

LAVORO IN CORSO

Una Azienda Sanitaria “unica”? No, grazie.

EXTRA FOCUS #1



Ugo Guarino

A cura di

FORUMTRIESTE2011
la città che vogliamo

LA QUESTIONE SANITARIA

Il Presidente della Regione ha annunciato a più riprese di voler riformare l'assetto istituzionale della sanità regionale.

IL QUADRO ATTUALE

Oggi le Aziende in Regione sono:

Aziende Sanitarie	Costi 2010	Personale	Popolazione
ASS 1 Triestina	250milioni	1269	240mila
ASS 2 Isontina	220milioni	2015	143mila
ASS 3 Alto Friuli	125milioni	1197	74mila
ASS 4 Medio Friuli	350milioni	2229	354mila
ASS 5 Basso Friuli	160milioni	1461	112mila
ASS 6 Pordenonese	290milioni	1759	313mila
TOTALE	1395milioni	9930	1.236mila

Esistono poi l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine, l'Azienda Ospedaliera di Pordenone e gli Istituti scientifici Burlo Garofolo e Centro Oncologico di Aviano.

Con un totale di altri 10mila dipendenti diretti e un costo ulteriore di circa 900milioni.

LA PROPOSTA DI RIFORMA

La proposta di "riforma" prevede nella Regione FVG:
riduzione delle Aziende dei Servizi Sanitari (ASS) da 6 a 1

Tale riduzione dovrebbe essere accompagnata dal dimezzamento dei Distretti sanitari, non più di dieci (al posto dei 19 attuali),
con un unico Dipartimento di salute mentale (al posto dei 6 attuali),
un unico Dipartimento per le dipendenze (al posto dei 6 attuali),
un unico Dipartimento di prevenzione (al posto dei 6 attuali).

Ovviamente, sarebbero accorpate: le sei strutture del personale, i sei uffici tecnici comunque denominati, e così via per tutte le strutture amministrative.

Non è ben chiaro se gli ospedali che oggi non sono costituiti in Aziende autonome ospedaliere (Gorizia, Monfalcone, Latisana, Palmanova, ecc.) passeranno alle tre Aziende ospedaliere principali esistenti (Trieste, Udine, Pordenone) o a questa Azienda Unica.

RILIEVI CRITICI

A proposito della necessità-opportunità di risparmio sulla spesa sanitaria regionale: da un lato è addotta la motivazione della crisi e dall'altro dell'inevitabile crescita dei bisogni; per cui **"pro futuro" occorre** pensare per tempo a una razionalizzazione dei costi.

Ferma restando la necessità di rendere la spesa sempre più oculata, senza sprechi e tesa alla massima efficienza, è già stato rilevato da molti che in FVG **allo stato attuale non esiste** la necessità di ridurla: nel settore sanitario è forse l'unica regione in Italia in perfetto equilibrio economico, senza alcun disavanzo, anzi con qualche avanzo di bilancio.

Si afferma che l'Azienda Unica comporterebbe una possibile riduzione di costi significativi, eminentemente attraverso:

> riduzione dai 18 direttori di Azienda attuali (1 dir. generale, 1 dir. amministrativo, 1 dir. sanitario in ogni Azienda, per 6 Aziende) a 3 direttori centrali (con un direttore amministrativo per ognuna delle Aziende oggi esistenti: 9). Questo dimezzamento da solo produrrebbe un risparmio annuo di circa 1 milione e mezzo;

> a esso si sommerebbe un risparmio di mezzo milione di euro con il dimezzamento del numero di responsabili di distretto e la riduzione di una quindicina di direttori di Dipartimento – si tenga conto che i direttori di distretto e di dipartimento sono anche “primari” e quel che verrebbe meno sarebbe solamente l'indennità di carica specifica;

> altri risparmi deriverebbero probabilmente dalla soppressione degli uffici di supporto a questi organismi e da accorpamenti di strutture amministrative complesse (Uffici del personale, ecc.) con decadenza di un certo numero di dirigenti. La quantificazione è difficile: forse attorno a 1 o 1,5 milioni.

Se non si vogliono tagliare servizi o strozzare il sistema, i risparmi strutturali andrebbero poco più in là. Si tratta di **qualche milione** di euro su una spesa annua sanitaria di circa **duemiladuecento milioni**.

Si sconvolge il sistema, si destabilizza totalmente un'architettura, faticosamente consolidata in anni, per conseguire un risparmio (apparente) che starebbe comunque ben al di sotto dell'1% della spesa regionale nel settore (1% = 23milioni).

