

STOP THE MASSACRE
STOP THE KILLING

BOLLETTINO TANTA SALUTE, N° V, GENNAIO 2024



bollettino Tanta Salute

da pagina 11

GENNAIO 2024 | Anno I | Numero V | RETE TANTA SALUTE | Prezzo: € 0.00

dall'apertura della struttura siamo riuscite a farci inquadrare come OSS mentre prima eravamo inquadrate come ASA (Ausiario Socio Assistenziale) e siamo riuscite a recuperare 5 anni di arretrati. Dopo molti incontri, trascinando la struttura presso la Prefettura, siamo riuscite ad obbligarli a mettere un operatore dedicato per la notte in un nucleo che era abbandonato a se stesso con pazienti affetti da Alzheimer. Abbiamo vinto la causa per farci riconoscere i 10 minuti di vestizione come già avviene in molti contratti sanitari. Abbiamo obbligato l'azienda tramite denuncia alla Prefettura e scio-

pero interno a provvedere a installare un impianto extra di aria condizionata per ospiti e operatori del nucleo protetto che in estate svenivano dal caldo. Sempre denunciando in Prefettura le ennesime inadempienze abbiamo ottenuto di fare come organizzazione sindacale un sopralluogo all'interno della struttura con l'incarico di stabilire le vere quantità di operatori necessari". Dieci minuti per la vestizione, un ambiente salubre, operatori di notte per nuclei con persone non autosufficienti, l'inquadramento come OSS in quanto OSS, queste sono le vittorie di lunghe battaglie sindacali. Battaglie per dei diritti basilari che ogni giorno vengono calpestati, nelle RSA e in ogni altro luogo di lavoro. La lotta di queste lavoratrici non finisce qua e per questo hanno deciso di scioperare il 3 dicembre e attraverso questa testimonianza vogliamo divulgare quelle che sono le loro rivendicazioni e vertenze:

"Chiediamo che l'attuale legge di accreditamento delle RSA venga riformata abolendo in minutaggio, in particolare chiediamo che la cartella SOSIA, cioè la cartella di valutazione delle difficoltà di gestione dell'ospite, non serva solo a stabilire la retta che i parenti devono pagare ma che obblighi le RSA ad assumere la quantità di ASA, OSS e tutto il personale sanitario e socio-educativo necessario all'assistenza, diminuendo così i carichi di lavoro e aumentando la qualità del servizio. Tutto questo per ritrovare quella umanità perduta a causa del business senza limite che regione Lombardia permette. Chiediamo che vengano riconosciute le malattie professionali del settore non solo come gravose ma usuranti, sia fisicamente che psicologicamente, quale ad esempio il burnout. Che questo riconoscimento

come lavoro usurante, una volta certificato mediante documentazione medica, possa produrre una riassegnazione obbligatoria sempre nella stessa RSA, invece dei licenziamenti. Oppure in alternativa un incentivo cospicuo all'esodato fin anche un pre-pensionamento.

Chiediamo che il governo stabilisca una volta per tutte un unico CCNL di categoria come riferimento sia nel pubblico sia nel privato mantenendo tutte le migliori ottenute fino ad ora dai 100 contratti sanitari in circolo. Chiediamo che il governo intervenga affinché alle delegazioni sindacali (soprattutto autonome) e alle delegazioni dei familiari venga consentito fare sopralluoghi e segnalare le non conformità e che queste segnalazioni possano avere più peso. Nella nostra struttura come in molte altre, gli operatori e le operatrici vengono avvisati tempo prima della visita degli organi deputati al controllo conformità. Parimenti chiediamo che ci siano più normative a protezione di quegli operatori e parenti che hanno il coraggio di dire le cose come stanno in modo che questa repressione sistemica volta al licenziamento finisca.

Chiediamo che si rispettino gli articoli della Costituzione sulla sanità e sul diritto e tutela della salute e che venga fermata la privatizzazione della sanità che di fatto crea assistenza e accesso alle cure di serie A e di serie Z.

Questo è un appello a tutte le coscienze che si devono e si stanno svegliando e che vogliono lottare per un mondo più giusto". Come Sportello Diritto alla Salute Gratosoglio supportiamo lo sciopero del 3 dicembre di queste lavoratrici, contro ogni ingiustizia per una società della cura.

Seguiranno aggiornamenti.
Sportello Salute Gratosoglio



didascalìa /PHOTO SIGNATURE (WIKIMEDIA COMMONS)

Nell'agenda politica la salute non è una priorità

Da più di trent'anni il servizio sanitario nazionale è sotto attacco, ogni governo con i propri responsabili politici e tecnici della sanità, di tutto l'arco parlamentare, ha portato avanti un progetto neoliberista fondato sull'insostenibilità economica del sistema, ritenuto inefficiente e vecchio.

