

DOSSIER

D.R.G. il cancro nella sanità

*Processo al sistema
di pagamento
a prestazione*

- La progressiva privatizzazione pag. 3
- Finanziamento: proposta alle Regioni pag. 4
- Il caso della clinica Santa Rita a Milano pag. 7
- Sistema dei DRG e dimissioni selvagge pag. 10
- Due riforme decisive e una iniziativa pag. 11



SANTA RITA

Processo alla clinica degli orrori è giustizia giusta!

- Arringa avv. Margherita Pisapia pag. 14
- Arringa avv. Francesca Norreri pag. 16
- Commento di Medicina Democratica pag. 17



Quale modello per la salute?

Martedì 9 novembre 2010 dalle ore 15.30

Negoziò civico CHIAMAMILANO

L.go Corsia dei Servi 11

ore 15.30: video-documentario

"Viaggio nella Sanità della Martesana"

ore 16.00: intervengono:

Alberto Donzelli - esperto di sanità pubblica

Franco Berrino - direttore del dip. di medicina preventiva Ist. Naz. Dei Tumori di Milano

Eleonora Artesio - consigliere regionale Piemonte già Assessore Sanità Piemonte

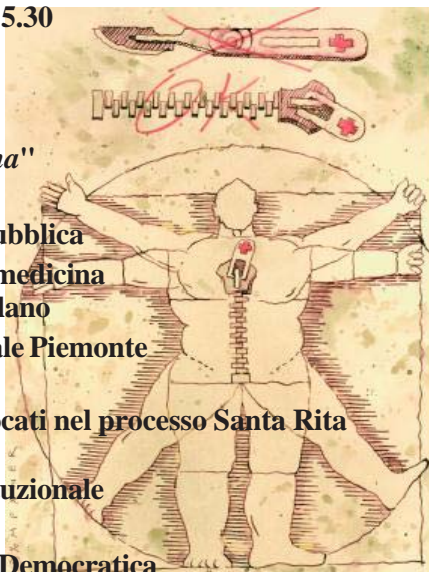
Margherita e Giuliano Pisapia - avvocati nel processo Santa Rita

È stato invitato il Prof. **Valerio Onida**

Presidente emerito della Corte Costituzionale

Interverranno delegate/i sindacali

Coordina **Fulvio Aurora** di Medicina Democratica



inoltre in questo dossier

- **Sindacato e DRG**
Margherita Napoletano
coordinatrice RSU
Ospedale San Raffaele di Milano
- I casi ThyssenKrupp, Eternit, S. Rita
- La storia di MD cosa è, e come agisce
- Ora "LavoroeSalute" anche in Lombardia

Processo al sistema escort del pagamento a prestazione

All'interno del Glossario del portale del Ministero della Salute i Diagnosis Related Group (DRG) vengono definiti nel modo che segue: "Categoria di pazienti ospedalieri definita in modo che essi presentino caratteristiche cliniche analoghe e richiedano per il loro trattamento volumi omogenei di risorse ospedaliere.

Per assegnare ciascun paziente ad uno specifico DRG sono necessarie le seguenti informazioni: la diagnosi principale di dimissione, tutte le diagnosi secondarie, tutti gli interventi chirurgici e le principali procedure diagnostiche e terapeutiche, l'età, il sesso e la modalità di dimissione"

Da dove vengono i DRG

Il modello di riferimento per il sistema di pagamento basato sui DRG è rappresentato dal Sistema di Pagamento Prospettivo (*Prospective Payment System-PPS*) utilizzato negli USA dal 1983.

Atteggiamenti ed effetti prodotti dai DRG

L'introduzione dei DRG ha portato diversi mutamenti di carattere politico culturale e organizzativo all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

Da un punto di vista politico la Riforma sanitaria del 1978 subisce una deviazione. Essa partiva dalla programmazione dei "livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini" (art. 3, l. 833/78) per arrivare all'individuazione del fabbisogno finanziario del SSN.

Gli studi e le indagini di questi anni hanno spesso messo in evidenza come taluni enti non riuscissero a rispettare i parametri fissati dai DRG e come altri li rispettavano a costo di dimettere pazienti non ancora completamente guariti; come taluni abbiano subito organizzato corsi di formazione per i medici perché ci fosse una responsabilizzazione e come altri abbiano delegato il compito al settore infermieristico considerando l'attività dei DRG come mera amministrazione contabile; e, infine, come la definizione dei DRG abbia comportato notevoli differenze di costo per lo stesso DRG tra le diverse regioni.

IL CANCRO DRG



Più prestazioni fanno e più intascano. L'inquietante sistema che sfrutta i malati e porta alla progressiva e strisciante privatizzazione della sanità

sommario

il sistema dei DRG

- La progressiva privatizzazione pag. 3
- Finanziamento: proposta alle Regioni pag. 4
- Il caso della clinica S. Rita a Milano pag. 7
- Sistema DRG e dimissioni selvagge pag. 10
- Due riforme decisive e una iniziativa pag. 11

organizzazione del lavoro

- Il sindacato ai tempi dei DRG pag. 13

processo clinica S. Rita

- Arringa avv. Margherita Pisapia pag. 14
- Arringa avv. Francesca Norreri pag. 16
- Comunicato Medicina Democratica pag. 17
- Commento di Fulvio Aurora pag. 17

md nei processi

- I casi ThyssenKrupp, Eternit, S. Rita pag. 18

perchè questo dossier

VOGLIAMO UN SISTEMA CHE PAGA LA SALUTE E NON LA MALATTIA

Proposte per un sistema onesto e utile ai reali bisogni di salute

Il sistema dei DRG è copiato dal sistema americano, privato e fondato sulle assicurazioni. Il Governo di allora ha voluto la legge (502/92) per ragioni di risparmio economico, ma, ideologicamente, perché pensava ad un passaggio nel tempo ad un sistema assicurativo, oppure ad un misto. In quegli anni sarebbe stato difficile destrutturare la Riforma sanitaria del 1998 che ha creato il servizio sanitario nazionale e si è scelto, furbescamente, di creare delle crepe profonde nel funzionamento modificando l'omogeneità del servizio ai cittadini. Negli ultimi dieci anni le condizioni politiche, sociali e mediatiche consone all'affarismo spregiudicato hanno istituzionalizzato questa deviazione contro i diritti dei malati e il sistema sanitario, con casi di vera e propria truffa ai cittadini e allo Stato (vedi il caso Santa Rita a Milano).

Il finanziamento a prestazione delle strutture sanitarie e dei medici, anche se in parte per loro era già così, è un cancro da estirpare.

La progressiva privatizzazione della sanità

L'organizzazione sanitaria del nostro paese sta acquisendo elementi di tipo privato sempre più marcati. La trasformazione formale in sistema di assicurazioni private, pur annunciata dal ministro Sacconi, non è ancora avvenuta.

Abbiamo i DRG, abbiamo i ticket, abbiamo i direttori generali e le aziende sanitarie locali (1). L'organizzazione è stata accentrata e la partecipazione dei cittadini cancellata. Tutto ciò è avvenuto non solo per volontà della Destra nei vari governi che ha presieduto, ma anche per decisioni del centro-sinistra. Del resto nemmeno le regioni rette da centro sinistra e Rifondazione hanno espresso elementi innovativi e di contrasto con la privatizzazione strisciante (e non solo) del sistema. Nel sud gli apparati clientelari della sanità non sono stati combattuti, anzi i governanti di segno diverso si sono ben adeguati alla nuova situazione. Gli scandali scoppiati in Puglia, in Calabria e in Campania lo dicono. Ma anche nel nord non vi è stato alcun cambiamento di segno. Le

scelte di costruire "città della Salute" (meglio chiamarle città della malattia) sono comuni alle regioni cosiddette più avanzate. Anzi sono tanto più avanzate quanto fanno o supportano investimenti privati, finalizzati all'espansione tecnologica, piuttosto che alla prevenzione e alla salute dei cittadini. La cura della malattia è un affare. Il Presidente del Consiglio Berlusconi in una delle tante inaugurazioni, in questo caso, di un nuovo reparto tecnologico di una Casa di Cura privata in Lombardia (San Donato Milanese) lo ha esplicitamente affermato, non solo, ma ha pure aggiunto che il finanziamento a prestazione deve assolutamente essere perseguito. In altri termini, più malattie ci sono, più vengono riconosciute e più o meno curate, più gli investitori guadagnano. Ma, nella stessa Casa di Cura, qualche tempo dopo un malato, ne siamo venuti a conoscenza per suo diretto racconto, ricoverato a causa di un infarto e già sofferente per una grave malattia invalidante (sclerosi laterale amiotrofica) è rimasto quasi un'intera notte per terra perché l'unica infermiera presente in reparto non è riuscita - essendo sola - a rialzarlo e risistemarlo a letto.

Non vogliamo continuare solo a dire che stiamo andando male. Ci sono delle controtendenze in atto. Molte denunce individuali, richieste di risarcimento del danno per malasanià; diversi procedimenti giudiziari in corso, alcune condanne già comminate. Soprattutto vi è in corso il grande processo contro la Clinica Santa Rita di Milano che sta mettendo in luce crimini efferati che sono stati commessi, ma che al tempo stesso sta mostrando come alla base di questi crimini vi sia stato un sistema che se non li ha prodotti, quanto meno li ha facilitati, li ha resi possibili ed efficaci. Sia chiaro: senza nulla togliere alle responsabilità civili e penali di chi li ha commessi. Anzi si sta già preparando un nuovo procedimento non più solo per truffa e per lesioni gravi, ma per omicidio volontario. Non mi sembra che fino ad oggi vi siano stati simili esempi.



Non bastano i processi per cambiare lo stato delle cose presenti, come non bastano le denunce e le difese organizzate, che pure noi facciamo, di decine, se non centinaia di singoli casi di persone il cui diritto alla salute è stato negato. Ci vuole un movimento di lotta per la salute che dalla denuncia e dalla difesa passi alla rivendicazione, alla richiesta di cambiamento, nei confronti delle istituzioni statali, regionali e locali che vanno in direzione opposta. Noi siamo e al tempo stesso ne facciamo parte "movimento di lotta per la salute". Siamo in grado per renderlo esplicito e possiamo aiutare ad organizzarlo in modo unificato, perché le sue mille espressioni singole e collettive sparpagliate e disperse, possano trovare una strada e costituire una forza.

Abbiamo scelto, sia per il processo in corso della Santa Rita, sia soprattutto per quanto sinteticamente esprimono in termini di distorsione e di rovesciamento di un effettivo sistema di salute, i cd DRG - ROD, ovvero, quella modalità per cui a gruppi di diagnosi corrisponde una tariffa che viene assegnata alle strutture private e pubbliche che le trattano. Le persone malate diventano malattie, sono casi da trattare, sono costi da attribuire a chi se ne occupa, forse a chi le cura.

La definizione più compiuta di DRG l'aveva già data Giulio Maccacaro, quando i DRG ancora non c'erano: "curare vorrà allora dire, diagnosticamente, ridurre il malato alla sua malattia, la malattia alla sua localizzazione organica, l'organo malato al danno obiettivabile, il danno a un segno e il segno alla sua misura. Poi ripercorrere, terapeuticamente, il percorso inverso: la correzione del segno mistificata come eliminazione del danno, il silenzio dell'organo come sconfitta della malattia, l'obliterazione della malattia come restituzione della salute"(2)

Attaccare i DRG significa attaccare il sistema, contrapporsi alla privatizzazione della sanità ritornare, con una proposta, pur da discutere e da sperimentare, ad una nuova (ed antica) medicina che ha come scopo il non fare ammalare e come oggetto la relazione medico-paziente.

Il campo deve essere sgombrato da due rilevazioni che i sostenitori dei DRG ci possono muovere:

- a) non siamo per il ritorno all'antico, nel senso di rieditare per gli ospedali il finanziamento a giornata di degenza che ha portato a mantenere ricoverate le persone malate oltre ogni limite. Per di più il problema del finanziamento non riguarda solo gli ospedali;
- b) non riteniamo nemmeno che si tratti di attuare maggiori controlli sull'uso dei DRG da parte di appositi organismi (in Lombardia ci sono i NOC nuclei operativi di controllo). I controlli infatti non garantiscono l'appropriatezza delle prestazioni, ma attribuiscono secondo determinati criteri il DRG corretto di fronte a quanto stabilito dalle SDO (schede di dimissione ospedaliera).

Fulvio Aurora

(1) le aziende al posto delle USSL hanno determinato non migliori livelli organizzativi ed economici, ma hanno portato ad ulteriori elementi di burocratizzazione.

(2) Lettera al Presidente dell'Ordine dei medici di Milano, in "Per una medicina da rinnovare", Feltrinelli Milano, 1972.

COSA PROPONIAMO

*proposta alle Regioni:
sperimentare
un nuovo sistema
di finanziamento
delle strutture sanitarie*

La proposta che si vuole sottoporre all'attenzione di alcune regioni si definisce "sperimentale". Si vuole provare a verificare in alcune situazioni date, scelte con oculatezza, un nuovo sistema di finanziamento delle strutture sanitarie "a quota capitaria, fortemente pesata per età".

Si intende con questo stabilire una cifra annuale per cittadino diversa seconda l'età: la cifra più bassa corrisponde ai 14 anni, sale in corrispondenza della minore e soprattutto della maggiore età.

