



Silvio Garattini Foto Ansa

LA POLEMICA**Garattini: «D'accordo con l'esclusiva ma l'intramoenia penalizza i cittadini»**

■ Spaccatura tra i sostenitori della proposta annunciata dal ministro della Salute Livia Turco che sancisce il regime di esclusività con il Servizio sanitario pubblico per primari e capi dipartimento. Non tutti condividono infatti

l'apertura ai medici apicali di lavorare in forma privata in regime di intramoenia, ovvero all'interno della struttura ospedaliera pubblica. Il rischio sarebbe quello di creare cittadini di serie A e di serie B. Il farmacologo Silvio Garattini,

ad esempio, non ha dubbi e rilancia «sarebbe bene eliminare anche la possibilità di esercitare il lavoro privato dentro le mura dell'ospedale». «Nel ddl che verrà discusso spiega Garattini - toglierei di mezzo senza esitazioni l'attività intramoenia; è un'attività che sostanzialmente nuoce al servizio sanitario nazionale. Grazie a questa attività ci sono cittadini di serie A che possono pagare e avere prestazioni in tempi brevi e citta-

dini di serie B che attendono le liste di attesa. E questo fenomeno crea una discriminazione tra la popolazione che è contraria allo spirito del sistema sanitario nazionale. Stesse persone gestiscono strutture e apparecchiature che servono per il pubblico non sono disponibili ma che poi nel privato improvvisamente si riattivano. Questo fenomeno discriminante è crescente soprattutto nei grandi ospedali e nasce dall'aumento del-

le liste di attesa per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche». Non è della stessa opinione Mario Falconi, segretario nazionale della Federazione Italiana dei Medici di Famiglia (Fimmg) che vuole esclusività senza ambiguità. «Garantire la libera professione intramoenia - continua - è un diritto di tutti i professionisti medici, ma è anche un diritto di tutti i cittadini a non essere discriminati rispetto al censo e ad avere la ga-

ranza che chi ha la massima responsabilità nella tutela della loro salute operi nell'esclusivo interesse del servizio pubblico». «Perseguire, misurare e premiare la qualità professionale - aggiunge Falconi - senza ambiguità, ed eliminare tutta la burocrazia inutile e degenerata che ostacola il corretto rapporto medico-paziente, non costa nulla e consente realmente di realizzare una sanità a misura di cittadino».

Esami e ricoveri: il privato costa 20 miliardi

Sanità, la spesa per i rimborsi alle strutture private convenzionate è alle stelle, Lombardia in testa. Ecco perché la Turco dà fastidio...

■ di Wanda Marra / Roma

PIÙ DEL 21 PER CENTO della spesa sanitaria pubblica del nostro paese va nel privato. Ovvero in ricoveri ospedalieri presso strutture private accreditate, in visite specialistiche e diagnostica per immagini e di laboratorio sempre presso strutture private, e in ogni altro tipo di assistenza privata. Ciò significa che quasi un quarto di quello

La spesa sanitaria in Italia		
	1995	2004
Spesa totale	48,1 mld euro	87,1 mld euro
Spesa privata convenzionata	9,9 mld euro (21%)	19,9 mld euro (22%)
Toscana		
Spesa totale	3,1	5,5
Spesa privata convenzionata	0,36 (11%)	0,7 (12%)
Lombardia		
Spesa totale	7,7	13,3
Spesa privata convenzionata	2 (26%)	4,1 (32%)
Sicilia		
Spesa totale	3,7	7,1
Spesa privata convenzionata	0,75 (20%)	1,8 (26%)

che lo Stato stanziava annualmente per la sanità (esclusi gli investimenti straordinari) finisce nelle strutture private.

Un dato che è rimasto pressoché costante negli ultimi 10 anni: nel 1995 la spesa sanitaria totale era di 49.135.987 milioni di euro, della quale il 20,6% privata. Nel 2004 a fronte di una spesa sanitaria totale quasi raddoppiata, 87.027.398 milioni di euro, la percentuale di spesa privata è stata del 22,6% del totale (fonte Assr, Agenzia per i Servizi Sanitari regionali). Ma quali sono le prestazioni private più finanziate dallo Stato? Come ricorda anche l'Assessore alla Sanità del Lazio, Augusto Battaglia, la maggior parte di questa spesa va nella diagnostica, ovvero negli esami più approfonditi, come le tac. E tra l'altro, proprio l'alto numero di esami - a volte discutibili - che i medici prescrivono è la causa principale della lunghezza delle liste d'attesa nel nostro paese.

