

L'Intervista

TRI.EPS
Not Found TRI.EPS

Achille Ardigò



«La causa va ricercata nel modello inglese delle convenzioni poco trasparente. Meglio la soluzione olandese che assegna al pubblico il compito di fissare regole e standard»

Carofei/Sintesi

«Sanità: il rimedio? Guerra tra privati»

«La nuova tangentopoli sanitaria? È il sistema delle convenzioni e dei controlli che va rivisto. Il modello inglese, quello della competizione amministrata, non funziona. Bisogna guardare al sistema olandese che consente più concorrenza, più trasparenza, più controllo incrociati anche dalla base e non solo dal vertice. Questo da solo però non basta: decisivi gli interventi dell'opinione pubblica e della magistratura». La pensa così il sociologo Achille Ardigò che da sempre si occupa di sistemi sanitari. Proprio di recente sull'argomento ha mandato in libreria (editore Franco Angeli) un'opera monumentale dal titolo «Società e salute, lineamenti di sociologia sanitaria».

Professore si aspettava il ritorno di Tangentopoli nel sistema sanitario? Dopo i politici adesso tocca ai medici. Le maglie anticorruzione sono dunque ancora così larghe?

«Sì. La rampogna del ministro Bindi che sollecita una continua e programmata attività di vigilanza da parte di Regioni e di Usl è certamente utile e doverosa, anche se non sufficiente. È doverosa per due specifici motivi che vorrei sottolineare. Il primo è il seguente: da quello che so il poliambulatorio del professor Poggi Longostrevi, non era solo autorizzato, ma accreditato!»

Scusi, ma che differenza c'è?

«Autorizzata è quella struttura che viene riconosciuta avere i requisiti minimi per esercitare l'attività sanitaria. Invece accreditata è quella struttura che la Regione considera come degna di fiducia per l'attuazione dei propri programmi; si potrebbe dire che è quasi una struttura pubblica perché la Regione assegna a questi "accreditati" i propri finanziamenti per realizzare i compiti fissati appunto dai suoi programmi. E quindi è evidente che il mancato controllo è ancora più grave appunto perché siamo in presenza di un rapporto privilegiato con la Regione e con le Usl».

E l'altro punto che rende doverosa la rampogna della Bindi quale è?

«Senza spirito persecutorio credo che sia necessario chiarire i rapporti fra il centro del prof. Poggi Longostrevi e il presidente del Cdu Giancarlo Abelli (consigliere di Formigoni, presidente della Regione, in materia sanitaria, ma anche consulente di una casa di cura di Longostrevi, ndr)».

Lei però ha detto che la ricetta della Bindi è doverosa, ma non è sufficiente. Allora cosa bisogna fare?

«Questo scandalo di "medicopoli" obbliga forse a rimettere in discussione una parte dell'attuale struttura del servizio sanitario nazionale e in particolare a lasciare il modello finora dominante, quello britannico con i suoi aggiornamenti, e di aprirsi ad altri confronti e ad altre correzioni».

Che cos'è il sistema britannico e come è stato tradotto nella versione italiana?

«Esso si basa sulla cosiddetta competizione amministrata. Per esercitare un certo tipo di controllo, maggiore di quello che non avvenga per controlli ispettivi gerarchici, la Regione è stata stimolata a fare in modo che strutture pubbliche e strutture private accreditate competano fra di loro per assicurare un certo pacchetto di commesse. Però questo tipo di principio, cuore del modello britannico, non è stato applicato se non in modo molto parziale e male».

E questo perché?

«Perché ci sono gli apparati della sanità regionale che si trovano da tempo in comunicazione con le potenti strutture private a lungo convenzionate e spesso senza reali controlli. È evidente che quando si crea questa contiguità è molto difficile che vi sia una struttura regionale che butta a mare il privato convenzionato perché i suoi prodotti non sono in grado di poter competere con le esigenze fissate dalla Regione. In fondo ogni struttura vuole conservarsi. A parte le porcherie che sono state fatte, ogni struttura privata accreditata chiede di avere un bilancio più o meno assicurato, garantito. Questo è il punto centrale della cosiddetta "competizione amministrata" a modello inglese, e che a mio parere non può funzionare perché c'è una gerarchia di legami consolidati, taciti, che non si può spezzare all'interno degli apparati sanitari regionali, quelli di ieri e quelli di oggi. Avremmo dovuto cominciare a vedere qualche azienda pubblica o accreditata privata messa fuori dal mercato

attraverso l'intervento regionale, ma questo non è avvenuto da nessuna parte. Se si vuole cambiare qualcosa bisogna invece spostare l'attenzione al modello olandese».

