

Follow us ▼

Chi siamo

Privacy Policy

Iscrizione Newsletter

Contatti

[donne ▼](#) [geografia dei poteri ▼](#) [diritti comuni](#) [movimento terra](#) [scienze e tecnologia ▼](#) [arte ▼](#) [scritture](#) [schermi ▼](#) [storie ▼](#) [musica ▼](#) [sport ▼](#)  
[discipline ▼](#) [economia](#)[Home](#) » [diritti comuni](#) » La rinuncia al diritto alla salute

# La rinuncia al diritto alla salute

## I più letti in settimana

di [Emidio Maria Di Loreto](#)

18 Ottobre 2023

13 minuti di lettura

Che si inizi a percepire il disagio diffuso che assale per un **Sistema Sanitario Nazionale** (SSN) sempre più in ristrettezze e con un consistente aumento dei problemi irrisolti, lo si intuisce dagli spazi in aumento che, nei talk show o nella carta stampata, vengono riservati ad argomenti di natura sanitaria. È anche dovuto a chi, da tempo, avendo necessità di prestazioni sanitarie, si rende conto sulla propria pelle delle difficoltà ad ottenere in **tempi accettabili** i trattamenti di cui necessita.

**Liste d'attesa** insormontabili però, magicamente, sono aggirate mettendo mano al portafoglio per chiedere di eseguirle a pagamento. Sia che si tratti di mammografie, o colonscopie, o di un qualsiasi tipo di ecografia o visita specialistica ad esempio, pagando, vengono ottenute con prestazioni eseguite fuori dell'orario di lavoro dal professionista del SSN che per questo ottiene una retribuzione aggiuntiva. Si tratta della nota attività *intra-moenia*, così è identificata questa procedura, che pure sarebbe corretta se non si fosse nella condizione di dovervi ricorrere praticamente per quasi ogni prestazione viste le lunghe attese altrimenti proposte.

I tempi diventano frequentemente mesi che significano preoccupazioni per il proprio stato di salute. Possono finanche riguardare addirittura prestazioni indispensabili come accaduto in Sardegna di cui abbiamo appreso nel **recente passato** per trattamenti radioterapici su pazienti affetti da patologie tumorali. Le somme per ottenere prestazioni in tempi ragionevoli, non essendo a disposizione di tutti, hanno come effetto che in tanti ormai rinunciano, motivo per il quale le statistiche mettono in risalto numeri che significano solo una diffusa minore salute.

*Eurispes* riporta a questo proposito che un terzo degli italiani nel 2023 ha dichiarato di aver rinunciato ad **interventi o prestazioni sanitarie** per liste di attesa troppo lunghe o per non aver ottenuto disponibilità nelle strutture sanitarie a questo deputate. Anche questa attività *intra-moenia*, introdotta dal Governo Amato nel 1992, è divenuta uno strumento divisivo nella popolazione nel momento in cui si è costretti a ricorrevi costantemente. Chi dispone di

somme adeguate non potrà solo scegliere da chi essere curato; la preferenza che l'*intra-moenia* assicurava alle origini diventa la soluzione ad ottenere quel diritto alle cure sancito dalla **Costituzione italiana** (Art. 32). Adesso è diventata una diversa offerta di sanità per la collettività e quindi fuori dal dettato costituzionale che non fa distinzioni sulla disponibilità economica [1], anzi, precisa che è «*interesse della collettività, e [la Repubblica] garantisce cure gratuite agli indigenti*». Tradotto significa per molti casi la rinuncia a prestazioni e quindi al **diritto alla salute** per tutti.