Abbiamo assistito ad una strategia scientifica di smantellamento del nostro SSN: disinvestimenti, mancato turn over del personale sanitario, chiuse parziali o totali di ospedali o di strutture territoriali, ritardi pluriennali negli investimenti programmati, demotivazione e prevaricazione del personale, ecc. Dal Nadeff (Nota di aggiornamento al documento

di economia e finanza) emerge che la spesa per la sanità, nei prossimi 5 anni (2020/ 2025), diminuirà rispetto al PIL passando dal 7,4 % al 6,2%. Spendiamo meno della Repubblica Ceca e di Malta, se in paesi come Francia e Germania si arriva intorno al 10% la nostra prospettiva è quella di scendere al 6,1 % nel 2026.

continua a pag. 2

Sportelli

Rete Tanta Salute

tantasalute@inventati.org

Milano Sud

Sportello Salute Gratosoglio
c/o GTA - Via Lelio Basso, 7
Mar. dalle 17:00 alle 19:00
sportellosalutegratosoglio@gmail.com

Milano Lambrate

Panetteria Occupata
Via Conte Rosso, 20
Mar. dalle 17:00 alle 19:00

Milano Nord

Ambulatorio Medico Popolare
Via Dei Transiti, 28
Lun. dalle 15:30 alle 19:00
Sab. dalle 11:00 alle 13:00

Consultoria Autogestita

Sportello salute donne e
dissidenti di genere
Via Dei Transiti, 28
2° mer del mese 17:00 - 19:30
4° ven del mese 9:30 alle 11:30
Tel. 353.4325406

Milano Isola/Porto

PianoTerra CSOA
Via F. Confalonieri, 3
Casa delle sinistre
via Porto 30/2 Milano
Tel. 350.134 8786

Ciò che emerge da questi dati è che il SSN è sempre più vicino al collasso dopo che gli anni del Covid ne hanno amplificato il problema, costringendolo a competere ad armi impari con la concorrenza di un privato avvantaggiato da ogni possibile agevolazione

I pronto soccorso sono in crisi, tra i medici chi può se ne va, c'è stato un picco impressionante di dimissioni, negli ultimi dieci anni i tagli si avvicinano ai 40 miliardi, tra ospedali, medici di base, macchinari e personale, con quasi 30.000 operatori e 31.000 posti letto in meno, 110 ospedali e pronto soccorso spariti.

Chi ha tagliato? Non si salva nessun governo, ad eccezione di Conte 2 ma erano i tempi della pandemia. Ha tagliato Berlusconi, Monti, Letta, Renzi, Gentiloni, Conte1, Draghi.

In parallelo, il peso dei privati aumenta, dal 2020 il giro d'affari cresce vertiginosamente, il privato pagato dalle Regioni è raddoppiato, da poco più di 400 strutture a più di mille, come la bolla dell'assicurazione privata incentivata dallo Stato. E sappiamo che il privato per sua stessa natura (esigenze di profitto) non può privilegiare la prevenzione rispetto alla cura e dirigerà i suoi investimenti nei rami della sanità più convenienti.

L'ultima beffa è nel PNNR, la revisione del piano riduce i finanziamenti per la sanità pubblica,

già ultimo capitolo di spesa e rimanda i progetti di tre anni.

In linea con gli investimenti in calo, sono state tagliate le case di comunità - 414 in meno - e gli ospedali di comunità - 96 in meno - rispetto a quanto previsto dal PNNR. Questo è il definitivo colpo di grazia. Senza fondi non si può assumere il personale necessario, tanto meno accorciare le liste d'attesa.

In Italia mancano medici (3000) ed infermieri (65.000 di cui solo in Lombardia 9 mila). Sono circa 3000 i dottori che ogni anno se ne vanno dal pubblico, di cui mille all'estero, gli altri nel privato. Per arginare la mancanza si ipotizza di detassare gli straordinari ma i rappresentanti dei lavoratori non sono d'accordo perché non intendono, giustamente, continuare a rendere strutturale il lavoro extra.

Bertolaso annuncia lo slittamento di tre anni per il centro unico di prenotazione (2026/2027) con una spesa lievitata a 60 milioni di euro. Centro finanziato solo con soldi pubblici e non privati, quindi perché unico?

Un'altra pratica sempre più diffusa è il ricorso ai medici a gettone o all'esternalizzazione dei servizi.

Il costo medio annuo per i medici a gettone è di 27 milioni e 887 mila euro per coprire turni che rimarrebbero scoperti con conseguenze pesanti sul funzionamento di reparti quali anestesie pronto soccorso, dove non si può

prendere un appuntamento per l'indomani o posticipare l'esame di settimane. Visto che si lavora sull'emergenza è necessaria una risposta immediata per il paziente.

Oltre 2.600 i turni di medici a gettone dei reparti di emergenza e rianimazione lombardi, pagati anche 1.200 - 1.300 euro lordi per turno.

All'interno di uno stesso ospedale pubblico, quindi ci sono persone che sono pagate tre volte di più rispetto a chi lavora nelle prestazioni pubbliche. Solo per il 2023 si parlava di oltre 11.000 turni nei reparti di psichiatria e di un altro migliaio nelle Medicine penitenziarie, altre due tipologie di reparti dove le carenze di medici sono particolarmente gravi. Il Fatebenefratelli-Sacco di Milano ha speso per l'esternalizzazione 1,7 milioni di euro. Il ricorso alle cooperative non riguarda solo i medici, anche per quanto riguarda gli infermieri e soprattutto gli operatori socio sanitari sono frequenti nelle strutture pubbliche le procedure di esternalizzazione a cooperative terze, il cui personale lavora nei reparti, assistendo malati e anziani, in condizioni di estrema precarietà. Nel nostro paese sono previsti più di 51.000 medici di medicina generale uno ogni mille persone sopra i 14 anni. Fino a pochi anni fa, nonostante un lieve calo, il sistema ha tenuto. Il calo si è però trasformato negli ultimi anni in un tracollo, passando da 40.250 mmg in servizio al primo gennaio 2021 fino a circa 35.000 di oggi. Tre quarti dei quali alla soglia della pensione, a fronte di poche centinaia di ingressi. Resteremo con circa 15.000 medici di base nell'arco di pochi anni.

