto PiT Servizi, su ambiti come i servizi di pubblica utilità e i servizi finanziari, bancari e assicurativi.

Copia riservata ai soli usi interni, non cedibile, non riproducibile
Sostienici con una donazione: ci permetterai di conservare gratuito il nostro servizio di ascolto, informazione e tutela a disposizione di tutti i cittadini. 20 euro sono il costo che Cittadinanzattiva sostiene, in media, per tutelare i diritti di una persona che si rivolge gratuitamente al servizio Pit. E questa quota può anche essere dedotta dalle tasse. Questo è solo uno dei possibili esempi con cui puoi sostenerci: ma puoi scoprire di più sul nostro sito, alla pagina

www.cittadinanzattiva.it/aderire-attivarti.html

INDICE

Introduzione.....	pag. 4
1. Quadro generale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).....	pag. 6
2. Prevenzione: vaccinazioni e screening oncologici organizzati.....	pag. 31
3. Liste d’attesa e prestazioni sanitarie intramoenia.....	pag. 71
4. Assistenza Territoriale.....	pag. 108
5. Il Piano nazionale delle cronicità.....	pag. 157
6. Farmaci: accesso all’innovazione farmaceutica.....	pag. 242
7. Il diabete.....	pag. 309
Considerazioni conclusive.....	pag. 344
Ringraziamenti.....	pag. 353

Introduzione

40 anni fa, con la legge 833/1978, nasce il Servizio sanitario nazionale per garantire il diritto alla salute a tutti i cittadini, senza alcuna distinzione sociale, economica o territoriale, configurandosi in tal senso come strumento di giustizia e coesione sociale, oltre che come fattore di sviluppo sostenibile ed inclusivo. Tuttavia il bilancio della ricorrenza ha le sue ombre, e la più scura è quella delle differenze fra regioni, che restano critiche in termini di qualità delle cure, tempi e costi per l'assistenza. Negli ultimi anni, un insieme di fattori di ordine politico, economico e organizzativo ha determinato il consolidamento di una condizione di frammentazione e difformità territoriali in cui a regioni in grado di assicurare servizi e prestazioni all'avanguardia se ne affiancano altre in cui si fa fatica a garantire anche solo i Livelli Essenziali di Assistenza, in violazione di quanto previsto dagli art.32 e 118 della Costituzione e in contrasto con lo spirito del legislatore che ha istituito il SSN. Le disuguaglianze tra le persone si sono fatte sempre più evidenti con la conseguenza che non tutti riescono ad accedere alle cure di cui hanno bisogno nei territori in cui vivono.

Perché il Servizio sanitario nazionale rappresenti davvero una garanzia reale del diritto alla salute e perché risponda in pieno alle ragioni e ai bisogni per cui è nato, bisogna fare in modo che ciascuno di noi, ovunque si trovi, possa ricevere le stesse cure e godere degli stessi diritti.

Tutti questi motivi sono alla base della proposta di riforma costituzionale di Cittadinanzattiva che intende integrare l'art.117, nella parte relativa alle materie di legislazione concorrente, come segue: **"tutela della salute nel rispetto del diritto dell'individuo ed in coerenza con il principio di sussidiarietà di cui all'art. 118 Cost"**. Ponendo l'accento sull'individuo, si rafforza e si restituisce centralità alla tutela del diritto alla salute attraverso l'applicazione del principio di sussidiarietà, per evitare che eventuali inerzie istituzionali compromettano l'esercizio di tale diritto.

3. Liste d'attesa e prestazioni sanitarie intramoenia

Di Valeria Fava

1. I dati dei cittadini

Da anni, ormai, il fenomeno delle liste d'attesa è quello più segnalato alle Tribunale per i diritti del malato: in pratica una segnalazione su due, fra quelle che riguardano l'accesso ai servizi, è collegata a un ritardo nell'erogazione di una prestazione o comunque a tempi molto lunghi; lo registra il nostro rapporto annuale sulle segnalazioni dei cittadini¹⁷. In termini di percentuali, nel 2016 le segnalazioni sulle liste d'attesa sono state il 54,1%.

Le **visite specialistiche** sono il settore più segnalato: il dato era già consistente nel 2015 (ben il **34,3%** del totale delle segnalazioni), ma cresce nel 2016 fino al **40,3%**. Cosa succede? I cittadini denunciano sempre maggiori difficoltà nell'ottenere

¹⁷ *XX Rapporto PiT Salute 2017 – Cittadinanzattiva*

una visita negli ambiti più disparati. Inoltre descrivono un aumento dei tempi di attesa e un moltiplicarsi dei casi di inefficienze, soprattutto per le prestazioni collegate alle esigenze dei malati cronici all'interno di strutture caratterizzate da una forte affluenza, come ospedali e poliambulatori ASL. Il sistema si inceppa anche quando le prestazioni hanno un codice priorità urgente. Per quanto riguarda lo spaccato delle liste d'attesa per le visite specialistiche, ecco per quali si attende più spesso: oculistica (15,6% nel 2016, in calo rispetto al 25% del 2015), cardiologica (12,5% nel 2016) e neurologica (10,9%). L'attesa media è risultata pari a 12 mesi per quelle neurologica, oncologica e di chirurgia generale. Per le visite oculistiche l'attesa media scende da 9 a 6 mesi.

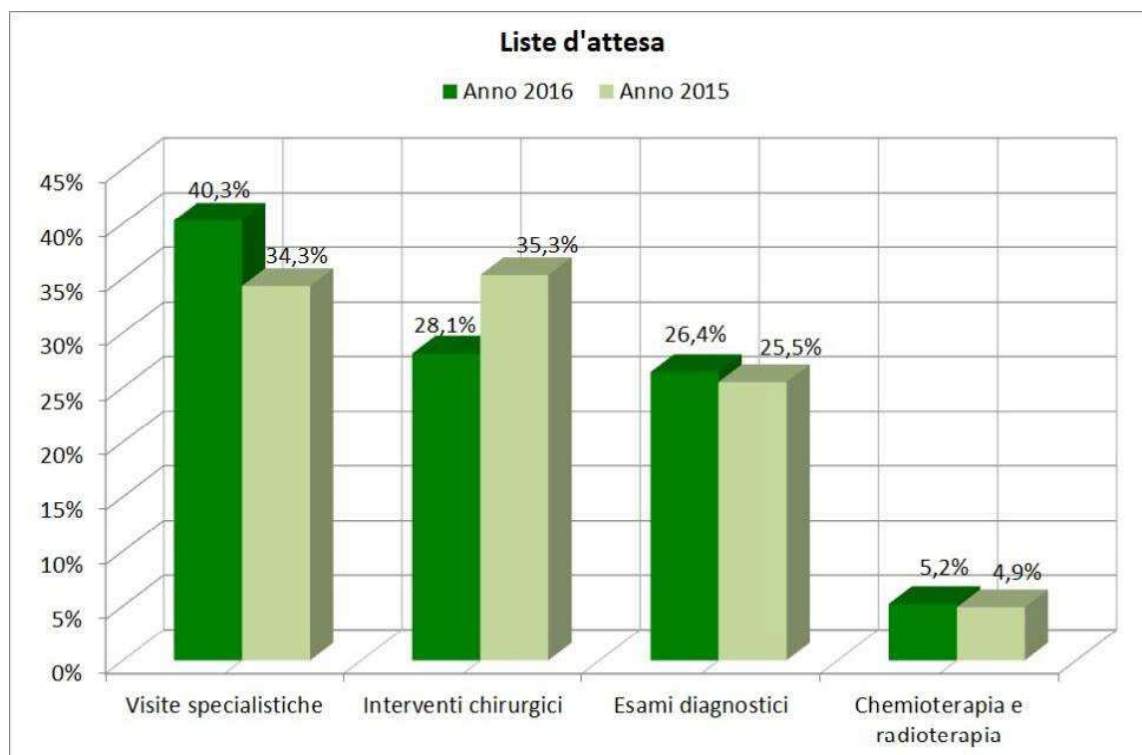
Anche gli **interventi chirurgici** sono preceduti da attese lunghe: i cittadini segnalano problemi in quest'ambito nella misura del **28,1%** per l'anno 2016, mentre il dato corrispondente era pari al 35,3% nel 2015. Sui tempi di attesa per gli interventi chirurgici, le aree specialistiche più colpite da ritardi sono quella ortopedica (30,7% nel 2015, 28,4% nel 2016), di chirurgia generale (9,8% nel 2015, 14,3% nel 2016) e oncologica (13,1% nel 2015, 12,6% nel 2016). Particolarmente grave l'ultima di queste. In particolare, si sono registrati i tempi massimi per ottenere alcune prestazioni: protesi al ginocchio, cataratta e chirurgia vascolare, tutti con attese di 12 mesi.

