



Sanità toscana. Un cattivo esempio



Gavino Maciocco

L'approvazione della legge regionale di riordino del sistema sanitario segna una delle pagine più oscure della sanità toscana e rappresenta un cattivo esempio per le altre Regioni che si trovano a fronteggiare i tagli imposti dal governo. Un pessimo esempio per questioni di metodo, di sostanza e di tipologia dei tagli. Un disegno autoritario e accentratore. Un accanimento verso il capitale umano del servizio sanitario regionale.

Lo scorso 11 marzo il Consiglio regionale della Toscana ha approvato la legge di riordino del sistema sanitario (vedi testo in Risorse). Una legge che ha avuto un iter molto rapido, quasi precipitoso, da quando cioè il governatore Enrico Rossi, di fronte alla decisione del governo di tagliare il fondo sanitario nazionale di oltre 2 miliardi – siamo a metà dell'ottobre 2014 –, decise che la soluzione toscana per ottenere i necessari risparmi era: 1) introdurre un ticket ospedaliero (proposta rapidamente ibernata); 2) realizzare una drastica riduzione delle Asl: 3 sole Asl, rispetto alle 16 tra Asl e Aziende ospedaliere (vedi qui i vari post pubblicati da SaluteInternazionale su tale argomento [Dossier Toscana](#)).

L'approvazione di questa legge segna una delle pagine più oscure della sanità toscana e rappresenta un cattivo esempio per le altre Regioni che si trovano a fronteggiare i tagli imposti dal governo. **Un pessimo esempio per questioni di metodo, di sostanza e di tipologia dei tagli.**

Il metodo

Quando Enrico Rossi in un'intervista al telegiornale regionale lanciò l'idea della fusione in sole 3 Asl, ci si aspettava che l'idea fosse rapidamente accompagnata da una **proposta che definisse gli obiettivi, le modalità, e anche le basi tecnico-scientifiche dell'operazione**. Una proposta su cui – come era sempre avvenuto in Toscana per leggi di tale portata – chiamare a discutere i cittadini, gli enti locali, le categorie professionali, i sindacati, le associazioni. **Ma mentre la proposta non veniva fuori e non si parlava né di discussione, né di alcuna forma di partecipazione, si chiariva la strategia politica di Rossi e del PD regionale:** la legge di fusione delle Asl andava approvata dal Consiglio regionale prima dello scioglimento dello stesso previsto per fine marzo 2015, in vista delle elezioni di maggio. Solo a metà gennaio 2015 arriva in Consiglio la proposta di legge che viene imposta a consiglieri regionali che appena due mesi prima avevano (tardivamente) approvato un piano sanitario regionale che indicava un disegno completamente diverso dalla legge di riordino. **Il Consiglio alla fine approverà in fretta e furia**, dopo aver apportato dei marginali ritocchi. Nessuna discussione pubblica, nessuna partecipazione, nessuna iniziativa di ascolto come andava di moda fino a qualche tempo fa. **Questa è la velocità, bellezza!** Molte proteste quelle sì, dei sindacati medici, dei collegi e dei sindacati degli infermieri, di comitati spontanei di cittadini sorti in varie zone della Toscana (che stanno promuovendo un referendum abrogativo della legge). **Proteste rese inoffensive dalla "grande" stampa, che ha messo il silenziatore alla questione del riordino della sanità**, a tal punto che i sindacati medici hanno dovuto acquistare una pagina dei principali quotidiani – Repubblica, Corriere, Nazione e Tirreno – per rendere pubblico un loro comunicato di critica alla legge (vedi [Risorse](#)).

La sostanza

“Questa riforma rappresenta una garanzia per il futuro del nostro servizio sanitario”, ripete ad ogni occasione l'assessore alla sanità Luigi Marroni perché, com'è scritto nella legge, la fusione delle Asl consentirà di evitare duplicazioni, sprechi di risorse, volumi di attività inadeguati, insufficiente utilizzo delle risorse e di migliorare la qualità dei servizi. **Se vi fosse stata una discussione libera e aperta, se la stampa avesse svolto il suo dovere d'informazione completa e obiettiva, si sarebbe appreso che tali affermazioni sono fondate sul nulla.** Infatti non esiste alcuno studio che metta in relazione le macro-fusioni delle organizzazioni sanitarie con l'ottimizzazione della spesa e il miglioramento della qualità dei servizi. Mentre sarebbe bene ricordare le conclusioni di uno **studio del King's Fund**, il più importante istituto di ricerca britannico:

“Dalle fusioni delle organizzazioni sanitarie ci si aspetta che portino vantaggi economici, clinici e politici. I vantaggi economici dovrebbero venire dall'economie di scala, in particolare dalla riduzione dei costi del management e dalla capacità di razionalizzare l'offerta. Tuttavia queste fusioni raramente riescono a raggiungere gli obiettivi stabiliti. E' stato osservato che nel periodo 1997 – 2006 su 112 fusioni di ospedali 102 non mostrarono alcun miglioramento della produttività, e neppure della posizione finanziaria” (...) “Le evidenze suggeriscono che quanto più alto è il grado di cambiamento organizzativo che si vuole ottenere, tanto maggiore è il rischio che il beneficio non sia raggiunto” [1].

