

La ventilata proposta di riorganizzazione del sistema sanitario regionale della Toscana avanzata dalla Giunta regionale presenta numerosi elementi di criticità, oltre a non essere supportata da alcuna evidenza su come possano prevedersi implementazione di efficienza, riduzione dei costi, maggiore efficacia clinica e maggior soddisfazione dei cittadini.

- 1) Il gigantismo istituzionale non può rappresentare una scorciatoia per risolvere i deficit organizzativi e di governo del sistema sanitario, in una rincorsa ai benefici della economia di scala, che non sono illimitati, con il rischio, o per meglio dire la certezza, di sacrificare la qualità dei servizi erogati, senza alcuna garanzia di miglioramento dell'efficienza, e con la necessità di pachidermiche strutture intermedie per essere governato.
 - Nell'area vasta Centro (Firenze, Prato, Pistoia, Empoli) la unificazione genererebbe una azienda sanitaria con un bilancio di oltre 3,5 miliardi di € e circa 23.000 dipendenti, più grande di molte Regioni, con seri dubbi sulla sua effettiva gestibilità, stante anche la valanga di documenti amministrativi prodotti. I necessari strumenti di delega appesantirebbero il processo decisionale e ridurrebbero gli eventuali risparmi.
 - Nell'area vasta Sud Est (Siena, Arezzo, Grosseto), si dovranno conciliare le necessità degli abitanti di Bibbiena o Montevarchi con quelli di Orbetello e Pitigliano con distanze di centinaia di Km e tempi di percorrenza stradale di oltre tre ore. Al fine della gestione dei territori, il Direttore generale avrebbe come interfaccia ben 103 comuni con evidenti difficoltà nelle relazioni istituzionali.
 - Con la riduzione delle direzioni aziendali si riducono anche i Collegi Sindacali, a danno della funzione di controllo, in un momento in cui gli eventi sui bilanci di Massa, Siena e Pistoia imporrebbero forse maggiore attenzione, visto che già ora si hanno difficoltà nel verificare l'attività di strutture molto più contenute, che comunque in ciascun territorio rappresentano la maggiore realtà economica.

Le esperienze finora realizzate in Italia ed all'estero non sono positive, nemmeno sul piano dei costi. Né si possono trascurare le ripercussioni sulla organizzazione del lavoro clinico che rischia di allungare a dismisura, rendendoli fragili e facili alla rottura, i filamenti tra i nodi di una rete clinica ed organizzativa. Nella Regione Marche i risultati sono tali per cui dopo oltre otto anni dalla unificazione ancora esistono le vecchie articolazioni e vecchie procedure definite a livello di zona, che in realtà replicano le vecchie aziende sanitarie. La macro-azienda della Romagna, che riunisce 4 aziende sanitarie provinciali e senza la complicazione dell'università, è da due anni ancora in itinere senza una stabile strutturazione. Le macro-aziende di Genova e Napoli sono in preda a mille difficoltà, anche economiche.

- 2) La creazione di aziende integrate con le università configura un nuovo assetto istituzionale, che richiederebbe necessariamente una modifica legislativa, e presenta il rischio di subordinare la condivisione della *governance* con i Rettori a tutto il territorio, superando le mura della AOU a favore dell'affermarsi di un modello che finora non ha certo brillato per efficienza e contenimento dei costi. Tre macro-aziende corrispondenti alle attuali aree vaste interprovinciali convenzionate con l'Università sono prive di riferimento giuridico nella legislazione vigente ed in contrasto con le previsioni del D.Lgs 517/99 che all'art. 2, comma 4, prevede l'unitarietà strutturale e logistica dell'azienda ospedaliero/universitaria ed individua con puntualità le tipologie organizzative, regolamentandone l'organizzazione interna (art. 3) e gli organi di governo (art. 4).
- 3) L'organizzazione delle attività sanitarie territoriali e della prevenzione non è conciliabile con territori di spropositata estensione e correlata disomogeneità delle popolazioni e delle attività sociali e produttive; ancora diverrebbero ineludibili livelli organizzativi sotto ordinati per zone più ristrette; non una semplificazione ma un aumento della complessità senza alcun risparmio economico anzi con appesantimento delle burocrazie e conseguente danno e aggravio dei costi stessi anche per cittadini e utenti.

- 4) Inaccettabile il taglio lineare delle dotazione organiche, quasi una rottamazione di massa che pensa di mantenere elevati standard di servizio riducendo le risorse umane e peggiorandone le condizioni di lavoro. La volontà di dichiarare 800 esuberanti tra i dipendenti del SSR è preoccupante, anche perché la normativa attuale prevede l'impossibilità di sostituire i pensionamenti, più o meno coatti, per un periodo di anni. Considerato il blocco del *turn over*, non dichiarato e condotto sotto traccia, che colpisce le aziende sanitarie toscane da almeno 4 anni, un ulteriore taglio delle dotazioni organiche inevitabilmente si rifletterà sulla erogazione dei servizi agli utenti. Tutto il personale precario che lavora nel sistema vedrebbe drammaticamente allontanarsi ogni possibilità di stabilizzazione. Il che renderebbe difficile in molte realtà il rispetto dei vincoli europei relativamente al diritto al riposo e alla durata massima del lavoro settimanale per tutti i dipendenti del settore sanitario, dirigenti medici e sanitari compresi, recentemente ripristinato dal Parlamento italiano. Senza contare un netto incremento dell'età media dei dirigenti medici e sanitari operanti nel SSR, già oggi tra le più elevate in Italia, con importanti ripercussioni nell'organizzazione del lavoro (medici ultrasessantenni costretti a svolgere una mole notevole di guardie notturne, di reperibilità e lavoro straordinario con conseguenze negative sulla loro salute e sulla sicurezza della cure).

I Segretari nazionali di ANAAO ASSOMED, CIMO, AAROI-EMAC, FVM, FASSID (FEDERAZIONE AIPAC-AUPI-SIMET-SINAFO-SNR), CISL MEDICI, FESMED, ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI rigettano senza mezzi termini un'idea di sistema sanitario regionale che, quasi come uno spot mediatico di un *hard discount*, illude i cittadini sulla possibilità di conciliare una drastica riduzione dei costi con l'incremento della qualità dei servizi di prevenzione e cura e con il miglioramento dei tempi di relazione con i malati, attraverso ristrutturazioni e accorpamenti dei servizi sanitari basati su una legiferazione *fai da te* che rende il loro diritto alla salute una variabile da sacrificare sull'altare di un'autocrazia regionale tanto fantasiosa quanto autoreferenziale.

Una riorganizzazione dei servizi sanitari in funzione della riduzione dei costi dei fattori produttivi, medici compresi, provoca più danni che benefici. Qualunque modello organizzativo deve recuperare il valore del lavoro, delle competenze professionali e della vocazione all'assistenza che fanno la differenza tra la vita e la morte, tra la salute e la malattia, se si vuole realmente continuare a mantenere il diritto dei cittadini alla salute ed alla sicurezza delle cure attraverso le competenze di chi è chiamato a garantirne la esigibilità.