Se si dà uno sguardo all'evoluzione della spesa sanitaria privata si nota che dal 1996 al 2000 questa rimane intorno al 21%, nel 2001 aumenta al 24,9% nel 2002 al 25,9%, nel 2003 al 26,2% per poi riabbassarsi nel 2004 (22,6%) e nel 2005 (21,2%), dati, questi due ultimi elaborati su quelli del Ministero della Salute.

Dando uno sguardo alle ripartizioni della spesa totale, nel 1995 si vede che tre erano i capitolati della spesa totale (ancora fonte Assr): l'11,49% del totale era ospedaliera con-

venzionata, il 2,57% era specialistica convenzionata, il 6,53% andava in altre prestazioni. Per il resto, il 42,48% della spesa era per il personale, il 19,32% per Beni e servizi, il 10,69% Farmaceutica, il 5,95% in Medicina di base, lo 0,82% per obiettivi di piano e lo 0,16% per oneri finanziari. Per quel che riguarda il 2004 le ripartizioni sono le seguenti: il 33,76% per il personale, il 23,77% per beni e servizi, il 13,90% è farmaceutica, il 10,61% è ospedaliera convenzionata, l'8,45% va per altre prestazioni, il 5,92% in medicina di base, il 3,53% in specialistica convenzionata, lo 0,22% in oneri finanziari. «La spesa sanitaria privata è molto diversa da una regione all'altra. Ed è più elevata storicamente in alcune regioni. E in genere in quelle del sud. Inoltre, è andata aumentando fino al 2003, dopodiché ha cominciato a ridursi. A mio parere perché si sono finiti i soldi», spiega Federico Spandonaro, coordina-



Foto di Franco Silvi/Ansa

tore del rapporto Ceis sulla Sanità della Facoltà di Economia di Tor Vergata. Sono Lazio e Lombardia quelle che nel 2003 risultano avere una più alta percentuale di spesa sanitaria privata, rispettivamente con il 30,7% e il 30,1% (fonte Assr). E Lombardia e Lazio sono anche le regioni con la maggior spesa sanitaria totale: 13.307.022 milioni di euro la prima (di cui 2.209.364 per ospedaliera convenzionata, 559.930 per specialistica convenzionata e 1.480.177 per altre prestazioni) e 8.886.526 la seconda (di cui 1.735.165 per ospedaliera convenziona-

ta, 439.673 per specialistica convenzionata e 717.039 per altre prestazioni). Anche nel '95 erano queste le due Regioni con una maggior spesa sanitaria privata: rispettivamente il 35,6% e il 26,2%. Alta anche la spesa sanitaria privata della Sicilia: il 24,3% nel 2003 e il 20,01% nel '95. Tra le Regioni con la spesa sanitaria privata più bassa nel 2003 ci sono la Valle d'Aosta (il 10%), l'Umbria (10,8%), Marche (11,8%), Basilicata (11,9%) e Toscana (12,6%). Regioni in cui tradizionalmente la spesa sanitaria privata è stata bassa.

Toscana, avamposto del «tutto pubblico»

Una legge prevede l'esclusiva per i dirigenti E solo cinquanta hanno scelto il privato

■ di Sonia Renzini

ALTRO CHE FUGA dei primari dal pubblico. Il ddl che il ministro Turco presenterà a ottobre, in Toscana è una realtà di fatto da tempo e il clamore di questi giorni intorno alla proposta che stabilisce il rapporto di "esclusività" per i primari a capo di strutture pubbliche qui lascia tutti piuttosto indifferenti.

