

L'Intervista**Achille Ardigò**

«Sono giuste le critiche di Rosy Bindi a Formigoni. Quello che è accaduto a Milano è molto grave. Continuo però a pensare che il futuro è delle mutue e del settore non profit»

«Sanità privata, rigore necessario»

«Da qualche tempo non sono completamente d'accordo con la linea di rigidità del ministro Bindi in tema di spesa sanitaria totalmente sotto il controllo statale. Però la tragedia alla clinica Ligresti, il caso della truffa di denaro pubblico da parte del centro diagnostico privato Poggi Longostrevi, entrambi verificatisi in Lombardia, che dovrebbe essere avanguardia della modernizzazione, mi inducono ad una riflessione: per la sanità italiana è necessario che ci sia un periodo di severità e di rigore, come proposto dal ministro, prima di aprire un secondo tempo della sanità con un mix più eurocentrale fra la spesa pubblica e la spesa mutualistica. Riconosco e condivido la necessità di fare in via preliminare un profondo lavoro di controllo, di pulizia e moralizzazione, prima di avviare una seconda fase». È la riflessione che il sociologo Achille Ardigò, già direttore della scuola di sociologia sanitaria presso l'università di Bologna, attualmente commissario dell'Istituto ortopedico Rizzoli, si sente di fare a pochi giorni di distanza della strage del «Galeazzi» che ha riproposto l'antico scontro fra pubblico e privato nel settore della sanità.

Al di là delle responsabilità penali questa tragedia mette a nudo soprattutto delle responsabilità politiche. La giunta regionale della Lombardia è quella che ha spinto di più verso la privatizzazione suscitando perplessità e polemiche.

«Sono pienamente convinto che si debba dare sostegno al ministro nella critica a Roberto Formigoni, presidente della Lombardia. Il modello di riforma varato dalla Regione è caratterizzato dalla fretta di abolire la gestione sanitaria pubblica senza alcuna apertura alle casse mutue e senza neanche il rigore dei controlli di accreditamento. La cosa che mi colpisce è che Formigoni insegue una spinta di uso del denaro pubblico per sempre maggiori privatizzazioni, ma non pensa a quello che è invece il modello europeo che vede anche un 25-30 per cento della spesa organizzato dalle mutue e dall'economia sociale. Lui punta direttamente al rapporto con la clinica privata. Praticamente c'è una sorta di scioglimento verso un modello in cui si usa il denaro pubblico per sviluppare l'impresa profit e privata. Questo è un modello giustamente criticato».

Lei ha sottolineato la necessità di un severo periodo di rigore e di pulizia. A cosa si riferisce?

«A due specifici obiettivi. Il primo è quello di non aprire ai privati l'uso del fondo sanitario pubblico se non c'è prima il lavoro di controllo e di accreditamento. Il secondo è quello di incoraggiare la libera professione anche all'interno delle strutture pubbliche. Debbo dire che sono d'accordo con l'opera di chiarezza che il ministro vuole fare nei confronti di questo mondo ambiguo dei medici che sono stati finora abituati a fare pubblico e privato insieme senza troppe distinzioni. Penso che qualche concessione in più il ministro potrebbe darla per favorire la crescita dei medici della medicina pubblica che accettano di fare anche la loro attività di libera professione dentro le strutture pubbliche».

E dopo il rigore? Sembra di capire che lei auspichi una nuova fase anche per la sanità pubblica. Perché? E in cosa dovrebbe consistere?

«Sì. Dopo il primo tempo della purificazione spero che ci sia un secondo tempo. Lei mi domanda perché. Grosso modo si può dire che la spesa sanitaria privata italiana è 1/4/5 di quella pubblica. Quindi non è uno scherzo. Il punto grave di anomalia che rende più facile anche i fenomeni di corruzione è che gli italiani sono quelli che in Europa occidentale spendono la più gran parte della spesa sanitaria «privata-privata» di tasca propria. C'è un dato che colpisce molto: gli italiani pagano di tasca propria l'equivalente pari al 22-23 per cento dell'intera spesa complessiva sanitaria pubblica-privata. In Olanda questa spesa è del 7,3 per cento perché lì c'è il massimo sviluppo dell'attività mutualistica non profit. Questa mutualità è anche uno strumento per controllare. Faccio un esempio: se ci fosse un triangolo dove c'è il cittadino utente che, attraverso forme di contratti collettivi, ha pagato una mutua la quale a sua volta diventa un controllore rispetto alla clinica privata e la Regione che da parte sua interviene con un altro tipo di controllo, anche ammettendo un certo sviluppo delle forme di gestione privatistica ci sarebbero le condizioni per maggiori garanzie. Formigoni è invece contrario alla mutualità perché punta direttamente al rapporto con il privato. Ed è critico verso le forme di mutualità ed economia sociale che possono intervenire come terzi a gestire il rapporto con le cliniche private. Perché è proprio questo che manca: gli utenti, nel

rapporto con il privato, sono abbandonati a se stessi».