All'interno del quadro finora descritto si inseriscono anche le segnalazioni che fanno riferimento agli **esami diagnostici**, con un valore per il 2016 pari al 26,4% del totale. I cittadini segnalano nel 19% dei casi che la lunga attesa riguarda l'erogazione di una ecografia, nel 10,5% che per una Tac e per una radiografia nel 10% dei casi. Colonscopia e mammografia, pur trattandosi di

esami inseriti nei programmi di screening, sono segnalati nel 7,1% dei contatti.

Problemi anche per gli esami di laboratorio (6,1%). L'attesa media è particolarmente imponente, nel 2016, in caso di mammografia (13 mesi, 15 nel 2015), ecografia (sempre 13 mesi attesa, ma erano 9 nel 2015) e colonscopia (12 mesi, erano 7 nel 2015). Le aree specialistiche maggiormente interessate dai ritardi sono quelle di cardiologia (17,3% di segnalazioni per il 2016, era pari al 18,5% nel 2015), oncologia (17,6% nel 2015, si attesta sul 16,2% nel 2016), e radiologia (10,9% nel 2015, 14,7% nel 2016). Per l'erogazione della **chemioterapia e della radioterapia**, il dato, pari al **5,2%** sul totale, per l'anno 2016, in confronto al **4,9%** dell'anno precedente dimostra che persistono grandi difficoltà di accesso.

Fig. 1 – Accesso alle prestazioni



Fonte: XX Rapporto PiT Salute 2017 – Cittadinanzattiva

1.1 Il dato regionale del rapporto PiT Salute 2017

Andando ad analizzare le segnalazioni raccolte da circa 300 sedi del Tribunale per i Diritti del Malato nelle 21 regioni italiane all'interno del Rapporto PiT Salute 2017¹⁸, si possono facilmente identificare le regioni nelle quali i cittadini hanno maggiormente sofferto. Come è possibile leggere nella tabella seguente, sono in particolare i cittadini di Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Marche, Sicilia, Toscana e Trentino Alto Adige a segnalare come più rilevante proprio il problema delle difficoltà d'accesso alle prestazioni. I cittadini di Lombardia, Molise, Piemonte, Veneto, Puglia e Umbria hanno, invece, segnalato il problema delle liste di attesa al secondo posto. Seguono le regioni Emilia-Romagna e Sardegna, che segnalano la difficoltà d'accesso alle prestazioni come terza problematica tra quelle proposte. Questi dati ci suggeriscono che il tema dell'accesso alle prestazioni rappresenta per la maggior parte dei cittadini un elemento davvero rilevante.

Tab. 1 - Peso nelle Regioni del problema delle liste di attesa nel confronto con gli altri indicatori trattati nel Rapporto PiT Salute 2016

Posizione 1	Posizione 2	Posizione 3
Abruzzo	Lombardia	Emilia Romagna
Calabria	Molise	Sardegna
Campania	Piemonte	
Lazio	Puglia	

¹⁸ XX Rapporto Pit Salute - Sanità Pubblica: prima scelta, a caro prezzo

Liguria	Umbria	
Marche	Veneto	
Sicilia		
Toscana		
Trentino-Alto Adige		

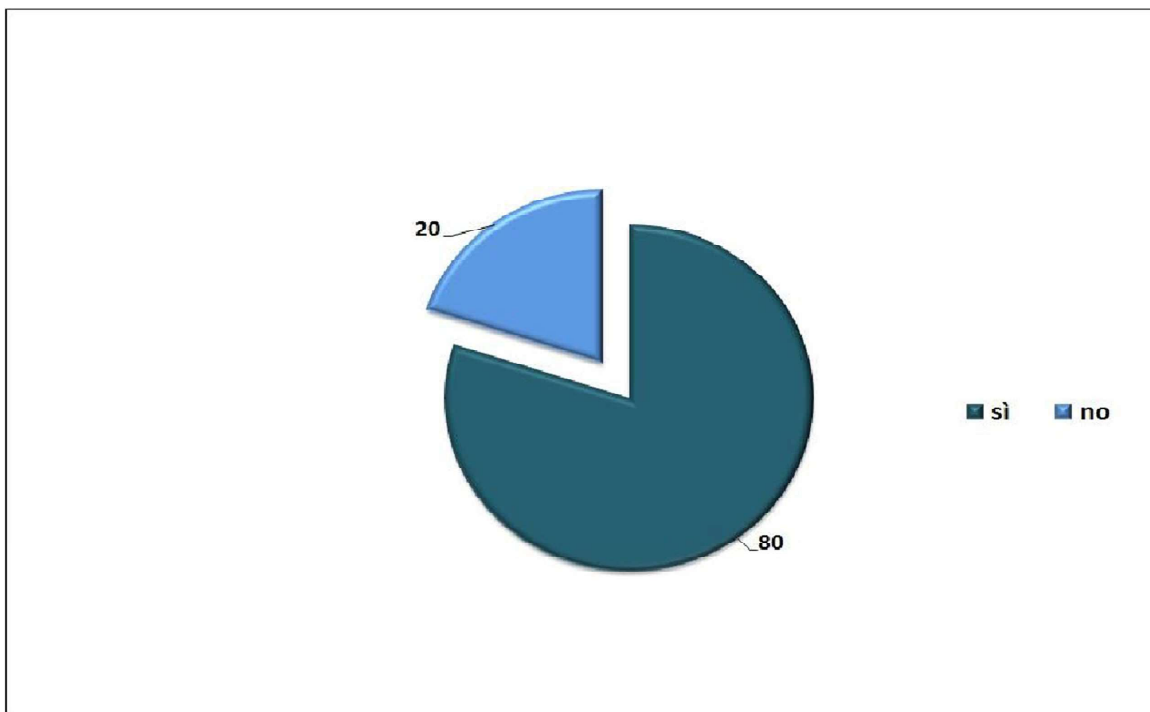
Rispetto al 2016 il dato è: Migliorato ■ Peggiorato ■ Invariato ■

Fonte: Rielaborazione dati XX Rapporto PiT Salute 2017 – Cittadinanzattiva

1.2 I problemi dal punto di vista del Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici

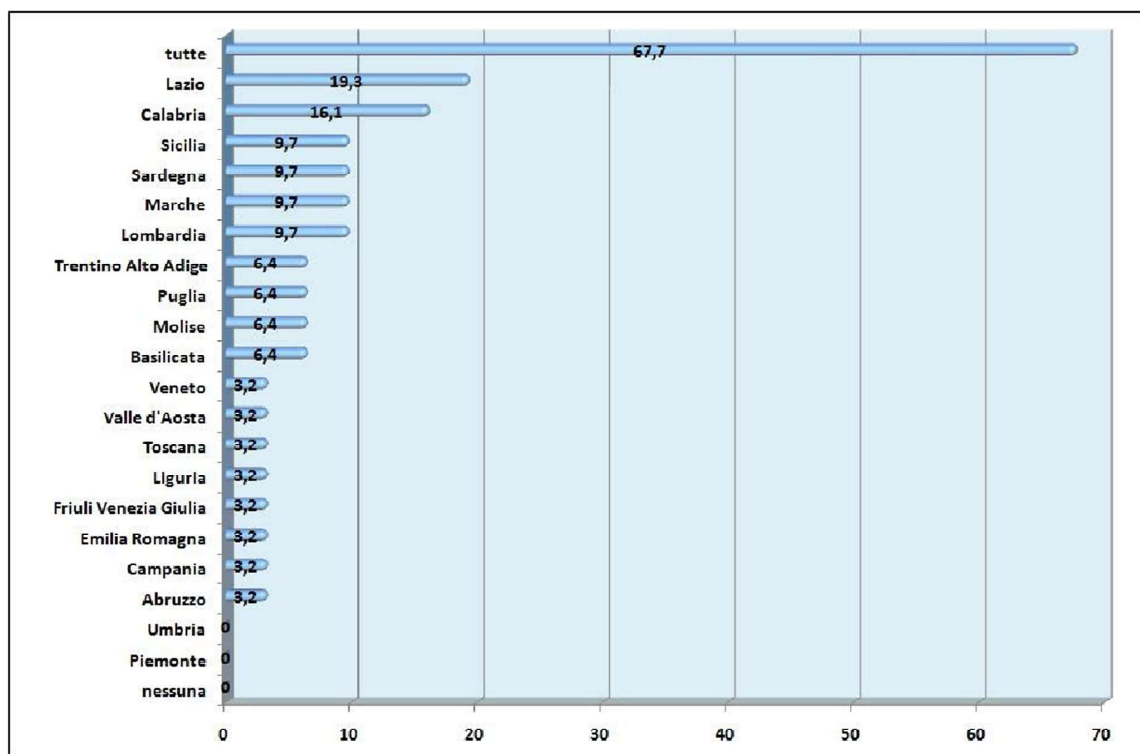
Anche per l'80% delle associazioni il tema delle **liste d'attesa** è rilevante (figura 2) in tutte le Regioni (67,7%), con un peggioramento (figura 3) in Lazio (19,3%), Calabria (16,1%), Sicilia, Sardegna, Marche e Lombardia (9,7%). Per la prima visita diagnostica si aspetta da 10 mesi a 2 anni, 4 mesi per il riposizionamento di un catetere venoso, da 6 mesi a 1 anno per visite di controllo, idem 6 per interventi chirurgici. Le attese più lunghe si hanno per esami diagnostici come Tac o Risonanza magnetica e anche per la nutrizione artificiale domiciliare o la riabilitazione. Gli esami prenotati nella prima struttura disponibile non sempre si adattano al paziente con una malattia rara o che ha esigenze particolari, come gastro e colonscopia in narcosi.