Si vuole evitare quanto già avvenuto per l'adozione dei DRG che sono stati adottati per tutto il territorio nazionale senza che vi sia stata un'adeguata discussione, senza prove effettive. E' stato infatti assunto un sistema proveniente da un contesto diverso quale quello americano in cui il sistema sanitario è prevalentemente privato, fondato sulle assicurazioni. E' stato accettato perché alcune regioni lo hanno voluto per contrastare l'ormai indifendibile sistema precedente e, altri, il Governo che ha voluto la legge fondamentale (502/92) per ragioni di risparmio economico, ma, ideologicamente, perché pensava veramente ad un passaggio nel tempo ad un sistema assicurativo vicino a quello a quello americano, oppure ad un sistema misto. Sarebbe stato impossibile in quel periodo mettere in discussione in modo radicale il servizio sanitario nazionale. Si è scelto, intelligentemente per chi l'ha proposto e deciso, in modo più adatto di modificarne la sostanza. Appunto con l'introduzione del finanziamento a prestazione delle strutture e dei professionisti (in parte per questi ultimi lo era già).

Tutte le Regioni dovrebbero mettere in pratica questa sperimentazione tutte le regioni, ma se vogliamo scegliere potremmo individuarne che culturalmente potrebbe essere più pronte, o che ritengono di essere le più avanzate o che si trovano in condizioni di maggiori difficoltà finanziarie. Per fare dei nomi: Il Piemonte, la Liguria, la Lombardia, il Veneto, le Marche, la Puglia, la Calabria.

UN SISTEMA CHE PAGA LA SALUTE AL POSTO DEL SISTEMA CHE PAGA LA MALATTIA

Queste dovrebbero, al loro interno individuare alcune A-USL (A-ULS per il Veneto) (almeno 2) che abbiamo al proprio interno un ospedale pubblico e almeno uno privato e il cui direttore generale sia d'accordo e convinto che la proposta di un sistema di finanziamento diverso (da quello a prestazione) delle strutture sanitarie e dei professionisti sia possibile, efficace e corretto. Per la Lombardia che ha adottato un sistema diverso in cui A-USL e Aziende Ospedaliere sono entità distinte e separate occorrerà scegliere sia le une che le altre.

Particolarmente ci dovranno pure essere strutture private convenzionate che, sempre per questa regione, vengano considerate sullo stesso piano di quelle pubbliche.

Dall'inizio il direttore generale, assistito dagli uffici della assessorato regionale alla sanità, deve coinvolgere i responsabili dei servizi e le organizzazioni dei cittadini utenti presenti sul territorio della A-USL.

La ragione sta sia nella conduzione che nel monitoraggio. Chi deve dirigere deve capirne bene gli scopi e studiarne i metodi, chi in ultima analisi ne usufruisce in ugual modo deve capire che cosa si sta facendo e essere in grado di verificarne i risultati.

Va pure stabilito che la durata della sperimentazione sia definita in 3 anni.

Prima applicazione economica

Sarà necessario prevedere un raccordo tra l'attuale modalità di retribuzione delle Aziende USL e ospedaliere con l'introduzione del modello di retribuzione secondo progressione economica fortemente pesata per età.



continua a pag. 5

UN SISTEMA CHE PAGA LA SALUTE

continua da pag. 4

Il budget iniziale dell'A-USL dovrà essere uguale allo storico (dell'anno precedente, incrementato della quota percentuale che la Regione destina come incremento medio alle A-USL) e all'interno di questo totale dovranno essere calcolate le quote pesate per età; le retribuzioni degli anni successivi saranno computate secondo la composizione per età della popolazione e le quote determinate.

(Come previsto dal modello, le prestazioni erogate ai non residenti e le prestazioni richieste dai residenti ad altra A-USL verranno compensate secondo tariffe/DRG, con le modalità in uso nella Regione che attua la sperimentazione)

Eventuali modificazioni successive del budget sanitario regionale dovranno riflettersi in modo equo anche sul budget delle A-USL "sperimentatrici" e di conseguenza sulle quote per età.

E' opportuno prevedere che, oltre alla retribuzione delle A-USL secondo il modello "quote capitarie pesate per età", il modello sia contestualmente applicato anche alle articolazioni distrettuali. Si può pensare che per i dipendenti siano studiate forme di collegamento con gli istituti dell'incentivazione contrattuale in funzione del principio base del sistema (che paga la salute piuttosto che la malattia) mentre il modello potrà essere applicato ai Medici di Medicina Generale (e ai Pediatri - in questo caso con pesature per età inverse), definendo anche per loro modalità di raccordo garantendo la retribuzione attuale contrattuale.

Azioni da compiere per implementare il modello

Le azioni necessarie in fase preparatoria sono molteplici e devono essere attentamente seguite, in quanto si riferiscono principalmente al livello di informazione e di consenso interno all'A-USL.

Dopo l'approfondimento del modello con la Direzione, sarà necessario presentarlo ai diversi settori (dagli amministrativi ai clinici) e per ciascun settore declinarlo nelle specifiche azioni richieste. In altri termini occorrerà spiegare quali siano gli scopi che si vogliono raggiungere, dandosi i tempi necessari. Dovrà essere stabilita, in conseguenza di ciò, un'attività di formazione adeguata, distinta per i diversi settori organizzativi, di prevenzione e clinici.

Indicatori del monitoraggio

Sarà necessario raccogliere una serie di dati che, opportunamente analizzati, saranno la base della valutazione della "sperimentazione", che verrà attuata in itinere e alla fine del periodo. Particolare attenzione dovrà essere posta all'emergere di sintomi di "allarme", che evidenzino necessità di interventi correttivi. Concettualmente, saranno necessari flussi informativi relativi ad aspetti economici, di attività amministrativa e organizzativa, soprattutto di risultati di salute per i citta-

dini. Alcuni sono indispensabili alla valutazione (e di pronto rilevamento), altri complementari e probabilmente non disponibili.

In particolare dovranno essere monitorati almeno semestralmente i trend relativi a:

dati di salute

- > longevità della popolazione
- > mortalità evitabile secondo la più ampia definizione OCSE (n. di anni di vita persi prima degli 80 anni/100.000 abitanti), monitorabile anche mensilmente.
- > mortalità degli assistiti, nei suoi diversi aspetti (età sesso causa)
- > indicatori di patologie, quali possono essere
- >> gli indici di incidenza rilevabili da eventuali registri tumori
- >> i dati rilevati dagli incidenti stradali, dagli infortuni sul lavoro e dalle malattie di origine professionale

>> e, se affidabili e possibili, i dati di salute ricavabili dalle esenzioni per patologie incrociate con l'anagrafe sanitaria

>> e i dati dei DRG regionali estrapolabili come "prime prestazioni" riferite alle patologie dei residenti

> indicatori di "comportamenti" relativi a fattori di rischio, quali il fumo, l'attività fisica, le abitudini alimentari secondo i sistemi di sorveglianza individuati dall'Ist. Superiore di Sanità.

dati di attività:

> DRG, come attualmente rilevati, sia interni all'A-USL e Aziende ospedaliere (per residenti e non residenti), sia esterni per residenti

> Consumo di farmaci per residenti, in particolare scegliendo quelli riferiti a patologie cd sociali (cardiache, diabete, alcuni tumori)

> Dati di attività di servizi non ospedalieri quali ad esempio, quelli relativi a Consultori, alla Salute mentale (CSM), alla prevenzione nei luoghi di lavoro;

dati economici:

> Il finanziamento fornito alla A-USL e/o all'azienda ospedaliera secondo il nuovo modello

> I costi (per il personale e per le strutture) e le spese variabili (ad esempio per prestazioni fuori A-USL)

> dati relativi alla soddisfazione dei cittadini e degli operatori dovranno essere definiti tramite indagini scientifiche svolte da enti terzi, sia dall'ascolto tramite conferenze di servizio, convegni, documenti presentati dalle organizzazioni degli operatori e da quelle dei cittadini.

Si sottolinea come la valutazione si basi sull'andamento degli indicatori rilevabili dai dati sopra descritti; a questo fine è comunque importante la valutazione a lungo termine, oltre i limiti temporali di questa "sperimentazione".

continua a pag. 6



**UN SISTEMA
CHE PAGA
LA SALUTE**

continua da pag. 5

Le ipotesi, con cui confrontare i dati raccolti, sono, per grandi linee, le seguenti:

- >> minori spese specificando in quali settori
- >> aumento della speranza di vita dei residenti, superiore alla media regionale
- >> conseguente aumento del finanziamento regionale alla A-USL o azienda ospedaliera, superiore alla media regionale
- >> accettazione del modello da parte di operatori e cittadini, e aumento della "credibilità" (fiducia nel) sistema sanitario
- >> assenza di dati, economici, di attività o di salute, di allarme e tali da invalidare il modello proposto

*N.B.: l'asterisco * si riferisce a valutazioni che probabilmente supereranno l'arco temporale della prima applicazione. Valgono comunque, nei primi anni, le verifiche relative alla prima e ultima ipotesi di cui sopra.*

Retribuzione di risultato e progetti interni all'azienda connessi allo sviluppo del modello

Una quota importante della retribuzione di risultato di tutti gli operatori dovrà essere collegata al miglioramento di indicatori di speranza di vita e di soddisfazione dei cittadini-assistiti. Qualora la prima cresca più rapidamente della media regionale, anche i ricavi dell'A-USL e della/e AO "sperimentatrici" cresceranno più della media: si dovrebbe pertanto espressamente concordare con la Regione la possibilità che cresca più della media anche l'incentivo di risultato.

Problemi e difficoltà

Nel breve periodo, particolarmente nell'arco di un anno potrebbe sembrare illusorio misurare dei miglioramenti nella speranza di vita. Dalla bibliografia prodotta non sembra necessariamente vero. Non si aspettano cambiamenti rilevanti all'inizio, ma basta che si individui una tendenza che vada in direzione diversa dalla precedente. La tendenza sta già nel mutamento del modello. Ovvero se prima del farmaco viene lo stile di vita, se prima della cura viene la prevenzione, se prima della prescrizione di una lunga lista di analisi ed esami, viene la relazione, la speranza di vita è già migliorata. Il sistema proposto costringerà le strutture del servizio sanitario nazionale a relazionarsi fra loro, si dovrà uscire dai compartimenti stagni.

Le strutture curative, il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta, gli specialisti e l'ospedale, dovranno essere necessariamente interessate a conoscere le iniziative del dipartimento di prevenzione e quelle degli altri servizi territoriali sul piano della riduzione degli infortuni domestici, stradali, lavorativi; altrettanto dovranno se non agire, quanto meno intervenire e fare presente che livelli alti di inquinamento ambientale, ad esempio la presenza di strade ad alta intensità di traffico o la presenza di un inceneritore, peggiorano la condizione complessiva di salute. Se non altro saranno più interessate a raccogliere i dati epidemiologici e a fornirli con maggiore sollecitudine.

L'interesse ancora delle grandi strutture quali gli ospedali, le RSA, ma anche quelle non necessariamente curative come le scuole, comunque tutte le agenzie che forniscono cibo (anche a livello domiciliare) verrà sollecitato in funzione del cambiamento delle diete che ancora nella gran parte dei casi risultano sbagliate ed inadeguate, al di là che si faccia attenzione ad alcuni soggetti malati come i diabetici o ad altri casi particolari.

Infatti l'abbiamo detto: attaccare, ovvero eliminare i DRG perché il sistema sia fondato sulla salute e non, come scopo primario e assoluto, sulla malattia.

Un'altra difficoltà riguarda il sud Italia e il particolare contesto in cui si muove l'organizzazione sanitaria (per quanto si debba sottolineare che anche al Nord, forse in misura minore, distorsioni proprie del Sud, non mancano). Dalla sanità traggono vantaggio la politica in senso lato, meglio molti politici con i loro partiti-clientela; i produttori di materiali sanitari, le organizzazioni criminali. Si potrebbe pure aggiungere che lo scopo principale per molti che di sanità vivono, in quanto operatori, lo scopo è solo accidentalmente quello fornire il servizio cui sono chiamati. In altri termini la sanità è una grande organizzazione autoreferenziale da cui molti, anche in modo illecito, traggono vantaggio. Un sistema di questo genere è chiuso a qualsiasi cambiamento, perché gli affari traggono origine dal suo consolidamento. Una proposta di altro tipo rischia nemmeno di essere presa in considerazione. Eppure potrebbe essere oltremodo opportuna per fare saltare quegli equilibri che arricchiscono i soggetti interessati prima di occuparsi di promuovere la salute. In effetti qualsiasi proposta può essere metabolizzata a vantaggio dei soliti noti e ignoti, salvo però,



nel sistema sanitario, di quella che noi facciamo che va nella direzione di migliorare la speranza e la condizione di vita. In Campania ad esempio ci si dovrebbe opporre all'americanizzazione della alimentazione come si dovrebbe radicalmente modificare il ciclo dei rifiuti iniziando a fare pagare le bonifiche delle discariche a chi le ha realizzate.

Un'ulteriore annotazione ci fa distinguere l'aumento della speranza di vita con l'accanimento terapeutico che è al di fuori dei pensieri di chi ha lavorato sulla proposta. Non solo ma soprattutto va tenuto presente che l'aumento della speranza di vita non è l'unico criterio di valutazione. Vi è pure quello indispensabile della percezione dei cittadini utenti del servizio sanitario nazionale sul cambiamento che è stato messo in atto. E ad ogni buon conto non resta che sperimentare il nuovo sistema per potere verificare se più o meno funziona. Certo è, ripetiamo che quello attuale, non va sempre che non si sia d'accordo per arrivare ad un sistema di tipo assicurativo, che non è più un servizio sanitario nazionale.

Il cambiamento che è stato messo in atto. E ad ogni buon conto non resta che sperimentare il nuovo sistema per potere verificare se più o meno funziona. Certo è, ripetiamo che quello attuale, non va sempre che non si sia d'accordo per arrivare ad un sistema di tipo assicurativo, che non è più un servizio sanitario nazionale.

