



**Associazione
Sindacale
Medici
Dirigenti**

Segreteria Regionale del Veneto



DIPARTIMENTO PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Corriere della Sera, 21 marzo 2012, pagina 27

Finti sordi e tumori inesistenti Ecco come si specula sulla salute Liste d'attesa truccate e pazienti dirottati

Un primario di Ragusa operava pazienti sani. In due mesi 76 denunciati Le inchieste più recenti

Fiorenza Sarzanini

ROMA — Ci sono le strutture fatiscenti e i medicinali scaduti o vietati somministrati ai pazienti, ma ci sono anche le truffe dei medici e gli abusi delle società farmaceutiche. Ci sono i reparti chiusi perché inutilizzabili e gli infermieri che risultano in servizio nelle strutture pubbliche mentre lavorano per le aziende private. Un mese fa le immagini dei malati curati per terra oppure abbandonati per giorni sulle barelle nei pronto soccorso degli ospedali romani avevano mostrato lo sfascio della sanità pubblica. Il rapporto annuale dei carabinieri del Nas relativo al 2011 e aggiornato al primo bimestre 2012 conferma la crisi di un settore che costa alle casse dello Stato centinaia di milioni di euro. Sono i numeri a fornire il quadro della situazione, con un dato che fa impressione: negli ultimi due anni sono stati effettuati sequestri di apparecchiature e medicine per circa 20 milioni di euro. E poi ci sono gli arresti, le denunce e ci sono soprattutto ben 10 reparti che si è deciso di chiudere per gravi irregolarità.

Arresti, denunce e segnalazioni contabili.

Sono 2.588 le ispezioni effettuate dai militari del Nucleo antisofisticazione nell'anno appena trascorso e hanno portato a ben 760 denunce penali e 1.777 sanzioni. Una media che appare ancora più alta nei primi due mesi del 2012: in 60 giorni sono stati compiuti 387 controlli, 76 sono le persone denunciate e 152 le sanzioni già erogate. Nelle case di cura private o convenzionate va addirittura peggio: su 373 «visite» dei militari dell'Arma effettuate nell'anno appena trascorso ci sono state 63 denunce e ben 146 sanzioni penali. In linea, quanto accaduto fino al 29 febbraio con 232 strutture esaminate, 14 persone segnalate alla magistratura e 49 sanzioni erogate.

E poi c'è il capitolo relativo al denaro: ai sequestri per un valore di circa 20 milioni effettuati negli ospedali nell'ultimo biennio si devono aggiungere i 280 milioni «sigillati» nelle cliniche. La relazione dei carabinieri evidenzia come nelle strutture pubbliche si registri il maggior numero di casi relativi alla malasanià, mentre nelle strutture che ricevono i contributi economici pubblici aumentano in maniera eclatante gli episodi di truffe legati soprattutto all'esercizio del doppio lavoro, ma anche agli interventi effettuati senza che ce ne fosse reale necessità.

Operazioni sbagliate e finti sordi.

Nel novembre scorso i magistrati di Udine hanno chiesto e ottenuto l'arresto di tre medici dell'ospedale di Latisana e tra manager di case farmaceutiche. «L'inchiesta — annotano i Nas — è stata avviata su segnalazioni di privati cittadini che, per l'acquisto delle protesi acustiche, si vedevano indirizzare forzatamente dai medici che li avevano visitati solo verso alcune ditte del settore. Dagli accertamenti è risultato come i medici coinvolti segnalassero i pazienti, spesso anche a loro insaputa, agli imprenditori infedeli affinché questi ultimi vendessero i loro prodotti, agendo in regime di concorrenza sleale in danno delle altre ditte concorrenti e creando, di fatto, una sorta di "cartello". Le indagini hanno permesso di accertare che, in cambio della loro illecita attività, i medici venivano regolarmente pagati in contanti presso gli ambulatori dell'ospedale». Sono almeno 400 i pazienti coinvolti per un giro d'affari che ha superato il

mezzo milione di euro e il sospetto, sul quale tuttora si indaga, è che molti di loro non avessero affatto bisogno della protesi, ma che gli sia stata consigliata visto che veniva rimborsata dalla Asl. E l'indagine si è poi allargata a ben dieci province del Nordest da Gorizia a Treviso, passando per Rovigo e arrivando a Venezia.

