

Come cambia la sanità toscana con la controriforma di Rossi

scritto da Luca Benci

“Il Governo vuole assicurare in futuro per ogni uomo, donna e bambino la disponibilità dei migliori servizi sanitari; l’accesso a tali servizi non dovrà dipendere né da quanto possono pagare né da ogni altro fattore estraneo all’effettivo bisogno sanitario”.

Wiston Churchill, Libro Bianco, 1944

La preziosa citazione del “Libro bianco” del Governo presieduto da Winston Churchill ci porta agli albori della nascita del National Health Service britannico, il primo servizio sanitario nazionale universale istituito nel mondo. Nel 1948 in Inghilterra viene istituito – da un governo di destra – un servizio sanitario nazionale che aveva i caratteri della universalità delle prestazioni. Per decenni, fino alle riforme tatcheriane, il NHS del Regno unito è stato il miglior servizio sanitario nazionale del mondo.

Venendo a noi, in questi anni in Toscana abbiamo assistito a progressive “compartecipazioni” alla spesa sulla diagnostica e sull’assistenza specialistica che spingono queste prestazioni verso il settore privato (a pagamento del paziente) per molti settori della popolazione. I cittadini toscani pagano ormai i ticket più alti d’Italia, compartecipando complessivamente alle spese del Servizio sanitario regionale con una percentuale del 7% una cifra imponente in quanto imposta – al momento – su alcuni settori. A titolo esemplificativo su una semplice radiografia al torace sono imposti – fatte salve le fasce di esenzione – ben tre balzelli: la quota ricetta, la quota per la digitalizzazione dell’esame (anche se consegnato su pellicola!) e il balzello-ticket. Per molta parte della popolazione il costo della “partecipazione” alla spesa arriva vicino, o addirittura supera, il costo della prestazione a “libero mercato” (come nel caso dei farmaci). Questa situazione, spesso spacciata per equità sociale, nasconde in realtà il processo di privatizzazione più evidente di una buona parte delle prestazioni che dovrebbero essere garantite dal servizio sanitario regionale e che di fatto oggi, progressivamente, si stanno spostando verso il settore privato, con la predilezione verso il “privato-sociale” (pubbliche assistenze e coop in particolare).

✖ Nello scorso autunno il presidente della regione Toscana ipotizzò l'istituzione di un ticket sui ricoveri ospedalieri collegato percentualmente al costo della prestazione erogata. Come è noto le prestazioni, soprattutto alcune prestazioni, possono essere decisamente costose - nell'ordine di migliaia e, a volte, di decine di migliaia di euro - ragione per cui la compartecipazione diventerebbe un peso insostenibile e non affrontabile. Se in questi anni sono in aumento le mancate prestazioni per problemi economici - il c.d. undertreatment - è evidente che una proposta sulle prestazioni più costose di compartecipazione alla spesa non può che aggravare il problema. In un paese che fa della evasione fiscale la sua nota caratteristica e in cui gli imprenditori dichiarano meno dei loro dipendenti si può ben capire su chi ricada il costo del ticket ospedaliero visto il suo collegamento con il reddito dichiarato.

Non proposta ma realtà sono invece i quattro ospedali costruiti con la tecnica finanziaria del project financing che di fatto privatizza all'origine ospedali ✖ costruiti in buona parte con soldi pubblici facendo gestire - per almeno venti anni - i servizi "non sanitari" a un concessionario. E' una tecnica finanziaria costosa e vantaggiosa solo per il privato come denunciato dalla stessa Corte dei Conti. Gli ospedali di Prato, Pistoia, Lucca e Massa (aprirà a breve) sono in project con tutti i danni e i costi conseguenti.

In questo quadro arrivano gli ulteriori tagli del Governo Renzi che colpiscono il Fondo sanitario nazionale: in Toscana si stimano tagli da 250/350 milioni di euro. Da tempo la Corte dei Conti - la severissima Corte dei Conti - ha affermato che la sanità non può affrontare nuovi tagli senza che la spesa diventi "improduttiva".