«Non capisco questa polemica sul principio dell'esclusività, sinceramente non mi sembra tanto difficile da capire - dice il primario della prima chirurgia generale dell'ospedale di Careggi Andrea Valeri - è chiaro che se una persona appartiene a un'azienda e lavora per quella non può fare concorrenza a questa stessa azienda, mi sembra il minimo». A pensarla così non è solo, qui i primari che hanno scelto di operare esclusivamente nel settore pubblico sono stati il 95%. Una scelta che si rese necessaria nel 2004 con l'approvazione di una legge regionale che recepisce il criterio dell'esclusività introdotto in ambito nazionale dalla riforma Bindi. Naturalmente la disposizione non ebbe vita facile e il governo di centro destra cercò di osteggiarla in tutti i modi ricorrendo all'impugnazione delle leggi regionali. Fino al 5 maggio 2006, quando la Corte Costituzionale ha definitivamente sciolto il nodo e dato ragione alla Toscana legittimando «il regime di esclusività

di servizio richiesto dalla Regione per tutti coloro che svolgono incarico di direzione di struttura semplice e complessa». Per l'assessore della Toscana al diritto alla salute Enrico Rossi la sentenza è un importante passo in avanti nella qualità del servizio sanitario: «La scelta dell'esclusività è un grande intervento di moralizzazione, di correttezza e di trasparenza nei confronti dei cittadini. E comporterà vantaggi per i primari e per i cittadini».

Una posizione largamente condivisa dai primari toscani nel tempo a più riprese, visto che anche quando c'è stata la possibilità di modificare la scelta, nel novembre 2004, solo 50 dirigenti su 7481 passarono dal rapporto esclusivo a quello non esclusivo e 32 al contrario passarono dal non esclusivo all'esclusivo. Numeri microscopici che bastano da soli a disinnescare tutte le polemiche su eventuali fughe di massa dal servizio pubblico. «Anch'io ho scelto fin dall'inizio il pubblico e l'intramoenia - dice il direttore del dipartimento materno infantile di Careggi Gianfranco Scarselli - non ho avuto dubbi e questa paura di eventuali fughe mi sembra inesistente. Oltretutto è molto più comodo esercitare la propria attività tutta nella stessa clinica, dentro le mura, che dovere cercare di raggiungere quel posto o quell'altro che magari è anche distante dall'ospedale, ma certo è importante che ci siano le strutture adeguate».

Insiste su questo punto anche il primario di chirurgia Valeri: «Potere fare intramoenia in regime di ricovero e di ambulatorio è meglio per tutti, ma è necessario che ci siano le condizioni per farlo, per ora la facciamo negli ambienti convenzionati con Careggi, come Villa Donatello e Villa Cherubini». L'attività di intramoenia in Toscana al momento rappresenta il 10-12% del totale con un incasso che nel 2005 è arrivato a 99 e mezzo milioni di euro, di cui il 10% spetta alla Asl. «L'attività di intramoenia può contribuire ad abbattere le liste d'attesa - continua Rossi - ed entro luglio 2007 deve rientrare tutta all'interno degli spazi pubblici ed essere regolata contrattualmente». Ad oggi il 50% dell'attività si svolge fuori dagli ospedali e finora degli 80 milioni di euro messi a disposizione dal governo per le nuove strutture la Regione ne ha spesi la metà. Ma Rossi ne è convinto, in un anno le strutture saranno adeguate, anche se non sarà facile: «Certo che la crociata del centro-destra ha fatto di tutto per indebolire il servizio pubblico, facendoci perdere anni di tempo».

Il prof. Scarselli, ospedale «Careggi»: «Meglio esercitare tutta l'attività nella stessa struttura, ma servono più attrezzature»

L'INTERVISTA **IGNAZIO MARINO** Per il chirurgo-senatore «è un merito investire nel pubblico. Per legge un tetto alle liste di attesa intramoenia»

«La legge del privato? In Usa in 40 milioni senza assistenza...»

■ di Maristella Iervasi

È appena uscito dalla sala operatoria del Thomas Jefferson University Hospital di Philadelphia dove ha effettuato un intervento per tumore al fegato su un ex dipendente del governo americano con assistenza pubblica. Il professor Ignazio Marino, il chirurgo-senatore presidente Ds della commissione sanità di Palazzo Madama, interviene nel dibattito sul «governo clinico» e il sistema dell'intramoenia annunciata dal ministro della Salute Livia Turco. Premette, però, che la sanità Usa per la sua «inequità di base» non può essere per l'Italia un modello, visto che «40 milioni di cittadini non hanno assistenza mentre il Paese mantiene più di mille basi militari al di fuori dei propri confini». E sulla polemica di casa nostra per il disegno di legge che renderà obbligatorio ai primari e capi di dipartimento degli ospedali il rapporto esclusivo con il Sistema sanitario nazionale per tutta la durata del contratto individuale, dice: «Nessuno si deve scandalizzare se gli ospedali funzioneranno nell'interesse del cittadino. È un merito se il ministro vuole investire particolarmente nel pubblico. Il