Peraltro ci ha pensato lo stesso Rossi a screditare l'idea del riordino con questa affermazione, rilasciata lo scorso 1° marzo al congresso dei farmacisti toscani:

“Perchè devono esistere, ad esempio, 8 cardiologie interventiste nell'area centrale della toscana? Tutte le Unità operative universitarie o ospedaliere hanno una casistica adeguata? Solo analizzando a fondo questi aspetti potremo riuscire nella sfida che ci poniamo di tagliare il 7% della spesa senza nulla togliere nella risposta ai cittadini”.

Ciò che serve – come non essere d'accordo col Governatore? – è l'analisi approfondita dei processi assistenziali delle unità operative, per valutarne i livelli di efficienza e i risultati di salute. I dati per l'analisi approfondita sono tutti accessibili perché la Toscana dispone di sofisticati strumenti di monitoraggio. Poi è compito dell'Assessore alla sanità e del Governatore prendere le decisioni conseguenti. Non c'è bisogno di complessi e defatiganti riordini di sistema per eliminare duplicazioni e sprechi. Ci vorrebbe, questa sì, volontà politica e una certa dose di umiltà e di autocritica. Perché Enrico Rossi è da quindici anni che esercita un completo controllo sul sistema sanitario toscano e tutte le incrostazioni di cui si lamenta sono avvenute sotto i suoi occhi e ne porta per intero la responsabilità. Va anche ricordato che *“non si può risolvere un problema con lo stesso tipo di pensiero che lo ha generato”*.

Ma allora a che serve la legge di riordino, così ostinatamente voluta da Rossi e dal PD toscano? Serve a costruire un forte accentramento di poteri, con l'istituzione di tre figure inedite, i Direttori di Area Vasta, che rispondono direttamente al Governatore, rendendo superflua, comunque marginale, la posizione dell'Assessore alla sanità. Il tutto in vista di una concentrazione ancora più spinta, con l'abolizione delle aziende e delle stesse aree vaste: **“Penso a una sola Asl regionale”**, ha affermato Rossi in un'intervista al Tirreno.

Con la fusione delle aziende, l'incremento di dimensione organizzativa produrrà inevitabilmente un incremento di complessità, anche di tipo finanziario. L'Asl dell'area vasta centro (Firenze, Prato, Pistoia e Empoli), con una popolazione di circa un milione e 600mila assistiti, avrà entrate, e quindi un giro di affari, pari a poco meno di 3 miliardi di euro l'anno. **Una tale concentrazione di denaro rischia di risvegliare non pochi appetiti, in una situazione di corruzione e malaffare dilagante, che non ha certamente risparmiato la Toscana.** “Aziende di queste dimensioni – afferma il direttore della Fiaso, Nicola Pinelli – dovranno continuare a garantire la gestione della complessità e della qualità aziendale, accountability, trasparenza e legalità, nonostante mega-bilanci sempre più difficili da interpretare”[2].

Accanto ai problemi di accountability, trasparenza e legalità, la centralizzazione del finanziamento solleverà inevitabilmente questioni di perequazione territoriale. Il vigente sistema di finanziamento basato sulla quota capitaria (ovvero per abitante), per ciascuna delle 12 Asl, assicura l'equa distribuzione delle risorse tra i vari territori. Con l'istituzione delle 3 Asl di area vasta la quota capitaria sarà calcolata sul totale degli abitanti di quell'area, e non è difficile prevedere che dal nuovo meccanismo qualcuno ci guadagnerà e qualcun altro lamenterà perdite rispetto al passato. **Dipenderà molto dagli equilibri di potere tra “centro” e “periferie”.**

I tagli

L'assessore Marroni stima in 350 milioni di euro la “contrazione reale” del budget della sanità toscana (leggi [Toscana. Marroni su riforma sanità](#)), a cui si farà fronte con un taglio di 100 milioni di euro in due anni attraverso il ricorso ai prepensionamenti (leggi l'articolo [Via libera alla riforma sanitaria in consiglio regionale](#)). Si tratta di 1500-2000 “esuberanti” che sommati ai 2.500 dipendenti “persi” negli ultimi anni portano a un **taglio del personale del servizio sanitario regionale vicino a un – 10% del totale.** L'accanimento verso il “capitale umano” del SSR si completa con la proposta di **demansionamento delle funzioni infermieristiche**, così espressa dal Rossi-pensiero:

“Almeno in parte sarà possibile sostituire il gran numero di infermieri, che potranno andare in pensione, con un certo numero di giovani Operatori Socio Sanitari preparati, pieni di voglia di fare, e non ancora colpiti da quel fenomeno serio, come il burn out, che in sanità fiacca molte energie che tanto hanno dato, e stanno dando, al Servizio Sanitario” (leggi l'articolo [Toscana. Rossi risponde all'Anaa](#)).

Rimane l'interrogativo di dove si troveranno gli altri 250 milioni di euro per pareggiare il bilancio. **E' molto probabile che dopo le elezioni si riproponga di ticket ospedaliero.**

Risorse

- [Legge di riordino del Sistema Sanitario Toscano](#) [PDF: 5,5 Mb]
- [Manifesto Intersindacale medica](#) [PDF: 1,6 Mb]

Bibliografia

1. King's Fund. Future organisational models for the NHS. Perspectives for the Dalton review, July 2014.
2. Pinelli. [Il prezzo e i finti risparmi delle mega-fusioni Asl](#). Newsletter della Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere N° 1, Gennaio-Febbraio 2015.