La Regione Toscana, senza la più flebile protesta nei confronti del Governo improvvisa - è proprio il caso di dirlo - una riforma del sistema approvata in pochissimo tempo e che è già diventata legge: la legge 28/2015 recentemente pubblicata recante "Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale".

Riassumiamone le linee portanti:

- a) riduzione delle aziende sanitarie da 12 a 3 (Toscana centro, Toscana nord ovest, Toscana sud est) con bacini di utenza di oltre un milione di persone e tutte rigorosamente interprovinciali;
- b) dal primo luglio commissariamento delle attuali Asl;
- c) istituzione dei dipartimenti interaziendali Asl/Aziende ospedaliere;
- d) istituzione di una figura inesistente sul piano nazionale come il direttore di

area vasta che di fatto gestirà tutta la sanità nel territorio di competenza.

Le unità sanitarie locali furono istituite con la nascita del Servizio sanitario nazionale italiano nel 1978 che – possiamo dirlo – nacque sull’onda di un periodo di lotte sul diritto alla salute, nate dal basso e sostenute sul “territorio”: le lotte sulla nocività nei quartieri e nei luoghi di lavoro, l’istituzione di consultori autogestiti, la richiesta di nuovi diritti come quello alla procreazione responsabile, il superamento del sistema mutualistico, il superamento del sistema manicomiale e tanto altro. Vennero chiamate “locali” proprio per sancire il legame con il territorio circostante. Ricordiamo che a Firenze città erano presenti cinque unità sanitarie locali (e in provincia altre tre) e che il bacino di utenza veniva fissato da un minimo di 50 a un massimo di 200 mila abitanti. Gli organi di gestione delle Usl erano i Comitati di gestione definiti dalla legge del 78 “strutture operative dei comuni”. Le unità sanitarie locali erano la cellula di base su cui si fondava il servizio sanitario nazionale: “servizio, non un ente o un istituto separato dal corpo statale; è sanitario, non solo medico-terapeutico, ma preventivo e ambientale; è nazionale, cioè tendenzialmente unificante anche se amministrativamente decentrato” (Giovanni Berlinguer, Il Bisturi, 22 dicembre 2008).

Nel 1992 gli “enti” vennero sostituiti dalle “aziende”, i comuni estromessi dalla gestione e le neonate aziende sanitarie locali divennero organi operativi delle regioni. Sotto il dicastero del ministro “liberale” Francesco De Lorenzo le Usl vennero aziendalizzate e da espressione democratica e partecipativa sono diventate aziende, affidate all’organismo monocratico “direttore generale”. Il germe della privatizzazione nasce in questo contesto normativo e si incunea attraverso la libera professione intramoenia dei medici. Gli effetti che poteva produrre introducendo prestazioni a pagamento distinte rispetto alla gratuità si sono rivelate ben presto: corsie preferenziali per i “paganti” e lunghe liste di attesa per i non paganti (Giovanni Berlinguer, Il Bisturi, 22 dicembre 2008).

Nella riforma di Rossi la gestione si restringe a pochissime persone e tutte di diretta emanazione regionale, anzi presidenziale: tre direttori di area vasta, tre di aziende ospedaliere e tre di aziende Asl. Di fatto saranno i tre direttori di area vasta a imporsi sugli altri rispondendo direttamente alla regione anzi al presidente della regione. Un accentramento di decisioni e di poteri che rende inutile persino l’assessore alla sanità e le decisioni strategiche sulla salute dei cittadini toscani vengono consegnate nelle mani di pochissime persone.