È importante capire che nulla è più scontato e se oggi è ancora normale, per chi ha la sventura di averne necessità, entrare

Storia di lotta delle lavoratrici e lavoratori di una RSA milanese

Ci presentiamo, siamo lo Sportello Diritto alla Salute Gratosoglio. Siamo nati 2 anni fa e siamo cittadini/e veramente molto arrabbiati/e e allarmati/e per le condizioni della sanità pubblica lombarda e italiana e per la deriva di privatizzazione dei servizi sanitari. Durante la pandemia, analizzando i bisogni del territorio, abbiamo deciso di aprire questo sportello per non lasciare indietro nessun* davanti alla fredda macchina burocratica sanitaria e per orientare ai vari (ormai sempre meno) servizi sul territorio.

Il nostro operato parte da una forma di mutualismo, dove l'assistenza non è fine a se stessa, ma rappresenta un modo di divulgare saperi e buone pratiche, trovare soluzioni collettive e nuove sinergie per denunciare lo sfacelo del SSN a causa di precise scelte politiche neoliberiste. La nostra casa è GTA, un centro sociale di quartiere antifascista e anticapitalista. Operiamo prettamente a Gratosoglio, quartiere della periferia di Milano Sud, ed è proprio qui che ha inizio la testimonianza che vi vogliamo raccontare. Precisamente in via Costantino Baroni dove si trova la Residenza EMMAUS, una residenza per anziani. Dall'esterno sembra una RSA come tante, nel sito vengono elencati tutti i servizi offerti come l'assistenza medica specialistica, quella infermieristica, l'assistenza qualificata 24h/24, con tanto di video introduttivo. Sembra tutto perfetto, una sorta di casa vacanze da sogno per nonni e nonne, ma la verità è ben diversa.

Come Sportello Diritto alla Salute Gratosoglio abbiamo voluto accogliere e divulgare la testimonianza diretta di chi ci lavora da anni e che da tempo sta lottando per migliorare non solo le proprie condizioni lavorative ma



anche le stesse condizioni sanitarie e umane delle ospiti e degli ospiti che pagano profumatamente queste strutture per ricevere cure ed essere trattati dignitosamente. Sappiamo che nella società capitalista la vecchiaia è un tabù, qualcosa che si scopre e di cui ci si occupa solo quando arriva, esattamente come la malattia. In una società dove la cosa più importante è produrre e per formare, l'anziano è escluso, è di peso, soprattutto se non è autosufficiente. Ma il capitalismo è infimo e riesce a guadagnarci anche così, rendendo di fatto la gestione delle case di riposo per anziani un vero e proprio business a discapito della dignità di lavorator*, ospiti e familiari, come purtroppo in qualsiasi altro settore della sanità.

All'origine del problema, ci racconta la lavoratrice OSS (Operatrice Socio Sanitaria) che abbiamo incontrato, non c'è solo chi gestisce le RSA ma la stessa complicità di Regione Lombardia che dopo aver ricevuto il potere dal governo di trasferire anziani con patologie croniche dal settore sanitario, in teoria protetto dal diritto alla salute, al settore sociale/privato, dove vige il diritto fino a esaurimento fondi e poi nessun diritto se non paghi, non si è più preoccupata di rivedere e aggiornare gli standard degli accreditamenti (vecchi ormai di 20 anni), favorendo

di fatto un business sfrenato sulla pelle delle cittadine e dei cittadini già in difficoltà. L'esplosione della pandemia ha acuito ancora di più tutte queste problematiche, portando a un continuo e progressivo peggioramento delle condizioni di lavoro con carichi eccessivi e nessun miglioramento contrattuale. Quando i lavoratori e le lavoratrici sono sfruttat* fino al possibile burnout, la qualità dell'assistenza e di cura all'ospite cala e le condizioni di mancanza di personale medico, infermieristico, di educatori professionali, di personale ATA, porta alla totale negazione di quello che dovrebbe essere l'obiettivo principale di queste strutture, ovvero assistere e curare anziani fragili e con patologie con dignità e rispetto. Chi osa lamentarsi o semplicemente organizzarsi, in questa struttura come in tante altre, viene isolat* e repress*.

Negli anni però le lavoratrici OSS di questa RSA hanno lottato per non soccombere a questo meccanismo di ingiustizia sociale e sono riuscite ad ottenere dei risultati ma la lotta non si ferma. È assurdo però andare a costatare quali risultati sono riuscite ad ottenere. Diritti e condizioni minime per una regione che si crede l'eccellenza sanitaria dell'intero Paese. La lavoratrice ci racconta: "Dopo 12 anni

continua in ultima pagina



QUANDO C'E L'AMORE C'E TUTTO... NO, QUELLA E' LA SALUTE!

Spesso le proteste e le rivolte che avvengono nelle carceri sono a causa della mancanza di cure sanitarie per le persone detenute. E' successo ancora, ad esempio, all'inizio di settembre nel carcere di Viterbo:

“Il personale medico a disposizione dei detenuti è carente, lavora in ambienti poco sicuri e si ritrova spesso a somministrare psicofarmaci piuttosto che offrire vera assistenza.”

alcuni detenuti hanno intrapreso uno sciopero della fame seguito da una fermata all'aria protestando per la mancanza di cure nei confronti di un prigioniero che da giorni vomitava sangue, e che è poi deceduto per mancanza di assistenza. La morte di Imran è stata liquidata come “per cause naturali”.

