

Como - MAURO MISERENDINO

Quella tra sanità pubblica e privata non è una competizione ad armi pari. Il medico di famiglia con le sue coop e i centri polifunzionali può rendere le cure del servizio sanitario pubblico più accessibili, ma la politica, dopo anni di disimpegno, deve finanziare il Ssn. E' la posizione, di parte ma autorevole, di Ignazio Marino, senatore Pd e presidente della commissione parlamentare di inchiesta sul Ssn, nonché docente di chirurgia al Jefferson Medical College di Philadelphia e, soprattutto, esperto di servizi sanitari nazionali.

Lo incontriamo a margine del Forum Meridiano Sanità, a Cernobbio. Se gli si chiede un parere sulla disfidata tra le posizioni del leader delle case di cura private Aiop Gabriele Pelissero, secondo cui il privato è vento di trasparenza nei conti, e del leader degli ordini Amedeo Bianco, secondo cui nel low cost non c'è nulla di trasparente ma solo un'illusione tragica, la risposta è pacata e dura insieme: «E' corretto parlare di efficienza del privato – risponde Marino – ma solo se prima un paese si è posto come priorità la tutela del suo servizio sanitario pubblico. Invece così non è più da tempo. In Italia dal 2008 quest'area strategica è stata progressivamente messa in secondo piano – spiega ancora Marino – i suoi operatori sono stati mortificati con un ministro dell'Innovazione che sui giornali parlava di “chirurgia macellai”. Ed è mancata la volontà di investire. Il Ssn è stato progressivamente indebolito. Alla vigilia della manovra di luglio, il ministro della Salute al mattino, durante un dibattito tv assicurava tutti che sarebbe arrivato un miliardo per l'ammodernamento delle strutture nosocomiali che risalgono a prima della II guerra mondiale in sei casi su dieci, mentre a sera in consiglio dei ministri votava l'azzeramento di quello stesso stanziamento».

Parla come... opposizione?

«Quanto affermo è circostanziato. Appena insediato premier, Silvio Berlusconi disse che l'Italia doveva andare nella direzione di una sanità privata efficiente come gli Stati Uniti! Di fronte alle perplesse reazioni dell'opposizione e della stessa maggioranza fu smentito da Sacconi, ma fu sincero poiché in questi anni si è perseguita una sistematica politica di indebolimento delle prestazioni tecnologiche e strutturali nel servizio pubblico. L'obiettivo – l'ho detto tante volte – era privatizzare il Ssn, affidandosi entro il 2013 alla partnership con operatori privati per la sopravvenuta incapacità del servizio sanitario di sostenere efficienza e tecnologia; la crisi ha preceduto la previsione. L'idea sottesa nell'indirizzo è un affidamento progressivo al privato».

Qual è il rischio?

«Non sono un detrattore del privato. Nel 2007 scrissi il libretto “Sistema salute” dove

Il senatore Pd apre alla concorrenza con il privato ma serve un'authority per dare regole uguali a tutti

Sanità sotto tiro, urgono regole

Ignazio Marino: «Il servizio pubblico è discriminato»

NEL DECALOGO DEL SENATORE INCENTIVI AI GRUPPI DI MMG

- 1 Chiudere gli ospedali sotto i cento posti letto dove manca il servizio di anestesia-rianimazione
- 2 Incentivare le medicine di gruppo con ambulatori attrezzati H12 6 giorni su 7
- 3 Eliminare reparti ospedalieri inutili o ridondanti, nati per conferire ruoli apicali
- 4 Sanzionare gli ospedali che ricoverano in anticipo per interventi programmati
- 5 Libera professione ok solo in ospedale, arginate le liste d'attesa nel pubblico
- 6 Disincentivare il parto cesareo rimborsandolo come il parto vaginale
- 7 Istituire agenzia regionale per acquisti materiale di consumo che concili qualità e prezzo
- 8 Investire nella cartella clinica elettronica e nel teleconsulto per agevolare anche i generalisti
- 9 Autorizzazioni in commercio più rigorose e incentivi per i farmaci innovativi
- 10 Rilanciare la prevenzione vaccinale e gli stili di vita per arginare i costi delle cronicità

dico che può trovare spazio, ma in un contesto dove si introduca un Ufficio del Garante (ho depositato il 23 dicembre 2010 una proposta di legge in tal senso) che valuti la qualità dei percorsi dia-

gnostico-terapeutici e la soddisfazione del paziente nei circuiti pubblico e privato sul modello della Joint Commission Usa e del National Institute for Clinical Excellence britannico. Solo a valle di

equivalenti garanzie al paziente può determinarsi vera e sana competizione tra pubblico e privato».

Il presidente Fnomceo Bianco accusa le tariffe low cost di ecografie e visite specialistiche di somigliare in modo fuorviante ai ticket.