problema pubblico-privato esiste e deve essere affrontato. Il cittadino non deve essere obbligato a ricorrere al privato perché costretto. La sua deve essere una libera scelta, magari perché vuole più confort...». **Professore, a quando i risultati dell'indagine sull'intramoenia chiesta da tutti i componenti della commissione Sanità del Senato?** «L'indagine verrà conclusa a fine anno. Che i cittadini spesso ricorrono al privato per necessità è sotto gli occhi di tutti. In alcune Regioni le liste d'attesa sono infinite e il solco determina una divisione di cittadini in abbienti e non abbienti intollerabile». **E questa inchiesta cosa produrrà?** «Quello che faremo è un percorso scientifico: individuare le problematiche delle singole Regioni e identificare con numeri, dati e cifre la dimensione del problema. Il docu-

mento finale che verrà redatto verrà consegnato agli assessori alla sanità e al ministro della Salute».

Intanto la sanità italiana è sotto esame. Quale terapia?

«Si riparte dalla riforma voluta da Rosy Bindi: l'esercizio della libera professione negli ospedali. Un processo che è stato interrotto in questi cinque anni. I fondi stanziati per adeguare le strutture non sono stati utilizzati. Da qui il proliferare di studi privati convenzionati con gli ospedali. Con il risultato opposto: portare i pazienti fuori le strutture pubbliche».

Ma applicando alla lettera il disegno di legge Turco, come farà un cardiologo ad operare privatamente in uno ospedale?

«Il professionista che ha questa legittima esigenza dovrebbe essere felice se può utilizzare le stesse risorse, le stesse tecnologie e la stessa squadra della struttura pubblica in cui lavora».

Si, ma nella pratica le camere operatorie, diciamo, a "tariffa privata", mica esistono...

«Bisogna dare ai professionisti la reale possibilità di svolgere anche la loro professione privata nel pubblico, adeguando le strutture. Se un chirurgo o un internista la mattina opera un paziente che ha una patologia

complessa e nel pomeriggio si verifica un aggravamento, quel primario lavorando in intramoenia all'interno della stessa struttura è reperibile e potrà intervenire e guidare la soluzione del problema di quel determinato paziente. La sanità sarà migliore, nell'interesse di tutti: il paziente-ricoverato avrà il professionista tutto il giorno; il primario avrà meno ansia e stress: non dovrà più spostarsi per 15 chilometri per raggiungere lo studio privato. E la struttura pubblica diventerà più competitiva con il privato».

Figore con il privato, dunque. Ma chi sceglie l'esclusiva potrà comunque avere uno studio privato per alcune ore a settimana?

«No. Se vuole lo studio privato lo potrà avere all'interno dell'ospedale. Non si può continuare a far sì che le strutture private fac-

«Bene la scelta della Turco. Con l'esclusività dei primari le strutture pubbliche saranno più competitive e più utili al cittadino»

ciano il pieno di pazienti per un intervento di appendicite. Non è possibile che per la sostituzione della protesi dell'anca, un paziente sia costretto a scegliere il privato perché altrimenti dovrebbe aspettare un anno per poterla fare. Capisco che in moltissime aree del paese questo non si è verificato e capisco la titubanza nell'accettare questa idea. Ma bisogna fare delle scelte: umanizzare la medicina e rendere la sanità più vicina ai cittadini. Non si può lasciare lo status quo».

Ma l'esclusività andrà o no a beneficio delle liste d'attesa?

«Secondo me sì. Il problema delle liste d'attesa è complesso e va affrontato».

E con quale soluzione?

«All'ospedale San Giovanni di Roma, mesi fa, fu sospesa l'attività intramoenia perché le liste d'attesa pubbliche erano diventate lunghissime. Occorre introdurre misure determinate per legge che blocchino l'attività privata all'interno di una struttura pubblica in modo che si arrivi ad un equilibrio tra le due liste d'attesa».

Ma come si potrebbero diminuire i tempi di attesa dei pazienti nel pubblico?

«Organizzando meglio il lavoro nella struttura ospedaliera ed equilibrio nel rapporto pubblico-privato».