“Ad agosto 2023 erano presenti 1.408 detenuti a fronte di una capienza di circa mille posti, con un indice di sovraffollamento che supera il 120%.”

Immane i giornali riportano le lamentele dei sindacati della polizia penitenziaria, che chiedono più agenti all'interno delle carceri, senza però fare accenno al bisogno di medici ed infermieri. La situazione non è diversa nelle carceri milanesi dove i servizi infermieristici per gli anni 2020-2024 sono stati aggiudicati al Consorzio Stabile HCM tramite una gara d'appalto fondata sul massimo ribasso.

“Secondo i dati del 2023 di Associazione Antigone, nel 45,4 per cento degli istituti sono celle senza acqua calda e nel 56,7 per cento senza doccia. Nel 12 per cento delle celle il riscaldamento non funziona.”

Il presidente del Consorzio è anche membro, in evidente conflitto di interesse, del consiglio direttivo dell'ordine degli infermieri di Milano.

Tale Consorzio per vincere ha garantito di poter gestire i servizi infermieristici spendendo mezzo milione in meno rispetto ai 4,2 milioni che erano valutati sufficienti per la gestione della copertura sanitaria.

E si vede: già nel 2021 mancava personale, e i buchi sono stati coperti dagli ospedali pubblici San Paolo e San Carlo attraverso ordini di servizio e precettazioni,

obbligando medici ed infermieri a prestare servizio nelle carceri sottraendoli agli ospedali del territorio.

Di fatto questa estate nel carcere di opera era presente un infermiere ogni 600 detenuti su una popolazione carceraria di oltre 1.300, a copertura di tre turni. Questa è una delle principali cause delle innumerevoli morti che avvengono nelle carceri italiane. E' sempre molto difficile portare fuori dalle mura del carcere quello che accade realmente al suo interno. La voce dei detenuti e dei loro familiari è fondamentale per capire cosa avviene e per costruire relazioni dentro e fuori capaci di cambiare la realtà. Per questo motivo saremo presenti sotto le carceri il terzo sabato di ogni mese in occasione dei colloqui per stringere relazioni, organizzarci e lottare assieme. Potete scriverci ai contatti che seguono per condividere informazioni, racconti, esperienze e quello che accade quotidianamente all'interno delle mura.

e-mail : olga2005@autistici.org
casella postale:
“Associazioni Ampi Orizzonti”
casella postale 10241 - Milano
20122

Assemblea cittadina
Contro carcere, 41 bis ed ergastolo



Editoriale

da pagina 2

in un ospedale per un trapianto e uscire con le prescrizioni gratuite dei farmaci antirigetto, un giorno non tanto lontano potremmo trovarci come negli Usa dove è necessario dimostrare di avere soldi sufficienti non solo a pagarsi l'intervento ma anche a comprarsi quei farmaci anti-rigetto per tutta la vita.

Tutto ciò di cui parliamo, le case di comunità vuote o inesistenti, le liste d'attesa, la territorialità, l'accessibilità alle cure ecc, sono secondarie se non cogliamo la contraddizione che sta nel voler riordinare un sistema che era di ispirazione sociale e solidale, equo e universalistico e si è progressivamente trasformato in un sistema economico di stampo individualista e classista.

Se non mettiamo in discussione questo modello di matrice capitalistica, inevitabilmente perderemo il frutto prezioso, che ci è stato consegnato dalle lotte di chi ci ha preceduto e che oggi nell'indifferenza generale sta sprofondando nell'era del mercato. Non dimenticando mai che mentre calano gli investimenti nella sanità pubblica aumentano quelli in campo militare.

In questo Bollettino V

dicembre 2023

prima pagina - 2, 3

editoriale:

Nell'agenda politica la salute non è una priorità

pagina 3

Le case di comunità...
Ovvero.

pagina 4, 5, 6

Dichiarazione di solidarietà con
gli operatori sanitari di Gaza

pagina 7

La medicina penitenziaria
è un disastro

pagina 8, 9

Succede a Busto Arsizio,
ma anche a Monza:
Due casi di malasanità

pagina 10

La medicina penitenziaria
è un disastro

pagina 11, 12

Storia di lotta delle lavoratrici
e lavoratori di una RSA milanese

pagina 12

Box contatti
Sportelli Rete Tanta Salute

Le Case di Comunità... ovvero

Dopo le prime inaugurazioni, i tagli di nastri in pompa magna, la realtà supera l'immaginazione ed ecco alcune fotografie che chiariscono meglio di qualsiasi discorso di cosa stiamo parlando. Non si tratta di nuove costruzioni sul territo-

rio, ma dell'Ospedale di Codogno con “pronto soccorso” pubblico che grazie ad un cambio di insegne è diventato per magia “Casa di Comunità” e per non fare ingiustizie la stessa sorte è capitata all'Ospedale di Casalpusterlengo.



DICHIARAZIONE DI SOLIDARIETÀ CON GLI OPERATORI SANITARI DI GAZA

Mentre assistiamo alle orribili scene di distruzione della vita, in particolare a Gaza e altrove in Palestina, inclusa la Cisgiordania, noi comunità medica condanniamo senza riserve l'aggressione mirata alle infrastrutture mediche palestinesi, che comprende, ma non si limita a: i bombardamenti diretti da parte delle forze israeliane sugli ospedali e sui centri di assistenza primaria, il blocco che limita l'importazione di attrezzature mediche e medicinali di importanza cruciale, di acqua e di cibo, nonché l'omicidio di almeno 56 medici, dentisti e studenti di medicina, 64 infermieri e ostetriche e un numero imprecisato di operatori sanitari da parte dell'esercito israeliano.