Fig. 2 - Uno degli aspetti che risulta più problematico per i pazienti con patologia cronica e rara è quello delle LISTE D'ATTESA. Avete riscontrato questo problema nella cura della patologia nell'ultimo anno?



Fonte: XVI Rapporto CnAMC Cittadinanzattiva

Fig. 3 - In quali Regioni riscontrate maggiormente questo problema?



Fonte: XVI Rapporto CnAMC Cittadinanzattiva

2. La rinuncia alle cure

2.1 Tra lunghe liste d'attesa e mezzi di trasporto inadeguati

Il dato Istat pubblicato a fine ottobre 2017, in occasione del rapporto sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione europea, riporta dati interessanti sulle motivazioni più frequenti che portano i cittadini a rinunciare o a rimandare le cure. Sembrerebbe che le liste d'attesa, i disagi causati dal trasporto e la crisi economica siano le maggiori cause di rinuncia alle cure per gli italiani. Sono più di **11 milioni i cittadini che addebitano a tempi di attesa troppo lunghi la loro rinuncia a una prestazione o il ritardo nell'effettuazione**. Sono

invece 3,6 milioni quelli che accusano la mancanza di trasporti adeguati verso il luogo di cura e **6,2 milioni quelli che dichiarano di aver rinunciato a una prestazione per motivi economici.**

Venendo all'analisi proposta da Istat, rinunciano alle cure per problemi legati alle liste d'attesa in media il 15,9% dei cittadini con una prevalenza della donne (18,4%) rispetto agli uomini (13,3%). L'età in cui le attese pesano di più sono quelle con problemi spesso legati alle cronicità, con una escalation che va dall'8%, per la fascia di età tra 15 e 24 anni, al 24,4% di quella over 75. Dal punto di vista geografico **le liste di attesa sono un problema maggiore al Centro**, sia per la fascia di età dai 15 anni in su, che lo segnala nel 19,8% dei casi (contro, ad esempio, il 13,1% del Nord Ovest), sia di più per la fascia over 65, con il 27,2% di problemi legati alle liste d'attesa al Centro, contro il 17,9% del Nord Est.

La carenza di **mezzi di trasporto**, anche se la percentuale di chi dichiara di aver effettuato in ritardo o non effettuato prestazioni sanitarie per questa ragione è tre volte inferiore a quella delle liste d'attesa (5%), rappresenta comunque un fenomeno da tenere sotto controllo. È **il Centro a mostrare dati peggiori** dai 15 anni in su, con il 7,3% di difficoltà (2,6% nel Nord Est), mentre per la fascia oltre 65 anni è il Sud, con 12,4%, ad avere più problemi (Nord Est 3,3%).

Tab. 2 - Persone con più di 15 anni e con più di 65 anni che nei 12 mesi precedenti hanno effettuato prestazioni sanitarie in ritardo o non le hanno effettuate per problemi di liste d'attesa o di mezzi di trasporto, divisi per ripartizione geografica e grado di urbanizzazione

TERRITORIO	15 anni e più		65 anni e più	
	Liste d'attesa	Trasporto	Liste d'attesa	Trasporto
Nord-ovest	13,1	2,7	18,1	4,4
Nord-est	14,3	2,6	17,9	3,3
Centro	19,8	7,3	27,2	12
Sud	15,8	6,7	25,2	12,4
Isole	18,5	6,5	25,9	10,9
Area densamente popolata	17,2	6,3	24,5	11,5
Area mediamente popolata	15,2	3,9	20,5	5,8
Area scarsamente popolata	15,6	5,1	22,2	7,7

Fonte: Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione Europea, Istat 2017

2.2 Rinuncia alle cure per problemi economici

Rispetto a chi non ha effettuato prestazioni sanitarie per **ragioni economiche** nei 12 mesi precedenti la rilevazione Istat¹⁹, il 12% dei cittadini ha dichiarato di aver rinunciato almeno a una, con la percentuale più elevata (7,9%) per visite e trattamenti dentistici.

In questo caso le ragioni economiche hanno pesato di più per le rinunce nelle Isole (17,3% degli over 15 e 19,9% degli over 65) ma vale anche al Sud, meno nel Nord Est. **Chi rinuncia di più appartiene, come prevedibile, alle fasce meno abbienti:** 20,3% per gli over 15 e del 20,1% per gli over 65 per almeno una prestazione, rispettivamente contro il 12% e il 12,5% della fascia più abbiente.

¹⁹ *Rapporto sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione europea, Istat 2017*

Tab.3 Persone con 15 anni e più e 65 anni e più che nei 12 mesi precedenti all'intervista non hanno effettuato prestazioni sanitarie per problemi economici (per 100 persone con le stesse caratteristiche e dati in migliaia)

15 anni e più				
	Esami o cure mediche	Visite o trattamenti dentistici	Farmaci prescritti	Almeno una prestazione
Nord-ovest	5	5,9	2,9	8,8
Nord-est	4,2	5,2	2,2	7,8
Centro	8,3	8,2	4,7	13,2
Sud	9,3	10,4	6,2	15,8
isole	9,9	11,7	7,8	17,3

65 anni e più				
	Esami o cure mediche	Visite o trattamenti dentistici	Farmaci prescritti	Almeno una prestazione
Nord-ovest	5,1	4,7	4,5	8,1
Nord-est	4	2,8	3	6,2
Centro	9,8	7,6	6,4	15,4
Sud	10,4	9,1	8,7	17,5
isole	11,2	13,5	9,4	19,9

Fonte: Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione Europea Istat 2017

