

DAL MEDICO AUTORE DI CAMICI E PIGIAMI

PAOLO CORNAGLIA
FERRARIS

LA CASTA
BIANCA

VIAGGIO NEI MALI
DELLA SANITÀ

Prefazione

Il sistema sanitario italiano è un bene prezioso. Ci lavorano migliaia di infermieri, medici, tecnici e operatori, amministratori capaci, professionisti buoni o addirittura eccellenti. Quasi 13 milioni di ricoveri in ospedale ogni anno, oltre 79 milioni di giornate di degenza, 4 milioni e 700 mila interventi chirurgici. Sono i grandi numeri dell'assistenza pubblica in Italia: 1337 strutture ospedaliere pubbliche e private. Paghiamo tutto ciò col sacrificio di ritenute in busta paga, tasse e addizionali regionali, tutti i giorni per milioni di euro, e ne siamo felici. Possiamo contare, infatti, su servizi moderni, efficienti, gratuiti, equi, solidali.

Non dappertutto, però, non sempre, e sono in molti a esserne preoccupati.

Il sistema si è ammalato.

La malattia si chiama lottizzazione partitica ed è molto pericolosa. Ha le caratteristiche di un cancro, le cui metastasi stanno sottraendo a tutti quelli che lavorano onestamente motivazione, fiducia, capacità, rispetto dei colleghi. Contro questa malattia ciascuno di loro si sente impotente.

Una "casta bianca" di laureati in Medicina (non chiamateli medici, perché non curano nessuno) s'è resa complice di politici lottizzatori, che diffondono quel cancro. Li aiutano, anzi fanno parte integrante del sistema. Oppure non reagiscono alla diffusione della malattia, o ancora lo fanno esclusivamente *pro domo propria*, per ritagliarsi privilegi economici e di potere.

E gli altri, quelli che fanno per davvero i medici?

Longostrevi a Milano. Dieci anni dai rimborsi a Villa Santa Teresa di Bagheria, pagati ventuno volte più che a Milano, ai tubi di gas invertiti dall'Ossitalia di Bitonto, fino ai polmoni asportati alla Santa Rita per fare cassa. Il filo conduttore? Il modo col quale i partiti usano il fondo sanitario per sostenere affari e potere. Solo la decenza è diversa da un luogo all'altro: si va dai veri e propri bifolchi ai maneggioni, dai malavitosi ai colletti bianchi così fedeli al proprio referente da deviare ogni appalto su chi "deve" vincere. Federalismo sanitario, sì, ma lottizzato. Dipendenti pagati 38.000 euro in Friuli Venezia Giulia ne costano 51.000 in Campania. Un letto da 455 euro al giorno in Lombardia ne costa 897 al San Camillo di Roma. La mortalità infantile dell'1,2 per mille a Trento diventa del 9 per mille a Palermo; i parti cesarei dal 23 per cento in Alto Adige lievitano al 59 per cento in Campania. La Sicilia accredita il 25 per cento di tutti gli ambulatori e dei laboratori privati italiani e spende molto di più di quanto si faccia per la sanità in Finlandia, con servizi, però, più vicini a quelli tunisini.

Dieci anni perché queste cose apparissero chiare a tutti e non frutto del vaneggiamento di uno sciocco medico ribelle, da censurare e licenziare. Dieci anni perché fosse lampante che la clinica Santa Rita di Milano è la punta di un iceberg: la sanità degli orrori. Ma è mai possibile che non sia ovvio, a chi gestisce la cosa pubblica e agli organismi che tutelano gli interessi dei medici, che ciò rappresenta un costo troppo alto da sopportare per qualunque civile convivenza?

Dieci anni sono molti e le cose sono andate avanti senza che l'accento posto sulle ragioni morali del degrado della medicina abbia modificato alcunché. Dunque non è servito a niente. Anche oggi, forse, non servirà a nulla. Preferirei tacere e non scrivere più una riga, dando retta a quanto insistentemente suggerito dagli amici più cari. "Un soliloquio" dicono "è tempo perso." Potreste dar loro torto?

Eppure non è poi così difficile, tantomeno impossibile, evitare di perdere un servizio sanitario pubblico buono come quello che ci siamo conquistati negli ultimi quarant'anni. Ve lo dico col cuore: possiamo farcela. Cominciate subito, però,

magari leggendo queste pagine. Se lo farete, significa che lavorate nel servizio sanitario, oppure che ci siete ricoverati o avete un parente che sta male, oppure ancora che vi rendete conto che, prima o poi, avrete bisogno di medici e medicine, così come di esami e di gente onesta e premurosa capace di aiutarvi a guarire. La questione morale diventa necessità materiale. Per tutti.

Prima di leggere le pagine che seguono, una raccomandazione: fate una vita sana, non ammalatevi, non deprimetevi.

di un novantenne per controllare le sue coronarie, prudenza mi dice che l'appropriatezza va ricalcolata con scelte adeguate per la sua età e il suo stato.

L'appropriatezza economica e gestionale è tutto fuorché prudente. Anzi, per dirla tutta, è molto imprudente, perché con tagli e sprechi sottopone i pazienti a percorsi carichi di rischio. Proveremo a capire di più con il prossimo paragrafo.