Siamo inorriditi dalle notizie di medici palestinesi costretti a effettuare procedure e interventi chirurgici (compresi i cesarei) senza anestesia o illuminazione adeguata; dall'assenza di un adeguato accesso a dialisi, monitoraggio fetale, chirurgia e terapia intensiva a causa della mancanza di una fornitura affidabile di energia elettrica; dalla privazione intenzionale di risorse da parte dell'esercito israeliano, che impedisce ai pazienti di ricevere cure adeguate, non solo di tipo oncologico ma anche per il trattamento di ustioni e ferite; dal bombardamento degli ospedali e delle aree circostanti, dalle strutture sanitarie danneggiate o non funzionanti, dai massicci livelli di sfollamento, dal collasso delle forniture di acqua ed elettricità, dall'accesso limitato a cibo, alloggio e medicinali, che fa crescere il tasso di malattie trasmissibili, pregiudica gravemente l'assistenza sanitaria alle madri, ai neonati e ai bambini e porta alla disidratazione e alla fame la popolazione.

Come operatori sanitari, siamo seriamente preoccupati per le testimonianze dei nostri colleghi palestinesi, secondo le quali il sistema sanitario di Gaza è di fatto collassato. Tutto ciò nel contesto di Gaza, che anche prima dell'attuale aumento del livello di violenza, era una delle zone al mondo più pesantemente assediate, densamente popolate e prive di risorse. Ora queste stesse infrastrutture e questi stessi operatori sanitari si trovano ad affrontare una privazione sistematica senza precedenti dei mezzi per soddisfare le necessità umane fondamentali, tra cui l'accesso ad acqua potabile pulita e a ripari dai bombardamenti in corso. Siamo solidali con i primi soccorritori, i medici, le infermiere e tutto il personale sanitario e facciamo eco al loro grido di aiuto e alla richiesta di porre fine alla distru-

zione. Il prendere intenzionalmente di mira queste strutture, così come i servizi di emergenza e le ambulanze, deve cessare immediatamente. Con la morte di oltre 11.000 palestinesi e oltre un milione di sfollati al momento in cui scriviamo, stiamo assistendo a un disastro sanitario pubblico causato dall'uomo. Questi sono crimini di guerra e l'obiettivo sistematico e dichiarato di rimuovere la popolazione palestinese e creare un'altra "Nakba", come hanno affermato vari funzionari militari e governativi israeliani, equivale a un genocidio.

- che si dichiari immediatamente un cessate il fuoco
- che si stabilisca e si mantenga un accesso umanitario protetto che consenta l'ingresso immediato di adeguate quantità di for-



L'IMPATTO DELLA MORTALITÀ CAUSATA DA ERRORI SANITARI IN ITALIA

Una parte dei casi di malasanità riguarda i decessi evitabili, per questo è stato calcolato il tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari, importante per capire quante persone si sarebbero potute salvare con cure appropriate.

**TASSO DI
MORTALITÀ
EVITABILE**

**69,93 su
100.000
abitanti**

*valore medio nazionale

Fonti 2021

<https://bit.ly/Spesa-Sanitaria-Italia>

<https://bit.ly/Medmal-Report>

<https://bit.ly/Statistiche-SSN-Italia>

<https://bit.ly/Errori-Medici-Italia>

<https://bit.ly/Confronto-Sanita-In-Europa>

<https://bit.ly/Osservatorio-Salute>

Nella lettera, inoltre, si richiede una spiegazione scritta sui motivi che avrebbero impedito alla paziente di ottenere una continuità di cura. Come atteso, non arriva nessuna risposta scritta, ma alla paziente si riporta "un problema di rimborsi": l'accettazione di un codice STP comporterebbe, infatti, un possibile ritardo nel rimborso della prestazione da parte di Regione Lombardia.

Senza pudore, e andando contro quanto garantito dalla legislazione, un anonimo operatore amministrativo spiega che evitare un ritardo dei rimborsi delle prestazioni mediche conta di più della vita di una giovane donna. L'operatore in questione, probabilmente, risponde a direttive della dirigenza, da cui si sente protetto al punto da non rispondere per iscritto alla richiesta esplicita di spiegazioni in merito al mancato accesso

alle cure essenziali di una persona affetta da una malattia grave e potenzialmente letale.

La paziente ci fa capire che non ha più alcuna intenzione di farsi seguire dalla struttura che l'ha respinta: viene presa in carico da un ambulatorio di onco-ematologia di un ospedale pubblico per proseguire le cure, proprio come previsto dalla legge.

Le due storie raccolte ci raccontano il livello di razzismo e arroganza che dilagano negli ospedali lombardi, in particolare quelli privati, e ci indicano che nel nostro sistema sanitario attuale è stato istituzionalizzato il primato del profitto sulla salute, per cui l'ottenimento di un rimborso conta più che la cura delle persone, lasciando – letteralmente – alla porta chi non rappresenta una fonte di guadagno. Questi non sono casi isolati: molti finiscono sottotraccia, o non

vengono nemmeno intercettati. Il "lieto fine" delle due storie qui riportate non deve rincuorarci, perché questa rimarrà la norma fino a che collettivamente non riusciremo a imporre un servizio sanitario realmente universalistico e lontano dalle logiche di profitto.

