

Il pagamento dei ticket sanitari in una Asl in basso il pronto soccorso di un ospedale

Massimo Solani

ROMA Promettono liste d'attesa più snelle, eppure a Roma è già impossibile prenotare alcune analisi: «Richiami ad aprile», risponde una voce gentile. Vogliono potenziare le strutture di Pronto Soccorso, eppure in Sicilia la giunta Cuffaro si è già sbrigliata a mettere un ticket su alcune prestazioni d'emergenza. Gli stessi ticket che da febbraio si pagano sui farmaci in molte regioni d'Italia, come il Lazio e Liguria.

Eppure nonostante questo, il ministro Girolamo Sirchia si è presentato in Consiglio portandosi appresso la fanfara, per quella che nei suoi propositi doveva essere la scoperta del secolo. Quello sbandierato ieri al Consiglio dei ministri, infatti, dovrebbe essere un piano che mira a riorganizzare il sistema sanitario nazionale: dieci punti da cui partire alla conquista di una sanità perfetta e al servizio del cittadino. Una rivoluzione? Tutt'altro; anzi, a prima vista un «libro dei sogni» infarcito di buoni propositi. Fumo negli occhi dei cittadini, buono per dire «vedete quanto siamo bravi?» Il governo del «meno tasse per tutti» e della lavagnetta con le fantasiose «grandi opere» è infatti tornato all'attacco sfruttando questa volta la sanità, il terreno dove le paure degli italiani si scontrano da sempre con le difficoltà e la burocrazia di un apparato fra i più difficili da gestire.

Perché il nuovo Piano sanitario nazionale, come ha spiegato l'ex ministro della Sanità Rosy Bindi, «è un libro dei sogni. Perché dalla ricerca, alla formazione, all'assistenza sul territorio passando per l'apertura degli studi dei medici di famiglia 12 ore al giorno, c'è bisogno di risorse aggiuntive che non sono prese in considerazione». E, dunque, «o si tratta di bufale, o si ha intenzione di appesantire il debito delle regioni imponendo da Roma un modello organizzativo».

Dopo aver incassato le critiche e le titubanze di parte dei rappresentanti delle Regioni, il ministro Sirchia ieri si è presentato al Consiglio dei ministri portando sotto braccio 140 pagine di formule magiche, 10 semplici punti at-



Il Tribunale del malato «Sono solo belle parole»

ROMA Difficile non condividere gran parte degli obiettivi generali e strategici del nuovo Piano sanitario nazionale, ma quali possibilità ci sono di vedere concretamente realizzata anche solo una piccolissima parte di quanto annunciato? È quanto si chiede Stefano Inglese, responsabile delle politiche nazionali del Tribunale per i diritti del malato, che in una nota esprime la sensazione che «questo piano rischia di restare lettera morta e di essere considerato, nella migliore delle ipotesi, un bel documento o un libro dei sogni». «Come non concordare con la necessità di abbattere le liste di attesa e di porre fine, una volta per tutte - continua Inglese - allo scandalo per cui un cittadino deve attendere sino a sei mesi per un esame o una visita specialistica pagando il ticket e solo due o tre giorni se effettuati in intramoenia? O con la necessità di individuare soluzioni per garantire una tutela effettiva ai cittadini che perdono l'autosufficienza o assicurare l'assistenza, integrata e a domicilio, per malati cronici, anziani e disabili? O, ancora, con l'intento di potenziare i servizi di urgenza ed emergenza o di rendere più efficaci le attività di donazione e trapianto di organo?».

