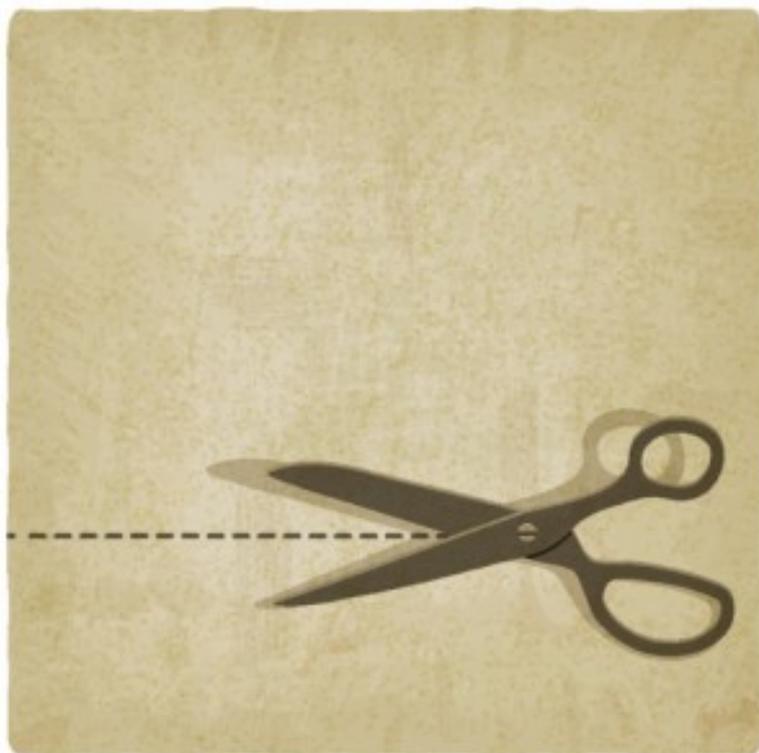


Dove va la sanità toscana

2014-11-25 09:11:22 Redazione SI



Gavino Maciocco

Ticket sui ricoveri ospedalieri e accorpamento delle 16 aziende sanitarie (12 ASL e 4 AO) in 3 grandi aziende di area vasta: questa la risposta a caldo della Regione Toscana ai tagli contenuti nella legge di stabilità. Sul primo punto è calato il silenzio, sul secondo si discute su delle supposizioni. La buona reputazione della sanità toscana e le riforme sistemiche portate avanti a fari spenti e finite nella sabbia. Finirà così anche questa volta?

Quando, a metà ottobre, si seppe che la legge di stabilità per il 2015 avrebbe comportato un taglio di ben oltre 4 miliardi di euro nei bilanci delle Regioni, in Toscana si calcolò che l'impatto sarebbe stato di meno 200-300 milioni di euro nel budget della sanità regionale. E prontamente **il Presidente Enrico Rossi lanciò la sua proposta per fronteggiare la crisi: il ticket sui ricoveri ospedalieri e accorpamento delle 16 aziende sanitarie (12 ASL e 4 AO) in 3 grandi aziende di area vasta** (vedi [post](#)).

Sul primo punto – il ticket ospedaliero – è calato subito il silenzio dopo una pioggia di critiche provenienti da tutte le parti; sul secondo punto – l'istituzione di tre grandi asl – si è discusso e si discute molto, ma solo su delle supposizioni. **Dopo un mese dall'annuncio non è uscito alcun documento in grado di spiegare gli obiettivi, i risultati attesi, i percorsi di una riforma così rilevante e di sciogliere i problemi giuridici** legati al superamento delle Aziende ospedaliere Universitarie (finanziate in base

all'attività e ai DRG) e la loro fusione con le Asl (finanziate con quota capitaria). Tutto questo la dice lunga sul modo con cui vengono prese decisioni del genere.

Uno sguardo alla letteratura internazionale avrebbe dovuto suggerire molta cautela. Le grandi fusioni organizzative sono infatti ad alto rischio di fallimento, come è ben illustrato nel [post di Marco Geddes](#) del 24.11.2014. Alle autorevoli fonti citate nel post ne aggiungo un'altra.