E soprattutto: diciamo risparmio apparente perché non sono calcolati i costi della rivoluzione logistica, dei milioni di km annui e del tempo perduto negli spostamenti, di operatori e dirigenti, in interminabili riunioni per ricostruire e gestire un'architettura affatto nuova – spostare, accorpare, dislocare uffici e quant'altro. Né sono calcolabili i danni a valle, rispetto al venir meno di una capillare rete locale di comando e gestione motivata dei servizi locali.

NOI SIAMO CONVINTI CHE

> Il controllo della spesa sanitaria e i risparmi si ottengono o a danno dei servizi oppure: attraverso buone pratiche di prossimità; forte coinvolgimento delle comunità; riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri se accompagnati dallo sviluppo della assistenza domiciliare e della medicina di comunità; esaltazione del ruolo proprio degli ospedali nella cura della acuzie grave; razionalizzazione della spesa farmaceutica; coesione tra distretti e medici di base; e altro ancora che va quasi sempre in senso opposto a forme di centralizzazione.

> La proposta di riforma rischia di interrompere il legame con l'organizzazione sanitaria e sociale del territorio, che viceversa andrebbe sostenuta e migliorata: definendo percorsi di assistenza e cura condivisi e ottimizzati che porterebbero verso

l'appropriatezza degli interventi e quindi verso il risparmio.

> I rapporti tra Azienda Unica e le tre Aziende ospedaliere presenti in Regione rischiano di essere impraticabili. Governati da chi? Chi presidierà l'applicazione di regole univoche che vadano a disciplinare la necessaria **continuità assistenziale e terapeutica ospedale-territorio?**

> La logica della proposta di riforma è "semplificare a prescindere", non considerando le necessità operative dei servizi e i bisogni degli assistiti. La riduzione del numero dei distretti e dipartimenti rischia di creare delle macrostrutture burocratiche più adatte a comprare servizi – come in Lombardia – che a erogare direttamente cure con propri fattori produttivi: **la strada delle privatizzazioni** è verosimilmente la sola che si gioverebbe di un unico committente centrale. Se è questo che si vuole, allora il disegno diventa logico: **se è questa la strada che si vuole imboccare lo si dica chiaramente.**

> Ovviamente, un'Azienda Unica non potrebbe costruire un **rapporto strategico** serio e sinergico - di pianificazione e poi operativo - **con gli Enti Locali**, segnatamente con i Comuni. Quindi, l'organizzazione sanitaria e quella sociale si muoverebbero in forme distanti e impermeabili l'una all'altra: contro ogni logica, contro la lettera e lo spirito di tutte le legislazioni avanzate e contro tutte le acquisizioni culturali sull'inefficacia totale di politiche sociosanitarie disgiunte. I Sindaci e le comunità locali rischierebbero di non avere più alcuna voce in capitolo. Mentre, ovunque è avvertita e sollecitata la necessità di restituire alle comunità locali poteri e partecipazione. Fino al 2010 si era lavorato intensamente sull'integrazione sociosanitaria e quindi sui rapporti tra i servizi sanitari e quelli sociali dei Comuni, forse con risultati ancora non adeguati, ma comunque rilevanti. La centralizzazione spazzerebbe via molto di questo lavoro d'integrazione locale, in particolare a livello dei piccoli Comuni.

> Con la centralizzazione delle attività direzionali in un'unica Azienda regionale, si allontanerebbero il cervello e il cuore dell'offerta sociosanitaria dal proprio territorio, dalla propria comunità e dalle sue espressioni, e dai servizi stessi. L'Azienda Unica non potrebbe essere che un mero soggetto di gestione amministrativo-burocratica, non certo di programmazione e gestione sanitaria territoriale, legata alle istanze e alle necessità dello specifico bacino di utenza servito.

> Un'Azienda Unica omogeneizzerebbe quantitativamente e qualitativamente le risposte, mettendo sullo stesso piano la montagna, la pianura e la città. Si tenderebbe giocoforza a eliminare le differenze tra territori, andando a livellare in basso, non certo per esaltare le eccellenze.