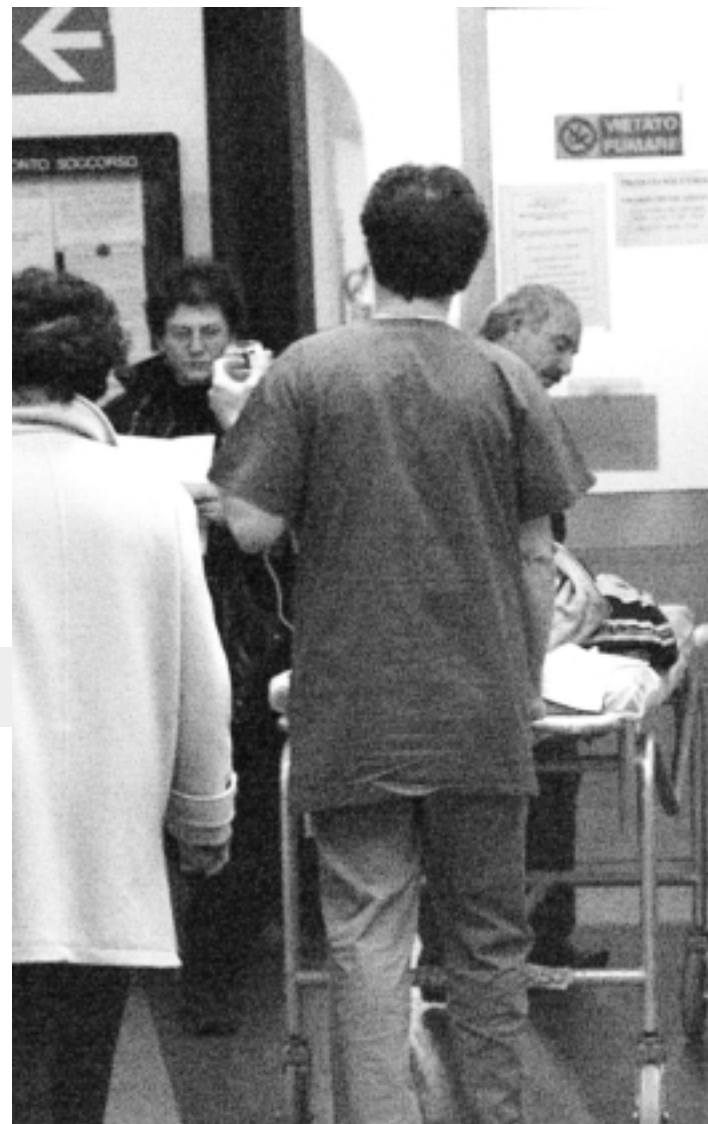
Sirchia presenta la sanità che non c'è

Niente attese, cure a casa, ospedali modello... Ecco il favoloso piano Sanitario nazionale

traverso i quali, a suo dire, l'Italia avrà presto «una sanità più umana da un lato, più tecnologica dall'altro».

E con il «placet» del presidente del Consiglio Berlusconi, Sirchia ha snocciolato agli astanti la sua cura miracolosa, la panacea di tutti i mali che in 10 punti passa dalla riduzione delle liste d'attesa (e giù ovazioni) agli incentivi per un uso corretto dei farmaci. Un simpatico gioco dell'oca che, però, si scontra con la realtà decisamente meno «perfetta» e più difficile da gestire. Uno stato di cose in cui i cittadini pagano per curarsi, pagano per le medicine, fanno le code per un'analisi qualsiasi e osservano senza poter far nulla un sistema sanitario che giorno dopo giorno finisce nelle mani dei privati.

Ridurremo le liste d'attesa, si impegna il governo; eppure qualcuno lo vada a spiegare, per esempio, a quei citta-



dini romani che da qualche giorno non riescono più a prenotare alcuni tipi di esame. «Le liste d'attesa sono chiuse - si sentono rispondere - ripassate fra un mese».

Al primo punto del documento presentato da Sirchia si parla di «monitorare e verificare l'attuazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza», i Lea entrati in vigore il 23 febbraio scorso. Secondo Silvio Berlusconi rappresentano una «garanzia per i cittadini di un livello di qualità uguale in tutto il territorio nazionale». Non spiega però il premier che da quei livelli, per esempio, sono escluse alcune cure fisioterapiche, omeopatiche, plastiche e tutte le cure odontoiatriche per i maggiorenti. Interventi che, se le Regioni non decidono di sobbarcarsi, dovranno essere effettuati a carico dei cittadini. E c'è ben poco da sperare, visti i conti in rosso

della maggior parte delle Regioni italiane. E le tanto sbandierate cure a domicilio? Da dove verranno i soldi se già si parla di tagli alla spesa sanitaria e se quella stessa spesa cresce oramai a ritmo spaventoso? La risposta, purtroppo, è semplice: bisognerà pagare.

«Ridisegnare la rete degli ospedali

Il ministro promette: saremo in grado di reggere la concorrenza degli altri Paesi dell'Ue



in Italia, ma soprattutto realizzare un centro di eccellenza per singole specialità in ogni regione» dice il Piano Sanitario. Nessuna menzione, però, a come questa riorganizzazione sarà portata a termine. Nessun accenno ai tagli dei posti letto messi già in atto in tutta Italia, o alla trasformazione degli Irccs, istituti di ricovero e cura, in fondazioni a gestione privata. Non lo dice il ministro Sirchia che un collegato alla Finanziaria potrebbe lasciare che alcuni fiori all'occhiello della sanità italiana, come il Regina Elena di Roma o il San Matteo di Pavia, potrebbero finire in mano ai privati. Perché, è evidente, se i cittadini si rendessero conto dei pericoli, le proteste monterebbero in un attimo e travolgerebbero le bugie di un governo che sulle fasce e sul fumo negli occhi sta cercando di creare attorno a sé un consenso fragile e finto.