*Danaro pubblico, gestione e controllo.
Meccanismi attraverso i quali chi vuole può rubare*

Definita l'appropriatezza medica e chirurgica in continui dibattiti fra professoroni, pronti a scannarsi per tutelare gli interessi più vari (parleremo più avanti dell'accademia e di come sia condizionata da ricerche sponsorizzate da industrie produttrici di farmaci e beni di consumo), resta da sciogliere il nodo dell'appropriatezza economica e gestionale. Qui si va sul concreto perché si parla di soldi.

A ogni atto e procedura medica, chirurgica, riabilitativa ecc. corrisponde un compenso. La sanità italiana ha definito poco più di cinquecento diversi compensi, che corrispondono ad altrettanti gruppi di malattie. Si chiamano DRG (*Diagnostic Related Groups*), che significa "raggruppamenti omogenei di diagnosi". Servono a determinare sia le scelte sia la spesa del nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN), e quindi stabiliscono il finanziamento per ogni azienda e struttura a seconda delle malattie che cura. Erano 489, ne hanno eliminati 43 perché ritenuti poco remunerativi, poi aggiunti altri sino a superare i cinquecento. La questione, come vedete, è dinamica. Alcuni sono molto usati, come gli interventi sul cristallino, le malattie della schiena e dell'apparato digerente, che si possono curare quasi sempre negli ambulatori e nei ricoveri diurni. Per ogni DRG la Regione provvede a un rimborso e indica quanti giorni minimi e massimi di ricovero siano ammissibili.

Quando il malato viene dimesso, i medici devono compilare una "scheda di dimissione ospedaliera"; abbiamo già detto che si chiama SDO e ne abbiamo parlato a proposito dello zio Lilli-

no. Nella SDO sono indicati tutti i DRG relativi al ricovero, per cui diventa facile fare il conto di quanto il SSN debba pagare a chi ha erogato le prestazioni indicate, cioè alle ASL o, tramite queste, alle strutture private autorizzate dalla Regione a erogare alcune prestazioni entro certi limiti o tetti (accreditate).

Per imbrogliare e rubare, dunque, bisogna assegnare un DRG falso, oppure indicare una prestazione non fatta, oppure assegnare un percorso di diagnosi e cura eccessivo o inappropriato, oppure usare il meccanismo dei ricoveri consecutivi o dei rimborsi per cittadini residenti fuori regione. Sono solo alcuni esempi e non c'è bisogno di illustrarli nei dettagli. L'importante per chi legge è capire un po' di più di quanto ha capito il tassista che mi ha portato a Milano presso la sede di una tv. Mi ha detto: "A me di chi ruba non m'interessa, tanto sono tutti così. M'importa solo di non aspettare mesi per fare un esame e che mi guariscano in fretta".

Invece sarebbe bene che s'interessasse al fatto che, se fa un esame costoso per lo Stato, ma inutile per lui, succedono due cose: i soldi non bastano per tutti, per cui prima o poi anche lui dovrà pagare un'assicurazione privata e un ticket. Inoltre, ad alcuni milanesi è capitato che sia stato proposto non solo un esame inutile, ma anche un intervento chirurgico pericoloso, che serviva solo a fare cassa. Al cinico tassista, infatti, capiterà prima o poi di avere un dolorino al torace e di spaventarsi, magari anche molto. In quel momento potrebbe rendersi conto che le cardiocirurgie in Lombardia sono in numero pari a quelle dell'intera Francia e che esiste un interesse oggettivo per sottoporre a by-pass coronarico tutti i casi con un minimo di alterazione, anche quando quella alterazione non farebbe male a nessuno se non dopo anni, e forse può essere trattata con 50 mg di acido acetilsalicilico (mezza aspirinetta), del costo di un paio di centesimi. Quando dovesse capitare a lui, che cosa dirà? La risposta è ovvia. Sarà convinto di essere stato salvato da medici bravissimi, appena in tempo. E se invece, come per molte tra le vittime della "clinica degli orrori", lo avessero usato per incassare un DRG più remunerativo facendogli rischiare ictus e trombosi? Tanti auguri, caro tassista

ghe di voti raccolti da cittadini stupefatti di essere imbrogliati. Tremonti avrebbe applaudito, facendo i complimenti a Sacconi per l'ottima scelta. Ma così non è stato.

La riduzione delle liste d'attesa passerebbe anche per "l'incentivazione dei Centri unici di prenotazione". "Già oggi al Ministero si è insediata una commissione ad hoc" ha annunciato Fazio. Ma esiste già un meccanismo semplicissimo di disingorgo delle liste d'attesa e di prenotazioni adeguate alla capacità dei servizi: il taglio di tutto ciò che è inutile perché serve solo a spendere soldi. Facciamo un altro esempio radiologico, facile da capire. Un lavoro scientifico di grande rilievo internazionale, comparso anni fa su riviste di massimo prestigio, ha riconosciuto la TAC del torace come strumento ottimale per identificare precocemente un cancro del polmone. Risultato entusiasmante per tutti i fumatori: si ponevano le basi scientifiche per continuare tranquillamente a fumare. Basta fare una TAC ogni sei mesi e andare sotto i ferri del chirurgo per rimuovere il cancro, qualora sfiga volesse che tra un controllo e l'altro venisse fuori. Oggi sappiamo due cose: la prima è che quella ricerca è stata pagata con 3,5 milioni di dollari da una fondazione statunitense i cui soldi vengono esclusivamente da uno dei maggiori produttori di sigarette. La seconda è che, quando si vanno a contare i morti dopo dieci anni, non ci sono differenze tra chi ha fatto le TAC e chi non le ha fatte, per cui quel sistema di prevenzione secondaria non salva proprio nessuno. Ma costa moltissimo allo Stato, che paga radiologi e radiologie. Per i più prudenti, sappiate che essere sottoposti a una TAC del torace significa affrontare un rischio di cancro pari al fumo di quattrocentocinquanta sigarette, che si aggiunge ogni volta che ripetete la TAC. Per saperne di più leggete *Malati di spreco*², un libro che ho scritto insieme a un assai noto ricercatore del CNR, Eugenio Picano, e che è circolato troppo poco per salvare la pelle a qualche persona in più.

