

L'INTERVISTA **Costantino Troise (Anaa)**: stanare chi autocertifica un falso diritto all'esenzione dal ticket. Spending review arma a doppio taglio, se viene fatta male

Siamo sotto la media Ue, ora stop alle sforbiciate

DI GIANLUCA DE MARTINO

«La spesa sanitaria pubblica in Italia è al di sotto della media europea, rispetto a Francia e Germania, spendiamo due punti percentuali di Pil in meno. Come fa il governo Monti a parlare di ulteriori tagli?». È la domanda che si pone Costantino Troise, segretario dei medici ospedalieri Anaa e dei dirigenti medici della Cosmed. La spending review per la sanità lo trova scettico.

«Non è solo questione di cifre assolute, come i nove milioni di cittadini che non possono sostenere i costi per le cure. La spesa sanitaria da noi presenta anche un tasso di crescita più basso rispetto a tutti gli altri settori del pubblico impiego. Crescono anche le diseguaglianze territoriali».

La classica storia tra cittadini di serie A e di serie B.

L'efficacia e la sicurezza delle cure smettono di essere un diritto di cittadinanza, garantito a tutti, ma dipendono dal luogo in cui una persona vive. Credo ci sia bisogno di qualificare la spesa, di aumentarla even-

tualmente nel tempo, di tenere la barra dritta ed impedire di erodere il welfare.

I cittadini hanno la possibilità di curarsi anche fuori dalla propria regione.

«La mobilità sanitaria è una piaga, soprattutto al sud. Il sistema sanitario non è in grado di arrestarla. Il controllo della spesa, nelle regioni sottoposte a piani di rientro, ha eroso la capacità di garantire i livelli essenziali di assistenza. Anche l'opera meritoria della Sicilia di mettere in ordine i conti, è stata fatta pagare alle fasce più bisognose.

Da un lato i tagli alla spesa, dall'altro la necessità di coprire il disavanzo. La sanità è stretta tra incudine e martello?

E spesso ritorna la sulla scena della sanità italiana la storia dei ticket sui ricoveri, che però di recente il ministro della Salute si è affrettato a smentire. Vorrei ricordare che questa ipotesi costò un governo all'onorevole De Mita molti anni orsono. E mi pare che le stesse Regioni mettano in guardia da una certa facilità di approccio. I costi di incasso e di controllo sarebbero ad-

dirittura maggiori rispetto a quello che i cittadini dovrebbero pagare. Caricare un cittadino di una tassa nel momento in cui è compromessa o in dubbio la sua capacità di tutelare la salute, mi sembra una operazione quantomeno discutibile.

Sembra non esserci via d'uscita. Qual è la proposta dei medici?

Si può e si deve, casomai, affrontare il tema dell'evasione da ticket, agire nei confronti di coloro che autocertificano di poter usufruire di esenzioni pur non avendo diritto. Credo che con iniziative di dissuasione che non solo sono costose, ma probabilmente non garantirebbero nemmeno l'introito che si vuole assicurare, avremo una grande difficoltà a garantire la sostenibilità dei servizi sanitari.

Ci sono margini di taglio agli sprechi nella sanità?

La spesa sanitaria pubblica è insufficiente, ma al suo interno esistono sicuramente dei settori in cui è possibile agire, senza compromettere la qualità e la quantità dei servizi. Ma questo richiede una operazione chirurgica e una profonda conoscenza del-

la macchina su cui si vuole intervenire.

Sta dicendo che chi affronta la questione non è a conoscenza dei meccanismi della sanità?

Voglio dire: se un meccanico vuole migliorare l'efficienza di una macchina deve essere molto bravo e sapere dove mettere le mani. Altrimenti rischia semplicemente di eliminare il motore e ridurre la funzionalità della macchina stessa.

La sanità costa allo Stato ogni anno oltre 110 miliardi di euro. È possibile

che i tagli partano da lì.

Io non so bene se nell'ambito della spending review la sanità può far recuperare 2, 6 o 7 miliardi. Sarei curioso di capire quali sono i settori. Sostengono che un sistema di appalti centralizzati serva ad eliminare sperperi? Questo può funzionare bene per prodotti standardizzabili, di uso comune, come la garza, la siringa o il cotone, che si prestano bene ad acquisti in grande scala. Ma in sanità c'è una forte individualità anche per quanto riguarda l'approccio di protesi e terapie farmacologiche. C'è bisogno della massima cautela. Non vorrei che importassimo i cateteri dalla Corea o dalla Cina e dopo ci accorgessimo che funzionano male o sono difettati.

Più del 30% della spesa sanitaria riguarda il personale. Anche lì c'è ancora da tagliare?

Nelle regioni sottoposte a piano di rientro vige già il blocco del turnover. La Campania da quasi cinque anni non assume medici. Di qui al 2020 è previsto il pensionamento di circa 60mila medici. Il che vuol dire che sta già mancando la necessa-

ria competenza professionale, per rispondere alla domanda dei cittadini, che è crescente. E mancherà, tra poco, in tutte le regioni un numero adeguato in grado di rispondere anche al sistema dell'emergenza-urgenza, che richiede una disponibilità 24 ore su 24. Senza contare che si produce un invecchiamento della popolazione, che finirà anche per incidere sulla funzionalità dei servizi, sulla sicurezza delle cure. Un conto è avere un giovane che ha energie e disponibilità per affrontare un percorso di miglioramento, altro è avere di fronte un medico che aspetta soltanto di andare in pensione, come un soldato che attende la fine della leva.

Medici e dirigenti hanno promosso un Sanità Day per il 28 giugno a Roma. Chiederete un incontro anche al commissario Bondi?

Non credo che ci incontreremo, siamo in una fase in cui si perpetua il brunettismo senza Brunetta. Tecnici e supertecnici proseguono in questo atteggiamento nei confronti del sindacato che, come dimostrato con Brunetta, porterà a fare molti errori.

I piani di rientro bloccano il turn over Sta già mancando la necessaria professionalità