(1) *La proposta è il frutto di un lavoro di gruppo che si trova periodicamente attorno alla pubblicazione "Pillole di buona pratica clinica": sulla base dell'intuizione principale si verificano le possibilità per una sperimentazione, si controllano gli articoli delle riviste scientifiche, si espongono le obiezioni e si cerca di rispondere ad esse. Infine si cerca di individuare quali enti/assessorati/persona possano essere disponibili ad ascoltare la proposta e soprattutto a provare a sperimentarla.*

IL CASO DELLA CLINICA SANTA RITA

Medicina Democratica Onlus si è costituita parte civile (1) con l'avv. Giuliano Pisapia. MD come tutti chiede giustizia per le truffe, le lesioni pure gli omicidi di cui all'accusa. Non solo MD vuole mettere in discussione il sistema che ne è stato il contenitore. Il processo alla Santa Rita diventa quindi anche il processo ai DRG e al processo di privatizzazione della sanità che ha nel cd modello lombardo il suo principale propulsore.

E' stata chiamata la Clinica degli Orrori, e non a torto. Parliamo della Clinica Santa Rita di Milano, un presidio ospedaliero privato accreditato dalla Regione Lombardia con circa 700 posti letto (e un migliaio di dipendenti). Siamo nel contesto del "modello lombardo", che la Regione Lombardia del Presidente Formigoni continuamente autoesalta. Pubblico e privato sono sullo stesso piano e i cittadini vi possono indifferentemente accedere. Un sistema che peraltro non è diverso da quello delle altre regioni, visto che con l'accreditamento e con il pagamento a prestazione (DRG) l'accesso ai cittadini è garantito sia nel pubblico che nel privato. In Lombardia il discorso è più accentuato e teorizzato, in questo modo è più facile accettare la realizzazione di nuove strutture private. I privati che le propongono sanno che, corrispondendo a determinate caratteristiche di accreditamento, verranno riconosciute e potranno entrare nella sfera dei servizi aperti a tutta la popolazione.

Torniamo alla Clinica Santa Rita.

Il 2 dicembre del 2008 si è aperto il processo contro alcuni medici della Clinica Santa Rita che è divenuto anche processo alla Santa Rita in quanto responsabile civile. Paradossalmente infatti la stessa clinica ha cercato di costituirsi parte civile. Un tentativo maldestro per togliersi dalle proprie responsabilità anche come ente. Tentativo contestato dal Pubblico Ministero, dalle parti civili, quindi respinto dal Tribunale.

Precedentemente l'8 giugno del medesimo anno la Guardia di Finanza aveva arrestato 14 persone della Clinica fra medici e amministratori con l'accusa di truffa e falso ai danni del servizio sanitario nazionale per 2,5 milioni di euro. Fra questi a 3 medici sono pure state contestate le accuse di lesioni gravissime nei confronti di 86 pazienti. Il titolare della clinica, il notaio Francesco Pipitone ha patteggiato la pena davanti al Giudice delle Indagini Preliminari (GIP) non arrivando quindi al processo. Non solo ma ha pensato bene di cambiare il nome. La Clinica Santa Rita è diventata "Istituto Clinico Città Studi" con un nuovo amministratore unico nella persona di Antonio Lanzetta.

Al di là del patteggiamento non vi è stato dibattito davanti al Giudice dell'Udienza Preliminare (GUP). Il codice prevede che quando le prove sono schiaccianti si può passare direttamente davanti al Tribunale. E così, su richiesta del Pubblico Ministero, è stato.

Il tutto è iniziato con un esposto denuncia anonimo del 22 marzo 2006 nel quale venivano circostanziati fatti specifici che mettevano in discussione l'approccio medico-clinico e operatorio della struttura con particolare riferimento alla divisione di chirurgia toracica.

In altri termini si eseguivano prestazioni, particolarmente operazioni chirurgiche senza giustificato motivo. Un discorso partito dall'interno, da chi, forse, non se la sentiva più di accettare una situazione veramente impossibile, per la verità criminale. Del resto il PM nella richiesta di custodia cautelare dei principali imputati aveva parlato in riferimento a diverse operazioni chirurgiche svolte senza prova scientifica, di lesioni gravi "con l'aggravante della crudeltà".

Da qui l'epiteto di clinica degli orrori per la Santa Rita.

Ciò che è singolare è l'atteggiamento della regione Lombardia che fin dal 2005 aveva dato corso a tutte le richieste di ampliamento strutturale e di aumento del numero dei letti pur trovandosi la clinica in un quartiere molto angusto, con strade strette, pur dovendo scendere al terzo piano interrato e pur salendo fino al 4 piano. Si era allora costituito un comitato formato da cittadini della zona, "il comitato contro l'elefante" (cui MD aveva aderito) che si era mosso in opposizione agli ampliamenti, andando anche davanti al TAR. Invano. Ma, sorge spontanea la domanda: l'accredito di nuovi 95 posti letto per la realizzazione di un reparto di chirurgia toracica e neurochirurgia era effettivamente giustificato? Come dire non basta per accreditare essere in regola con determinate caratteristiche strutturali ed ambientali (e già questo era dubbio), ma avrebbe dovuto esserci una validazione epidemiologica. Si aprono nuovi posti letto sulla base di una dimostrata necessità. Non siamo a conoscenza di analisi di questo genere. Il modello lombardo è un modello rovesciato: la domanda viene suscitata dall'offerta. Certo il contesto, che va oltre la regione Lombardia, è quello del sistema (di finanziamento) che paga la malattia.

Di fronte a nuovi servizi e strutture sanitarie che si aprono, che offrono i propri servizi è quasi relativamente automatico avere delle risposte conseguenti, trovare i pazienti giusti, con le malattie giuste; e se così non fosse pazienti e malattie si possono pure inventare.

Si può capire così quanto è avvenuto alla Santa Rita e in altre cliniche e istituti privati accreditati finiti sotto inchiesta per comportamenti clinici inappropriati, o per avere falsificato le diagnosi, per avere nella sostanza truffato il servizio sanitario nazionale e ingannato i pazienti. (2) Nemmeno ci siamo dimenticati degli 11 morti bruciati nella camera iperbarica dell'Istituto Galeazzi, sempre a Milano, a causa, non solo della mancanza di misure di sicurezza, ma anche per non appropriatezza del trattamento.

continua a pag. 8

Alcuni provvedimenti che hanno ampliato

L'accreditamento della Clinica Santa Rita

Delibere Giunta Regionale	oggetto
47420/VI del 29 dicembre 1999	Nulla osta per ampliamento e riorganizzazione interna per ulteriori 38 PL
47975/VI del 28 gennaio 2000	accreditamento
49137/VI del 17 marzo 2000	integrazione accreditamento
49721/VI del 27 aprile 2000	Nulla osta per ampliamento e riorganizzazione interna per ulteriori 57 PL
18584/VII del 5 agosto 2004	Autorizzazione alla messa in esercizio delle UUOO Chirurgia Toracica e Neurochirurgia per un totale di 95 Posti letto

IL CASO DELLA CLINICA SANTA RITA

continua da pag. 7

Sembra chiaro che il sistema favorisce la possibilità di truffare e ingannare. Non per questo vengono meno le responsabilità personali e delle strutture che mettono nelle condizioni, o spingono, gli operatori ad andare in quella direzione, ne tanto meno degli stessi operatori. Se non ci fossero le indagini giudiziarie si produrrebbe una sorta di sistema circolare che ad ogni giro provocherebbe effetti sempre più devastanti.

Del resto dallo stesso dibattito del processo del Santa Rita è stato chiarito come esistano dei programmi informatici che di fronte a diagnosi complesse e a pluripatologie portano ad imputare il DRG più conveniente alla struttura, quindi più remunerativo per la stessa e quindi più costoso per la regione.

La regione Lombardia è a conoscenza di tutto ciò, ma non smette di esaltare il suo sistema pubblico-privato, anzi con le ultime proposte di Cittadella della Salute (la creazione di un grande polo scientifico a Milano in periferia che unifica l'Istituto nazionale dei Tumori e l'Istituto Neurologico, ambedue divenuti Fondazioni), nonché con la proposta di ampliamento dell'Istituto Oncologico Europeo del prof. Veronesi e con la nascita di un nuovo grande centro medico-tecnologico privato (il CERBA), l'ideologia e la pratica privatistica acquistano maggiore peso.

Ciò che avviene nel privato a proposito di utilizzo distorto (dei già distorti) DRG non avviene nel Pubblico, nel senso che quest'ultimo non ha un interesse sostanziale a falsificare le diagnosi o a promuovere condizioni affaristiche come nel privato. D'altro canto vi è un sistema di incentivi che spingono in quella direzione, nondimeno il clima regionale è tale. Soprattutto non si agisce in funzione della salute; l'interesse della organizzazione sanitaria dovrebbe essere quello di curare, ma anche quello di capire da dove viene la malattia e di quali misure devono essere prese per ridurne la portata. Non vi è relazione fra cura, rilevazione epidemiologica delle malattie, modalità di cura e intervento sulle condizioni di vita, siano esse ambientali che di comportamento. Queste relazioni implicherebbero interventi di vera prevenzione (si costruirebbero ancora inceneritori ad esempio?), e modificherebbero le modalità di erogazione e produzione di farmaci, come cambierebbero il sistema di formazione degli operatori sanitari e sociali.

Non è così.

Mentre si sta celebrando il primo processo viene annunciata la richiesta di rinvio a giudizio degli imputati già detenuti e della Clinica Santa Rita. Questa volta vi è anche un atto d'accusa ancora più grave: omicidio volontario per la morte di 5 pazienti. Secondo l'accusa questi pazienti sono morti a causa delle prestazioni che gli sono state praticate. In sostanza sono stati sottoposti ad operazioni chirurgiche in modo assolutamente indebito, a rischio della vita senza (e ce l'hanno rimessa) giustificato motivo.

Di solito sui mezzi di informazione, ma anche nelle comuni conversazioni sull'argomento di fronte ai fatti dalla Santa Rita e a quelli che appaiono meno gravi degli altri istituti privati messi sotto accusa, viene posto il problema dei controlli. Si dice che i controlli non si fanno o sono pochi, c'è chi pure aggiunge che volutamente, in alcune situazioni, non vengono fatti. Durante il dibattito sono stati ascoltati alcuni dirigenti della Regione fra cui il dott. Carlo Lucchina, direttore generale dell'assessorato alla Sanità, il dott. ing. Carlo Zocchetti responsabile dell'Osservatorio Epidemiologico e il dott. Aldo Bellini, responsabile dei NOC (nuclei operativi di controllo).

A quest'ultimo il PM ha chiesto se dai dati che ricevevano a livello centrale sia i DRG che le SDO (schede di dimissioni ospedaliere) non si sarebbero potuto evidenziare delle anomalie, ad esempio delle divisioni di Chirurgia Toracica che praticavano interventi in misura superiore ad altre chirurgie toraciche di pari livello.

La risposta è stata positiva, ma ha aggiunto il dott. Zocchetti che tali dati venivano inviate alle ASL; gli eventuali controlli avrebbero dovuto essere compiuti da queste. Ha però sottolineato il dott. Bellini che i controlli dei NOC sono di carattere amministrativo, si limitano a verificare se il DRG stabilito corrisponde a quanto emerge dalla cartella clinica. Non si tratta di controlli che entrano nel merito dell'appropriatezza clinica. In altri termini i controlli hanno una funzione economica, non una funzione di critica della clinica. Per arrivare a ciò occorre avere di fronte delle aberrazioni come si sono svelate, nella misura in cui verranno giudicate tali in giudizio, nel corso del procedimento di cui stiamo parlando.

Dunque i controlli come se li immaginano i giornalisti o come li pensa la gente, non esistono. Aumentarne il numero, triplicarli o quadruplicarli, come da proposta del sottosegretario al Welfare Ferruccio Fazio (13 giugno 2008) ai fini della salvaguardia della salute dei pazienti non servirebbe a nulla.

Non resta da fare che una cosa: cambiare radicalmente il sistema successivo: passare dal sistema che paga la malattia a un sistema che paga la salute.

(1) Sono stati accolti come parte civile oltre naturalmente i pazienti offesi per i trattamenti subiti, la Regione Lombardia, la ASL di Milano, l'ordine provinciale dei medici, il Tribunale per i diritti del malato Fra i grandi assenti ci sono i sindacati: nessuno di loro si è costituito.

(2) Ville Turro e San Raffaele (prestazioni gonfiate e inappropriate); Humanitas (condanna del primario cardiocirurgo); Multimedita, San Siro, San Carlo (prestazioni gonfiate); clinica San Giuseppe (prestazioni inappropriate), fino alle cliniche del gruppo Rotelli (prestazioni gonfiate).