Ma la fede nello screening è più solida del granito. Di fronte a tali fallimentari risultati, gli oncologi hanno deciso non di sospendere, bensì di aggiungere alla TAC la PET. Per cui chi ha

fumato per vent'anni ogni otto mesi viene sottoposto ai due esami. Vedremo i risultati tra dieci anni e, nel frattempo, affronteremo spese maggiori, gonfieremo le liste d'attesa e conteremo i morti. Speriamo di non accorgerci anche di aver buttato il doppio dei soldi senza salvare nessuno.

Anche il rinnovamento tecnologico della sanità del Sud Italia è uno degli obiettivi del nuovo Governo Berlusconi, ha assicurato il sottosegretario Ferruccio Fazio. "Già da quest'anno" ha spiegato "si possono trovare i fondi per le quattro regioni dell'obiettivo convergenza: Sicilia, Calabria, Puglia e Campania. Si potrà utilizzare, per il periodo 2007-2013, parte dei fondi generali della Comunità Europea che spesso tornavano indietro perché non spesi. Il Governo si assicurerà che questo non accada più." Per i privati che hanno investito in sanità questo equivale all'annuncio di un altro ponte sullo stretto di Messina. L'adeguamento tecnologico delle strutture sanitarie del Sud Italia servirà anche a "ridurre la mobilità dei pazienti dal Meridione al Nord, che rappresenta un costo enorme non solo per la sanità, ma anche per l'azienda Italia" ha sottolineato Fazio.

Ma è proprio su questo enorme costo che si basano i vantaggi della sanità del Nord, soprattutto nelle regioni, come la Lombardia, che hanno investito di più in strutture accreditate, ma non solo. Anche i servizi pubblici delle regioni "rosse", Toscana ed Emilia Romagna, e di quelle leghiste come il Veneto sono molto interessati al riguardo. Attraverso quale meccanismo? L'anticipazione dei rimborsi delle prestazioni effettuate da parte della ASL del territorio si recupera rivalendosi sulla Regione di residenza. Questa pagherà l'anno successivo un conto difficile da contestare, e solo attraverso una complessa burocrazia, che impone molte ore di lavoro e costi elevati. Ne parleremo oltre, facendo l'esempio della clinica Pini d'Abruzzo e della Regione Marche.

Altro ragionamento a sostegno dei privati è quello che vede nella competizione un meccanismo virtuoso, che regola prezzi e mercati. Virtuoso? Proviamo a capire quant

Il danaro destinato alla salute dei cittadini viene collocato in un fondo sanitario, del quale è responsabile la sottosegretaria Francesca Martini. Questo fondo varia di anno in anno in base alla legge Finanziaria e non basta mai. Ha ragione il ministro Sacconi: non esistono tagli alla sanità nei suoi programmi, ma un tentativo di contenere aumenti annuali prospettati dal precedente Governo, incapace di limitare gli sprechi. Se valesse la legge sulla competizione, si sarebbe registrata una forte diminuzione dei costi in regioni che l'hanno favorita, come Lombardia, Lazio e Sicilia, che invece risultano le più spendaccione. Una semplice legge di mercato, dicono. La domanda e l'offerta di salute disciplinano il prezzo, come in qualunque altra operazione commerciale. Prendiamo il petrolio, per esempio. Quanto più alta è la domanda, tanto più cresce il suo prezzo: ce ne siamo resi conto tutti facendo il pieno di benzina. Poco petrolio, alto prezzo.

Poca salute, alto prezzo dei servizi? Basterebbe aumentarne il numero, con la stessa logica con la quale si aumenta l'estrazione del petrolio dai pozzi. C'è una differenza, però: la domanda di salute è incompressibile, riguarda tutti, anche le persone sane. Chi compie cent'anni vorrebbe viverne almeno un altro paio. Chi è capace di prestazioni sessuali quotidiane s'impasticca di Viagra, Levitra e Cialis per farne quattro o cinque al giorno con donne diverse, poi va a farsi controllare la retina a carico del SSN. Chi corre la tre chilometri della festa parrocchiale si mette in testa la maratona di New York, magari dopandosi con Epo e testosterone; a carico del SSN i danni. La domanda di una società che crede nei superuomini, nei supereroi e nelle superdonne, e s'illude che più sono i controlli, meglio si è curati e meno si rischia, incontra un'offerta che sarà sempre inferiore alla richiesta. Si vuole mangiare sino a strafogarsi, senza diventare né obesi né ipertesi. Si vogliono coronarie perfette, senza alzare mai il sedere dalla poltrona. Si vogliono fegati sani, senza smettere di trincare Martini con vodka tutti i santi giorni all'ora dell'aperitivo. Si fuma e ci si tiene svegli col caffè quanto serve e quanto se ne ha voglia, chiedendo alla sanità check-up composti da decine di esami

appena ci si sente "poco bene". La domanda non calerà mai, anzi salirà di continuo, e l'aumento dell'offerta non calmiererà i prezzi. Piuttosto si rincorreranno continuamente offerte nuove e articolate, come dimostra l'attuale esplosione dei check-up, degli screening, della chirurgia estetica e delle terapie "new age".