**Ambulatorio Medico Popolare
Milano**



Succede a Busto Arsizio, ma anche a Monza: Due casi di malasanità

Nei primi mesi del 2023, nell'ospedale di Busto Arsizio (VA) un cittadino comunitario di origine rumena senza copertura sanitaria viene ricoverato in regime di urgenza, con accesso dal Pronto Soccorso, con una diagnosi di polmonite.

Due giorni dopo il ricovero, la direzione intima alla figlia del paziente di lasciare 500 euro come deposito iniziale per la successiva copertura integrale dei costi del ricovero del padre, che in quel momento si trovava in isolamento perché risultato positivo all'infezione da COVID-19.

Fortunatamente, la figlia, sul momento, non paga e racconta i fatti a una rete solidale di associazioni per la difesa del diritto alla salute. Le viene spiegato che la richiesta di pagamento della prestazione medica non ha nessuna base giuridica, vista la condizione di urgenza che ha determinato il ricovero. Le viene spiegato che esistono diverse possibilità, tra cui produrre una tessera sanitaria dalla Romania oppure l'iscrizione volontaria di 300 euro circa al Sistema Sanitario Nazionale, che consentirebbe al padre di avere una copertura sanitaria anche per eventuali prestazioni successive al ricovero.

La situazione si è quindi risolta positivamente, malgrado il tentativo della struttura sanitaria di estorcere una cifra che, presumibilmente, sarebbe diventata molto più alta a fine ricovero. Anche supponendo che il malinteso sia nato da una – molto grave – ignoranza della legislazione da parte della struttura sanitaria in questione, come si spiega la richiesta di una “cauzione iniziale”? Probabilmente come una soluzione a una problematica unicamente amministrativa: il

LA COMMISSIONE PARLAMENTARE: DA APRILE 2009 A SETTEMBRE 2010 242 EPISODI, LA METÀ MORTALI

Malasanità in Italia, un caso ogni due giorni

Maglia nera per Calabria e Sicilia. Orlando: «Problema anche politico»

CARLO ORLANDO

ROMA. Un caso di malasanità ogni due giorni. Da fine aprile 2009 a settembre 2010 ben 242 episodi, di cui 120 con esito letale, sono stati denunciati. I dati, elaborati da un'indagine della commissione parlamentare, mostrano una situazione della sanità italiana che desta grande preoccupazione. Il numero dei casi è in costante crescita, con un anno di lavoro della commissione parlamentare sugli errori sanitari che ha portato a 242 casi, di cui 120 con esito letale. Inoltre, non sono tutti quelli che si sono verificati nel nostro Paese ma anche quelli finiti sotto la lente di ingrandimento della commissione per un episodio, una segnalazione o un articolo di giornale.

Le 143 presunte vittime (presenti finché non si promosse la magistratura) sono state causate da errore di diagnosi, da errore di cura, da errore di struttura, da errore di personale medico e sanitario, o per disattenzione e negligenza. Del totale dei pazienti coinvolti, inoltre, ben 88, praticamente la metà, sono concentrati in due sole regioni: Calabria, 209 e Sicilia, 238. Seguono nella graduatoria il Lazio con 14 morti, la Campania 12, la Puglia 9, la Liguria 8, Emilia Romagna e Toscana 7, Veneto, la Lombardia 4, Piemonte 2 e poi Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Basilicata 1.

E' difficile, a una prima occhiata, capire il grande lavoro e la capillare attenzione da parte della commissione, dall'altro punto di vista della sanità nazionale se 242

I MEDICI: «POCHI INVESTIMENTI»

Carenza del personale, assenza di investimenti e di formazione: sono queste le condizioni, secondo il segretario nazionale del sindacato magliorista rappresentativo dei medici ospedalieri Anao-Assomedi, Costantino Tola, che potrebbero provocare un aumento dei rischi e degli errori sanitari.

LA MALASANITÀ NELLE REGIONI

Da fine aprile 2009 a metà settembre 2010

Regione	Casi	Deceduti
Calabria	209	64
Sicilia	238	52
Lazio	14	2
Puglia	9	1
Campania	12	1
Lombardia	4	1
Veneto	14	1
Toscana	12	1
Emilia Romagna	7	1
Liguria	8	1
Piemonte	2	1
Friuli V.G.	1	1
Abruzzo	1	1
Marche	1	1
Umbria	1	1
Basilicata	1	1
Trentino A. A.	1	1

«NECESSARIO L'OSSERVATORIO»

«I DATI della Commissione errori non ci sorprenderanno. Si aggiungono a numerosi altri, compresi i nostri, ma non è l'Osservatorio sugli errori che da anni chiediamo al ministero. Le affarista Francesca Rocca, coordinatrice nazionale del Tribunale per i diritti del malato-CittadinSanità, commentando i dati sui casi di malasanità, «Ci sono denunce in corso strutturali e organizzative degli ospedali del Sud, soprattutto quelli calabresi», spiega Rocca, «sottolineando però che «la malasanità non è solo al Sud, anche se spesso è denunciata soprattutto dai cittadini meridionali, che ci sono disserviti ed inefficienze delle loro regioni».