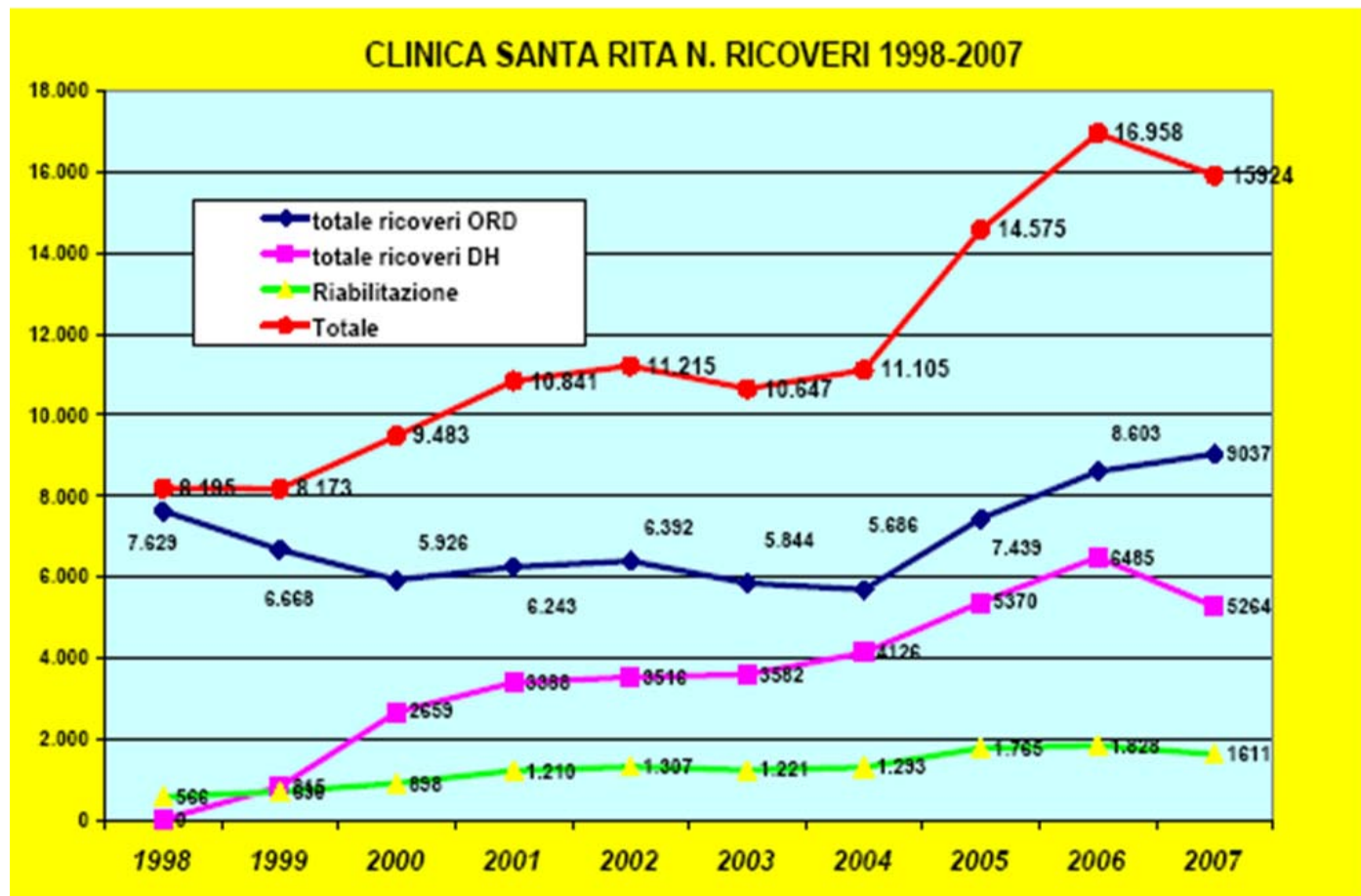
Ricoveri analizzati anni 2005 e 2006 - Alcuni esempi di DRG indicati come codifica abnorme per fatturare maggiormente

DRG fatturato	DRG accertato	tariffa fatturata €	tariffa accertata €	differenza €	reparto
004	500	7864	2887	4977	Neurochirurgia
004	520	7864	4366	3498	Neurochirurgia
497	225	7101	1636	5465	Ortopedia
216	231	5868	2540	3328	Ortopedia
335	337	3878	1832	2046	urologia
386	varie				otorino
075	77	12762	2710	10052	Chirurgia Toracica
075	101	12573	2425	10148	Chirurgia Toracica

PROCESSO ALLA CLINICA SANTA RITA tabelle

continua a pag. 9

IL CASO DELLA
CLINICA SANTA RITA
tabelle



L'Assessorato Regionale ha sempre autorizzato l'aumento dei letti e di servizi avvenuto in pochissimi anni per la clinica Santa Rita ed la ASL Città di Milano ha proceduto al rimborso nonostante fosse abnorme la superproduzione in crescita esponenziale e fosse operante il tetto della produzione per tutte le altre strutture pubbliche e private.



DRG E DIMISSIONI SELVAGGE

La vicenda della Santa Rita e delle altre cliniche e ospedali privati di Milano ha dimostrato come i DRG possono essere fonte di inappropriatezza, per meglio dire come questi possono essere utilizzati per pratiche cliniche inutili e dannose al fine di ottenere un profitto.

Non è l'unico caso e l'unica possibilità. Molto diffusa, anche nelle strutture pubbliche sono le cd "dimissioni selvagge", ovvero quella pratica per cui i pazienti vengono dimessi dagli ospedali ancora in condizioni di malattia e senza che sia stato stabilito il seguito delle cure siano esse domiciliari o residenziali.

Quando le dimissioni avvengono è una tragedia, soprattutto quando si tratta di malati colpiti da cronicità e non autosufficienza. I famigliari sono in grandi difficoltà a risolvere il problema, in genere si impoveriscono arrangiandosi o con le badanti o ricoverando a fatica la persona in RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale). Una vera ed efficace assistenza domiciliare in Italia, salvo eccezioni, non esiste. Per di più i cittadini, nella gran parte dei casi non sanno che possono rifiutare le dimissioni. Oppure hanno paura ad affermare questo loro diritto (si veda il manuale da noi edito "Diritto alle cure e all'assistenza sociale delle persone malate croniche non autosufficiente" - supplemento al numero 177-179 di MD, euro 5, pag. 40), quindi semplicemente subiscono.

Il finanziamento a prestazione favorisce le dimissioni selvagge, queste non solo vengono praticate "spontaneamente", ma anche vengono richieste dalla stessa autorità di gestione dell'ospedale e della regione che controlla quanti ricoveri vengono fatti, e non accetta tempi lunghi di permanenza nel posto letto. Lungi da noi richiedere di tornare ai tempi passati quando le strutture ospedaliere venivano finanziate a "giornata di degenza".

Anche dal punto di vista delle dimissioni selvagge i DRG sono dunque inaccettabili.

Ci riferiamo ancora una volta a una sentenza al seguito di un processo che ha coinvolto il presidente di Medicina Democratica, Tonino d'Angelo in qualità di segretario regionale (della Puglia) del Tribunale per i Diritti del Malato accusato di diffamazione dalla Casa Sollievo della Sofferenza (il famoso ospedale - privato convenzionato - di San Giovanni Rotondo), insieme al direttore della rivista su cui era stato intervistato e per un altro articolo da lui scritto su un altro giornale locale.

Il processo iscritto a ruolo nel 1999 è arrivato a sentenza - di primo grado - nel 2009!

Tutti sono stati ampiamente assolti con pagamento di tutte le spese della parte soccombente che aveva chiesto allora agli accusati 2 miliardi di lire per i danni all'immagine che avrebbe subito.

Insieme alla parte preminente del processo che riguardava un bambino affetto da una grave malattia, (errore diagnostico e rifiuto di trasferimento), vi è stato un altro filone che ha riguardato proprio i DRG.

Ritenendola significativa pubblichiamo di seguito la parte della sentenza che la riguarda.

(sentenza n. 1186 del 22 maggio 2009, Tribunale di Foggia - Seconda Sezione Civile).

"Venendo alla vicenda delle dimissioni selvagge e dei DRG (di cui all'articolo intitolato "Errori mortali. Intervista a Fernando d'Angelo segretario regionale del Tribunale per i Diritti del Malato), i testi escussi hanno confermato che si erano ripetuti, presso la Casa Sollievo della Sofferenza, episodi di dimissioni di pazienti in coma o comunque non autosufficienti e bisognosi di assistenza medica.

Di tanto fu informato il Tribunale per i Diritti del Malato, che, oltre ad intervenire su casi specifici, riuscendo ad ottenere la revoca delle dimissioni e la proroga del ricovero denunciò la pratica delle "dimissioni illegali" alla giustizia civile e all'opinione pubblica e promosse, a mezzo del segretario regionale, dott. Tonino d'Angelo, un'indagine ispettiva da parte del Ministero della Sanità.

Riguardo ai DRG, nel mirino della critica del dott. d'Angelo sono le "dimissioni che intervallano cicli di terapia con week end in cui la gente malata è obbligata ad andarsene in alberghi assumendosene le spese, con rischi per la salute".

Chiosa il segretario del T.D.M.: "questo atteggiamento serve a spiegare il secondo ricovero in modo da giustificare due DRG, sempre nell'ottica della ricerca del profitto ad ogni costo".

Fatti questi che il dr d'Angelo aveva già denunciato al Ministro della Sanità e all'Assessore regionale alla Sanità sollecitandoli ad esercitare i poteri di competenza e che si inserivano all'interno di un più ampio dibattito, relativo ai riflessi negativi del sistema tariffario dei DRG sulla qualità dell'assistenza al malato. Annualmente venivano, infatti, segnalate al TDM situazioni di patente violazioni del diritto alla salute conseguenti

all'introduzione del sistema di pagamento delle prestazioni ospedaliere a tariffa fissa (DRG) quali, in particolare, "dimissioni forzate, ingiustificate, premature, rifiuto del ricovero, mancata organizzazione dei servizi, divieto di accesso".

Si legge nella relazione dell'anno 1996-97: "in cifra assoluta che quasi 300 cittadini su 7.000 siano stati dimessi a forza e



DRG E DIMISSIONI SELVAGGE

CONTINUA DA PAG. 10

prima del tempo dagli ospedali o si siano visti rifiutare prestazioni sanitarie a causa dell'età, del reddito o della condizione di salute. E' comunque un fatto di estrema gravità e che deve fare riflettere, più che sullo strumento del pagamento a tariffa, sul suo effettivo uso".

Dati, questi che, oltre a destare preoccupazione presso le dirigenze politiche e sanitarie (vedi articolo del 6/11/99 pubblicato sulla Gazzetta del Mezzogiorno, intitolato "Prima il budget, poi il malato? Difetti e pregi del sistema sanitario a prestazione", in cui si riportano le affermazioni del presidente della Provincia Antonio Pellegrino: "La paura è quella di non vedere più la malattia e il malato. Ma un DRG da compilare, e dal direttore sanitario della Casa Sollievo, Orazio Pannelli, secondo cui il DRG "pur essendo uno stimolo per un opportuno e razionale utilizzo delle risorse, non sempre centra in pieno l'obiettivo, tanto è vero che negli Stati Uniti, dopo una lunga esperienza, hanno cambiato strategia con risultati soddisfacenti sotto il profilo della qualità dell'assistenza"), sono stati compiutamente analizzati in ambito accademico.

Si è così, giunti ad elaborare una casistica dei rischi più frequenti dei DRG, per il paziente e per il sistema sanitario: a) riduzione della durata di degenza del singolo ricovero, con rischio di dimissione intempestiva del paziente; b) aumento del numero di ricoveri per le categorie di pazienti le cui tariffe sono superiori al costo marginale di produzione, con rischio di aumento dei ricoveri inappropriati; c) selezione entro ciascun DRG, dei pazienti che presentano costi inferiori alla tariffa stabilita, con un rischio di problemi di accessibilità e di caduta di equità del sistema; d) spezzettamento del profilo di cura dei pazienti in una serie di ricoveri separati, ciascuno dei quali è pagato a tariffa piena; e) manipolazione della scheda di dimissione in modo da determinare l'attribuzione del ricovero a un DRG con un peso e quindi con una tariffa superiore a quella reale (v. articolo di F. Taroni e di M.G. D'Ambrosio dell'Istituto Superiore di Sanità di Roma - Laboratorio di epidemiologia e statistica n. 5/1994).

Il che corrisponde a quanto denunciato dal giornale "Terra Nostra", nell'intervista al dr d'Angelo."

Due riforme decisive e una iniziativa strategica per la Sanità italiana

Alberto Donzelli

esperto di sanità pubblica

già membro

del Consiglio Superiore di Sanità

Direttore editoriale Progetto nazionale

"Pillole di buona pratica clinica e di educazione sanitaria"

1) La riforma strutturale di fondo in Sanità è: allineare le convenienze dei diversi attori ad etica e salute della comunità dei cittadini.

E' dimostrato che i comportamenti degli operatori sanitari, come quelli degli altri esseri umani, non sono determinati anzitutto dagli obiettivi enunciati dalle normative, ma - in larga misura - dal loro "sistema premiante", cioè dai loro interessi o convenienze.

Dato che il sistema di pagamento di un professionista e quello di remunerazione/finanziamento dell'Organizzazione che gli dà lavoro sono fra i costituenti maggiori di un "sistema premiante", cioè degli interessi/convenienze di ogni professionista e di ogni Organizzazione, ne deriva che la coerenza del sistema di pagamento/finanziamento con gli obiettivi desiderati è decisiva.

Gli obiettivi fondamentali di un Sistema Sanitario Pubblico si possono così riassumere:

- > *ottimizzazione della produzione di salute e rassicurazione per la comunità dei cittadini*
- > *soddisfazione dei cittadini/assistiti rispetto al Sistema Sanitario e ai servizi fruiti*
- > *equilibrio economico/sostenibilità del sistema sanitario da parte della Società.*

Se si vuole che questi obiettivi siano perseguiti, è necessario allineare ad essi il sistema premiante (gli interessi) degli attori del Sistema Sanitario.

Se gli "architetti di sistema" non sono abbastanza consapevoli di questa necessità basilare e disegnano un sistema premiante che divarica le convenienze degli attori principali in sanità rispetto agli obiettivi fondamentali di un Servizio Sanitario Pubblico, il Sistema non riuscirà affatto a ottenere i risultati che dichiara di voler raggiungere. Purtroppo è esattamente quanto sta accadendo oggi, e il problema sta diventando globale.

Come si può sperare di far lavorare per la salute chi è pagato per la malattia?