Ma torniamo ai soldi del fondo sanitario che non bastano mai. Ogni Regione riceve parte del fondo a seconda dei propri residenti, con correttivi discussi e variabili, calcolati sulla percentuale di persone anziane, neonati e giovani, sulla presenza di istituti pediatrici o di altra specialità, che funzionano da centri di riferimento, e cose simili. Ogni Regione usa il fondo per pagare i propri servizi sanitari e stabilisce un tetto di spesa, quantificato con complicati calcoli statistici che analizzano malattie prevalenti, servizi e molti altri dati. Anche le cliniche private accreditate hanno un tetto: significa che non possono fare tutti gli esami e i ricoveri che vogliono, ma solo entro i limiti della cifra a loro disposizione. Ciò non vale per chi arriva da fuori regione. Infatti, in questo caso, l'ospedale può (anzi deve) curare comunque il malato, mandando il conto alla propria ASL, a prescindere dal tetto. Le quote fuori tetto, pagate per i non residenti, saranno rimborsate dalle Regioni di provenienza. Sicilia, Basilicata, Calabria, Puglia, Sardegna ecc. sborsano milioni di euro a vantaggio delle Regioni del Nord, privandosi delle risorse per migliorare il proprio personale e il parco tecnologico. Il Governo sa che la crescita della sanità del Nord si basa sull'arretratezza della sanità del Sud e sa quanto duro possa essere porvi rimedio, visti gli interessi economici in gioco: settecentocinquanta milioni di euro nella sola Lombardia, per esempio. Ma la causa non è solo quella. Molte delle vicende a carico della malasanià del Sud, infatti, hanno indicato nella collusione tra malavita organizzata e servizi sanitari una delle aree più ricche di speculazione politico-affaristica. Basta leggere la cronaca giudiziaria.

I beneficiari: partiti, correnti, imprenditori, cooperative e malavita organizzata

La cronaca è ricca di scandali nella sanità, alla ribalta così di frequente da non stupire più nessuno. Qualcuno dei fatti più significativi, però, merita d'essere ricordato.

Il consigliere regionale della Calabria Domenico Crea, sventurato al collega medico Francesco Fortugno, assassinato il 16 ottobre 2005 dalla 'ndrangheta calabrese, è stato arrestato nell'ambito delle indagini sulla connivenza tra criminalità e politica che determinava gli appalti nella sanità della regione. Il delitto Fortugno sarebbe maturato in questo contesto, perché con la sua presenza non veniva garantito al gruppo di delinquenti presente nella Locride il potere di fare affari utilizzando l'ospedale e le strutture sanitarie del territorio.

Prima d'essere trasferito dal csm, il sostituto procuratore Luigi De Magistris aveva chiesto il rinvio a giudizio nei confronti dell'ex presidente della Regione Calabria Giuseppe Chiaravalloti, dell'ex parlamentare Giovanni Filocamo (ex assessore alla Sanità ed ex commissario straordinario della ASL di Locri), di Giovanni Luzzo (ex assessore alla Sanità), di Luigi Giugno (medico dell'ospedale di Locri) e di Manuela Stroili (ex direttore generale della ASL di Locri).

La ASL Napoli 4 è infiltrata dalla camorra. Un bacino di seicentomila abitanti al centro del triangolo Pomigliano-Nola-Acerra, dove i boss Alfieri e Galasso sono stati sostituiti dopo il loro "pentimento" da clan ancora più feroci. Bilancio della struttura sanitaria: cinquecento milioni di euro all'anno. Polizia, carabinieri, guardia di finanza della Direzione distrettuale antimafia hanno riscontrato "la presenza di concordanti elementi di condizionamento camorristico". In altre parole, sotto l'occhio di dirigenti nominati dalla Giunta regionale, la camorra ha spadroneggiato negli appalti e nei contratti di forniture della ASL. Gli appalti (pulizie, lavanderia, rimozione e trasporto di radioattivi, fornitura dei pasti, trasporto dei rifiuti ecc.) sarebbero andati sistematicamente a ditte prive del nulla osta antimafia, e che risultavano interdette dall'averlo.

Tutto è cominciato con la rimozione di Giuseppe Mancusi Barone, ex alto magistrato, direttore amministrativo per soli dieci mesi. Lo aveva chiamato nel gennaio 2001 lo stesso Bassolino, quando la situazione era già più che allarmante dopo che due direttori generali avevano rassegnato le dimissioni "per motivi personali e familiari", ma in realtà perché erano stati minacciati. Dopo dieci mesi ci si è accorti che l'alto magistrato Giuseppe Mancusi Barone non poteva fare il direttore amministrativo: "Non ha i titoli". Con decisione del manager della ASL, su parere favorevole dell'Avvocatura della Regione, viene messo alla porta: ma lui scrive, scrive e segnala tutto durante e dopo il suo incarico. Compresa le minacce cui viene sottoposto, durante e dopo.