nel Lazio

Liste d'attesa per le analisi Roma ferma le prenotazioni

Mariagrazia Gerina

ROMA Ridurre le liste di attesa. Il ministro Girolamo Sirchia lo ha messo tra i dieci obiettivi della sanità italiana. Priorità assoluta nel piano sanitario nazionale presentato ieri in Consiglio dei ministri. Più volte il ministro su questo punto ha ripreso le Regioni: «I fondi li avete già. Si tratta di organizzare meglio l'erogazione dei servizi, evitando ai cittadini un'attesa che potrebbe compromettere la loro salute». Intanto: monitorare, monitorare, monitorare. I dati sono sconcertanti. Le singole storie ancora di più. Ecco quello che è successo a Wilma, 47 anni, abitante a Rocca di Papa. È andata a prenotare un ecodoppler per sua madre, 69 anni, che da tempo soffre di giramenti di testa e di vertigini. Le è stato risposto: riprovi

all'inizio del prossimo mese, per ora la lista è chiusa, non si prendono prenotazioni. Non era mai capitato: nell'epoca ante-Sirchia succedeva di essere messi in coda a liste chilometriche, succedeva di aspettare anche mesi per un esame, ma non di essere rimandati a casa senza nemmeno quella magra soddisfazione di vedere il proprio nome scritto tra coloro che sono in attesa. Forse è un modo bizzarro per interpretare le indicazioni del ministro: per ridurre le liste d'attesa non resta che chiuderle?

«Avevo sentito un servizio al telegiornale. Diceva che io come qualunque altro cittadino non avrei dovuto aspettare più di quindici giorni - racconta la signora Wilma - sono uscita di casa piena di buone speranze». E invece? «Arrivata lì mi sono vista chiudere la porta in faccia». A quel punto Wilma decide di

rivolgersi a una struttura privata, una di quelle convenzionate. «Quanto dovrò aspettare?», chiede. «Nemmeno un giorno», le rispondono: «Può venire anche domani». Ma la convenzione non vale per l'esame diagnostico di cui ha bisogno sua madre. E Wilma, casalinga, un marito libero professionista nel campo dell'informatica, non si rassegna a pagare 200mila lire per un ecodoppler. Allora si rivolge alla Asl di Albano: «Possibile che io non abbia nemmeno diritto a prenotare un esame presso la mia Asl?». Non si stupiscono, conoscono il proble-

ma, hanno ricevuto molti altri reclami, le danno ragione e le confermano: «Questa è la situazione. Non c'è nulla da fare». E a Wilma che ha perso anche il diritto a essere messa in lista, non resta che raccontare e denunciare che l'epoca in cui le liste d'attesa non esistevano più è già arrivata ma le attese continuano. E sono ancora più incerte, angoscianti, frustranti. «Le attese non supereranno i quindici giorni, dicono. Ma qui - ripete la signora Wilma - come ci muoviamo sono attese di mesi. E ora l'unica novità ora è che le prenotazioni sono interrotte».

in Sicilia

Ticket al pronto soccorso È un caos, tutto rinviato

Gabriele Fallica

CATANIA Caos negli ospedali per il ticket sul pronto soccorso voluto dal governo di centrodestra guidato da Cuffaro.

Entrata in vigore ieri, la nuova tassa, ha subito creato confusione e dubbi. Non negli ammalati però, bensì nei medici e nei direttori sanitari che devono applicarla. Scarsa l'informazione da parte delle aziende sanitarie giacché molti siciliani non sanno che dovranno pagare di nuovo le tasse sulla sanità.

Il problema fondamentale è uno: come deve essere riscosso il ticket sul pronto soccorso? Com'è ben noto l'ufficio ticket degli ospedali è solitamente aperto durante la mattina mentre il pronto soccorso è attivo 24 ore al giorno. Si dovrebbe, dunque, creare un ufficio appo-

sito al fine di permettere agli utenti di poter pagare la tassa sulle prestazioni urgenti.