Il sistema di remunerazione a prestazione degli erogatori, che era già in atto storicamente in discreta misura, ma è stato esteso con il DL.vo 502/92, presenta un grave problema strutturale quando è applicato in sanità. Infatti un limite strutturale per il "mercato" in sanità è costituito dall'insufficiente informazione del consumatore, che non gli consente di adottare le scelte tendenzialmente più razionali nell'acquistare le prestazioni più utili alla sua salute. Ciò vale anche per un acquirente più esperto (AUSL/ASL + medico di famiglia), che in molti casi non sa quale sia la risposta ottimale per grandi tipologie di problemi sanitari, e a maggior ragione spesso non può sapere cosa realmente serve in una specifica situazione clinica.

Anche dove linee-guida valide su risposte efficaci siano ben definite, vi è spesso l'impossibilità strutturale da parte di un controllore esterno, per quanto qualificato, di verificare



CONTINUA A PAG. 12

Due riforme decisive.....

CONTINUA DA PAG. 11

l'appropriatezza clinica ("la cosa giusta fatta alla persona giusta") dell'applicazione di una linea-guida a un caso clinico.

Quanto sopra spiega la "assoluta libertà dei fornitori pagati a prestazione, se lo vogliono, di incoraggiare la domanda di servizi ... i medici sono in grado di attuire l'impatto di una riduzione tariffaria aumentando la quantità dei servizi forniti e modificandone la composizione, per mantenere il livello di reddito desiderato ... (Saltman et al. Quaderni SP OMS, 1998).

Il finanziamento/remunerazione a prestazione può essere descritto come un sistema che paga la malattia.

Con il finanziamento degli Ospedali a prestazione, per chi vi lavora il disaccoppiamento tra gli obiettivi di salute attribuiti a parole e il sistema premiante operante nei fatti diventa sempre più grave, man mano che gli operatori verificano e di conseguenza comprendono cos'è che fa aumentare il finanziamento per la propria Azienda, o Dipartimento/Unità Operativa, e in definitiva la convenienza per ciascuno di loro.

Tale profonda divaricazione tra obiettivi di salute proclamati e interessi reali alla malattia degli erogatori in Sanità sta alla base dei fenomeni dei cosiddetti disease mongering e selling sickness, che hanno suscitato un vasto quanto (finora) inconcludente dibattito internazionale (si veda in proposito la presentazione "Il disease mongering: il punto di vista della sanità pubblica").

Per frenare gli effetti distorcenti del suddetto sistema di pagamento sul comportamento erogativo si è teso a mettere in piedi apparati di controllo sanitario e amministrativo sempre più costosi, che consumano una quota crescente delle risorse del sistema senza tuttavia produrre salute (ma solo per controllare/contenere i guasti, assunti come inevitabili, di un modello intrinsecamente conflittuale). (.....)

Un'altra contromisura escogitata per frenare i descritti effetti inflattivi e distorsivi è l'accordo contrattuale che stabilisce "tetti di spesa" e "volumi e tipologie di prestazioni" per ogni erogatore. Ciò riduce una parte degli effetti indesiderati del pagamento a prestazione, ma sconta un forte aumento dei costi amministrativi e di transazione e dà un eccesso di potere (e una buona dose di arbitrio) ai programmatori. Però tende a mancare ugualmente l'equilibrio economico nel medio (-lungo) periodo (Donzelli, PSS, 11, 1998), sia perché una prestazione di necessità discutibile può essere paradossalmente più conveniente di una necessaria, sia perché la libera professione e i fondi integrativi costituiscono comunque uno sbocco per l'eccesso di prestazioni extracontratto, che i cittadini sono comunemente chiamati a pagare.

La crescente percezione degli aspetti negativi di tale sistema anche nell'induzione di una grande quantità di prestazioni inutili o complessivamente dannose legittima lo sforzo di considerare anche nuove strade e nuovi paradigmi per il finanziamento e la remunerazione dei principali attori in Sanità. (.....)

Il riallineamento alla salute degli interessi dei vari attori in sanità che si può ottenere con i diversi sistemi di remunerazione/finanziamento descritti nei saggi sopra indicati non riesce a includere alcuni attori chiave, tra cui l'industria farmaceutica. Per evitare gli effetti

negativi sulla produzione di conoscenze scientifiche del suo "conflitto di interessi con la salute", si può proporre la riforma di cui al punto seguente.

2) Come favorire la produzione di conoscenze scientifiche indipendenti da interessi commerciali e recidere il conflitto d'interessi nel finanziamento della ricerca in sanità

Tutti sono capaci di "chiedere che lo Stato e il SSN si faccia carico di finanziare una ricerca scientifica indipendente da interessi commerciali, non lasciando il monopolio della ricerca in sanità a case farmaceutiche e altri produttori for profit". Sfortunatamente di regola la risposta a questa richiesta assai poco originale sarà che "si concorda, ma che purtroppo non vi sono le risorse per farlo".

Tuttavia sarebbe possibile ottenere l'obiettivo n. 2 a costo (virtualmente) zero per il SSN e per le casse pubbliche, riuscendo anche a fare gli interessi di Farminindustria, in una logica "io vinco-tu vinci".

La proposta contenuta nel saggio La sperimentazione clinica controllata in Medicina Generale (Donzelli A. Politiche Sanitarie 2005;) potrebbe aiutare a risolvere il dilemma.

In attesa che Stato e Regioni assumano iniziative come quelle sopra descritte e che di conseguenza progressivamente si affermi un nuovo sistema di produzione delle conoscenze scientifiche mediche, è necessario affrontare in modo più efficace e deciso il problema della disseminazione di conoscenze indipendenti da interessi commerciali, che assumano il punto di vista della Sanità Pubblica e degli interessi della salute della comunità dei cittadini.

3) Il problema della disseminazione di conoscenze indipendenti da interessi commerciali

Il finanziamento di più dell'80% delle ricerche scientifiche da parte di sponsor commerciali e la sempre maggiore pressione dei loro interessi nei confronti di ricercatori, Università e Sanità ha introdotto pesanti distorsioni nella stessa produzione delle conoscenze scientifiche e nella loro interpretazione e diffusione. Tale pressione arriva a distorcere la comunicazione ai medici e alla popolazione dei risultati, quando questi siano in contrasto con potenti interessi commerciali (Bobbio M, Giuro di esercitare la medicina in libertà e indipendenza. Einaudi, 2004). Ciò sta determinando una perdita di credibilità della ricerca finanziata da sponsor commerciali, suscitando un dibattito internazionale sul conflitto di interessi nella ricerca e su possibili azioni correttive. Ma ha causato anche una sistematica riduzione nell'efficacia potenziale dell'assistenza sanitaria ed è fra i maggiori determinanti dei suoi costi crescenti.

Oggi le ricerche indipendenti e quelle le cui priorità sono definite in base al punto di vista del SSN o della comunità dei cittadini sono una minoranza, e i loro risultati non vengono adeguatamente portati all'attenzione dei professionisti della sanità o dei cittadini legittimamente interessati alla tutela della propria salute.

L'iniziativa di seguito proposta si pone fra i possibili correttivi, con l'esplicito intento di aumentare l'efficacia delle cure e la produzione di salute, diminuendo al tempo stesso i costi a carico delle articolazioni del SSN e della comunità dei cittadini.

Si configura inoltre a buon diritto fra i possibili strumenti di governo della domanda, in grado non solo di migliorare le prescrizioni mediche, ma anche di aumentare l'empowerment e la soddisfazione dei cittadini.



Ogni episodio di malasanta mette inevitabilmente non solo i diretti protagonisti davanti all'interrogativo etico: "Si poteva evitare?" ma anche tutti gli operatori sanitari, per inevitabile identificazione. In alcuni casi, però, gli stessi operatori possono ricorrere ad alcuni antidoti, ad esempio attraverso il ruolo che il sindacato svolge all'interno delle strutture sanitarie. Analizziamo alcuni esempi concreti.

Il D.lgs. 66/03 regola i tempi di lavoro; si tratta del recepimento di una direttiva europea. Tra le novità introdotte in Italia, quella che più ha coinvolto il dibattito sindacale in sanità è stata quella delle undici ore di riposo tra un turno e l'altro. Infatti, in molti ospedali o case di riposo si effettuava il secondo-primo o il primo-notte, turni che prevedono tra le sette e le dieci ore di interruzione tra lo smonto e la ripresa del lavoro.

A livello nazionale, i sindacati firmatari di contratto hanno avviato semplicemente derogando ad una legge concepita per consentire un adeguato recupero psico-fisico del lavoratore. Molti lavoratori erano d'accordo con la deroga, perché apparentemente questa turistica consente di concentrare i turni e di avere un numero superiore di riposi consecutivi.

Il problema è costituito dalla carenza di organico cronica - nella sanità pubblica per i continui tagli e in quella privata per aumentare i profitti, - e questo comporta che i riposi vengono sistematicamente riempiti con turni straordinari. Così all'aumentato stress dovuto ai turni ravvicinati si aggiunge la fatica per l'incremento dell'orario di lavoro settimanale.

In queste condizioni, diventano più frequenti infortuni ed errori dovuti a stanchezza.

Ecco un primo esempio del ruolo del sindacato nella tutela sia della salute dei lavoratori che della qualità delle prestazioni sanitarie erogate ai pazienti.

Restando sui temi della sicurezza, il sindacato ha un ruolo fondamentale nel garantire l'agibilità dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza; fin dalla scelta di nominarli o eleggerli, dove solo la seconda opzione permette ai lavoratori di sottoporre a verifica periodica l'operato dei propri rappresentanti. Spesso i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, con la loro azione, possono contribuire alla messa in sicurezza di ambienti, procedure, impianti; provvedimenti che si traducono oltre che nella riduzione dei rischi per il personale anche in una maggiore qualità assistenziale.

Lodevole, in questo senso, il progetto promosso dall'Istituto Nazionale dei Tumori per il monitoraggio e la valutazione dei "quasi infortuni", in cui lo sfiorato incidente permette di analizzare il processo e prevenire la possibilità di incidente vero e proprio. Spesso, però, nell'Ospedale-Azienda, i costi per la sicurezza vengono considerati non come un investimento (basti pensare al danno economico dovuto alle assenze per infortunio,

Il sindacato ai tempi dei DRG

di **Margherita Napoletano**
Ingegnere Clinico

coordinatrice RSU
Ospedale San Raffaele di Milano



al di là delle meno ciniche considerazioni etiche) ma come un "costo evitabile".

Infine, una considerazione sul sistema di rimborso tramite DRG, l'aberrazione del sistema conosciuto attraverso la vicenda della Clinica Santa Rita e il ruolo del sindacato: ad ogni trattativa in cui viene proposto il modello delle valutazioni individuali, degli incentivi legati alla produttività, intesa come aumento dei DRG fatturati, viene spontaneo chiedersi se questo serve a ridurre le liste di attesa o semplicemente ad aumentare le entrate, mettendo in competizione un collega con un altro.

La RSU dell'Ospedale San Raffaele, ad esempio, da sempre rifiuta l'introduzione delle valutazioni individuali, a tutto vantaggio della solidarietà e dello spirito di squadra tra colleghi. Viceversa, chiedere un aumento dell'organico, senza cedere alla lusinga del "lavorare tanto, lavorare in pochi... e con guadagni più elevati", costituisce un modo per garantire il rispetto delle leggi che tutelano i lavoratori.

Inoltre, rimane un ruolo di vigilanza interna del sindacato, che non deve mai abbassare la guardia. Qualora l'azione di denuncia interna (alla Direzione Sanitaria, al Comitato Controllo infezioni, al Datore di Lavoro per gli aspetti di sicurezza) non fosse sufficiente, i delegati e la delegata sindacali non dovrebbero esitare a interpellare gli organi di vigilanza: ASL, Ispettorato del Lavoro, Procura della Repubblica.

Infine, occorre che il sindacato (e solo alcuni già lo fanno) dica con chiarezza che il sistema del rimborso a prestazione non funziona: inizialmente, nei primi anni della sua introduzione, ha fatto esplodere la spesa

sanitaria, senza riuscire a ridurre le liste di attesa; quindi sono state escluse alcune prestazioni dai LEA (livelli essenziali di assistenza), tra cui le cure odontoiatriche, come se avere il mal di denti non fosse un serio problema di salute. Successivamente, sono stati messi i "tetti": raggiunto un certo numero di interventi di un certo tipo, la Regione non rimborsa più.

Ma, fatta la legge, trovato l'inganno: le strutture private hanno incrementato negli ultimi mesi dell'anno le prestazioni esonerate dai tetti (oncologici e fuori-regione, attrezzandosi perfino con agenzie viaggio o poliambulatori in altre regioni per il reclutamento), mentre le liste di attesa diventano particolarmente lunghe per chi si presenta in autunno e molto più brevi in primavera. L'aberrazione, ovviamente, è quella della Santa Rita: pur di non lasciare una sala operatoria ferma, si opera anche chi non è ha bisogno.

Ma soprattutto il rimborso a DRG ha creato prestazioni "convenienti" e prestazioni meno redditizie, facendo sviluppare molto alcune discipline mediche a scapito di altre: la Radiologia non rende, mentre la Cardiocirurgia sì; così i privati, ma non solo, visto che anche nel pubblico i Direttori Generali devono far quadrare i conti delle "Aziende" Ospedaliere, scelgono su quali settori puntare, non in base al fabbisogno della popolazione, ma in base al rimborso regionale. Un esempio per tutti: un cesareo ha un margine più alto rispetto ad un parto naturale e le percentuali dei cesarei sono in continuo aumento rispetto a ciò che sarebbe fisiologico e più opportuno, in molti casi, per donna e neonato.