Il riassetto - viene sostenuto alla stampa - viene effettuato per risparmiare sui costi dell'apparato - meno stipendi alle direzioni - e mantenere immutate le prestazioni sanitarie ai cittadini. E' proprio così? Nella fase provvisoria si mandano a casa (a casa?) i tre direttori (generale, sanitario e amministrativo) e si sostituiscono con un commissario e un vicecommissario. Si istituiscono però i direttori di area vasta nel numero di tre. Totale ventisette stipendi anziché trentasei. Vogliamo dire che i paventati tagli al fondo sanitario regionale di 350 milioni di euro vengono risolti con un taglio di qualche stipendio dirigenziale? Ovviamente no. Tra l'altro la maggior parte degli attuali direttori è in aspettativa senza assegni dagli incarichi pubblici precedenti che tornerebbero a ricoprire con emolumenti spesso identici agli attuali stipendi.

I primi tagli cospicui sono nascosti nel linguaggio burocratico della legge: "il commissario dell'azienda (sanitaria e ospedaliera) impartisce direttive ai vicecommissari per l'espletamento delle analisi organizzative in ciascuna azienda sanitaria finalizzate all'unitarietà del sistema aziendale. In tal caso può fare ricorso alle procedure ... nei casi di dichiarazione di eccedenza del personale". Traduzione: le procedure indicate sono quelle della spending review: il personale indicato come eccedente - attenzione ad oggi il personale è carente visti i tagli continui degli ultimi anni e al blocco del turn over - può essere mandato in pensione se alla data della riforma Fornero aveva i requisiti precedenti per andare in pensione altrimenti viene messo in mobilità (una sorta di cassa integrazione per i dipendenti pubblici della durata di 24 mesi). Cento milioni di euro di risparmio dall'espulsione di circa 1500/2000 operatori sanitari (medici, infermieri, amministrativi).

Rossi non spiega come sia possibile continuare a erogare le prestazioni attuali con un taglio di simili proporzioni. Vi sono situazioni vergognose di liste di attesa di interventi chirurgici, ad esempio, che possono durare mesi o, addirittura anni, e che non rispettano gli stessi parametri regionali, abbiamo un'assistenza territoriale carente e tanto altro.

Il sogno di Rossi era la creazione di tre aziende sanitarie che comprendevano anche le ospedaliere, situazione non consentita dalla normativa nazionale che il presidente della Toscana ha prima cercato di modificare poi ha sbeffeggiato con spirito da primo della classe. Ecco allora la creazione, di fatto, di aziende sanitario-ospedaliere che, formalmente sono sei, ma di fatto sono tre: dipartimenti interaziendali, direttori di area vasta e altri organismi che, di fatto ci consegnano

la morte del modello del 1978 e che accentrano fortemente poteri e decisioni strategiche nelle mani di una tecnocrazia che non ha alcun rapporto con il territorio.

Una riforma più “ospedaliera” che territoriale, più tesa alle strutture di ricovero che non all’espansione della sanità extra-ospedaliera e, anche laddove si parla di territorio le soluzioni sono insoddisfacenti e al limite della legittimità con la normativa nazionale: il dipartimento di medicina generale istituito e consegnato ai medici di medicina generale, unico in Italia, che ben fa capire dove il potere lobbistico riesce a portare a casa risultati che non sono nell’interesse generale ma di singole corporazioni.

Alla pubblica opinione questa riforma viene data in pasto come una riforma istituzionale che non agisce sul taglio delle prestazioni. Dimagrisce il sistema-apparato in favore della “sostenibilità” economica del sistema stesso. Si “razionalizza”, si “eliminano” i doppioni, si azzerano le “diseconomie”. Le esperienze internazionali di “gigantismo istituzionale” non hanno mai avuto questi frutti (Pinelli N, [“Il prezzo e i finti risparmi delle mega fusioni Asl”](#)). L’espulsione di migliaia di operatori sanitari dal servizio sanitario nazionale (per mancanza di turn over e per prepensionamenti coatti) potrà essere parzialmente tamponata con esternalizzazione di personale – meglio se con partita Iva – e comunque con profili professionali inferiori a quelli espulsi. Le [dichiarazioni di Rossi](#) alla stampa specialistica sono chiarissime.

***Luca Benci è un giurista esperto di diritto sanitario e biodiritto**