Dal modello britannico a quello olandese. E la differenza dov'è?

«Nel sistema olandese c'è un ruolo di spesa diretta statale, molto parziale, per assicurare la perequazione nel territorio, per assistere i poveri e soprattutto per prevenire e combattere quelle malattie catastrofiche o quelle situazioni di grave fragilità che nessuna assicurazione privata può coprire. Poi tutti quelli che lavorano, che hanno un reddito proprio sono obbligati a comprare, a loro scelta, un'assicurazione privata o mutualistica o capitalistica. Praticamente si crea una pluralità forte di questi "grandi moduli" che hanno l'obiettivo specifico di competere fra di loro per assicurarsi il maggior numero di scelte dei singoli clienti. In questo modo si crea un controllo che non dipende dal vertice, ma dalla concorrenza fra queste grandi centrali che debbono cercare di conquistare più clienti rispetto agli altri. Lo Stato mantiene il ruolo di controllore, ma il lavoro più sporco e diretto viene fatto dalle denunce reciproche tra queste strutture che sono private, ma debbono garantire uno standard di prestazioni che lo Stato stesso prescrive».

E' un ribaltone non da poco per il sistema sanitario italiano. Forse varrebbe la pena di fare qualche tentativo di prova per vedere come funziona e se funziona anche da noi il modello olandese. Non le pare?

«In Italia è possibile sperimentare anche parzialmente quel modello. Tra l'altro è previsto dalla legge di riforma S17. Si tratta di far entrare in campo le mutue, i fondi sanitari, le assicurazioni come strumenti che si muovono in competizione fra di loro. È appunto il tema dei fondi sanitari aggiuntivi».

In Italia se ne discute da qualche tempo. A che punto sono?

«Sono fermi perché il ministro ha ancora dei dubbi».

Concorrenza e più mercato come antidoto per combattere la corruzione. Lo dice anche il professor Stefano Zamagni, economista, consulente di Prodi e del Vaticano. Ma ci sono altri rimedi?

«Sì, ci sono: gli interventi dell'opinione pubblica e della magistratura. Potrei anche aggiungere la coscienza, ma questo è un campo piuttosto complicato. A Milano sono intervenuti i procuratori, ma l'opinione pubblica non ha dato segni di iniziativa. C'è da chiedersi il perché».

Ma lei quando chiama in causa l'opinione pubblica a cosa pensa, quali forme suggerisce?

«Potrebbe intervenire sulla stampa, attraverso canali associativi e partitici, con dibattiti, convegni. Non possiamo dire che il mercato può essere il rimedio unico e sovrano. A Milano se non ci fossero stati i procuratori non si sarebbe scoperto questo pentolone. L'opinione pubblica ci vuole sempre. Ecco perché consiglieri a Prodi di introdurre nella riforma del welfare anche strumenti appositi per favorire l'intervento dei cittadini».

Lei crede che il caso milanese sia isolato oppure sia diffuso anche altrove?

«Sono convinto che ci sia una gravità specifica di una realtà come quella milanese che pur essendo una delle aree più avanzate nel campo della sanità non ha mai dimostrato una particolare eccellenza. Ma temo che il fenomeno sia diffuso proprio perché dipende dal sistema: i controlli sono tutti dal vertice alla periferia. C'è soltanto qualcosa che si sta sviluppando dal basso con i consigli consultivi. Però è poca cosa. Ci vuole più pressione di opinione pubblica».

E medici. Sono ottocento quelli denunciati. Un coinvolgimento gigantesco. Ogni etica e riserva morale sembra essersi andata a farsi benedire. C'è effettivamente da rimpiangere il vecchio medico condotto. Non le pare?

«Spero che vi sia un cambiamento di fondo a partire dai medici di base. L'ordine dei medici non è più sufficiente. Non c'è nessun momento forte di sanzione. La vera e propria difficoltà di chi dirige aziende pubbliche è proprio quando si tratta di controllare il comportamento dei medici».

Raffaele Capitanì