> La proposta di unificazione delle 6 Aziende **nulla ci dice sui costi che comporta l'operazione**. Un esempio: sulle spese da affrontare per centralizzare nella sede di Gorizia – che pare prescelta per la direzione dell'Azienda Unica – riunioni e confronti con operatori e dirigenti, ma anche con gli enti locali, sindacati, forze sociali, associazioni di volontariato provenienti da tutte le province della Regione. La destabilizzazione durerebbe a lungo: **ci vogliono anni per ricostruire un'architettura unica da 6 Aziende**. A Tolmezzo l'Ufficio del personale e a Muggia gli Uffici tecnici? O dove, come, quando, con quali mobilità, quali costi di accorpamento e di logistica? Quale calo di motivazione in un personale totalmente disorientato, a caccia della propria collocazione nella nuova organizzazione?

E ALLORA?

A favore dell'ipotesi regionale vengono portati due argomenti:

a) alcuni territori lamentano l'**immobilismo** di questi anni e si avanza la speranza che 'Azienda Unica' possa significare rottura di questo immobilismo. È vero che in vari territori c'è stata una gestione ben mediocre, ma perché un'Azienda a direzione lontana dovrebbe essere meglio? Il difetto non stava e non sta nel modello organizzativo.

b) la **difformità delle risorse** allocate nei diversi territori con l'allusione al fatto che 'Azienda Unica' vorrà dire risorse distribuite **egualmente**. Questa sarebbe una sciagura, perché i bisogni sanitari accompagnano le specifiche condizioni socio-economiche, culturali e demografiche dei singoli territori, e la discussione sull'allocazione delle risorse non può risolversi **rendendo cieco** il sistema.

A parere quasi unanime, in questi anni la gestione della sanità regionale ha raggiunto il suo più basso punto di qualità. Abolire senza alternative la forse pletorica Agenzia Regionale della Sanità e affidare a persona assolutamente inadeguata quanto faziosa l'assessorato alla sanità, ha significato lasciare allo sbaraglio la parte più consistente delle risorse regionali, e a grande rischio un capitale umano di competenze e di professioni di notevole valore.

Una politica della lesina, che non poteva realizzare risparmi consistenti se non "decerebrando il sistema" con grandi rischi sul medio periodo, l'assenza totale di qualunque programmazione (si veda tra l'altro **il futuro senza futuro di Cattinara**) porteranno nei prossimi anni conseguenze gravi.

UNA PROPOSTA ALTERNATIVA

Se si ritenesse che comunque l'attuale organizzazione fosse troppo pletorica e frammentata – 6 Aziende sanitarie, 3 ospedaliere e 2 IRCSS in una regione piccola sembrano troppi e forse bisognava pensarci allora – , perché nessuno propone qualcosa di ben più ragionevole che secondo noi potrebbe e dovrebbe consistere nella **soppressione delle tre Aziende ospedaliere?**

Ipotesi shock? Per nulla. Si tratterebbe di riaccorpate l'Azienda ospedaliera di Trieste alla locale Azienda sanitaria, e analogamente per Udine e Pordenone. La separazione delle Aziende ospedaliere da quelle territoriali è stata uno dei gesti più infausti agiti in questa regione. Crediamo che nessun cittadino ne abbia mai capito il motivo e molti cittadini, giustamente, continuano quindi a pensare che in queste province l'Azienda sanitaria sia una – anche i giornalisti del Piccolo da anni continuano a far confusione tra le due.

Riportando gli ospedali dentro **Aziende sanitarie provinciali** – com'è ancora a Gorizia – si otterrebbero un mucchio di vantaggi, mentre non si capisce quali siano gli svantaggi:

> Primo: **sparirebbero 9 direttori (3 per 3)**, ottenendo sul punto lo stesso risultato raggiungibile con la cosiddetta Azienda Unica. E ne conseguirebbero altre economie nei gradi inferiori delle due strutture.

> Secondo: si porrebbero sotto un'**unica autorità ospedale e territorio**, eliminando qualsiasi possibilità di frizione tra i due sistemi, di cui spesso si sono avvertite le eco. Si garantirebbe una solida catena di comando sulla continuità terapeutico-assistenziale ospedale/territorio, con unica regia delle attività coordinate di pronto soccorso, prevenzione e gestione dei ricoveri e delle dimissioni.

> Terzo: si potrebbe pilotare agilmente il progressivo e inevitabile processo di spostamento virtuoso sul territorio di risorse, tuttora impropriamente ristrette negli ospedali, rafforzando quindi azioni di filtro, e rendendo sempre più virtuoso il circuito dell'appropriatezza.

Si potrebbe continuare a lungo con questo elenco.