Se dopo tangentopoli si è sentita la necessità di introdurre nei contratti del pubblico impiego delle norme che siano di antidoto alla degenerazione del sistema, come il divieto per i dipendenti di accettare qualsiasi tipo di regalo, così anche dopo lo scandalo della Santa Rita sarebbe opportuno, oltre a cambiare il sistema di rimborso a livello legislativo, puntando sulla prevenzione e sulla ricerca di base, eliminare dal contratto tutti gli aspetti che possono incoraggiare il personale a perdere di vista l'obiettivo e l'etica del proprio lavoro. Uno di questi è il sistema di valutazioni individuali e l'insistenza sugli obiettivi quantitativi, che incoraggiano una specie di "cottimo". Mentre andrebbero introdotte norme che aumentino il controllo dello stesso personale sulla qualità delle prestazioni erogate e perseguano questo come obiettivo.

In conclusione, un invito a tutti e tutte lavoratori e lavoratrici della sanità e ai loro rappresentanti: dopo le tragiche esperienze lombarde, dal Galeazzi alla Santa Rita, dobbiamo quotidianamente interrogarci se il nostro lavoro e la vigilanza che già le attuali leggi ci consentono, a partire dal D.lgs. 81/08, sono improntati a prevenire ogni possibile incidente, infortunio o episodio di malasanta.

PROCESSO S. RITA

Avv. Margherita Pisapia

Parte Civile per Medicina Democratica

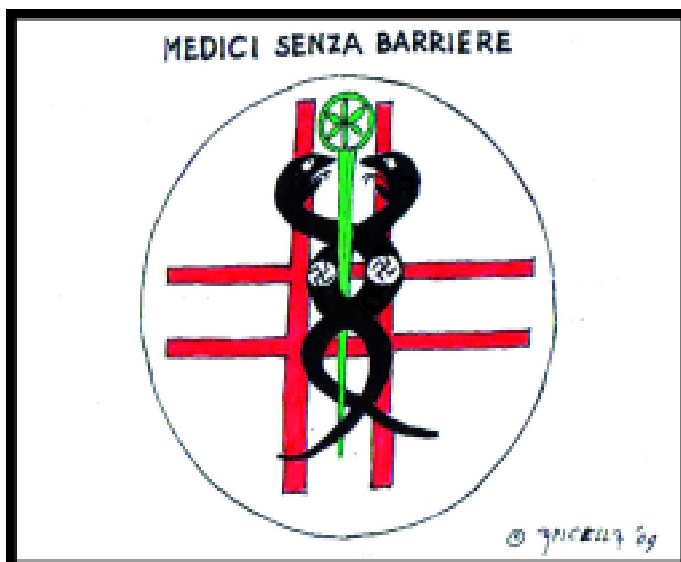
Cercherò di essere molto sintetica anche perché ritengo, dopo la puntuale ed incisiva requisitoria del Pubblico Ministero e anche delle Parti che oggi mi hanno preceduta, che sul fatto di reato e sulla responsabilità degli odierni imputati non vi sia altro da aggiungere e che pertanto ci associamo e anticipo la mia richiesta finale alla richiesta del Pubblico Ministero di condanna di tutti gli imputati.

Riteniamo infatti che le prove raccolte nel corso dell'ampia e approfondita istruttoria dibattimentale, che si è svolta nel pieno rispetto del contraddittorio dando anche ampio margine alle difese degli imputati, abbia però dimostrato in maniera inequivocabile la colpevolezza degli imputati e che l'impianto accusatorio non sia stato scalfito dalle prove portate dalle difese ma anzi spesso confortato dagli stessi testi della Difesa.

Quindi credo che il mio compito quale Parte Civile, anche per non appesantire questa fase finale del processo, sia quello di limitarmi a sottoporre alla loro valutazione quegli elementi che più squisitamente riguardano l'associazione che rappresentiamo e in particolare le conseguenze che i fatti oggetto di questo processo hanno arrecato a Medicina Democratica e al pregiudizio che ad essa è derivato.

In vero quello che è emerso all'esito del processo, e cruciale per quello che interessa Medicina Democratica, è proprio la lesione, anzi il ribaltamento di quello che dovrebbe essere il corretto rapporto tra paziente e struttura sanitaria, cioè abbiamo assistito a un sistema all'interno di Santa Rita in cui non era la struttura, la messa al servizio del paziente ma il paziente al servizio della struttura e quindi un paziente visto prevalentemente, se non esclusivamente, in termini economici.

Ha detto efficacemente il Pubblico Ministero all'inizio il Pubblico Ministero all'inizio della sua requisitoria, ci permettiamo di citarla che: "La peculiarità di questo processo è che le prove sono state troppe, troppe e tutte confluenti su un'unica valutazione possibile, cioè in casa di cura quello che contava era il rendimento economico, era il profitto e della clinica in particolare del suo proprietario e anche direttamente dei medici" e questo è emerso da molteplici elementi, che vado solo a ripercorrere per flash, a cominciare dalle modalità di assunzione dei primari gestite in prima persona dal notaio Pipitone, dai contratti con cui veniva legato il medico al DRG e con le ovvie conseguenze di un contratto così strutturato e cosa significava per il medico essere pagato in base a quanto fatturava e in base a quanto produceva ce lo spiega bene il Direttore sanitario dottor Merlano nella conversazione telefonica, per altro già richiamata dal Pubblico Ministero, del 9 ottobre 2007 in



cui Merlano, rivolgendosi al dottor Brega, afferma parlando del notaio Pipitone: "Nel momento in cui lui non assume nessuno e ti lega al DRG e al fatturato praticamente è ovvio che ti stimola a fatturare il più possibile".

Del resto che fosse ovvio che questo fosse l'obiettivo principale in Santa Rita e che quindi la scelta del DRG fosse legata alla remuneratività dello stesso ce lo dicono gli stessi imputati, il dottor Vercesi, che a domanda della dottoressa Siciliano se si percepisse un interesse della proprietà al rendimento economico, risponde all'udienza del 22 giugno del 2009 con un laconico ma sicuramente eloquente "certamente".

Così come, cito solo da ultimo anche il dottor Sampietro, che all'udienza del 10 marzo afferma senza mezzi termini: "Diciamo, penso che fosse ovvio che il motivo per cui lui - riferendosi al dottor Brega - insisteva per usare una codifica piuttosto che l'altra fosse l'aspetto economico".

Pertanto tali elementi non possono lasciare dubbi circa e la logica di guadagno interna alla Casa di cura Santa Rita e la consapevolezza di tutti coloro che vi lavoravano all'interno e l'adesione a

CONTINUA A PAG. 15



PROCESSO S. RITA

Avv.ssa Pisapia

Parte Civile per Medicina Democratica

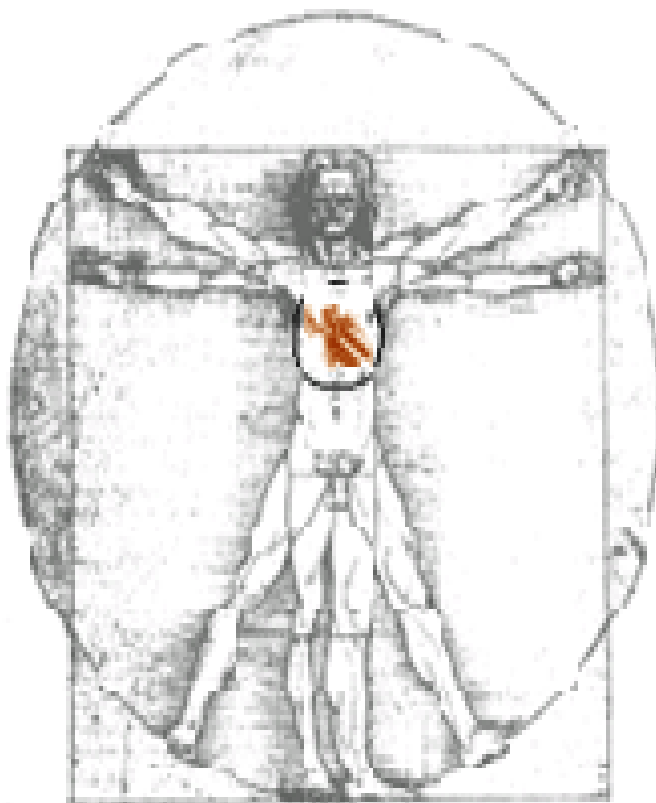
CONTINUA DA PAG. 14

tale logica. Quindi chi lavorava in Santa Rita sapeva e si adeguava a tale sistema ed è proprio l'obiettivo imposto nella clinica che spiega, ma naturalmente non giustifica, i comportamenti messi in atto dagli odierni imputati, soci e il sodalizio medesimo" ed è questo il punto centrale, cioè ciò che si è verificato in Santa Rita e che è stato accertato davanti all'istruttoria dibattimentale è proprio quello contro cui si batte Medicina Democratica.

*Ricordo a tal proposito, richiamandosi anche all'atto di costituzione di Parte Civile, quali sono gli scopi statutari che si prefigge Medicina Democratica, **la tutela del diritto costituzionalmente garantita la salute del cittadino diritto alla salute inteso** sia come affermazione della dignità e del benessere psicofisico della persona, lettera g) dell'articolo 3 dello Statuto, sia come diritto ad una medicina pubblica efficiente al servizio del cittadino ed è questo forse un punto fondamentale che è emerso in questo processo cioè è proprio questo aspetto che Medicina Democratica ha affrontato specialmente in Lombardia in questi ultimi anni con un'azione volta a contestare e ad eliminare anche attraverso convegni, interventi parlamentari e ricerche, la modalità di finanziamento a prestazione denunciandone gli effetti distrattivi e il pericolo insito nel sistema stesso del DRG, che in questo processo si è realizzato nel peggiore dei modi, di un uso opportunistico e deviato di tale sistema che viene definito, per usare le parole del vice Presidente di Medicina Democratica "un sistema che paga la malattia al posto di quello che dovrebbe essere un sistema che paga la salute".*

Appare evidente come i fatti oggetto di questo processo abbiano vanificato le finalità di Medicina Democratica arrecando un effettivo ed immediato pregiudizio alla stessa e questo vale sia per le contestazioni di lesioni che per i reati di truffe e di falso, tutti reati idonei a compromettere l'interesse del cittadino alla salute, diritto alla salute inteso come un corretto rapporto tra medico e paziente, tra struttura sanitaria e cittadino e interessi abbiamo visto assunti quali scopo da Medicina Democratica.

Riteniamo quindi - e così concludo - che sia stato dimostrato il danno arrecato all'Associazione che rappresentiamo, un danno configurabile quale danno alla personalità, alla reputazione e all'immagine, danno da valutare in via equitativa tenendo conto e della gravità dei reati e della sistematica modalità di realizzazione degli stessi e non da ultimo anche dei riflessi pubblici che tali fatti hanno avuto in questo processo, danno per la cui quantificazione ci siamo richiamati alla giurisprudenza formatasi proprio in tema di risarcimento in altri processi in cui Medicina Democratica è stata parte e che riteniamo di quantificare in 80.000 euro.



Leggo le conclusioni e vado a depositare la nota spese: voglia l'illustrissimo Tribunale, ritenuta la penale responsabilità degli imputati per i reati a loro iscritti condannarli alla pena che riterrà equa e al risarcimento in solido unitamente al responsabile civile già Casa di cura Santa Rita di tutti i danni subiti dalla Parte Civile Medicina Democratica ammontanti a 80.000 euro o nella diversa somma che verrà a liquidare in via equitativa, alla rifusione in solido delle spese competenze onorarie come da allegata nota spese e si chiede altresì che l'illustrissimo Tribunale voglia dichiarare la condanna al risarcimento dei danni provvisoriamente esecutiva ex articolo 540 - comma 1 del Codice di Procedura o in subordine condannare gli imputati in solido e unitamente al responsabile civile al pagamento di una provvisoria immediatamente esecutiva pari a 25.000 euro.



PROCESSO S. RITA

Avv. Francesca Norreri
Parte civile per l'ASL1/Lombardia

Tenterò di contenere il mio intervento alle parti che interessano la A.S.L., dal punto di vista dei controlli a cui è tenuta e al metodo con cui sono effettuati, al sistema di accreditamento, al concetto di accreditamento e poi successivamente ai fatti per cui è stato radicato questo processo penale e alla tipologia di danno patito dal sistema pubblico perché in parte il sistema è stato risarcito, io mi sento in dovere di esplicitare i motivi che mi porteranno a chiedere comunque un ulteriore importo di risarcimento per altro tipo di danno. (.....)

Il sistema dei controlli si è modificato nel tempo, in particolare alla luce di procedimenti relativi a case di cura diverse ma sempre per i reati di truffa e di falso; il sistema dei controlli si è evoluto perché i NOC sono nati come soggetti che controllavano il sistema di remunerazione e soprattutto per portare avanti il sistema di tipo statistico epidemiologico della sanità, cioè i NOC dovevano sostanzialmente cercare di capire come andava la sanità in Regione Lombardia e soprattutto evidenziare la crescita o il diminuire di determinate patologie in determinati ambiti, in determinati settori o tra fasce della popolazione, per esempio in base all'età o al tipo sociale considerato.

Alla luce di questi controlli i NOC e i controllori della A.S.L. si sono resi conto che spesso si erano strutturati dei sistemi per appunto tipicamente associate al sistema di remunerazione proprio per massimizzare il profitto e avere una remunerazione molto più ampia di quella dovuta.

I controlli svolti con questa finalità si sono sviluppati a partire dal 2007. Questi controlli si sono focalizzati sulle percentuali di casi con degenza ordinaria, cioè di casi ordinari di degenza di durata tale da massimizzare la resa economica del ricovero con l'impiego del minimo delle risorse, si è controllata la percentuale dei casi complicati, e ha evidenziato la tendenza a segnalare comorbilità che non sono state significative in termini di necessità di impiego di risorse in più rispetto a quelle previste.