Va detto che per alcuni "fortunati" esiste un modo per aggirare il problema facendo ricorso a pratiche da furbetti in cui il nostro paese viene riconosciuto universalmente. Il pagamento della prestazione extra potrebbe essere ridotto al solo pagamento del ticket qualora la richiesta del **medico curante** fosse identificata da una sigla che ne definisce l'urgenza (nella richiesta del medico curante la prestazione deve essere assicurata entro 72 ore se ha la *sigla U* come urgente; entro 10 giorni se ha *sigla B* come breve; entro 30 giorni se ha *sigla D* come differibile che però diventano 60 se si tratta di esami diagnostici; entro 180 giorni se si tratta di attività programmabile). È ovvio che, di fronte a tempi come quelli indicati che le strutture pubbliche spesso non riescono ad assicurare, le ansie dei pazienti che abbisognano di prestazioni spingono verso la ricerca di tempi più brevi che, se non si riescono ad ottenere, sistematicamente impongono solo di cercare le risorse economiche per il pagamento di somme che, pian piano, ormai sono considerate, per chi ne dispone, come metodo normale cui far ricorso.

La stessa normalità che viene utilizzata quando i gestori della sanità, per assicurare **medici** di cui non si dispone, fanno ricorso ai così detti **gettonisti**. Queste figure mediche a tempo, utilizzate a mo' di trottole molto ben retribuite, che lavorano cambiando sempre reparti a seconda di dove indirizzati dalle necessità individuate dalla cooperativa di appartenenza. Sono strumento occasionale di cure ed indicazioni, certamente per definizione non possono assicurare quella continuità sanitaria che identifica il rapporto medico-paziente. Diciamo che si tratta di una soluzione cui il dirigente sanitario ricorre per **non interrompere** l'erogazione del servizio sanitario per carenza di medici e che soddisfa molto di più il medico che così rifugge da reparti che lo sottopongono a turni insopportabili ed a ferie sempre più difficili da ottenere con una retribuzione moltiplicata anche circa 4 volte [2]. Non sono solo i reparti ospedalieri però ad essere carenti di personale medico.

Anche la **medicina territoriale** ne è affetta, a seconda delle zone rimaste scoperte a causa dei pensionamenti che hanno ridotto il numero dei medici di base o per carenze anche di pediatri. Per non parlare delle case di comunità che avrebbero dovuto ospitare nuclei di professionisti ai quali ricorrere ma che sono solo muri vuoti, a volte anche nei locali destinati alle guardie mediche indicate solo sulla carta.

Una **programmazione sanitaria** quindi, che necessita di essere profondamente riformata fin dal corso di studi se non è garanzia di quanto necessita in termini di personale. Ovviamente il medico o infermiere, stremato da turni ed affluenze che nei pronto soccorso ed in alcuni reparti vanno oltre i limiti immaginabili, è indotto a dire basta. Anche per i sempre più numerosi casi di metodi brutali o

violenze da parte di pazienti e familiari cui si ricorre per ottenere attenzioni sanitarie. La scelta di andare a lavorare all'estero o accettare le proposte di cooperative che li sottopongono a turni massacranti ma retribuiti come mai potrebbero esserlo nel SSN, diventa la soluzione. Queste cose insieme alle altre, nel momento del grande disagio pandemico sono subito apparse tra quelle prioritarie da risolvere, ed ogni forza politica, anche quelle adesso al governo, indicavano come urgente necessità di riorganizzazione. Abbiamo però dovuto imparare che un conto sono le dichiarazioni ripetute per finalità di propaganda nel momento emergenziale, altro è, giunti al potere, scovare le risorse per affrontare le necessità del Paese dopo anni di tagli alla sanità ed ai posti letto disponibili. Diventa più difficile adesso perché pagare più tasse o farle pagare a chi non è abituato a farlo, potrebbe scontentare ai fini elettorali, ma è l'unica strada possibile se si considera che anche gli amanti del profitto e dell'economia in sviluppo ne trarrebbero beneficio quando si è al cospetto di un popolo in salute. Occorre tener presente che se si è in buona salute si spende e si prolungano nel tempo le spese, al contrario ci si ferma presto e si resta in mano con un frutto che è stato spremuto. La soluzione è scovare le risorse finanziarie ignorate dal fisco, tra chi elude e paga meno tasse tra grandi aziende e persone fisiche, tassare adeguatamente le attività finanziarie o gli extraprofiti generati da pandemia e guerre che sconvolgono il mondo. Possibile anche recuperare disponibilità economica da progetti faraonici dispendiosi e dannosi per ambiente e socialità come il Ponte sullo Stretto oppure i raddoppi autostradali su reti già scarsamente utilizzate.