“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”. Così scrive un recente documento del King's Fund[1], la più importante istituzione di ricerca sanitaria britannica a proposito di modelli organizzativi del NHS, e conclude: **“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”.**

Quest'ultima frase ci porta a una riflessione sui cambiamenti organizzativi tentati in Toscana dagli anni 70 in poi e sui risultati che ne sono seguiti.

I cambiamenti organizzativi in Toscana. Successi e fallimenti

Cosa ha funzionato. La Toscana, dalla riforma del 1978, ha più che dimezzato il numero degli ospedali (da 90 a 40). Ciò è avvenuto in gran parte – dalla Versilia alla Val di Chiana – attraverso operazioni di fusione che prevedevano la chiusura di piccoli ospedali e la costruzione di uno nuovo in posizione baricentrica. Si è trattato di un processo concentrato negli anni Ottanta e Novanta, con un'attività di programmazione duratura e meticolosa che ha coinvolto Assessorato alla sanità, UsI-Asl, Comuni e popolazioni locali. Ha funzionato, più recentemente, anche la concentrazione – prima su area vasta e poi su base regionale – di alcune attività amministrative, come l'approvvigionamento di beni e servizi o la gestione delle procedure per il pagamento del personale.

Cosa non ha funzionato. In generale non hanno funzionato i cambiamenti organizzativi di carattere sistemico.

1. **Transizione dalla 833/78 alla 502/92, ovvero il passaggio dalle UsI (40) alle Asl, di dimensioni provinciali.** Si trattò di un passaggio assai sofferto che registrò la netta contrarietà dei Comuni che con la riforma nazionale perdevano il potere di gestione e con la dimensione provinciale vedevano allontanarsi anche il centro decisionale della sanità. Per venire incontro alle richieste dei Comuni il Consiglio Regionale approvò una riforma che introduceva una struttura organizzativa non

prevista dalla normativa nazionale, la Zona: una struttura che corrispondeva alla dimensione geografica delle vecchie (e disciolte) Usl e individuava nel Responsabile di Zona il soggetto che si sarebbe interfacciato con la Conferenza zonale dei Sindaci, per gli aspetti collegati alla programmazione locale[2]. Occorse qualche anno per capire che la riforma non funzionava: la Zona depotenziava il ruolo della direzione aziendale, rallentava i processi decisionali e relegava i Distretti a semplici appendici organizzative. Le Zone vennero abolite nel 2002 (assessore alla sanità Rossi), con l'approvazione del Piano sanitario regionale, contenente – tra l'altro – i due punti seguenti.

2. **Le Società della Salute (SdS) furono lanciate nel 2002 come fondamentale strumento di riorganizzazione del territorio** (dopo la liquidazione delle Zone), attraverso il consorzio tra Asl e Comuni, per dare più forza alle attività di prevenzione, per consentire un'effettiva integrazione tra settore sanitario e settore sociale e promuovere la partecipazione dei cittadini[3]. Un obiettivo tanto ambizioso, quanto mal governato, concluso con il fallimento, culminato con la decisione di porre fine a questa esperienza; e ciò sarebbe avvenuto se non ci fosse stata l'opposizione di un gruppo minoritario di SdS dove le cose avevano funzionato, con risultati evidenti, e dove la fine dell'esperienza avrebbe provocato dei danni. Alla fine si è giunti all'approvazione di una legge regionale di compromesso (n. 44/2014) che consente a un gruppo minoritario di SdS di proseguire il loro cammino. Con ciò si declassa ad eccezione una buona pratica (e lo si fa con una legge) e si dilatano a dismisura le diseguaglianze nell'organizzazione e nell'accesso ai servizi all'interno della regione. E non deve stupire che, ad esempio, in alcune realtà la sanità d'iniziativa raggiunga – come in Versilia (SdS) – oltre il 60% della popolazione e in altre – come nella città di Livorno – non si arrivi neppure al 10%.
3. **La programmazione di Area vasta rappresentò nel Piano sanitario regionale 2002-2004 l'altro forte elemento di novità:** se con le SdS si decentrava il potere nella gestione del territorio, con le Aree vaste (facenti capo a Firenze, Pisa e Siena) si accentravano le funzioni di governo dell'assistenza ospedaliera. In particolare l'Area vasta avrebbe dovuto potenziare i centri di eccellenza, eliminare le duplicazioni e gli sprechi, favorire la creazione di dipartimenti interaziendali e la mobilità del personale (che sono le stesse giustificazioni con cui oggi si sostiene la necessità di creare 3 Asl di area vasta). Quasi niente di tutto ciò è avvenuto e col tempo della programmazione su area vasta si sono perse le tracce.