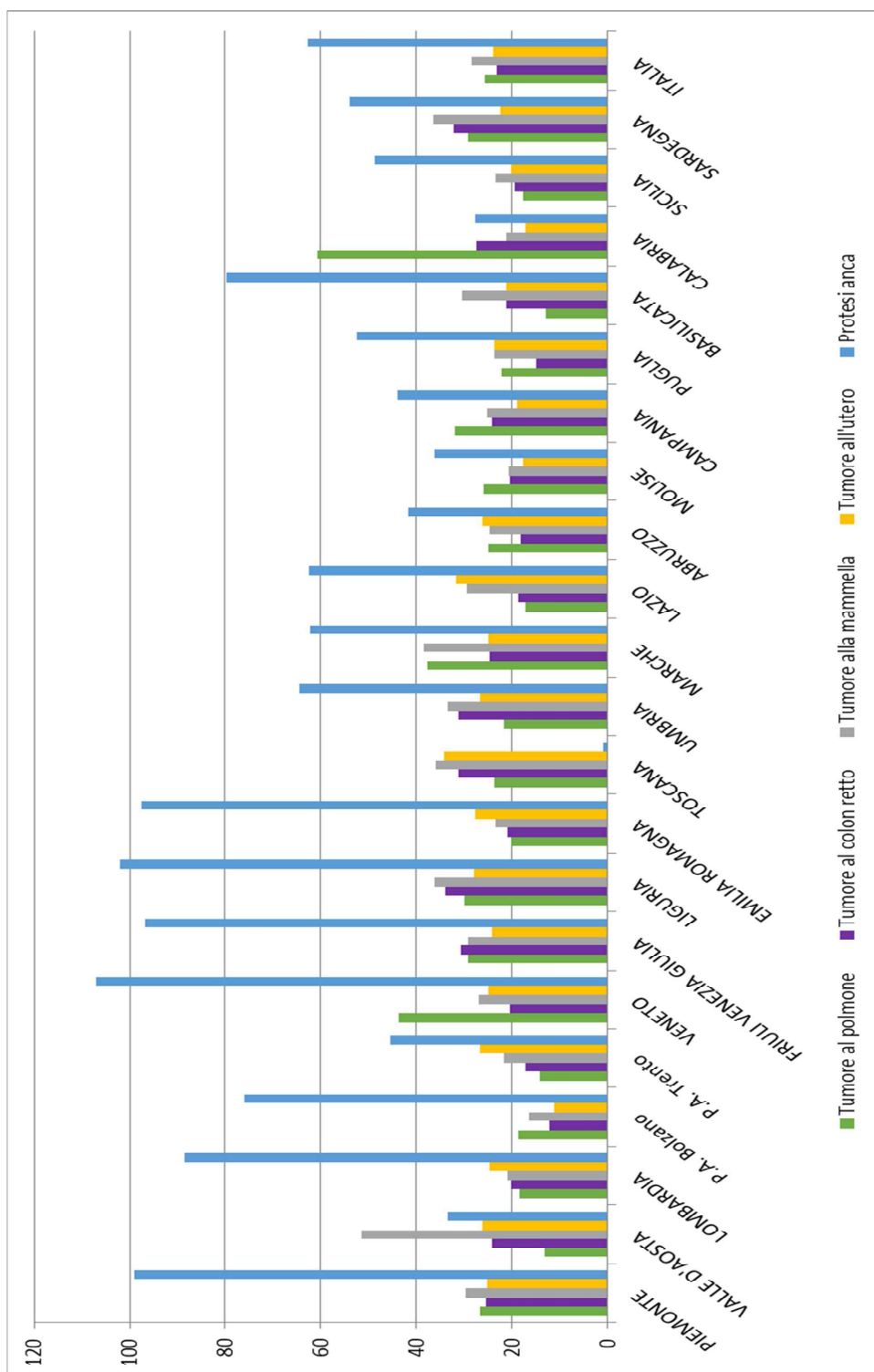
3. Tempi d'attesa per alcune prestazioni

Il Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (SDO 2016) riporta interessanti dati sulle attese per procedure in regime ordinario e in day hospital. Dalla analisi è possibile individuare importanti difformità regionali nella tempestività di accesso ad alcune prestazioni, oggetto dell'analisi del Ministero.

Per quanto riguarda i tempi d'attesa per le procedure in regime ordinario, abbiamo preso in analisi i dati del trattamento di alcuni tumori (polmone, mammella, colon retto e utero) e l'intervento di protesi d'anca, poiché è molto diffuso in età avanzata e rientra tra quelli per cui il Piano nazionale di governo delle liste d'attesa 2010-2012 pone tempi massimi.

Nell'ambito del **tumore al polmone**, la cui media nazionale è di 25,7 giorni di attesa, troviamo situazioni assai differenti a livello regionale. Si va da un **minimo di 12,9 giorni per la Basilicata**, poi 13,3 per la Valle d'Aosta, 14,1 per la P.A di Trento, 17,8 per la Sicilia; fino a tempi decisamente maggiori, come nel caso delle Marche con 37,8 giorni, 43,3 per il Veneto e addirittura **60,7 giorni per la Calabria**. Per il **tumore al colon retto** passiamo dai **12,2 giorni della P.A di Bolzano**, 17,3 della P.A di Trento, 18,3 dell'Abruzzo ai **32,1 della Sardegna**, 31,3 della Toscana, 31,2 della Liguria. Ancora, per il **tumore alla mammella** vediamo che i tempi migliori si registrano in **P.A Bolzano (16,4)** e Molise (20,8) mentre i tempi più lunghi li troviamo in **Valle d'Aosta (51,5)** e nelle Marche (38,5). Per il **tumore all'utero** l'attesa varia tra gli **11, 2 giorni per la P.A di Bolzano** ai **34,1 del Lazio**. Infine, per le **protesi d'anca** la variabilità è ancora più marcata passando dai **27,6 giorni in Calabria** ai **107 per il Veneto**.

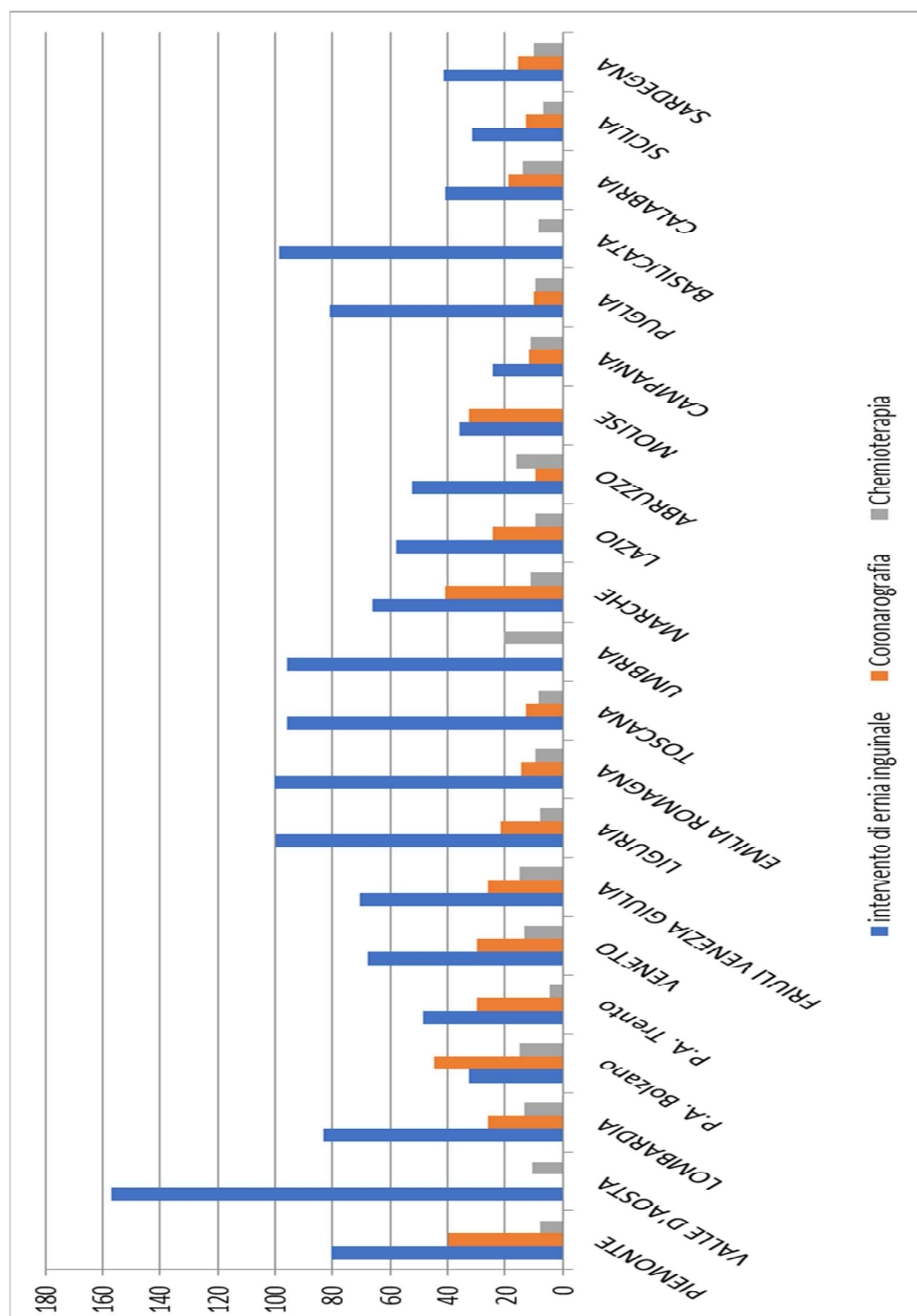
Fig. 4 - I tempi d'attesa per procedure in regime ordinario 2016



Fonte: Rapporto SDO 2016, Ministero della Salute

Abbiamo inoltre preso in esame alcune prestazioni in day hospital e analizzato i tempi d'attesa per l'accesso all'intervento di ernia inguinale, coronarografia e chemioterapia.