Mentre in molte ASL della Puglia Nichi Vendola tagliava prestazioni e posti letto per "risanare" il bilancio, un'associazione a delinquere si spartiva il danaro. Coinvolti politici, funzionari, sindacalisti, imprenditori e dirigenti delle ASL di Bari, Lecce, Foggia e Taranto. Lo scandalo riguardava "appalti in cambio di soldi e favori", un sistema redditizio, con trentuno milioni di euro fatturati in tre anni, che sfruttava la disperazione dei lavoratori socialmente utili della cooperativa barese La Fiorita. Era un'associazione a delinquere per appaltare servizi di pulizia, sanificazione e ausiliario all'ospedale Santissima Annunziata di Taranto, per esempio, e nelle AUSL Bari 4 e 5, Lecce 1 e 2 e Foggia 1. Il GIP Giuseppe De Benedictis scrive nelle ordinanze che si trattava di "una gestione ottenuta grazie a una fitta rete di appoggi, del cosiddetto 'passaggio politico' (cioè il beneplacito da parte dei vertici della politica regionale pugliese). In tal modo si conseguiva il totale asservimento delle strutture burocratiche della Regione e delle ASL pugliesi".

"Tutte le strutture burocratiche delle ASL e molte di quelle della Regione" ha ribadito il sostituto procuratore Lorenzo Nicastro "erano completamente asservite, nell'adempimento delle loro funzioni, ai desiderata dei legali rappresentanti delle imprese indagate. Un dato molto grave e triste. Un filo rosso unisce tutte le indagini degli ultimi cinque anni sugli ap-

palti della pubblica amministrazione. Non una sola gara si salvava da questo sistema di turbativa, prescindendo dalla qualità del lavoro e del servizio".

Mi fermo. Dal momento che ben l'80 per cento del danaro che circola in quasi tutte le Regioni proviene dal fondo sanitario, è ovvio che malavita e corruzione si concentrino sulla sanità. Lo stesso fanno politici, imprenditori e sindacalisti, attratti dalle possibilità di lavoro e guadagno, clientele e voti, potere e intrecci favorevoli agli interessi di ciascuno. La maggioranza di tali interessi non ha nulla a che fare con la salute dei cittadini. Per evitare eccessi, ci si è accordati tra potenti per suddividere le risorse in "lotti", che vengono negoziati continuamente, in ragione dei risultati elettorali. Chi gestisce il lotto derivato dalla contrattazione fra partiti concede l'appalto alle cooperative di CL o a quelle rosse, all'imprenditore dottor Pinco oppure al signor Palla, ma solo se garantiscono un "ritorno" al partito o al gestore del lotto? Probabile. Anche quando dentro la giacca blu si nascondono delinquenti? Così dice la cronaca e così recitano i documenti dei magistrati nei vari processi. Ma la lottizzazione ha costi proibitivi e porvi rimedio diventa imperativo. Come?

Da anni paghiamo stipendi e consulenti per monitorare i bilanci di ciascuna Regione; esiste una "Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema" che affida all'Ufficio VI la compilazione di un dossier annuale, scaricabile da Internet.³ Qui si identifica dove, chi e come spreca, ruba, truffa. Non c'è bisogno di commissioni d'inchiesta. Basta quel 2 per cento di controlli obbligatori delle SDO, le schede di dimissione ospedaliera che abbiamo imparato a conoscere. Una cosa, infatti, è eseguire il 2 per cento di verifiche a caso, allo stesso modo di una pesca tra le bancarelle del luna park. Altro risultato si otterrebbe se quel 2 per cento fosse concentrato su cliniche e ospedali acchiappati con indicatori di inappropriata evidenza. Come si fa? Si comincia, per esempio, andando a vedere che frequenza hanno i DRG elencati nella Tabella 1. Dove ci sono tanti interventi sulla mammella, senza la documentazione di un cancro,

si può essere quasi certi di trovare una chirurgia estetica camuffata e rimborsata. Come inibire per sempre il truffatore colto in flagrante? Nessun processo, per carità, passerebbero decenni! Basta presumere che tutte le SDO che contengono quel DRG siano false e non pagarle per tutto l'anno. La punizione sarebbe efficace e, con la potenza del passaparola, tutti scoprirebbero che per incassare di più si rischia di lavorare gratis. Smetterebbero all'istante.

Ma per ora non sembra che questa sia la strada intrapresa. Si continua ad assumere burocrati, ad allontanare manager che garantivano finanziamenti a partiti concorrenti per sostituirli coi propri; si realizzano accordi coi privati, coinvolgendo banche e assicurazioni e pensando così di attivare "nuove risorse per la sanità". L'obiettivo sarebbe quello di realizzare progetti in strutture che non hanno la forza di andare avanti da sole, "magari facendo in modo che l'investimento sia appetibile". Ecco, su questo punto il programma del Governo per la sanità avrà successo. Appetibile lo sarà di sicuro, visto che l'appetito non manca a nessuno dei protagonisti.