«E' vero. Nel 2011 feci un esperimento, telefonai a vari centri privati romani per prenotare un'ecografia mammaria per un nodulo a un familiare, in media mi fissavano l'appuntamento entro 12-24 ore per 80 euro. Con il ticket introdotto a luglio, nel pubblico si viaggia invece sui 46 o 56 euro ma si aspettano anche 5-6 mesi. Dove va un paziente che ha fretta e può pagare un po' di euro in più? E che impressione avrà del servizio pubblico? Pensi che basterebbe aumentare le sigarette di mezzo euro a pacchetto per ricavare 1,4 miliardi di euro annui, e ci starebbero gli 840 milioni che oggi i cittadini pagano di tassa propria per l'incremento del ticket più soldi per la ricerca e progetti mirati».

Il presidente Fnomceo

Bianco però dice che se la politica approvasse misure che spuntano le armi dell'ordine o ne si ventila l'abolizione poi diventa difficile tutelare la qualità dell'atto medico...

«Il presidente Fnomceo parla con saggezza. Temo però che la voce dell'ordine non basti a incidere in modo efficace sulla sistematica opera di smantellamento in corso sul Ssn.

Da parlamentare dico che c'è bisogno di una proposta politica e di una programmazione differenti. Da presidente della commissione

di inchiesta sul Ssn, anche in continuità con il predecessore Antonio Tomassini (che era del Pdl), rilevo lo stato di abbandono delle strutture del Ssn e invoco disponibilità che non ci sono, mentre ci sono se si tratta di comprare 105 Eurofighter e sostenere un costo di 29 miliardi solo per il sostegno alle forze aeree della Difesa. Al vicepresidente Aiop Pelissero (si veda box, ndr), che cita la Germania come esempio, rispondo: Angela Merkel sta privatiz-

zando ospedali, ma sul debito è così avveduta da aver sottratto fondi alla difesa per destinarle alla ricerca e persino alla sua sanità, che pure non è un sistema nazionale».

Il medico di famiglia con le sue coop può avere un ruolo nel riconvertire gli ospedali pubblici con pochi letti?

«Il medico di famiglia è cruciale per realizzare l'articolo

Ticket e low cost logiche diverse ma importi simili

32 della costituzione, rendendo veramente accessibile a tutti un Ssn messo in difficoltà, oltretutto, da aspetti strutturali. L'aumento della popolazione (da 1,5 a 7 miliardi in 100 anni a livello mondiale), la crescita dell'attesa di vita (da 45 a 85 anni in un secolo per una donna) e l'aumento dei costi dovuti a tecnologie sempre più profilate rischiano di diventare insostenibili per un numero crescente di persone. Grazie allo sforzo di gruppi di medici di famiglia vediamo tuttavia, in anni difficili, strutture organizzate in grado di prenotarci esami di secondo livello e di effettuare altri di primo, di inviarci l'infermiere a casa due volte al giorno per la terapia, di coprire 12 ore al giorno le priorità del servizio svolto. Se un paziente con colica renale riuscisse a trovare nello studio del suo medico l'ecografia, una prima diagnosi o la flebo di antidolorifico non andrebbe certo ad aspettare ore in pronto soccorso. Fra l'altro le prestazioni del generalista costano meno e molte regioni le stanno incentivando. Vanno sostenute a livello nazionale».

Il Documento sulle cure primarie del ministro della Salute è adeguato?

«Nei principi enuncia le mie stesse idee, ma si scontra con un indirizzo politico che lo priva di forza operativa. Mancano decisioni, e le decisioni servirebbero ad incoraggiare i medici di famiglia a seguire l'ambizione e l'orgoglio del proprio lavoro, anziché essere relegati a prescrittori. Del resto anche gli Usa, dopo il boom tecnologico degli anni '80, si sono accorti di spendere troppo e le Assicurazioni hanno progressivamente imposto ai pazienti di passare dal family practitioner prima di accedere alla prestazione specialistica. Qualunque sia il sistema, il medico di famiglia è centrale per la sua sostenibilità, ed è al secondo posto nella lista delle dieci priorità presentate a Cernobbio. Al primo c'è la chiusura degli ospedali sotto i cento letti: quelli senza anestesista, che mettono a rischio la vita degli infartuati e che riempiono le pagine dei giornali contribuendo con i loro problemi a far identificare troppa sanità con la “malasanità”».