Fig 5 - tempi d'attesa per procedure in Day Hospital 2016



Fonte: Rapporto SDO 2016, Ministero della Salute

Anche in questa seconda analisi è possibile individuare importanti differenze regionali. In particolare per l'accesso all'intervento di ernia inguinale i tempi più lunghi si registrano in **Valle d'Aosta con 156 giorni d'attesa** a fronte dei **31 della Sicilia e della P.A di Bolzano**. Per l'accesso alla **coronarografia** i tempi più lunghi li troviamo in **P.A di Bolzano (44 giorni)** e Piemonte (39 giorni) a fronte dei **9 giorni in Abruzzo e 10 in Puglia**. Per le chemioterapie si registrano tempi piuttosto contenuti in tutte le Regioni, ma con punte significative di attese, come nel caso **dell'Umbria dove si aspetta per 20 giorni**. Nella **P.A di Trento**, al contrario, si registrano i tempi più bassi: **4,5 giorni**.

4. Indicatori di efficienza per Regione

Tornando ad analizzare il rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (SDO 2016), è interessante leggere i dati relativi alla degenza media e alla degenza media preoperatoria per acuti in regime ordinario: ci forniscono uno spunto ulteriore sulla gestione da parte degli ospedali delle liste d'attesa.

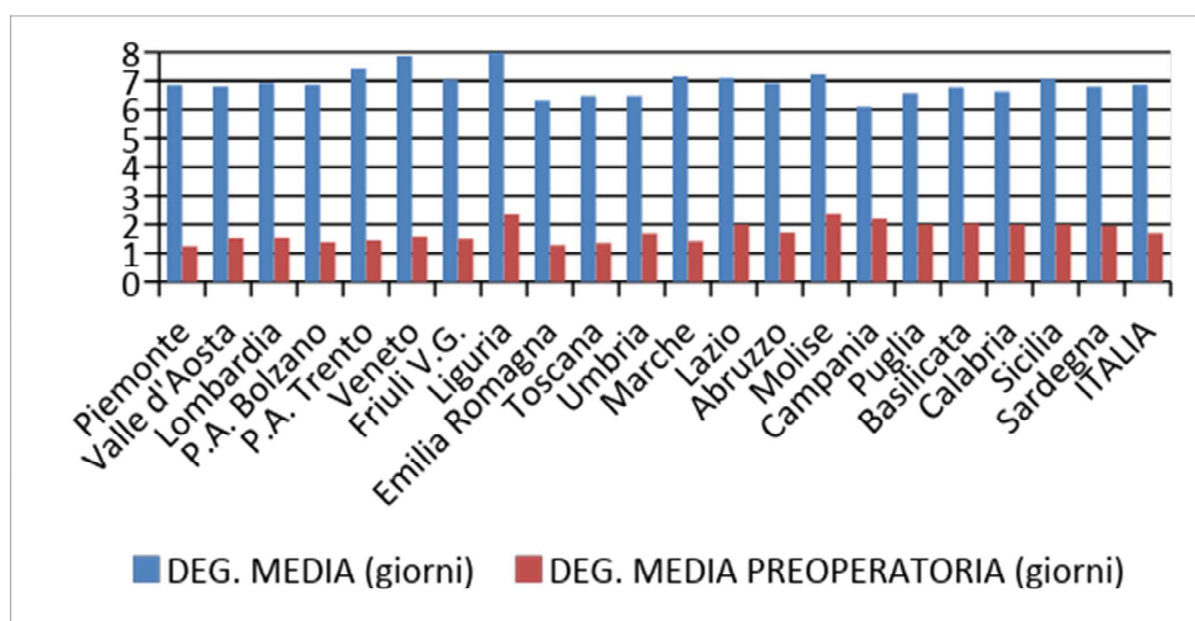
Tab. 4 - Indicatori efficienza per regione Attività per Acuti in Regime ordinario 2016

REGIONE	DEG. MEDIA (giorni)	DEG. MEDIA PREOPERATORIA (giorni)
Piemonte	6,85	1,26
Valle d'Aosta	6,80	1,53
Lombardia	6,93	1,54
P.A. Bolzano	6,86	1,39
P.A. Trento	7,43	1,45
Veneto	7,86	1,58
Friuli V.G.	7,04	1,50
Liguria	8,17	2,36
Emilia Romagna	6,30	1,29
Toscana	6,49	1,36
Umbria	6,50	1,69
Marche	7,15	1,42
Lazio	7,10	1,99
Abruzzo	6,91	1,72
Molise	7,22	2,37
Campania	6,09	2,21
Puglia	6,59	1,99
Basilicata	6,77	2,04
Calabria	6,64	1,99

Sicilia	7,07	1,99
Sardegna	6,79	1,94
ITALIA	6,86	1,70

Fonte: Rapporto SDO 2016, Ministero della Salute

Fig. 6 - Indicatori efficienza per regione Attività per Acuti in Regime ordinario 2016



Fonte: Rapporto SDO 2016, Ministero della Salute

Grazie all'analisi della tabella e dalla figura proposte, abbiamo la possibilità di riflettere sulle differenze regionali in merito alla **degenza media** espressa in giorni e alla **degenza media preoperatoria** (espressa in giorni).

È interessante innanzitutto analizzare il dato relativo ai giorni medi di degenza preoperatoria, considerato un indicatore di efficienza, nelle singole Regioni, per un ricovero per acuti in regime ordinario. Dal dato nazionale si deduce che in media si ricovera il paziente 1,7 giorni prima di un intervento; le medie di

alcune regioni - Molise (2,37), Liguria (2,36), Campania (2,21) - si discostano notevolmente da questo dato e indicano probabilmente alcune difficoltà di organizzazione nella gestione delle agende e interventi.

È interessante notare che i medesimi dati sulla degenza preoperatoria si differenziano nettamente tra Nord e Sud. Praticamente tutto il Nord (tranne la Liguria) e parte del Centro offrono valori inferiori alla media nazionale; tutto il Sud e la restante parte del Centro hanno valori superiori alla media nazionale.

Prendendo ad esempio la Regione Liguria, e volendo incrociare i dati di degenza media e degenza media preoperatoria, vediamo che entrambi i valori sono nettamente oltre la media nazionale; si ricovera complessivamente per più giorni. Complice è forse l'età della popolazione, notoriamente elevata, che può condizionare la durata dei ricoveri per possibili complicanze legate all'età. Invece la Regione Campania, che riporta dati notevolmente superiori alla media nazionale per giorni di degenza media preoperatoria, mostra il dato più basso di giorni di degenza media; così come diverse altre regioni del sud: Puglia, Basilicata, Calabria. Insomma, nel Mezzogiorno si ricovera e si dimette prima rispetto ad altre regioni.

5. Trasparenza sui tempi d'attesa

Un altro tema fondamentale è quello della trasparenza: in particolare, vogliamo mostrare quanto le Regioni siano al passo con l'impegno di fornire un rendiconto pubblico dei tempi di

attesa. Di recente la Fondazione Gimbe²⁰ ha pubblicato uno studio sulla trasparenza dei tempi d'attesa sui siti istituzionali; dal quadro proposto emerge un'evidente eterogeneità di comportamenti: Campania, Molise e Toscana non rendono disponibile alcun report; Calabria, Lombardia e Umbria rimandano ai siti web delle aziende sanitarie, senza effettuare alcuna aggregazione dei dati a livello regionale. Nove Regioni e una Provincia autonoma rendono disponibile solo l'archivio storico sui tempi di attesa con intervalli temporali e frequenza degli aggiornamenti molto variabili: Provincia autonoma di Trento dal 2013 al 2017, Abruzzo dal 2013 al 2014, Friuli Venezia Giulia dal 2009 al 2014, Liguria dal 2017 a marzo 2018, Marche da settembre 2014 a maggio 2018, Piemonte dal 2009 al 2017, Puglia da aprile 2012 a ottobre 2017, Sardegna da ottobre 2014 ad aprile 2018, Sicilia soltanto ottobre 2013, Veneto da gennaio 2017 ad aprile 2018.

Solo 5 Regioni offrono sistemi avanzati di rendicontazione pubblica sui tempi di attesa: la Provincia autonoma di Bolzano riporta per 58 prestazioni i tempi di attesa nelle aziende sanitarie riferiti a un preciso giorno di riferimento del mese precedente (30 maggio 2018); la Valle d'Aosta riporta i tempi di attesa per oltre 100 prestazioni riferite al mese precedente (giugno 2018); l'Emilia Romagna, tramite un portale ad hoc, permette di conoscere per 50 prestazioni il numero e la percentuale di prenotazioni erogate dalle aziende sanitarie entro i tempi massimi previsti. I report sono elaborati a cadenza settimanale dal gennaio 2016 e sono disponibili anche report storici dal gennaio 2015. Il sistema permette anche di

²⁰ *Monitoraggio indipendente sulla rendicontazione pubblica dei tempi di attesa, Fondazione Gimbe 2018*

confrontare le performance per singola prestazione tra differenti aziende sanitarie.