L'onorevole Maurizio Sacconi,⁴ ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, trova che sia una buona idea riequilibrare l'assegnazione delle risorse previdenziali, ritenendole al momento una spesa eccessiva. Il compito di riorganizzare l'assegnazione spetterà al federalismo fiscale, dice Sacconi, attraverso una "cabina di regia" nazionale che agirà in stretta collaborazione con le Regioni. La spesa sanitaria delle Regioni verrà tenuta sotto controllo tramite la minaccia di sanzioni come l'innalzamento della pressione fiscale a livello locale, il commissariamento delle amministrazioni regionali o persino un'ipotesi di conseguente ineleggibilità. Tra gli impegni prioritari in positivo, Sacconi dichiara invece di voler valorizzare le politiche di prevenzione (al momento si spende troppo poco in prevenzione primaria e troppo in secondaria sotto forma di screening)⁵ e finanziare la ricerca e l'innovazione, in accordo col Ministero dell'Istruzione (senza sprecare soldi con asini e fannulloni). Dopo avere riepilogato i risultati sull'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) e i controlli della spesa sui farmaci, Sacco-

ni assicura di voler "valorizzare e ridefinire i compiti dell'Istituto Superiore di Sanità", un carrozzone democristiano gonfio di impiegati nullafacenti. Se ce la farà sarà davvero ricordato nei libri di storia. Per quanto riguarda la medicina generale e le farmacie, il ministro si dice d'accordo sulla vendita dei farmaci nei supermercati concessa dalla legge Bersani, seppur con qualche ritocco. Infine trova necessario controllare l'applicazione della legge n. 194 del 1978 sull'interruzione volontaria di gravidanza. Intende garantire la sua completa applicazione e preannuncia la correzione delle linee guida adottate da Livia Turco in materia di procreazione medicalmente assistita. Sulla spreco prodotto da chi eroga cure ed esegue esami e ricoveri inutili dice poco, per cui, nel frattempo, continuiamo a imparare a difendere il "nostro" servizio sanitario, per il quale ci sveniamo con abbondanti trattenute in busta paga.

Una volta compreso che i fenomeni dell'inappropriatezza permettono alla gente di rubare i soldi destinati alla salute, vediamo come si manifesta un comportamento sospetto. Prendete nota e segnalate ai NAS le situazioni in cui vi accorgete che:

- si fanno ricoveri di breve durata che costano poco e rendono il massimo per accertamenti eseguibili a livello ambulatoriale;
- si fraziona il ricovero in due o più ricoveri consecutivi, in cui il paziente viene dimesso da un reparto e immediatamente ricoverato in un altro, ottenendo così non una tariffa, ma tante tariffe quanti sono i ricoveri consecutivi;
- si fanno interventi di chirurgia non rimborsabili (correzione chirurgica della miopia o rimozione di una cicatrice o correzione di un seno pendulo) camuffandoli da biopsia con escissione, cataratta ecc.;
- si gioca sul transito fra ricovero per acuti, riabilitazione, rientro in acuti e di nuovo in riabilitazione, per moltiplicare i DRG;
- si fanno interventi chirurgici sfruttando marcatori inaffidabili come il PSA.⁶

Nel trucco della riabilitazione e dei ricoveri consecutivi si sono cimentati in molti, arrivando a riabilitare e far rientrare in terapia intensiva, per poi riabilitare di nuovo, chiunque potesse garantire maggiori introiti. Poco il disagio per il ricoverato, che alcune volte manco se ne accorge, visto che i passaggi sono fatti solo sulla carta. Virtuali dunque, come i letti. Sentite a proposito ciò che capita alla Regione Marche.

Una delle cliniche accreditate che si sono ben cimentate in tale strategia è Villa Pini d'Abruzzo SRL, casa di cura privata di Chieti, strategicamente collocata al confine regionale. Davvero interessante leggere deduzioni e controdeduzioni scambiate con l'ufficio della Regione Marche, che ha contestato il pagamento di pazienti marchigiani ricoverati per eventi acuti e poi riabilitati, all'interno di un balletto di ricoveri consecutivi che è perfino difficile comprendere. In sostanza i dirigenti di Villa Pini d'Abruzzo sostengono che non ci sia bisogno di spostare fisicamente il paziente: basta chiamare con un altro nome lo stesso letto dello stesso reparto. Così si può "trasferire" in riabilitazione chi sta in ricovero per acuti senza disturbarlo. Tutto da ridere, se non fosse che la Regione Marche, accettato tale principio, si troverebbe a pagare alcune centinaia di migliaia di euro in più.

Altro trucco che ricade nella strategia imprenditoriale è quello di collocare la propria struttura in zona di confine. Se una clinica si trova tra Emilia, Toscana e Liguria, per esempio, riesce a raccogliere utenti dalla propria regione, dalla quale ha severi controlli, restrizioni e limiti, e dalle altre due, dalle quali invece difficilmente subirà contestazioni e mai un limite. Pericolosa falla federalista, cui Sacconi deve stare molto attento. Ogni Regione si fa gli affari propri, ma poi paga la Regione confinante per le attività di qualche furbo sulla frontiera.

A fronte di drammatici conti in rosso, le esigenze crescono e alcune suonano bizzarre. Un proverbio ligure dice: "Chi non piange non tetta". L'hanno imparato anche gli immigrati di religione islamica, quando hanno chiesto che la circoncisione rituale fosse a carico del servizio regionale. Ma circoncidere i

chi non può sborsare danaro. Nonostante i molti tentativi, questa illegalità, di cui sono responsabili i direttori generali, resta.