Il ticket è stato suddiviso in quattro fasce che comportano una spesa da un massimo di 25,82 euro (50.000 delle vecchie lire) fino all'esenzione per chi possa dimostrare di avere un reddito inferiore ai 18.500 euro. L'individuazione dell'importo da versare rappresenta un'altra difficoltà poiché si andranno a creare prestazioni di tipo A, B, C anche se non è chiaro chi sarà a stabilirle e con quale criterio. Probabilmente si demanderà tutto al medico (di per sé già impegnatissimo) che dovrà, oltre a visitare chiunque si presenti a quella trincea che è un pronto soccorso, indossarsi i panni del burocrate per calcolare quale importo dovrà versare l'utente e, probabilmente, incassare la somma che verrà depositata in una cassa

creata appositamente nel presidio. Fino ad adesso siamo rimasti nel campo delle ipotesi. La realtà, invece, ha visto in quasi tutti gli ospedali siciliani la non applicazione di tale legge. La domanda allora è la seguente: questo ticket è stato mal predisposto o quasi tutti i direttori sanitari degli ospedali siciliani sono fuorilegge?

Uno dei pochissimi ospedali dove è stata trovata una soluzione è quello di Paternò, grosso centro a pochi chilometri da Catania. Qui il direttore sanitario Salvo Cali ha deciso che il reddito degli utenti sarà determinato da loro stessi con una autocertificazione. Questa sarà consegnata alla Guardia di Finanza che opererà dei controlli sulla veridicità della dichiarazione resa. Il pagamento del ticket, invece, avverrà successivamente mediante bollettino di c/c postale che sarà inviato direttamente a casa dell'utente che si è presentato al pronto soccorso. L'importo sarà stabilito, in base alle fasce di reddito, ed in base alla prestazione eseguita.

Il ticket sulle confezioni di medicinali acquistate, invece, non è ancora entrato in vigore.

La Regione Lombardia vara la manovra «delisting»: 70 medicinali passano completamente a carico dei cittadini

Formigoni chiede soldi per i farmaci

MILANO La regione Lombardia del governatore Formigoni l'ha chiamata «delisting», ma in italiano vuol dire «taglio». Anzi in questo caso specifico taglio alla sanità.

Dopo un paio di mesi contrassegnati da voci allarmistiche sullo sfioramento dei conti regionali riguardanti la sanità, Formigoni è passato all'azione nel modo più semplice per lui e più costoso per i cittadini lombardi. Per pareggiare i conti sono infatti stati «declassati» 70 farmaci dalla fascia «B» (che prevede una spesa del 50% a carico del cittadino) alla fascia «C» (completamente a pagamento). Il risparmio dovrebbe essere di circa 30 milioni euro.

Per la spesa sanitaria in Lombardia è prevista un'impennata per il 2002 a 1.719,5 milioni euro, circa 205 milioni in più rispetto a quello che dovrebbe essere il tetto previsto. La regione guidata da Roberto Formigoni ha così raggiunto una percentuale del 12,3% della spesa sanitaria complessiva sul territorio nazionale. I farmaci che passeranno alla fascia «C», completamente a pagamento, sono quelli antidiarroici e antivomito, quelli regolatori dell'attività gastrointestinale, diversi farmaci per il regolamento dei sintomi allergici e farmaci antipsicotici. La regione Lombardia cerca di addolcire la pillola annunciando che i così detti farmaci «griffati» (quel-

li più costosi) saranno allo stesso costo dei generici per un periodo sperimentale di due mesi, ma il senso di un'operazione dannosa per le finanze dei cittadini rimane.

Secondo l'assessore alla sanità Carlo Borsani è un grande risultato «il non aver messo nuovi ticket sui medicinali, confermando quanto avevamo promesso», ma comunque si tratta di nuove spese sanitarie per i lombardi e quindi che queste ci siano a causa di ticket o per misure di «delisting» cambia oggettivamente poco. La sensazione è che la regione si stia avviata verso una politica sempre più «americana» in ambito sanitario, con minori garanzie e diritti per i cittadi-

ni della più ricca regione italiana. Formigoni ed i suoi smentiscono sempre e garantiscono che non verranno prese misure drastiche, ma poi operano come questa fanno capire come alle parole non corrispondano i fatti.

Come nel caso dei tagli operati dalla regione lombarda ai budget delle Asl. Anche in questo caso un vero e proprio dietrofront rispetto a quanto promesso, tanto da costringere i direttori generali a modificare i piani e contrarre le spese. Anche quelli che avevano chiuso l'anno in attivo (come a Pavia), dato che i loro utili servono a ripianare i «buchi» degli altri (Milano).

gi.ca.

OGGI IN TUTTE LE EDICOLE:

Avvenimenti

settimanale dell'altritalia

- **Speciale terrorismo**
La storia si ripete
- **Politica**
Intervista a Giovanni Berlinguer
- **Atomiche**
Il via libera del Pentagono

diretto da Adalberto Minucci e Diego Novelli

1,55 Euro - lire 3000

Per la pubblicità su

l'Unità

publikompass