IL “LIBERALIZZATORE” PELISSERO E IL MONITO DI BIANCO

GABRIELE PELISSERO, numero due dell'ospitalità privata Aiop, sostiene su Corriere Medico del 22 settembre che il privato è portatore del valore della concorrenzialità, oltre che dell'efficienza, fondamentale in questi anni di crisi per salvare l'Italia dal debito pubblico. Una ricetta che ha portato la stessa Germania, meno a rischio di noi, a privatizzare gradualmente il proprio patrimonio di strutture pubbliche. Il presidente degli ordini Amedeo Bianco, però, avverte (Corriere

Medico del 3 novembre): è sbagliato in assoluto pensare – come fanno i sostenitori del low cost – che, grazie ai propri prezzi concorrenziali, il privato porti percorsi di cura in grado di sostituire quelli offerti dal Ssn. Il low cost non è sostenibile da professionisti e strutture e il mercato in sanità già esiste poiché i cittadini pagano le prestazioni sia nel Ssn (con tasse e ticket) sia fuori sulla base dei costi sostenuti da un sistema che permette la sopravvivenza a erogatori tanto

pubblici (65 per cento delle prestazioni offerte) quanto privati. Il conflitto tra l'imprenditore e l'ordinista è lampante e insanabile. Per il “liberalizzatore” Pelissero le leggi della competizione possono anche regolare valori come l'equità (“del pubblico”) e l'efficienza (“del privato”) mentre il Codice deontologico sancisce che l'articolo 32 della Costituzione abilita il medico a scegliere prioritariamente la terapia migliore e non la più indicata dal punto di vista dei costi.

La replica di Fazio: «I tagli al Ssn non li ho voluti io»

Il ministro dice no alla logica delle restrizioni uguali per tutti e rilancia il project financing

COMO – A Cernobbio alla fine del suo intervento, il ministro della Salute Ferruccio Fazio offre alla platea del Workshop Meridiano Sanità le sue repliche alle affermazioni del senatore Pd. «Mi accomuna al governo, ma sa che in consiglio dei ministri ci sono spesso divergenze da comporre nei momenti decisionali. Mi sto adoperando affinché vengano al più presto inseriti i nuovi livelli essenziali per l'Assistenza domiciliare integrata in tutta Italia».

«Dal momento che ci sono stati tagli enormi alla spesa sociale l'efficacia delle prestazioni a domicilio di anziani, malati, disabili dev'essere massimizzata, così come vanno potenziate le strutture intermedie. Continuo – aggiunge Fazio – la battaglia per rifinanziare l'articolo 20 (il miliardo di euro dedicato alle strutture Ssn, ndr). Intendo poi introdurre una norma per rafforzare le costruzioni di ospedali in project financing, le partnership tra pubblico e privato fin qui hanno incontrato ostacoli nella scarsa convenienza per il pubblico e nel rischio di sbilanciare strategie di

programmazione regionale; bisogna defiscalizzare questo capitolo, e va defiscalizzata la ricerca farmaceutica. Sono infine contrario al criterio dei tagli lineari, uguali per tutti, e al mancato finanziamento che si è tradotto nel ticket sulla specialistica per i cittadini. Si possono fare tagli non lineari, studiando anche con l'industria farmaceutica criteri differenti di compartecipazione, in base al reddito, o all'indicatore di situazione economica familiare, o all'appropriatezza della prestazione. Sulla farmaceutica, il miliardo di tagli previsto per il 2013 potrebbe essere riassorbito ma ci devono essere regole, ora soprattutto sulla parte di spesa riservata ai prodotti per l'ospedale, oggi fuori controllo».

Fazio parla della revisione del sito del ministero della Salute che conterrà sempre più informazioni per i cittadini e le famiglie sulle patologie e sui propri diritti. «L'obiettivo è dare indicazioni certificate dal ministero per le principali patologie comprensive di indicatori di esito delle varie terapie». A valle della specialistica occorre però costruire un

percorso di integrazione tra malattia e salute tra ospedale e territorio. Fazio si sofferma su ciò che i mmg possono fare per arginare dai loro studi le code ai pronti soccorso e ai Dea. «Si devono al fatto che passano prima i codici rossi e gialli. Non basta la divisione fissa dei codici in Ps. Ci vuole anche la divisione dei medici con i codici bianchi gestiti dal territorio e il 118 che dev'essere bidirezionale».

Pochi giorni dopo a Torino alle celebrazioni ordinarie per il centenario dell'Unità d'Italia, il ministro uscente illustra alla Fnomceo l'eredità che il governo futuro raccoglie dagli ultimi indirizzi di centro-destra: Due gli obiettivi finali: ridurre i tempi della formazione specialistica ed introdurre la laurea abilitante, per anticipare l'ingresso dei giovani medici nel mondo del lavoro. La Fnomceo dovrà rivedere il decreto sull'abilitazione professionale». Infine un tocco di ottimismo tra le “nefandezze” dell'ultima manovra: le modifiche in positivo sul blocco del turn over nelle regioni in piano di rientro». (m.m.)