La storia dell'ospedale Niguarda è esemplare. Dà lavoro a 714 medici e 1540 infermieri in un complesso di 4170 dipendenti. È uno dei più importanti ospedali del Nord Italia. Fino al 1991-92 era un feudo della sinistra; nel 1992 il socialista Mario Chiesa è il primo arrestato in ciò che diverrà lo scandalo Mani Pulite. Rivela la lottizzazione sanitaria, spiegando che il Niguarda era della corrente migliorista del PCI-PDS. Ciò significa che le carriere dei medici e l'assegnazione delle risorse ai loro reparti vedono favorito in modo smaccato chi prende la tessera di quei partiti. Con la caduta della corrente che gestiva il Niguarda, scoppia un altro scandalo. Il 31 dicembre 1994 sette capigruppo vengono registrati durante una riunione nella quale si dividono le poltrone. Litigano, ricattano, pretendono, scambiano, si accordano: Patrizia Toja è allora assessore al Bilancio della Giunta leghista di Paolo Arrighoni. Oggetto della contesa 59 posti dei nuovi direttori generali.

«Io chiedo Magenta e rinuncio a Vimercate.»

«No, mollate Cernusco e facciamo un discorso su Garbagnate.»

Ore e ore di discussione dal telefono in viva voce lasciato aperto. La fatica è improba, risparmio i dettagli pittoreschi e volgari del ritratto che ne fece sul numero 3 di "Micromega" dell'anno 2000 l'allora meno conosciuto Marco Travaglio. Alle 5 del mattino, finalmente l'accordo.

«Allora, ricapitoliamo: 24 posti ai popolari, 14 alla Lega, 10 ai socialisti, 7 al PDS...»

Sfiniti, passano alla lista dei raccomandati. Tra i 920 candidati più meritevoli, si scarta ogni considerazione sulle capacità e si va al sodo: incapace, ma gradito all'assessore, perciò "manager". Nell'agosto '98 il tribunale conclude che "è pienamente provato che le nomine furono effetto di accordi spartitori tra i politici" e denuncia la lottizzazione come "eclatante strumentalizzazione del potere pubblico per fini privati". "Non vi è dubbio", concludono i giudici, che i politici andrebbero condannati per "abuso d'ufficio", che però "non è più previsto dalla legge

come reato." Infatti il 16 luglio 1997, nel bel mezzo del processo, il Parlamento aveva approvato a larghissima maggioranza una riforma, su proposta di Saraceni (DS) e Cirami (Forza Italia), che legalizzava la lottizzazione. Prima i politici dovevano almeno fare finta di scegliere "i più capaci e meritevoli". Da quel giorno non più. Nel novembre '98 Formigoni firma una legge regionale che stabilisce che spartirsi le nomine è un diritto, perché i partiti devono essere liberi di "premiare solo chi garantisce maggiore affidabilità rispetto all'indirizzo politico".

Distrutta l'egemonia della sinistra sul Niguarda, il potere cambia mano. Secondo i giornalisti Paolo Biondani e Peter Gomez,³ tutto va nelle mani di chi aderisce a Comunione e Liberazione.

In ogni ospedale i dirigenti scelti dai politici condizionano, a cascata, le assunzioni dei medici: capi dipartimento, primari, aiuti e assistenti. Una legge ha abolito i concorsi per i primari, che non devono nemmeno più sottoporsi a un concorso nazionale di idoneità: il manager fedele al partito istituisce una commissione che si limita a selezionare gli "idonei". Poi è lui a stabilire il vincitore. Così al Niguarda, come dappertutto, medici e primari con la tessera si contano a decine. Che sappiano o no curare i malati diventa irrilevante. Il capo del maxidipartimento d'Emergenza è Raffaele Pugliese, leader dell'associazione dei medici ciellini. La lettera mandata due settimane prima delle elezioni regionali del 2005 agli ex ricoverati dal professor Pugliese recitava:

Caro paziente, mi permetto di scriverLe in virtù dell'incontro che abbiamo avuto e del servizio che abbiamo potuto offrirLe in occasione della Sua degenza nel mio reparto.

Seguivano elogi vari alla Regione, e alla fine:

Fatta salva la libertà elettorale di ciascuno e sperando di non recarLe disturbo o offesa, mi permetto di suggerirLe di sostenere la rielezione dell'attuale presidente della Giunta regionale Roberto Formigoni.

turo con maggiore speranza, senza più lasciare soli i colleghi che pagano per la loro onestà, né quelli che a causa di questa subiscono oltraggio.

Non un processo popolare, ma una valutazione onesta dei disagi subiti dalle vittime, della loro sofferenza senza senso. Bilancio comprensivo anche nei riguardi di chi non sa reagire, un po' vigliacco forse, ma per ragioni forti. Da raggiungere insieme alla consapevolezza che la solidarietà non modifica il disgusto per lo scandalo, ma aiuta ad affrontarlo meglio, senza farsi prendere da un'inutile rabbia. Superare il confine che separa il silenzio dalla denuncia. Già, ma come?

Chi lavora nella sanità, pubblica o privata che sia, ha l'obbligo morale di lavorare e collaborare con le forze della giustizia perché venga fuori chi ha commesso abusi, soprattutto quando pagati in sofferenze di persone inermi, perfino con la vita. Chi ha visto o sentito qualcosa, oppure semplicemente e a conoscenza di qualche circostanza che può servire a dare un nome ai responsabili, non può stare zitto. Trovi il proprio modo per aiutare la giustizia. L'omertà fa ammalare, fa perdere sonno e serenità, fa venire il cancro da stress e immunosoppressione prolungata. Il farabutto farà carriera indisturbato, guadagnerà più di voi, e il vostro silenzio lo porterà a dirigere l'unità operativa in cui lavorate. Non vi pare un rischio intollerabile?