Se i precedenti punti 2 e 3 non fossero miseramente falliti

l'organizzazione della sanità toscana godrebbe oggi di ben diversa salute, con il territorio presidiato da 34 SdS funzionanti e una rete ospedaliera fortemente integrata: **la costituzione di 3 aziende ospedaliere di area vasta sarebbe stato il naturale approdo di un processo di integrazione maturato e collaudato negli anni.**

La reputazione della sanità toscana

La sanità toscana gode di una buona reputazione e registra indicatori di salute e di performance tra i migliori in Italia. La tradizione di un servizio pubblico che per decenni ha svolto un egregio lavoro (gli interventi di prevenzione oncologica, come il pap-test e la mammografia, sono nati in Toscana), una buona coesione sociale (oggi purtroppo erosa dalla crisi), la competenza e anche la dedizione della gran parte dei professionisti del servizio sanitario toscano, la presenza di due agenzie di alta qualità – il MeS del S. Anna di Pisa e l’Agenzia Regionale di Sanità (ARS) – che hanno svolto, dal 2000 in poi, un prezioso lavoro di analisi, di supporto, di valutazione e anche di definizione puntuale di obiettivi: a tutto ciò si deve buona reputazione e buoni indicatori.

Negli ultimi anni, in assenza di un piano sanitario regionale, MeS e ARS hanno svolto un fondamentale ruolo di bussola e di orientamento, di identificazione delle aree di forza e di debolezza del sistema sanitario. Oltre non potevano andare. Serviva un’attività di governo e di gestione regionale che seguisse giorno per giorno l’implementazione dei programmi, che garantisse la manutenzione del sistema, che diffondesse le buone pratiche e intervenisse nelle aree di debolezza e di crisi, che contrastasse le crescenti diseguaglianze nella salute. Un’attività di governo e di gestione indubbiamente politica, ma anche necessariamente tecnica, e di alto profilo professionale. Ciò che è avvenuto nell’era di Enrico Rossi – come assessore alla Sanità e di presidente di Regione – è stato il progressivo depauperamento, quantitativo e qualitativo, della componente tecnica all’interno dell’assessorato, fino ad arrivare alla situazione attuale dove esiste un governo solo di tipo politico, nelle mani del Governatore. I fallimenti di cui abbiamo parlato ai punti 2 e 3 sono in gran parte il frutto di questa situazione.

Di tutto ciò il presidente Rossi dovrebbe serenamente rendere conto ai cittadini toscani, prima di gettarsi nella spericolata e inconsulta operazione di fusione delle Asl, dal sapore amaramente elettoralistico.

Perché i tagli ci saranno e saranno dolorosi. Il peggio che potrebbe capitare è quello di affrontarli nel mezzo di un caos organizzativo regionale, con una dirigenza allo sbando e con professionisti demotivati e privi di punti di riferimento, in un terreno dove operano le ruspe, laddove – per dirla con Marco Geddes – ci sarebbe invece assoluto bisogno di cacciaviti.

Bibliografia

1. King’s Fund. Future organisational models for the NHS. Perspectives for the Dalton review, July 2014.
2. Maciocco G. La riorganizzazione del Servizio sanitario toscano. Prospettive sociali e sanitarie 1998; 9: 3-5.
3. Maciocco G. Le Società della salute. Prospettive sociali e sanitarie 2002; 12: 1-4.