Alle sottrazioni di **mezzi per la sanità** non si è neanche ovviato ipotizzando le riorganizzazioni dei servizi quando si generava il beneficio per i bilanci cercato ogniqualvolta l'aiuto alle riduzioni arrivava dai pensionamenti che diminuivano le spese per il personale senza che si pensasse mai al reintegro. Questo è un problema che non sarà neanche risolto con i sempre citati stanziamenti europei come quelli del *Piano Nazionale di Resilienza e Ripresa* (PNRR) – 15,63 miliardi stanziati per la salute sul totale di 221,6 miliardi di euro. Cifra che comprende però 30,6 miliardi del Piano Nazionale Complementare (PNC) – destinati a rinnovi di attrezzature e nuove tecnologie che poi però necessitano di personale adeguato al loro funzionamento da reperire e formare. Ma dove reperirlo senza adeguata programmazione che risulta ormai tardiva visto la carenza di medici ed infermieri? Dove recuperare il tempo per la loro formazione ed i professionisti in grado di fare scuola?

Quel che appare è che i pericoli per lo smantellamento del SSN nei suoi cardini che sono universalità, equità ed uguaglianza sono diventati certezza. La foto della situazione è chiara dopo almeno due decenni di riduzione delle risorse e ridimensionamento di strutture e personale acuito dagli anni pandemici che hanno anche dato risalto a cosa significhi il ricorso alla sanità privata. Nelle regioni che avevano preferito questo indirizzo nel proprio disegno organizzativo sanitario, erano stati sofferti i maggiori danni dalla pandemia ma, paradossalmente, si è dovuto osservare la rielezione degli stessi amministratori dando un chiaro segno sul cosa significhi affidare alla decentralizzazione un bene comune ma molto complesso qual è la sanità nelle sue applicazioni sostenibili ed eque quali fondamenti della salute pubblica.

Erogare servizi sanitari diversi, uno per regione o provincia autonoma, espone ad una mancata armonizzazione dell'erogazione di servizi sanitari ed in molti casi è solo il ricorso al libero mercato che garantisce una qualche tutela della salute. Con l'eventuale riforma sull'**autonomia differenziata** i disservizi e gli squilibri aumenteranno. La ragione del fallimento sanitario attuale è ben definito nelle considerazioni che l'erogazione di salute è divisiva sui bisogni dei cittadini per i trattamenti sanitari a loro indirizzati a seconda del luogo di residenza. È quanto sostenuto con veemenza da **Nino Cartabellotta**, alla guida del *Gruppo Italiano per una Medicina Basata sulle Evidenze* (GIMBE), che nell'ambito di tante iniziative lanciate al sostegno del SSN ha appena prodotto il 6° rapporto GIMBE sul Sistema Sanitario Nazionale. [3]

È stato messo in evidenza quanto sia largo l'intervallo tra **spesa pubblica** pro-capite tra media dei paesi europei ed il nostro. La differenza sono 48,8 miliardi di spesa che trovano anche corrispondenza, ad esempio, nei nostri 6 **infermieri** ogni 1000 abitanti rispetto ai circa 10 della media OCSE (paesi appartenenti all'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico). Questa differenza economica spiega le difficoltà a dare assistenza adeguata alla popolazione se non si dispone di personale sufficiente a farlo e mezzi adeguati per giunta in una disparità di erogazione tra regioni. Afferma Cartabellotta che le conseguenze si traducono in: *«interminabili tempi di attesa, affollamento dei pronto soccorso, impossibilità di trovare un medico o un pediatra vicino casa, inaccettabili disuguaglianze regionali, aumento della spesa privata sino alla rinuncia alle cure»*. Situazione che sta derivando inesorabilmente seppur lentamente verso 21 sistemi sanitari fondati su leggi da libero mercato. Aggiunge anche con maggior chiarezza che *«si è creata una frattura fra nord e sud, ormai il servizio sanitario segue le leggi del libero mercato»*.