Inoltre il portale della Regione Lazio offre per 44 prestazioni le stesse modalità di rendicontazione dell'Emilia Romagna, ma non permette di confrontare le performance per singola prestazione tra differenti aziende sanitarie. I dati sono elaborati con cadenza settimanale a partire dal 21 maggio 2018, ma non è disponibile alcun archivio storico. La Basilicata, tramite un portale, permette di conoscere in tempo reale i tempi di attesa per le prestazioni erogate da ciascuna azienda sanitaria e di consultare l'archivio storico 2014-2018 dei tempi medi di attesa per tutte le prestazioni in tutte le strutture sanitarie. Non consente invece di confrontare in tempo reale i tempi di attesa per singola prestazione tra differenti strutture.

Fig. 7 - Rendicontazione pubblica dei tempi di attesa

SISTEMI AVANZATI DI RENDICONTAZIONE PUBBLICA:

Basilicata, Emilia Romagna, Lazio, P.A Bolzano, Valle d'Aosta

SOLO ARCHIVIO STORICO:

P.A Trento, Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Veneto

SOLO DATI DELLE AZIENDE SANITARIE NON AGGREGATI DALLA REGIONE:

Calabria, Lombardia, Umbria

NESSUNA RENDICONTAZIONE:

Campania, Molise, Toscana

Fonte: Monitoraggio indipendente sulla rendicontazione pubblica dei tempi di attesa, Fondazione Gimbe

6. I differenti tempi d'attesa tra pubblico ed intramoenia

A questo punto vogliamo mettere a confronto i tempi d'attesa che il canale pubblico offre ai cittadini per accedere ad alcune prestazioni con quelli che offre l'attività intramuraria. Ormai è normale trovarsi di fronte a tempi estremamente diversi. Nella tabella successiva abbiamo rielaborato le informazioni che il rapporto Crea Sanità²¹ ci ha fornito rispetto ai tempi d'accesso nel canale pubblico e intramoenia su alcune prestazioni in 4 regioni: Lombardia, Veneto, Lazio e Campania.

Tab 5: differenza tempi accesso pubblico – intramoenia

PRESTAZIONE	LOMBARDIA		VENETO		LAZIO		CAMPANIA	
	SSN	intramoenia	SSN	intramoenia	SSN	intramoenia	SSN	intramoenia
VISITA OCULISTICA	96,8	8,9	58,8	12,9	86,2	6,8	101,1	5,7
VISITA ORTOPEDICA	59,5	8,9	26,1	7,7	84,3	6,2	55,3	6,2
RX ARTICOLARE	25,9	3,1	32	-	42,9	7,4	7,5	2,3
SPIROMETRIA	54,9	5,7	34,8	-	69,4	5,4	32,5	3,5
ECOCARDIOGRAFIA	83,7	3,4	95,4	7,1	117,9	6,6	36,2	4,4

²¹ Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali, Crea Sanità 2018

ECODOPPLER VENOSO ARTI INF	98,1	4,3	55	1	123	7	42,5	4,4
ECO TIROIDE	110	4,1	35	-	123,7	6,1	22,1	3,8
COLONSCOPIA	95,4	5,1	60,4	12,1	175,7	6,8	87,4	6,4
GASTROSCOPIA	56,7	5,2	93	-	158,4	7,3	78,1	6,7
ELETTROMIOGR AFIA	77,6	6	50	-	116	5,3	30,5	4,1

Fonte: Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali, Crea Sanità 2018

La tabella proposta mostra dati evidenti che non possono essere trascurati e che invitano a considerare il ruolo, ormai sproporzionato, che sta assumendo l'intramoenia rispetto al canale pubblico nella capacità di rispondere con tempestività alle necessità di cura. Tutto ciò chiaramente va a discapito dei cittadini, costretti a pagare un prezzo più alto, e a discapito del servizio pubblico, che perde entrate utili al suo stesso sostentamento. Sbalordiscono i dati della Campania, che registra tempi d'accesso per una visita oculistica oltre i 100 giorni quando nel canale intramurario la stessa prestazione è erogata entro 5 giorni; oppure per una colonscopia nel Lazio si attendono 175 giorni, mentre in intramoenia diventano circa 6; in Lombardia si attendono 98 giorni per un ecodoppler venoso nel settore pubblico e 4 giorni in intramoenia; in Veneto si attendono 95 giorni per un ecocardiografia quando in intramoenia serve appena una settimana.

7. Il governo dell'intramoenia

7.1 Il Governo aziendale della libera professione e i volumi di attività

Il precedente paragrafo permette di introdurre il tema dell'intramoenia, che ormai da anni appare una scelta obbligata per i cittadini oltre che un ulteriore prezzo "imposto". Ciò accade a causa di liste d'attesa eccessive, dettate da anni di blocco del turn over, mancati rinnovi contrattuali, riduzione dei finanziamenti programmati per il Ssn, mancata attività di governo dei tempi di attesa e insufficiente o inefficace attività di controllo della stessa attività intramoenia.

L'Autorità nazionale anticorruzione (Anac) rileva come l'intramoenia interferisca con l'attività istituzionale e afferma: «L'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio».

Colpiscono anche le riserve dello stesso Ente nazionale di previdenza e assistenza dei medici (Enpam), che nel suo I° Rapporto sul sistema sanitario italiano, realizzato insieme a Eurispes e presentato a dicembre, arriva a definire l'intramoenia come un "nemico" nella guerra alle liste di attesa e afferma: «L'intramoenia ha aumentato le disparità di trattamento nell'erogazione del diritto alla salute e, al di là dei propositi

originali, sta contribuendo a impoverire le potenzialità del sistema».

Anche alla luce di queste considerazioni pensiamo che l'organizzazione e il controllo aziendale rivestano un ruolo chiave per il corretto esercizio della libera professione intramuraria. Uno degli adempimenti esaminati dalla relazione annuale sull'attività libero professionale²² è l'attivazione dell'**infrastruttura di rete**. Tale adempimento è considerato una condizione di buona amministrazione e di efficienza del sistema; inoltre è stato individuato, dal Piano nazionale anticorruzione 2015 come una misura di contrasto in un'area particolarmente a rischio, quale è quella dell'attività libero-professionale intramuraria. Altre misure considerate di prevenzione e contrasto alla corruzione dal documento sono la determinazione dei **volumi di attività istituzionale e libero-professionale**.

La pianificazione è un processo fondamentale che consente di definire i bisogni e impostare la propria attività in modo da garantirne il soddisfacimento. L'importanza di tale processo è stata ribadita dall'accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 18 novembre 2010.

²² *Relazione sullo stato di attuazione dell'attività libero professionale 2015*

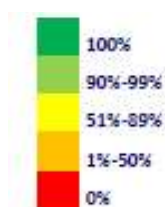
Nella seguente tabella mettiamo a confronto i dati regionali relativi a queste 3 dimensioni.

Tab 6 - adempimenti governo intramoenia

Regioni	% Infrastruttura di rete	% definizione volumi attività istituzionale	% determinazione volumi libera professione
Abruzzo	75	75	75
Basilicata	100	100	100
Calabria	80	90	80
Campania	76,5	58,8	64,7
Emilia Romagna	100	100	78,6
Friuli Venezia Giulia	100	77,8	44,4
Lazio	60	65	90
Liguria	100	100	66,7
Lombardia	79	85,4	68,8
Marche	75	100	75
Molise	0	0	0
Piemonte	84	84,2	68,4
P.A. Bolzano	100	100	0
P.A. Trento	100	100	100
Puglia	100	60	60

Sardegna	81,8	36,4	72,7
Sicilia	88,9	88,9	77,8
Toscana	100	81,3	81,3
Umbria	100	100	100
Valle d'Aosta	100	100	100
Veneto	100	100	87,5

Fonte: Relazione sullo stato di attuazione dell'attività libero professionale 2015



Notiamo che tutte le Aziende di 11 Regioni e Province autonome (Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto, PA Trento, PA Bolzano) hanno dichiarato di aver attivato l'infrastruttura di rete. Nei restanti casi si nota che la percentuale di aziende che rispettano le norme si attesta su valori più modesti, compresi tra il 51% e l'89%, a eccezione della Regione Molise, in cui l'unica azienda presente risulta inadempiente.

Venendo alle dimensioni relative alla **definizione dei volumi di attività istituzionale** da parte delle Asl, vediamo che in 9 Regioni e Province autonome (Basilicata, Emilia Romagna, Liguria, Marche, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto, PA Bolzano, PA Trento,) tutte le Aziende hanno provveduto a definire i volumi di attività istituzionale. A seguire, troviamo la Regione Calabria con una

percentuale di adempienza pari al 90%, mentre nella maggior parte dei rimanenti casi i valori oscillano tra il 51% e l'89% (Abruzzo, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana). Risultati meno soddisfacenti si registrano in Sardegna, con una percentuale di aziende adempienti pari al 36%, sino a giungere al Molise, dove l'unica Azienda non ha proceduto alla definizione dei volumi di attività.