IL CASO DI CALABRIA

I casi di malasanità non sempre però hanno a che fare con l'errore diretto del medico-buono o del personale sanitario specifico. Spesso sono figli di disservizi, carenze, strutture inadeguate. Tutte lacune del Servizio sanitario nazionale che la Commissione calabrese, come quella di Sicilia, Orlando, presidente della commissione parlamentare sugli errori sanitari, i medici che sbagliano, cer-

niture umanitarie e di personale nella Striscia di Gaza e l'evacuazione senza ostacoli dei pazienti • che si dia priorità alla spedizione di carburante per il funzionamento degli impianti di desalinizzazione, dei generatori ospedalieri e delle ambulanze • che si garantisca il passaggio sicuro delle forniture mediche e dei civili all'interno della Striscia di Gaza e che le forniture mediche possano raggiungere in sicurezza i principali ospedali di Gaza City e di tutta Gaza • che si garantiscano il rispetto e la tutela dell'assistenza sanitaria e la protezione della popolazione civile e delle infrastrutture civili contro gli attacchi • che si garantisca ai feriti l'accesso immediato e senza ostacoli all'assistenza sanitaria • che si garantisca la continuità dei servizi sanitari essenziali • che si rafforzino rapidamente le misure di sorveglianza e controllo delle malattie infettive.

Riconosciamo che oggi praticiamo la medicina negli Stati Uniti, un paese in cui la percentuale della popolazione incarcerata è più alta che in qualsiasi altra nazione al mondo, ovvero dove il 2-3% degli abitanti – con una netta prevalenza di neri, indigeni e individui poveri – è sotto supervisione correzionale. Come professionisti dedicati al progresso della salute pubblica, siamo ben consapevoli delle conseguenze devastanti per la salute che l'incarcerazione di massa ha non solo sull'individuo, ma anche sull'intera comunità. Il complesso industriale-carcerario statunitense e globale ha portato a investimenti sempre crescenti in forze di polizia pesantemente militarizzate e all'esportazione del brutale sistema di occupazione israeliano sia a livello globale, sia all'interno dei propri confini, come evidenziato dallo scambio di programmi di formazione poliziesca come Cop City e GILEE (Georgia International Law Enforcement Exchange) che prevedono l'invio di agenti per apprendere i metodi di polizia utilizzati in Israele (comprese le pratiche

in profilazione razziale, sorveglianza, deportazione, attacchi ai difensori dei diritti umani e incarcerazione in massa dei palestinesi). Dall'inizio delle violenze più recenti a Gaza, assistiamo anche a un'escalation massiccia degli arresti e delle detenzioni amministrative anche in Cisgiordania. Chiediamo la cessazione immediata di tutti gli scambi tra le forze dell'ordine statunitensi con Israele e dei programmi Cop City a livello nazionale. Chiediamo la cessazione immediata dell'incarcerazione di massa negli Stati Uniti e in Palestina, incluso il ricorso alla detenzione amministrativa da parte delle forze di occupazione israeliane.

Alla fine, soprattutto in quanto operatori sanitari, dobbiamo esprimerci ora come comunità e rifiutarci di rimanere in silenzio di fronte a un genocidio. Intanto vediamo istituzioni accademiche che non solo sono complici, ma mettono a tacere le voci della comunità medica e accademica che criticano Israele. Riteniamo riprovevole che circa 90 medici israeliani abbiano ignorato il giuramento di Ippocrate e abbiano firmato una lettera in cui si chiedeva al governo israeliano di intensificare i bombardamenti sugli ospedali e sulle ambulanze palestinesi, un'esortazione che il governo israeliano continua ad accogliere, visto che numerosi ospedali continuano tuttora a essere bombardati dall'esercito

israeliano. Non potrà mai esistere uno scenario in cui i medici possano legittimamente approvare il bombardamento degli ospedali che servono attivamente come unico rifugio per i malati e i feriti. Come professionisti dedicati al servizio dell'umanità, siamo particolarmente turbati dall'articolo pubblicato da JAMA (Journal of American Medical Association), in cui si suggerisce che la questione se “sia moralmente giustificato colpire una struttura sanitaria sulla base dell'ipotesi avanzata dall'intelligence che i combattenti nemici potrebbero nascondersi all'interno insieme ai bambini feriti” possa essere oggetto di discussione da parte di “professionisti sanitari di buona volontà e altrettanto forte impegno nei confronti dei diritti umani che potrebbero avere opinioni divergenti”. Queste istituzioni che tentano di giustificare crimini di guerra o genocidi non parlano a nome nostro, medici professionisti o persone di coscienza che danno valore a ogni singola vita. Ci rifiutiamo di incidere i nostri nomi nella storia come sostenitori del genocidio. Chiediamo a tutte le istituzioni e ai media di smettere di silenziare e intimidire le voci palestinesi e di prendere una posizione chiara contro i crimini di guerra, i crimini contro l'umanità e il genocidio commesso contro il popolo palestinese.

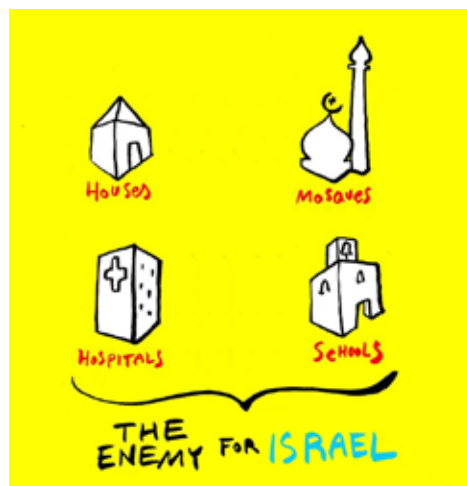


Siamo solidali con la comunità medica palestinese, con il popolo di Gaza e con tutti gli altri in tutta la Palestina occupata, con i profughi nei campi e nella diaspora, che si sollevano e levano le proprie voci per chiedere che cessino i massacri del popolo palestinese. L'obiettivo dell'amministrazione statunitense di "pause" umanitarie nel contesto del genocidio in corso è inquietante ed equivale di fatto a una collaborazione con il genocidio stesso. Facciamo eco all'appello dei nostri colleghi di Gaza e del resto della Palestina per un cessate il fuoco che aiuti la popolazione palestinese assediata che soffre a Gaza. Tuttavia, riconosciamo anche che un cessate il fuoco di per sé non è una soluzione.