Questo servizio sanitario teme il silenzio dei giusti. Chi sa parli, chi fa solo supposizioni taccia. Perché un colpevole si può identificare e punire; la colpevolezza di tutti, o del sistema, no. A fondamento di regole e leggi c'è un patto di convivenza, dentro l'etica professionale c'è il rispetto di se stessi e degli altri, indispensabile per convivere in ospedale più ancora di regole e leggi. Nessuna retorica, nessun eroismo, ma la consapevolezza che estirpare un cancro che minaccia equilibrio sociale, civiltà e benessere condiviso è compito di chi identifica il cancro con precisione e agisce di conseguenza.

Scienziati, paranoici, narcisisti

L'uomo superstizioso crede in una sorta di determinismo universale, nella possibilità di trovare sempre un significato negli eventi, e vede nelle circostanze fortuite indizi significativi di chissà quali influssi. Tale abitudine si accompagna a un credo religioso, indirizzato spesso a un santo o a un defunto.

Lo scienziato fa altrettanto? Anch'egli è convinto che esista sempre un significato negli eventi e che solo la nostra ignoranza ci impedisca di comprenderlo. Quando vive nella curiosità umile e nel dubbio, consapevole della propria ignoranza, quando crede nella verifica empirica di quanto ipotizza, è uomo di scienza. Sa che questa è fatta di indagini e faticosa verifica. Quando invece s'invaghisce di teorie e identifica come riscontro ciò che è dovuto al caso, arrivando perfino a manipolare i dati, cessa d'essere scienziato e diventa un "fissato", per arrivare rapidamente al gradino successivo: la paranoia.

Il paranoico tende a scorgere dietro tutti i comportamenti di coloro che lo circondano precisi significati e intenzioni, di solito perfide congiure contro la sua persona. Per lui, nulla di ciò che accade avviene per caso e ogni mossa degli altri va considerata indizio della giustezza dei suoi sospetti. L'interpretazione dei fatti osservati sia dal paranoico sia dal superstizioso si basa non su dati obiettivi, bensì su impressioni, e non viene verificata. Impulsi come paura e rabbia intervengono a distorcere la percezione della realtà.

Il narcisista è talmente innamorato di se stesso e della propria intelligenza da non accorgersi di limiti e difetti che per gli altri sono macroscopici. Bluffa anche con se stesso e nega di farlo.

Scienziati narcisisti e paranoici, ma anche superstiziosi, affollano il mondo della medicina e sono pericolosi. La scelta dell'arte medica, infatti, mette le persone nella condizione di disporre di corpi e menti altrui, ma anche di se stessi, con un potere che pochi altri posseggono. Questo senso di potenza, in persone che manifestano disturbi di quel tipo, crea l'austero personaggio in camice bianco, il professorone pontificante, lo

conoscenza non porta all'auspicata riduzione dei costi, dei malati e dei deceduti evitabili.

Contro ogni evidenza scientifica, si è deciso che la malattia è una questione che riguarda prevalentemente la nostra eredità e i nostri geni e si lavora per rendere duratura questa rivoluzione concettuale, cementandola nei programmi sanitari. Un grande business, basato sul niente, ma che promette guadagni colossali.

I nostri geni sono stati selezionati in milioni di anni come adatti a vivere su questo pianeta, insieme alle altre specie. La violenza chimica degli ultimi cent'anni impedirà a qualunque gene di modificarsi in tempo. Gli unici a poterlo fare sono i virus, che si riproducono a miliardi in pochi minuti e possono facilmente inserire errori casuali in RNA e DNA, adattandosi a nuove condizioni e nuove specie. L'uomo no.

La terapia? Finanziare la prevenzione primaria. Non OGM, terapia genica e trapianti di organi da babbuini e maiali umanizzati, ma prevenzione primaria. Se le risorse investite continueranno ad avere un rapporto di un miliardo di euro per la medicina molecolare contro uno per la prevenzione primaria, non s'è capito nulla, non si controllano le malattie, non si vuole controllare davvero la spesa sanitaria.

Alla fine, perfino i lottizzatori potrebbero esserne danneggiati.

Sarà mica quest'ultima tristissima considerazione a modificare le cose in futuro?

XII

Nessuno è immortale, forse nemmeno Dio

Cloni e cellule staminali

In un mondo di copie e di cloni dove tutto può essere creato dalla tecnologia, tempo e spazio si annullerebbero e l'umanità sarebbe proiettata in un futuro fantascientifico dove ogni uomo non avrebbe più l'obbligo di morire. L'immortalità illudeva i Faraoni d'Egitto e ancora ci illude, manifestazione culturale che meglio di altre mette a nudo le contraddizioni della cultura contemporanea. Rifiutiamo di finire in polvere ma abbiamo perso l'anima. Dunque non resta che clonarci, mantenendo salda la nostra unicità immortale sul pianeta. Meglio ancora cambiare ogni pezzo che si logori, al pari di qualunque altra macchina. Le cellule staminali embrionali, rubate a persone indegne di nascere, serviranno allo scopo.

Molti gli autori - storici, filosofi, religiosi, liberi pensatori - a cimentarsi su tali questioni e temi, con saggi capaci di argomentazioni ben più profonde di quanto questo capitolo potrebbe sviluppare. Quelle opere dovrebbero circolare più di quanto non accada e a quei pensatori lascio la responsabilità di renderle accessibili. Da medico qualunque, provo qui a considerare gli aspetti sanitari di quell'illusione, quelli che arrivano in ambulatorio e in corsia, rendendo paradossali situazioni un tempo vissute come naturali.