Sempre relativamente **alla determinazione dei volumi di attività libero-professionale**, si confermano i valori piuttosto esigui, con sole 4 Regioni/Province autonome adempienti (Basilicata, Umbria, Valle d'Aosta, PA Trento). L'andamento di tale adempimento è risultato negli anni tendenzialmente stabile e sempre su valori mediocri; diventa quindi prioritario indagare sugli impedimenti che ostacolano la concreta attuazione; tenuto conto anche della connotazione riconosciuta alla negoziazione dei volumi di attività libero-professionale dal documento di aggiornamento 2015 del Piano nazionale anticorruzione.

Nel resto d'Italia le Aziende ottemperanti si attestano su valori compresi tra il 51% e l'89% (Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Veneto), a eccezione del Lazio, che raggiunge il 90%, del Friuli Venezia Giulia che, viceversa, registra il 44%, del Molise e della PA di Bolzano, che risultano inadempienti.

7.2 Lo stato dell'arte dell'istituzione degli Organismi paritetici

Un'ulteriore provvedimento è nato per verificare lo svolgimento dell'attività libero-professionale, allo scopo di rilevare i volumi delle prestazioni (istituzionali e libero-professionali) e anche le

modalità di controllo dell'insorgenza del conflitto di interessi o di situazioni che comunque implicino forme di concorrenza sleale, definendo anche le relative misure sanzionatorie: si tratta dell'istituzione di organismi paritetici sanciti con l'accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 18 novembre 2010. L'accordo stabilisce che le Regioni, nell'ambito delle attività di verifica, sono tenute a istituire organismi paritetici con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, **anche con la partecipazione delle organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti.**

L'intervento di queste ultime organizzazioni arricchisce e caratterizza il processo di verifica, introducendo il punto di vista essenziale dei fruitori del servizio e offrendo una visione alternativa, in grado di contribuire ad una migliore strutturazione e valutazione delle attività. La rilevazione 2015²³ conferma i risultati già rilevati nel corso del precedente monitoraggio: 11 Regioni/Province autonome hanno istituito l'organismo paritetico.

La variabilità che ha caratterizzato, negli anni il trend di tale adempimento (Tab. 7) ha messo in evidenza la necessità di una analisi più approfondita, in modo da inquadrare con più accuratezza l'oggetto di indagine e, allo stesso tempo, acquisire ulteriori elementi conoscitivi relativi in particolare alla composizione, alle attività e al funzionamento di tale organismo.

A distanza di 8 anni dall'approvazione dell'accordo citato, a giudicare dai dati contenuti nella Relazione annuale al Parlamento sull'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria 2015 (trasmessa al Parlamento ad ottobre 2017), è

²³ *Relazione sullo stato di attuazione dell'attività libero professionale 2015*

grave constatare come siano soltanto 11 le Regioni che hanno attivato gli organismi paritetici di verifica: Puglia, Marche, Lazio, Abruzzo, Toscana, Sardegna, Emilia Romagna, Veneto, Liguria, PA Trento, PA Bolzano. L'Umbria ha avviato l'iter di costituzione della Commissione regionale, la Valle d'Aosta ha demandato l'attivazione all'ASL, che ha provveduto con relativa Delibera.

Tab. 7 - Istituzione organismi paritetici regionali

Istituzione organismi paritetici 2015	Mancata istituzione organismi paritetici 2015
Regioni:	Regioni:
Abruzzo	Valle d'Aosta
Emilia Romagna	Piemonte
Lazio	Lombardia
Liguria	Friuli Venezia Giulia
Marche	Umbria
P.A. Bolzano	Molise
P.A. Trento	Campania
Puglia	Calabria
Sardegna	Basilicata
Toscana	Sicilia
Veneto	

Fonte: Relazione sullo stato di attuazione dell'attività libero - professionale 2015

L'elemento in grado di scardinare l'autoreferenzialità dell'attività di verifica di questi organismi è rappresentata dalla previsione della partecipazione delle organizzazioni civiche di tutela dei diritti, con il loro peculiare punto di osservazione sul fenomeno: quello cioè dei pazienti. Nonostante ciò la relazione al Parlamento fa notare che, su 11 Regioni che hanno attivato l'organismo di verifica, solo 4 riferiscono la partecipazione delle organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti: Abruzzo, Lazio, Puglia e Veneto.

Tab. 8 - Composizione dell'organismo paritetico:

Regione	Referente Regionale	Referente Aziendale	Referente OOSS	Referente Organizzazioni di utenti
Abruzzo	x	x	x	x
Emilia Romagna	x	x	x	
Lazio	x	x	x	x
Liguria	x	x	x	
Marche	x	x	x	
P.A. Bolzano	x	x	x	
P.A. Trento		x	x	
Puglia	x		x	x
Sardegna	x	x	x	

Toscana	x		x	x
Veneto				

Fonte: Relazione sullo stato di attuazione dell'attività libero - professionale 2015

Andando ad analizzare l'operatività degli organismi regionali di verifica dell'intramoenia si rilevano altre importanti lacune. Nella metà delle Regioni le ultime riunioni degli organismi risalgono ad anni precedenti a quello della rilevazione (2015) contenuta nella relazione al Parlamento. In tre Regioni (Abruzzo, Puglia, Toscana) la data dell'ultima riunione coincide con quella di insediamento. Sono dati che confermano ancora una volta, in tutta la sua gravità, le falle che esistono nel sistema di controllo delle Regioni sull'intramoenia e che giustificano la scarsa trasparenza denunciata dai cittadini e la loro sfiducia.

Tab 9 insediamento e periodicità riunioni organismi paritetici

REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA	DATA DI INSEDIAMENTO	DATA ULTIMA RIUNIONE
ABRUZZO	09/10/2013	09/10/2013
EMILIA ROMAGNA	09/04/2013	04/04/2014
LAZIO	04/06/2015	15/12/2015
LIGURIA	12/05/2014	30/09/2015
MARCHE	-	-
PA BOLZANO	28/09/2010	25/08/2015

PA TRENTO	29/11/2004	15/11/2016
PUGLIA	02/12/2014	02/12/2014
SARDEGNA	07/03/2013	27/07/2013
TOSCANA	01/03/2009	01/03/2009
VENETO	28/04/2016	21/10/2016

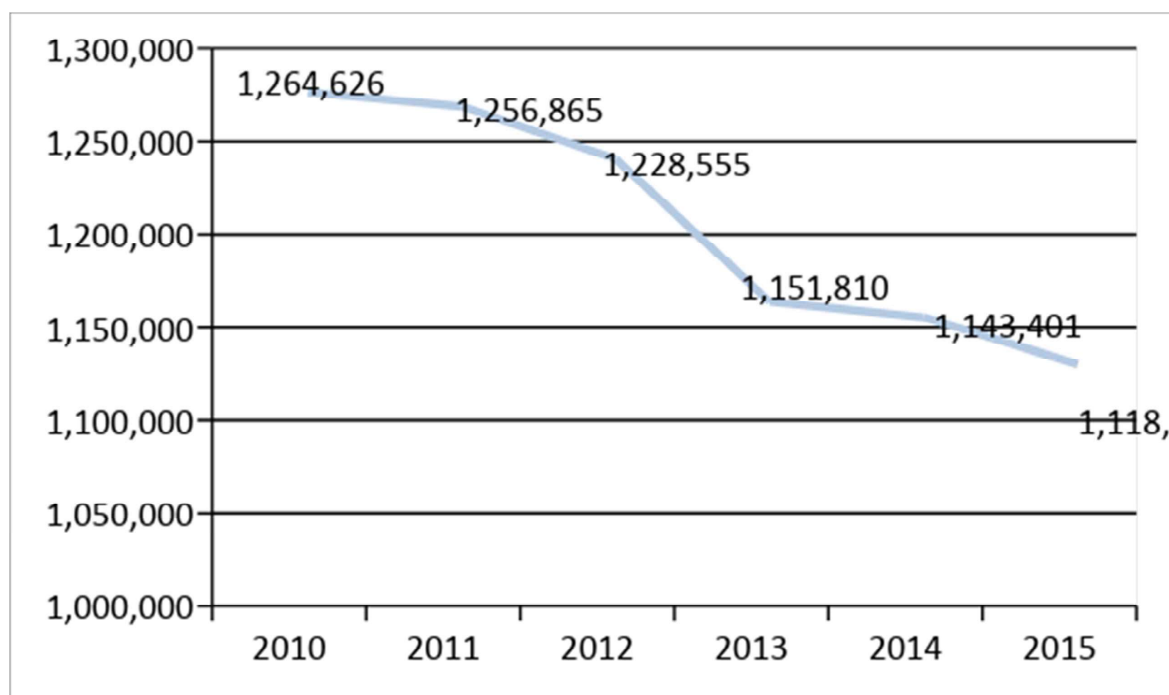
Fonte: Relazione sullo stato di attuazione dell'attività libero - professionale 2015