Poi abbiamo il caso delle percentuali di ricovero ripetuti per la stessa unità operativa o per la stessa patologia all'interno dello stesso ospedale, è il caso per esempio della riabilitazione, quando si ricovera un soggetto che, dopo intervento chirurgico necessita di fisioterapia, lo si ricovera normalmente in un reparto di chirurgia e spesso la riabilitazione per questioni organizzative funzionali viene svolta nello stesso reparto in cui si è stati operati. La cosa che invece è emersa è che veniva chiuso un ricovero, cioè chiusa una cartella clinica e aperta un'altra cartella clinica, cosa che invece non avrebbe dovuto avvenire perché gli interventi riabilitativi devono essere inseriti nella stessa cartella clinica, per cui distinguere il ricovero per l'intervento dal ricovero per la riabilitazione è una strumentalizzazione operata per avere un profitto maggiore rispetto a quello ordinario. In breve, la rieducazione veniva eseguita nel reparto dove il paziente era stato operato, ma la cartella clinica veniva chiusa per il reparto di chirurgia ed aperta per il reparto di Riabilitazione, senza che il paziente venisse spostato.

Per riassumere i controlli devono essere volti ad accertare l'eventuale verificarsi di aumenti artificiali delle prestazioni socio sanitario erogate o cercare di prevenire la diversa rappresentazione delle prestazioni poi effettivamente erogate. Sotto il profilo della penale responsabilità, vediamo che dalla parità dell'integrazione si è svil-

uppato un concetto che integra e parifica la casa di cura privata accreditata con l'ospedale pubblico sia sotto il profilo penale che sotto il profilo civilistico e anche erariale. (.....)

Le case di cura non sono delle aziende, non possono comportarsi come delle aziende private perché comunque nel momento in cui viene sottoscritto il contratto hanno delle funzioni pubblicistiche importantissime con il Sistema Sanitario, che è assolutamente al servizio del cittadino ed è a tutela di un interesse costituzionalmente garantito. (.....)

Qui si discute l'appropriatezza delle codifiche, delle valorizzazioni ma anche delle lesioni, qualcuno degli imputati ha cercato di sottolineare era un mero esecutore delle decisioni di primari, ma in giurisprudenza l'assistente o il cooperatore è altrettanto responsabile, perché se ha un dubbio ha il dovere giuridico oltre che morale di esplicitarlo (.....), questi signori, che siano stati gli ultimi a decidere o i primi, hanno deciso loro di sottoporre queste persone a intervento chirurgico che nessun medico ha mai indicato, nessuna scienza medica in assoluto ha mai indicato, si operavano persone sane. Veniamo al fondamento della richiesta di responsabilità di risarcimento del danno di questa A.S.L.: è stato che il risarcimento il Sistema Sanitario lo ha già ottenuto con l'erogazione dei 7.000.000 di euro che sono derivati da un accordo transattivo dell'anno scorso, noi chiederemo un risarcimento del danno.

Con questi 7.000.000 di euro si è avuto il risarcimento sia patrimoniale che relativo al danno d'immagine che relativo altresì al danno di disservizio ma sempre relativamente alle truffe e ai falsi. Oggi di difensore della Parte Civile costituita A.S.L. di Milano io chiedo il risarcimento del danno non patrimoniale erariale del

danno di immagine ma comunque patrimonialmente valutabile, danno d'immagine provocato dal reato di lesioni, finché si è cercato di valorizzare dei DRG in maniera distorta c'è stata una truffa, ma ci sono stati un sacco di casi per cui la necessità del ricovero proprio non sussisteva perché non sussisteva la patologia. Veniamo al danno morale: effetto lesivo consistente del grave di screditto che ha subito l'Ente pubblico in conseguenza all'attività illecita perpetuata dalla Casa di Cura e dai medici oggi imputati, pregiudizio dell'immagine della pubblica amministrazione e del S.S.Lombardo è stata enorme, tenendo conto che nella Re-

gione Lombardia più del 70% della spesa è fatta proprio per la Sanità.

Danno patrimoniale: relativo all'Ente pubblico, La lesione è riscontrabile in presenza di reati, in questo caso abbiamo anche la misura della gravità dei casi che abbiamo visto.

Danno di disservizio: si è verificata un'alterazione della normale efficacia ed efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, come conseguenza sia diretta che indiretta del comportamento degli imputati e dei responsabili. I gravi inadempimenti contrattuali dei convenuti si sono inseriti in un modello organizzativo veramente complesso come quello sanitario della Lombardia incidendo negativamente sul funzionamento e sul buon andamento del Sistema sanitario.

Vado a concludere dicendo che il danno che chiediamo è sostanzialmente di tre volte il danno patrimoniale patito e per cui sino alla concorrenza di 8.065.000 euro.

Alla luce di queste considerazioni la A.S.L. ritiene di essere legittimata a chiedere il risarcimento del danno non patrimoniale per il reato di lesioni e a fronte di quanto detto la A.S.L. conclude chiedendo, ritenuta la penale responsabilità degli imputati condannarli alla pena ritenuta di giustizia. Chiede altresì che gli imputati e il responsabile civile in solido siano condannati al risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale in favore del Sistema Sanitario della Lombardia e in particolare della A.S.L. 1.

NB. Stralci dell'arringa. A cura della redazione



COMUNICATO STAMPA

**UNA SENTENZA GIUSTA
IN UN PROCESSO
GIUSTO, MA ORA
SI CAMBIA IL SISTEMA**

MEDICINA DEMOCRATICA esprime la propria grande tristezza, non per l'esito del processo, la cui sentenza ritiene assolutamente giusta, ma per la sofferenza arrecata alle vittime e ai loro famigliari cui va tutta la sua solidarietà.

MD ritiene che questa vicenda rappresenti solo la punta di un iceberg di una situazione di illegalità diffusa.

La sanità lasciata in mano ai privati, i pochissimi controlli efficaci, la totale assenza di una vera programmazione sanitaria hanno fondamento in un sistema basato sul rimborso a prestazione (DRG). Si tratta di una truffa assurda a legalità. Più si fanno prestazioni e più si è pagati.

Molte di queste prestazioni sono inutili, molte fra queste sono dannose.

Nel caso della Santa Rita, oltre all'illecito amministrativo, alla selezione dei pazienti e delle patologie in base a pura convenienza economica si è aggiunta la gravità delle lesioni procurate: si è cioè ritenuto meno rischioso effettuare una serie di interventi chirurgici inutili e quindi di per sé dannosi che non semplicemente fingere di averli fatti falsificando le cartelle cliniche e le schede di dimissione ospedaliera.

Questo la dice lunga più di ogni altra cosa su quale sia il grado di affidabilità del nostro sistema sanitario regionale. I controlli sono di carattere amministrativo (viene controllata dai NOC - nuclei operativi di controllo - la corrispondenza o meno fra le diagnosi contenute nella SDO -scheda di dimissione ospedaliera- e il DRG - tariffa della prestazione-. Non si entra, ne si può entrare nel merito della prestazione e men che meno del servizio sanitario effettuato.

MEDICINA DEMOCRATICA chiede che questa sentenza che mette a nudo tutta l'insipienza della gestione della sanità nella nostra regione dia l'occasione per ridiscutere su tutta la linea le scelte dei nostri amministratori e per ridisegnare un sistema che premi e paghi la salute e al posto di un sistema che premia e paga la malattia.

Il lavoro svolto dai Pubblici Ministeri e dai loro consulenti è stato preciso ed efficace.

Medicina Democratica ringrazia in particolare anche il proprio legale, l'avv. Margherita Pisapia.

Milano, 28/10/2010

Processo Santa Rita UNA SENTENZA PER RIFLETTERE

Il Tribunale di Milano ha comminato pesanti condanne nei confronti degli imputati del cd processo Santa Rita. Alcuni imputati erano stati accusati di lesioni gravissime con l'aggravante della crudeltà, oltre che di truffa e falso per avere compiuto operazioni chirurgiche e altre pratiche sanitarie non dovute su molti pazienti che alla Clinica Santa Rita si erano rivolti. Non solo inutili, ma anche dannose, perché oltre il danno in se dell'operazione ci sono e ci saranno, almeno per diversi di loro, anche gravi conseguenze sulla salute nel tempo.



Quindici anni al primo imputato e a seguire 10 e 6 al secondo e al terzo. Altre pene importanti sono state comminate ad imputati minori. Tutti sono anche stati condannati a pagare risarcimenti, in relazione alla gravità delle loro condotte, alle parti civili, in solido con la Casa di Cura Santa Rita.

Anche Medicina Democratica, costituita e riconosciuta parte civile, ha ricevuto un risarcimento per i danni all'immagine, comunque per non avere potuto realizzare il suo impegno statutario a causa dei fatti dannosi, contrastanti con le buone pratiche, dovute dal Servizio Sanitario Nazionale. Ed è proprio su questo che ci si vuole soffermare.

I giudici sono stati, a nostro avviso, giusti ed equilibrati (presidente Balzarotti), i PM (Tiziana Siciliano e

Grazia Pradella) hanno fatto un lavoro molto approfondito e meticoloso con l'aiuto di alcuni consulenti molto preparati. Si può essere soddisfatti del processo, ma non del sistema sanitario lombardo, esaltato da molti - in particolare dal Governo - . Nulla si può scusare dei comportamenti distorti degli imputati e della Casa di Cura, ma le conseguenze che conosciamo sono dovute alla grande apertura del sistema sanitario al privato, combinato con l'uso dei DRG.

Non l'"uso distorto" dei DRG, ma semplicemente il loro uso. Sono essi stessi "distorti". Perché sono tariffe corrispondenti a prestazioni. Anche un bambino capisce che più prestazioni vengono fatte e maggiore è il valore delle prestazioni, più elevato diventa il guadagno. Alle strutture private che vivono di DRG viene offerto dell'oro su un piatto d'argento.

Altre condanne precedenti per truffa e falso ci sono state e altri processi si stanno preparando, sempre a Milano.

Allora perché non si pone il problema del sistema nel suo insieme?

Va bene agli amministratori: Berlusconi lo ha esaltato in occasione di un incontro alla Clinica San Donato (una di quelle sotto indagine); ma va bene a molte società scientifiche che vedono con l'eseguire tante prestazioni una loro possibilità di espansione, quindi di guadagno, forse va bene anche a molti operatori non medici che possono utilizzare la libera professione o farvi in qualche modo parte, addirittura potrebbe andare bene a molti pazienti, contenti di essere sotto controllo per essere soggetti (o oggetti?) avvisate, esami ed operazioni.

Un sistema difficile da debellare. Dobbiamo lottare ugualmente. La sentenza di oggi è un'opportunità grande. Forse qualcuno rifletterà. Speriamo, altrimenti il Servizio Sanitario Nazionale, già su una brutta china, farà una brutta fine.

Fulvio Aurora
Milano 29. 10.2010

THYSSENKRUPP, ETERNIT, CLINICA SANTA RITA

tre casi eccezionali che confermano la regola

Medicina Democratica agisce in tutti i campi: quello della sanità, quello dell'inquinamento ambientale, quello della salute nei luoghi di lavoro; l'AIEA a partire dai problemi che riguardano l'amianto interviene per ottenere giustizia per i lavoratori e i cittadini colpiti da malattie asbesto correlate e per garantire i diritti dei lavoratori ai risarcimenti previdenziali; l'associazione Senza Limiti, che è un'associazione di secondo livello ed opera solo in Lombardia, difende le condizioni delle persone malate croniche non autosufficienti, per malattie fisiche, psichiche e psichiatriche.

Nella gran parte dei casi ci si rivolge al giudice penale, ma quando è necessario si intraprende la strada del processo civile, di quello amministrativo e non ultimo si chiede giustizia anche alla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU).

Entriamo nel merito e prendiamo ad esempio quelli che oggi sono certamente i processi più importanti nell'ambito del diritto alla salute: quello contro la ThyssenKrupp di Torino per i 7 morti sul lavoro del 7 dicembre 2007 di cui il principale imputato (Arold Espenhahn) è accusato di omicidio volontario con dolo eventuale.

Il secondo è quello che sempre si svolge a Torino con lo stesso famoso Pubblico Ministero Raffaele Guariniello che è rivolto contro la multinazionale ETERNIT nelle persone dei suoi massimi responsabili (Stephan Schmeideiny, svizzero e Jean Louis De Cartier de Marchienne, belga) per disastro doloso e omissione di dolosa di cautele nell'ambiente di lavoro.

Quest'ultimo processo è anche una novità per la dimensione: 6392 parti civili!

Il terzo è quello che si tiene a Milano, riguarda la sanità e si rivolge contro alcuni medici chirurghi (Brega Massone, Presicci, Pansera ed altri) della ex Clinica Santa Rita e contro la stessa Clinica quale responsabile civile. L'accusa è di lesioni gravissime con l'aggravante della crudeltà, oltre truffa e falso ai danni del servizio sanitario nazionale.

Il primo è importante, abbiamo visto, per il numero di uccisi in un colpo solo e per l'accusa di omicidio volontario, con dolo eventuale, che viene formulata per la prima volta nella storia degli infortuni sul lavoro. Ad esempio siamo come MD parte civile in un processo che è da poco iniziato a Cittadella (PD) per la morte di due lavoratori rumeni per un infortunio simile a quello della Thyssen, ma di ciò nessuno ne ha parlato se non a livello locale e siamo pure gli unici, come MD, ad esserci costituiti parte civile, oltre i famigliari delle vittime.

Il terzo riguarda la sanità, il rapporto pubblico-privato. L'accreditamento dei privati, il modello di finanziamento. L'idea semplice della clinica Santa Rita era quella di utilizzare tutto quanto possibile per fare più soldi possibile.