Lei parla di mutualità e di non profit. Prima della riforma sanitaria c'erano le vecchie mutue che certamente non brillavano per prestazioni e affidabilità. Non rischia di essere un passo indietro?

«No. Dovrebbero essere nuove mutue che si avvalgono dei fondi sanitari aggiuntivi, in larga parte affidate alla contrattazione sindacale di categoria oppure come assicurazioni fatte da associazioni professionali».

In Europa c'è qualche modello a cui guardare? Lei stesso richiamava l'esempio dell'Olanda dove c'è un welfare con un alto mix fra pubblico e privato.

«Non c'è più nessun modello generale. Però l'Olanda ha questa caratteristica: ha meno di noi dal punto di vista di copertura di assicurazione pubblica. In Italia teoricamente siamo tutti quanti coperti dal fondo sanitario nazionale; in Olanda è il 63 per cento degli utenti che è coperto da forme assicurative pubbliche. Il resto sono mutue o assicurazioni private. Ma ormai si può dire che non c'è nessun modello privilegiato. Quello che è certo è che noi abbiamo un eccesso di pagamento diretto dei cittadini. Quando uno paga direttamente di tasca propria non ha la copertura né delle strutture di tipo mutualistico, né di quelle pubbliche e in più è scoperto da garanzie e controlli».

In altre parole le associazioni mutualistiche o le assicurazioni dovendo rispondere ai propri associati dello standard, dell'efficienza e della sicurezza dei servizi, sarebbero indotte a svolgere un ruolo di maggiore vigilanza e controllo verso le strutture sanitarie con le quali convenzionano.

«Certo. E in questo modo sono capaci di intervenire e condizionare. Così usciamo anche dal dualismo attuale: o clinica privata che fa servizi e struttura pubblica che li paga, ma si va verso forme intermedie che possono garantire un miglioramento delle prestazioni e dei controlli. Però non c'è dubbio che ora c'è bisogno di un periodo di pulizia. Il punto drammatico non è più soltanto il sud. Milano insegna. Uno degli obiettivi prioritari su cui impegnarsi è che il medico faccia o la scelta definitiva per il pubblico o la scelta per il privato, o trovi altre forme di natura autonoma. Non può continuare a fare l'uno e l'altro. Però è chiaro che ci vuole una certa flessibilità per convincere i medici pubblici ad accettare questa soluzione».

In concreto cosa vuol dire flessibilità?

«Ad esempio si può riconoscere ai medici di mantenere un piccolo ambulatorio privato fuori della convenzione con il pubblico».

Negli ultimi tre anni il fatturato delle cliniche private lombarde è aumentato del 40 per cento con un vero boom delle prestazioni. Una deregulation che ha fatto della salute un affare d'oro. Non rischia tutto ciò di trasformarsi soltanto in un mercato, con tutti gli effetti speculativi che ogni mercato si tira dietro?

«E' un pericolo reale. I dati della Lombardia che mi spaventano. La logica della legge regionale è che deve essere liquidata al più presto la gestione pubblica della sanità. Avendo fatto questa operazione in tempi rapidi e frettolosi sono mancati invece i procedimenti di controllo e di accreditamento».

E la classe medica italiana in tutte queste vicende di malasanità ha delle particolari responsabilità? Vi sono medici che sono diventati complici della malasanità e protagonisti di truffe colossali ai danni del sistema pubblico.

«E' urgente portare gran parte della classe medica ad alcune modificazioni profonde. Per prima cosa va posto fine all'eccesso di medici; secondo, va data maggiore responsabilità personale anche ai medici; terzo, va evitato che vi sia il coinvolgimento del medico, direttamente o indirettamente, come gestore. Ciò che contribuisce ad alterare il ruolo della professione è che nella mentalità medica abituale il successo si misura in termini economici».

Fatta cento la spesa sanitaria globale, quale può essere il punto di equilibrio fra intervento pubblico e privato?

«In Europa la spesa sanitaria oscilla fra il 75 e l'80 per cento per la parte pubblica e il 20-25 per cento per quella privata. Però nella privata una parte rilevante è costituita da cittadini che integrano la garanzia pubblica con forme di assicurazione soprattutto di tipo mutualistico e di economia sociale».

Raffaele Capitani