Circa l'affermazione iniziale cioè che stia cambiando la percezione generale sull'argomento sanità, probabilmente è molto più dell'avvertire un disagio diffuso. La conferma arriva dalla riuscita e affollata, come non si vedeva da tempo, manifestazione a Roma il 7 ottobre scorso, in difesa della Costituzione, dalla salute al lavoro. Sono stati chiesti più stanziamenti per il Sistema Sanitario Nazionale da innumerevoli associazioni, laiche e cattoliche incluse in un elenco di circa 90 sigle diverse. Sono state anche annunciate altre iniziative di protesta per l'immediato futuro sempre per rivendicare il diritto alla salute che deve restare ben saldo nei suoi principi che lo vogliono equo, universale ed uguale per tutti. A questo proposito luminose di contenuti le parole di **Don Ciotti** dal palco di San Giovanni a fine corteo in cui a proposito dei principi costituzionali ha dichiarato: *«sono stari traditi. C'è stata una prostituzione morale sul corpo sacro della Costituzione. Ci sono momenti in cui tacere diventa una colpa e parlare diventa un dovere, un imperativo etico»*.

Nel frattempo è stata resa nota la **Manovra finanziaria** per il 2024 approvata dal Consiglio dei ministri e inviata a Bruxelles. L'indirizzo appare chiaro per coloro che opportunamente volevano una Sanità al passo con le esigenze e con l'impianto costituzionale. La prima disposizione che appare evidente, sotto l'atteso profilo di natura propagandistica non difficile da prevedere, è la somma di 2.000 euro della quota di iscrizione al SSN che devono pagare gli

extracomunitari. La domanda da porsi è se anche questa disposizione sia in linea con quanto raccomandato dall'art. 32 di quella Costituzione lungamente presa ad esempio da altre Nazioni.

La seconda disposizione riguarda i 3 miliardi di euro aggiuntivi rispetto alle precedenti configurazioni ma sempre senza significativi investimenti del fondo sanitario. Vengono finanziati gli aumenti del nuovo contratto dei medici per un costo complessivo di 2 miliardi di euro e un piano per accorciare le liste di attesa: una partita da 2 miliardi che servirà a far crescere le loro buste paga. Il resto punta in particolare a finanziare un piano per abbattere le liste d'attesa attraverso la detassazione degli straordinari del personale sanitario e premi legati alla riduzione dei tempi di attesa. Il segretario dell'Associazione Nazionale Aiuti Assistenti Ospedalieri (ANAOO), **Pierino di Silverio** richiamandosi al punto di non ritorno del SSN invita la politica ad assumersi le proprie responsabilità. Inoltre non manca di sottolineare che: *«Negli ospedali e nei presidi territoriali oggi mancano 15.000 medici, anche grazie alla fuga di 10 di loro ogni giorno. Eppure la parola "assunzioni" non compare. [...] per accorciare i tempi di attesa, la cui lunghezza ha cause strutturali, si pensa di chiedere più ore a un personale stremato da una carenza di organico drammatica e un peggioramento senza precedenti delle condizioni lavorative. [...] Detassare lo straordinario non risolverà nessun problema, né quello delle liste di attesa né la crisi vocazionale dei medici nel sistema pubblico. L'ennesima scorciatoia che non costa niente e dà l'illusione di fare qualcosa [...] non possiamo condividere la visione che sembra emergere dagli atti del Governo: ti pago di più se lavori di più»* [4]. Tanta propaganda che finirà per lasciar marcire la **sanità pubblica** e il diritto alla salute.

Emidio Maria Di Loreto

[1] Nicoletta Denticò, **Fermare l'assalto al Servizio sanitario nazionale**, 1 Ottobre 2023

[2] **Medici gettonisti chi sono e quanto guadagnano?**, 9 ottobre 2023

[3] **6° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale**, Nino Cartabellotta Fondazione GIMBE, Roma Sala Capitolare, Senato della Repubblica , 10 ottobre 2023

[4] **Misure destano perplessità e non risolveranno problema delle liste d'attesa**, 17 ottobre 2023

**Segui il canale TELEGRAM**

\_\_\_\_\_

**Iscriviti alla newsletter**

\_\_\_\_\_

Se sei giunto fin qui vuol dire che l'articolo potrebbe esserti piaciuto.