I medici dovevano correre ad accaparrarsi clienti e una volta trovati a "non mollarli più". Ciò che è avvenuto alla Santa Rita

era già avvenuto in altri casi limitati per le lesioni ed era - ed è - abbastanza diffuso, specialmente fra i privati, ma non solo, per la truffa e il falso. In altri termini per attribuire i DRG più remunerativi di fronte alle diagnosi contenute nelle schede di dimissione ospedaliera, opportunamente aggiustandole o interpretandole.

Esistono gli infortuni sul lavoro, mortali e no: sembrano, dai dati INAIL, in diminuzione, ma pure viene spiegato che si sono ridotte le ore lavorate e che molti infortuni non vengono denunciati.

Ci sono poi le malattie professionali, che sono molto di più degli infortuni in un anno, almeno 3 volte tanto, che non vengono considerate. Si manifestano ad anni di distanza e occorre fare una grande fatica perché siano riconosciute. Abbiamo l'istituto assicurativo INAIL che fa di tutto per non riconoscerle.

Molti tribunali hanno poi l'archiviazione facile. Da valutare è anche il sistema pubblico di prevenzione insieme alla legge recentemente approvata, il cd Testo Unico sulla Salute e Sicurezza del Lavoro che mantiene non pochi margini di ambiguità.

I Servizi di tutela sono inadeguati sia per numero di operatori che per metodi di intervento ad affrontare nel complesso la materia, particolarmente la nuova condizione di lavoro nella quale lavoro nero e lavoro precario si intrecciano.

Nella sanità, come nella società sono i rapporti di potere quelli che contano, come diceva Maccacaro; oggi sembra prevalere l'autoreferenzialità: il paziente un oggetto di intervento piuttosto che una persona da curare. Il grande afflusso di investimenti privati sta facendo della sanità un grosso affare, ma non solo, il pubblico sta assumendo

criteri di privatizzazione sempre più spinti. Si pensi che in Lombardia vi sono 56.000 posti letto in RSA. Si tratta di posti extra servizio pubblico nei quali intervengono a pagare le rette salate del ricovero i famigliari degli assistiti. E ciò in contrasto con la legge. Se aggiungiamo le spese dentarie, considerando che l'odontoiatria non è compresa nei livelli essenziali di assistenza (e perché mai?) e il ricorso alla sanità privata cui molti cittadini inopinatamente ricorrono, si ha l'idea e la pratica di dove stia andando la sanità pubblica.

I processi che vengono celebrati e conclusi ci dicono che il diritto esiste e che vi è la possibilità di renderlo praticabile. Ci vuole un'organizzazione adeguata. Questa è possibile a partire dalle associazioni che difendono i diritti, come Medicina Democratica ad esempio, coinvolgendo anche singoli operatori e cittadini che comprendono i problemi perché ne hanno o ne hanno fatto esperienza diretta.

Tutto ciò all'interno di un sistema che deve a tutti i costi difendere e salvaguardare la sanità Pubblica.

Fulvio Aurora

Milano, 17 maggio 2010



Cosa è, e come agisce

MEDICINA DEMOCRATICA la storia

Medicina Democratica è una cooperativa che si è costituita nel 1978 ed una associazione ONLUS che si è costituita nel 2003. Come movimento MD è nata 10 anni prima su un appello sottoscritto da diversi medici, ricercatori, operatori della prevenzione e diversi consigli di fabbrica.

Dal suo inizio MD, come movimento e come organizzazione si è occupata della salute nei luoghi di lavoro, facendo inchieste e rivendicando l'applicazione delle leggi sulla sicurezza e salute in ogni luogo di lavoro. La caratteristica peculiare di MD è quella di essere un'organizzazione che è formata da medici, ricercatori ed altri tecnici della prevenzione e della sanità insieme ai più svariati soggetti, cittadini utenti del Servizio Sanitario Nazionale.

Fra i principali fondatori MD ebbe il prof. Giulio Maccacaro, direttore dell'istituto di biometria e statistica medica dell'università di Milano, che per primo portò in Italia l'epidemiologia, una disciplina assolutamente importante per la ricerca e la definizione delle cause che determinano morbilità e mortalità.

Da allora (G. Maccacaro è morto nel 1977) MD ha individuato una metodologia di intervento nei luoghi di lavoro che coinvolge da subito i lavoratori interessati, raccogliendo in modo puntuale e scientifico i dati di nocività (rischi e danni) sui quali poi chiedere agli enti pubblici preposti una validazione oggettiva (visite ed indagini diagnostiche e analisi ambientali strumentali). MD sempre dal suo inizio e a seguire fino ad oggi ha particolarmente lavorato sui cancerogeni professionali, affermando al seguito degli studi del prof. Maccacaro e di altri, come il prof. Lorenzo Tomatis, recentemente scomparso, direttore per 10 anni della Agenzia Internazionale di Ricerca sul Cancro (IARC) che non esiste per gli agenti tossici cancerogeni, teratogeni e mutageni alcun valore limite (MAC o TLV) al di sotto del quale la salute degli esposti possa essere salvaguardata. All'interno di questo discorso uno dei primi interventi svolti da MD – i cui membri agiscono a livello volontario, senza chiedere alcun compenso personale – ha riguardato il riconoscimento dei danni da amianto a partire all'inizio dalle situazioni di esposizione delle officine grandi riparazione delle ferrovie dello Stato e/o delle aziende che si occupavano della coibentazione e, in seguito, decoibentazione delle carrozze ferroviarie.

La prima iniziativa risale al 1977 all'O.G.R. di Foligno in Umbria, quindi all'OGR di Santa Maria La Bruna (Na) e alle Officine Stanga di Padova. In seguito l'impegno sull'amianto è diventato talmente ampio che MD ha costituito nel 1989 a Casale Monferrato l'Associazione Esposti Amianto, divenuta Ass. Italiana Esposti Amianto (AIEA) che ha sede nell'attuale sede nazionale operativa di Medicina Democratica (Milano, via dei Carracci, 2).

MD inoltre ha contribuito, con i propri esperti ad affiancare diversi parlamentari a presentare proposte di legge a riguardo di problemi dell'ambiente di lavoro e della sanità; così ad esempio ha collaborato per realizzare una proposta di legge di riforma sanitaria presentata nel 1976 dall'on. Massimo Gorla, come ha collaborato per una proposta di legge

sulla messa al bando dell'amianto, presentata nel 1991 dall'on. Bianca Guidetti Serra. Ambedue le proposte sono confluite nei rispettivi testi unificati dai

quali sono uscite la legge 833/78 istitutiva del servizio sanitario nazionale e la legge 257/92 per la cessazione dell'impiego dell'amianto. Inoltre MD, conformemente a quanto prevede il suo statuto, ha presentato esposti e denunce in relazione soprattutto al decesso di lavoratori esposti a sostanze cancerogene. Il processo più grande, terminato in Cassazione con condanna di alcuni dei responsabili, ha riguardato la ex ENICHEM ed ex MONTEDISON di Porto Marghera. Come pure per esposti denuncia da esponenti di MD sono partiti i processi contro la ex ANIC di Manfredonia (arsenico), contro la ex ENICHEM di Brindisi (amianto).

In tutti questi casi, MD è stata riconosciuta parte civile. Come è stata riconosciuta dal TAR del Lazio in un procedimento contro la regione Lombardia e il Ministero della Salute a riguardo del passaggio a fondazione degli IRCCS della Lombardia.

MD è pure protagonista di lotte, di iniziative legislative, di difese individuali a favore delle persone malate croniche non autosufficienti, di lavoratrici e lavoratori colpiti da mobbing, di disabili con problemi di abbattimento delle barriere architettoniche, per la riabilitazione e per la realizzazione delle Unità Spinali Unipolari (la prima e l'ultima, istituite e funzionanti costruite a Firenze e Milano, sono state fortemente volute da MD), si occupa altresì di malasanità, intervenendo sui casi singoli, anche in via giudiziaria.

È storia recente la costituzione di parte civile nei processi contro la ThyssenKrupp, la Eternit e quello appena concluso, la Clinica Santa Rita.

MD edita pure una rivista e vari altri supplementi, ininterrottamente dal 1977. La rivista tratta dei problemi sopraindicati l'ambiente di lavoro, la sanità, l'emarginazione.



PER SOSTENERE LE MOLTEPLICI ATTIVITA' IN CUI MEDICINA DEMOCRATICA E' IMPEGNATA, OGGI PIU' CHE MAI ABBIAMO BISOGNO DEL TUO AIUTO. Ecco come.

Sottoscrivendo un ABBONAMENTO ANNUALE:

€ 35,- ORDINARIO - € 50,- SOSTENITORE

ccp n° 12191201 intestato a: MEDICINA DEMOCRATICA - casella postale 814 - 20100 Milano e inviando un fax della ricevuta al numero 02.48.01.46.80

Aderendo a Medicina Democratica:

versando € 50,-. Per maggiori informazioni scrivere all'indirizzo: segreteria@medicinademocratica.org

Sottoscrivendo un RID (Sostegno economico permanente a Medicina Democratica). In questo modo si dà disposizione alla propria banca di fare un bonifico bancario permanente (fino a disdetta) di una certa quota che verranno automaticamente prelevate trimestralmente o mensilmente a seconda degli accordi. Il RID deve essere intestato a: MEDICINA DEMOCRATICA - Banca Popolare di Milano Agenzia 508, Milano C/C 10039 CAB 01708.7 ABI 5584.8

Ci presentiamo

di franco ciletti



o ti racconti o sei raccontato

Lavoro e Salute è supplemento alla rivista nazionale "Medicina Democratica". Ideato nella metà degli anni 80 come foglio degli operatori della sinistra sindacale, all'interno degli ospedali torinesi, ha puntato su un lavoro di coinvolgimento degli operatori più sensibili, in particolare infermieri, nel raccontare in prima persona le condizioni di lavoro per non delegare solo ai delegati l'interpretazione delle problematiche da portare ai tavoli di trattativa.

Dall'inizio degli anni 90 il gruppo promotore si è posto il problema di ampliare le tematiche trattate e la visione stessa del nostro operare come lavoratori produttori di "giornalismo di base".

Uno dei temi sui quali abbiamo scelto d'impegnarci, tentando di superare le storiche contraddizioni indotte dal gerarchico sistema relazionale, è stato il rapporto con il malato e i famigliari (sempre più presenti anche per sopperire, di fatto, ai buchi d'organico conseguenti alle politiche sempre più forti di mancato turn-over e di precarizzazione dei nuovi assunti) anche per affrontare il crescente corporativismo presente nella richiesta di riconoscimento contrattuale della professionalità infermieristica.

Negli anni a seguire, oltre che strumento d'inchiesta e analisi delle problematiche nella sanità, con un'attenzione pressante e continua sull'organizzazione del lavoro (in particolare sulla sicurezza del lavoro, risultando determinante nella richiesta Medicina Democratica per la costituzione come Parte Civile nel processo contro la ThyssenKrupp) è diventato strumento d'indagine critica sulle politiche della salute con un collegamento più diretto e costante con lo spazio politico istituzionale e sociale. Inoltre, abbiamo aperto il periodico ai temi ambientali e alle evidenti ricadute sanitarie.

Il periodico è pubblicato da ventisei anni con l'autotassazione dei promotori, la sottoscrizione di sostenitori e lettori, e spesso con il contributo del PRC del Piemonte.

Con la pubblicazione anche a Milano, e speriamo in tutta la Lombardia, si apre un nuovo capitolo per il periodico. Tentiamo, nel nostro piccolo, di riconnettere nelle forme relazionali più dirette possibili le risorse esistenti contro il pensiero unico, che oggi si esprime nella forma politica più volgare e reazionaria del berlusconismo, e di ampliare gli spazi relazionali con il silenzioso disagio, anche delle professioni sanitarie, d'intelligenze (singole e collettive) fuori, o ai margini, della politica e dell'attività sindacale. Lo facciamo partendo anche da diverse collocazioni a sinistra, comunque antagoniste alle destre.



da questo numero nei luoghi di lavoro della Lombardia, partecipa anche tu alla redazione

26 anni di giornalismo

del lavoro, della salute

Publicati 198 numeri

13 speciali - 7 n. tematici
1 referendum nazionale contratto sanità
1 questionario reg. su piano sanitario

Scritto da 1243 autori

969 operatori sanità - 109 sindacalisti
25 esponenti politici - 139 altri

Stampate 660mila copie

(362mila in ospedali e ambulatori)
(126mila luoghi vari)
(72mila copie distrib. nazionale)

lavoroesalute

LAVORO E SALUTE - Anno XXVI - Periodico fondato e diretto da Franco Ciletti
Gratuito, finanziato da promotori e lettori - Redazione: info@lavoroesalute.org

Comitato di redazione: *Franco Ciletti, Fulvio Aurora, Marco Prina, Silvia Falco, Roberto Bertucci, Michele Diciolla, Stefano Morena, Mauro Valle, Enrico Moriconi*
Collaboratori: *Renato Fioretti, Gianluca Visconti, Pierantonio Visentin, Danilo Merlo, Valeria Rolando, Benedetta Frezzotti, Jerry Scotellaro, Francesco Nannetti*

Suppl. rivista Medicina Democratica Autoriz. Tribunale Milano n° 23-19/1/77
Registro nazion. stampa (Legge 58/81 n° 416, art. 11) 30/10/1985 Dir. Resp: F. Aurora

Progetto grafico, impaginazione e vignette (cile) di Franco Ciletti
Illustrazioni e vignette a cura di Benedetta Frezzotti " Benny " e di Tubal (www.controcorrentesatirica.com)

Il materiale originale è riproducibile citando con evidenza testata, data e autore.
Posta: Firma e telefono. La firma non verrà pubblicata su richiesta.

Numero chiuso in redazione: 29-10-2010 - Suppl.a M. D. n° 189-190
Stampa: Grafiche Stesil di Merlini Stefano - Cologno Monzese Mi