Come operatori sanitari, quando affrontiamo le malattie dobbiamo cercare le cause e tentare di trattarle. Fondamentalmente, la storia ci ha insegnato che la colonizzazione crea violenza distruttiva sia per le società dei colonizzati che per quelle dei colonizzatori. Da un punto di vista medico, il sintomo a cui assistiamo oggi è questa brutale violenza. La diagnosi o l'eziologia di questa violenza è la colonizzazione. La cura deve essere la decolonizzazione e una Palestina libera.

*Campaign Against Racism
Georgia Human Rights Clinic
Kindred Southern Healing Justice Collective Jewish Voice for Peace- Atlanta chapter*

16 Nov 2023



LA CRISI DELLA MEDICINA GENERALE

La crisi della medicina generale inizia già negli anni 50 – 60, ai tempi delle mutue, e si protrae fino ad oggi con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978. Una crisi di ruolo e di professionalità del medico generale che passa dalla figura del vecchio medico condotto, esperto di tutte le arti mediche e anche del territorio, alla figura del medico della mutua, poi di famiglia, poi di base che vede ridursi la sua competenza alla cura delle malattie più semplici e aumentare il suo carico burocratico. Oggi l'ambulatorio del medico di famiglia, nella maggior parte dei casi e salvo alcune lodevoli eccezioni, è diventato poco più di un ufficio decentrato dell'ASL in cui si svolgono adempimenti burocratici e vengono smistati i pazienti verso gli specialisti, gli ospedali e i vari esami di approfondimento diagnostico.

Tutto questo è stato ratificato dall'assegnazione di un "budget", un tetto di spesa che riguarda sia la farmaceutica che gli esami, ad ogni singolo medico, che viene così qualificato come "ordinatore di spesa". Viene calcolata una media di spesa a livello regionale, di ASL, di distretto e chi sfiora di una certa percentuale (circa il 20%) quel tetto viene chiamato a fornire spiegazioni e, in certi casi, si vede costretto a restituire l'importo di spesa ordinato in più. Ciò vale soprattutto per la prescrizione di farmaci, come poi vedremo.

Di questa crisi si è accorto anche il regime, per cui il Ministero e i governatori regionali spingono, anche con incentivi economici, per decretare la fine del medico di famiglia singolo e per la formazione di poliambulatori distrettuali o di quartiere, strutture di prima diagnosi formate da diverse figure sanitarie (medici generali, guardia medica, eventualmente specialisti, infermieri ecc.) e con l'impiego anche di un minimo di strumentazione medica (elettro-

cardiogramma, ecografia ecc.). Ufficialmente questa svolta viene giustificata dal fatto di voler sgravare i vari Pronto Soccorso dalla diagnosi e cura della patologia minore, esigenza indubbiamente sentita. Questa svolta però incontra diverse resistenze, sia da parte di una classe medica abituata a gestire in proprio l'organizzazione (e i profitti) del proprio ambulatorio e che vede nella nuova organizzazione del lavoro, forse non a torto, una anticamera della dipendenza e dell'aumento del controllo sul proprio lavoro, oltretutto organizzato 24 ore su 24, ma soprattutto richiede lo stanziamento di ingenti fondi per la creazione di nuove strutture, fondi che evidentemente non ci sono. Le prime esperienze di questo genere, avviate soprattutto in Veneto, incontrano oggi grosse difficoltà perché la Regione ha sospeso l'erogazione dei fondi. Oltre tutto c'è chi teme in tutto questo una ulteriore spersonalizzazione dell'atto medico, cioè una perdita del rapporto diretto medico/paziente sul modello di quanto già avviene negli ospedali, come molte esperienze dirette degli ammalati possono testimoniare.

La crisi della medicina generale ha però un suo fondamento strutturale che va fatto risalire alla parcellizzazione o frammentazione dei saperi tipica della divisione capitalistica del lavoro, un processo che gli operai di fabbrica hanno conosciuto bene almeno a partire dal taylorismo, se non prima. Questa divisione favorisce, in campo medico, la formazione di specializzazioni e ultraspecializzazioni, ovvero saperi separati che finiscono per cancellare la visione unitaria (o, come si dice "olistica") della persona, e del suo stesso corpo, a favore di una sua frammentazione. C'è lo specialista del cuore, quello del polmone, persino quello del cervello e della psiche, e ogni categoria di specialisti cerca naturalmente di tirare l'acqua al proprio mulino (dove per acqua si può intendere anche flusso di denaro) e in questo giro di valzer l'individuo, la singola persona ammalata, naturalmente scompare. E' esperienza pratica di medici e pazienti il passare da uno specialista all'altro senza trovare una visione unitaria del processo patologico e in tutto questo il medico di medicina generale finisce per diventare un assemblatore di visioni parziali costruite da altri (un po' come succedeva all'operaio della catena di montaggio, fatte salve le dovute differenze di classe naturalmente).