7.3 Ricavi e costi dell'Attività libero professionale intramoenia (ALPI)

Tornando al nostro Osservatorio nazionale, basato sulle segnalazioni dei cittadini alle sedi del Tribunale per i diritti del malato²⁴, emerge come l'intramoenia, nata inizialmente con l'obiettivo di garantire la libera scelta dei cittadini, si sia velocemente trasformata in una scelta obbligata per aggirare le liste di attesa. Però è divenuta sempre più insostenibile per i redditi delle famiglie e non è sufficientemente controllata dalle Istituzioni. Amplifica le disuguaglianze perché è una strada percorribile solo da chi può permettersela, sempre da meno persone in termini assoluti. Si riducono infatti di 25 milioni di euro gli incassi complessivi derivanti dall'attività intramoenia, passando da 1,143 miliardi di euro del 2014 ai 1,118 miliardi del 2015; rispetto al 2010 si sono ridotti di oltre 146 milioni.

²⁴ XX Rapporto PiT Salute

Fig. 8 - Saldo ALPI (valori in migliaia di euro)



Fonte: Relazione sullo stato di attuazione dell'attività libero - professionale 2015

Particolarmente rilevante la variabilità regionale della spesa pro-capite annua: 30 €/anno in Emilia Romagna contro 4,9 in Calabria.

Tab 10 - Spesa pro capite per prestazioni in intramoenia 2015

REGIONE	SPESA PRO CAPITE
Piemonte	24,9
Valle d'Aosta	21,7
Lombardia	23,6
P.A Bolzano	5,2

P.A Trento	20,3
Veneto	23,5
Friuli V.G.	21,6
Liguria	24
Emilia R.	30
Toscana	29,3
Umbria	15,7
Marche	24,1
Lazio	19,3
Abruzzo	11,7
Molise	14,1
Campania	7,7
Puglia	8,5
Basilicata	7,6
Calabria	4,9
Sicilia	7,2
Sardegna	8,3

Fonte: Relazione sullo stato di attuazione dell'attività libero - professionale 2015

7.4 Le risorse che rimangono al Ssn e le profonde difformità regionali

A livello nazionale rimane nelle casse del Ssn il 20% dell'incasso derivante dall'attività intramoenia, con un'accentuata difformità tra le varie Regioni, non facilmente giustificabile.

Tab. 11 - Costi e ricavi intramoenia

REGIONE	RICAVI	COMPART. AL PERSONALE	SALDO	%
Piemonte	112.582	94.400	18.182	16%
Valle d'Aosta	2.788	2.367	421	15%
Lombardia	236.175	177.594	58.581	25%
P.A Bolzano	2.706	1.792	914	39%
P.A Trento	10.893	9.245	1.648	15%
Veneto	115.669	97.370	18.299	16%
Friuli V.G.	26.550	22.258	4.292	16%
Liguria	38.033	30.617	7.416	19%
Emilia R.	133.736	101.553	32.198	24%
Toscana	109.785	77.515	32.270	29%
Umbria	14.046	11.273	2.773	20%
Marche	37.341	31.739	5.602	15%
Lazio	113.527	91.629	21.898	19%

Abruzzo	15.626	12.474	3.152	20%
Molise	4.429	2.808	1.621	36%
Campania	45.269	42.403	2.866	6%
Puglia	34.727	26.026	8.701	25%
Basilicata	4.403	3.959	444	10%
Calabria	9.616	8.073	1.543	16%
Sicilia	36.482	32.478	4.004	11%
Sardegna	13.820	12.553	1.267	9%
Totale	118.203	890.126	228.126	20%

Fonte: Elaborazione dati da Relazione sullo stato di attuazione dell'attività libero - professionale 2015

Ad esempio la Regione Molise trattiene il 36% degli incassi, la PA Bolzano il 39%, la Toscana il 29%, l'Emilia-Romagna il 24%, la Campania il 6%, la Sardegna il 9%, la Sicilia l'11%, le Marche il 15% e così via. Oltre alle domande suscitate dalla evidente anomalia, ci sono anche quelle relative all'uso delle esigue risorse: come vengono spese quelle derivanti dall'intramoenia che rimangono nelle casse del Ssn? Tra gli aspetti propriamente economici dell'attività libero-professionale intramuraria, introdotti nel 2012, c'è quello riguardante la **trattenuta**, operata da Azienda o Ente di appartenenza, **pari al 5% del compenso**, come ulteriore quota rispetto a quella prevista dalla disciplina contrattuale. Lo scopo teorico: **destinarla alla prevenzione o alla riduzione delle liste di attesa**.

Tab 12 - Trattenuta del 5% per la riduzione delle liste d'attesa

REGIONI	Quota 5% per riduzione delle liste d'attesa
Abruzzo	0%
Basilicata	100%
Calabria	90%
Campania	82,4%
Emilia Romagna	100%
Friuli Venezia Giulia	100%
Lazio	80%
Liguria	77,8%
Lombardia	87,5%
Marche	100%
Molise	0%
Piemonte	80%
P.A. Bolzano	81,8%
P.A. Trento	100%
Puglia	100%
Sardegna	100%
Sicilia	100%

Toscana	100%
Umbria	100%
Valle d'Aosta	100%
Veneto	100%

Fonte: Elaborazione dati da Relazione sullo stato di attuazione dell'attività libero - professionale 2015

L'adempimento risulta soddisfatto da tutte le Aziende solo in 10 Regioni/Province autonome (Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Marche, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto, PA Bolzano), con un incremento rispetto al 2014 di 2 Regioni. Risultano completamente inadempienti il Molise e l'Abruzzo. Insomma, c'è ancora tantissimo da fare.

I contenuti del presente Rapporto sono stati messi a punto attraverso l'analisi sistematica delle informazioni prodotte da cittadini o da altri soggetti del mondo istituzionale o accademico, per mostrare come si traduce oggi il federalismo in sanità nella vita quotidiana dei cittadini.

Le differenze tra le Regioni stanno, infatti, aumentando in termini di accessibilità ai servizi, di garanzia dei livelli essenziali di assistenza e di "esigibilità" dei diritti essenziali dei cittadini. Queste differenze rischiano anche di aggravare la crisi di fiducia dei cittadini nelle istituzioni, con conseguenze che possono portare all'implosione del sistema.

A partire da queste premesse, Cittadinanzattiva, attraverso il suo Osservatorio civico sul federalismo in sanità, ha proseguito per il quarto anno consecutivo l'osservazione dei Servizi Sanitari Regionali per coglierne la complessità, l'articolazione organizzativa, la capacità di amministrare e fornire risposte in termini di servizi e assistenza sanitaria e restituirla al Paese.

Come organizzazione civica pensiamo, infatti, che sia doveroso confrontarsi con gli altri interlocutori e accompagnare gli amministratori pubblici in un percorso in cui i diritti dei cittadini non siano solo enunciati ma concretamente esigibili.



Cittadinanzattiva è un'organizzazione fondata nel 1978, che promuove l'attivismo dei cittadini per la tutela dei diritti, la cura dei beni comuni, il sostegno alle persone in situazione di debolezza in ambito socio-sanitario, dei servizi di pubblica utilità, della giustizia, della scuola, delle politiche europee e della cittadinanza d'impresa. Cittadinanzattiva opera in Italia e in Europa.



Il Tribunale per i diritti del Malato, nato nel 1980, attiva i cittadini per la difesa dei loro diritti nell'ambito della salute e offre informazioni e aiuto per tutelarsi, ad esempio, da liste d'attesa, ticket eccessivi, sospetti errori medici. Realizza monitoraggi sulla qualità dei servizi e indagini sulle esperienze di cura dei pazienti. Grazie alla capillare presenza territoriale, i volontari del Tribunale per i diritti del Malato tutelano ogni anno il diritto alla salute di oltre 25.000 persone. Nel 2006 il Presidente della Repubblica ha assegnato al Tribunale per i diritti del Malato la "Medaglia d'oro al merito della sanità pubblica".