Ancora più grave quanto scoperto a Ragusa agli inizi del 2011 con un primario che, non solo alterava le liste d'attesa dell'ospedale per favorire gli assistiti che si facevano visitare nel suo studio privato, ma effettuava interventi su pazienti sani e senza ottenere il cosiddetto «consenso informato». Sono due i malati che avrebbero subito un'operazione per l'asportazione di un tumore che in realtà non esisteva. E poi c'è il caso della signora portata in sala operatoria due volte nella stessa settimana e per due patologie completamente diverse. In realtà, si è scoperto in seguito, la seconda volta le è stata tolta la garza che i medici le avevano lasciato nell'addome e che ha rischiato di farla morire. Tra i reati contestati ci sono concussione, falso e truffa. Accuse analoghe per un chirurgo vascolare di Cagliari che «diagnosticava gravissime malattie ai suoi assistiti e poi li portava nel proprio studio privato per sottoporli a sofisticati e costosissimi esami, in particolare il doppler transcranico».

Doppi lavori e medici abusivi.

Sono centinaia i casi di dottori o infermieri che risultano in servizio nelle strutture pubbliche, mentre in realtà stanno effettuando prestazioni a pagamento. A Milano «personale sanitario dipendente di alcune aziende ospedaliere pubbliche svolgeva attività professionale non autorizzata, nella fattispecie attività infermieristica, presso altre strutture sanitarie per conto di una cooperativa sociale nei giorni in cui avevano beneficiato di permessi retribuiti oppure assenze per malattie o addirittura in orari in cui risultavano in servizio in entrambe le strutture. I compensi venivano percepiti sotto forma di "rimborso spese", ma non è stata rintracciata alcuna documentazione fiscale». Le verifiche riguardano adesso la posizione delle 419 persone che risultano aver lavorato per la cooperativa.

Durante un'indagine a Massa Carrara si è scoperto che «nel corso di almeno 45 interventi chirurgici di artroprotesi eseguiti tra gli anni 2007 e 2009 presso l'ospedale "SS Giacomo e Cristoforo" i medici hanno consentito l'accesso in sala operatoria a persone non qualificate e sprovviste di adeguati titoli di studio, permettendo loro l'esecuzione di atti propri dell'attività sanitaria (divaricazione, aspirazione e tamponamento di ferite, l'uso di elettrobisturi, complesse manovre di posizionamento degli arti)». Si trattava in realtà di agenti di commercio di prodotti per l'ortopedia, i cosiddetti «specialist», ed è scattata l'accusa di esercizio abusivo della professione sanitaria e falso ideologico.

Falsi lifting e diete.

Nella relazione dei Nas si elencano i casi di interventi di chirurgia estetica spacciati per operazioni di asportazione di cisti o tumori e svariati episodi di dottori che prescrivono pillole a base di «fendimetrazina» per uso terapeutico, ben sapendo che in realtà servono a dimagrire ma la legge vieta questo tipo di impiego. Uno dei casi più eclatanti è stato scoperto a Roma lo scorso anno: i Nas hanno «sigillato» lo studio di un medico che aveva numerosi clienti famosi ai quali somministrava pasticche a base di anfetamina per far ritrovare loro una forma fisica perfetta.

Stesso meccanismo veniva utilizzato da una dottoressa specializzata in endocrinologia, dipendente dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari, indagata per truffa aggravata e prescrizione non terapeutica di sostanza stupefacente. «Sul suo conto — annota il rapporto dei Nas — è emerso che nello studio privato svolgeva senza fatturazione attività di dietologa, percependo illecitamente l'indennità di esclusività per rapporto di lavoro a "tempo pieno" e prescrivendo indiscriminatamente farmaci dimagranti a base di "fendimetrazina", senza osservare le norme sull'uso terapeutico».