Per converso, non ci sarebbero problemi di mobilità del personale. A Trieste, ad esempio, molte strutture amministrative delle due Aziende stanno fianco a fianco, come in Via Farneto. Nessuno deve spostarsi come sede di lavoro né deve fare cento km per riunirsi: potrebbero bastare dieci metri.

L'accorpamento produrrebbe altre economie, paragonabili a quelle previste dall'ipotesi regionale, senza nessuno dei costi finanziari, umani, gestionali, di buon governo e di sradicamento territoriale considerati.

Tra l'altro, questa proposta di "Aziende Uniche provinciali" potrebbe vedere forse l'accorpamento dell'ASS Alto-Friuli e dell'ASS Basso-Friuli nell'Azienda provinciale di Udine, con risparmi superiori e minori effetti

*collaterali negativi rispetto all'Azienda Unica Regionale, con riduzione di altri 6 direttori di Aziende e a cascata delle relative figure apicali, con quindi effetti di razionamento ancora maggiori, se li si considera tanto importanti. Verrebbero, di fatto, sopresse così **cinque Aziende su nove**, come nell'ipotesi che non condividiamo, ma mantenendo il radicamento territoriale e il forte rapporto con le comunità e le specificità territoriali.*

Un **argomento a sfavore** di questa nostra proposta può essere: si suol dire che “ospedale è forte e territorio è debole” e quindi riaccorpate significa far riassorbire dall'ospedale risorse che in questi anni il territorio ha potuto potenziare.

Ma, questo varrebbe in un regime di anarchia aziendale.

Se la Regione – come può e deve e ne ha tutti gli strumenti – continuerà a pianificare lo spostamento del baricentro del sistema di cure, come tutta la letteratura scientifica internazionale raccomanda, non si vede perché localmente si possa andare in direzione contraria.

Né tantomeno la presenza delle Università nelle Aziende ospedaliere dovrebbe essere un ostacolo insormontabile, perché le Università possono benissimo essere presenti anche nei territori.

Quanto al “rilievo nazionale” delle Aziende ospedaliere, si è visto che è un fatto meramente nominativo.

Pur essendo convinti che le vie per rendere sempre più efficiente il sistema sanitario regionale siano altre, avanziamo questa proposta alternativa di riordino, e in ogni caso: previo **ampio dibattito a tutti i livelli, studi di fattibilità, agende di lavoro e soprattutto chiara esplicitazione degli obiettivi.**

Se l'obiettivo è la razionalizzazione della spesa, il nostro modello è certamente preferibile per tutte le successive implicazioni.

Resta fermo che a noi appare indispensabile un nuovo modello di Welfare incentrato sul tema dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria di lunga durata; a favore delle persone con problemi di autosufficienza; in cui gli ospedali giochino un ruolo indispensabile ma del tutto "incidentale" nella protezione sanitaria e sociale della persona.

La politica deve farsi sentire e dire con chiarezza di quale sistema sanitario vuole dotarsi. Se no si rischia che i risparmi si facciano proprio laddove si dovrebbero avere sviluppi e si sviluppi proprio laddove bisognerebbe riconvertire e ridurre. Questo è il punto. E su questo punto occorre che si parli chiaro e forte.

CONCLUDENDO

Il coniglio dal cappello dell'Azienda Unica, con l'apparente semplificazione virtuosa, associata alla precoce eliminazione del reddito di base per la cittadinanza, delinea un sistema di Welfare senza progetto, affidando due miliardi di euro all'anno a una gestione economale delle risorse fondamentali della Regione.

Anche il governo Illy aveva proposto un'Azienda Unica.

Ma, in qualche modo iscriveva questa proposta in una strategia – validata dal reddito di cittadinanza e da una forte applicazione in Regione della legge 328 – che voleva dare potenza alle politiche di territorio, investendo su un governo forte che spostasse effettivamente risorse dagli ospedali ai territori.

Lo strumento restava sbagliato, ma il progetto aveva ambizioni dichiarate, che attualmente né si intravedono né ci sono, come la gestione degli ultimi anni rende evidente. Osserviamo che la legittima preoccupazione sul futuro e il dubbio, espresso da più parti, se avremo risorse sufficienti per proseguire con un sistema sanitario universalistico, devono soprattutto saper rispondere a una domanda: per chi e per che cosa potrebbero non esserci più le risorse sufficienti o a causa di chi e di cosa le risorse necessarie potrebbero non esserci, e per chi e per che cosa debbano esserci?

Quante risorse continuano a essere erogate (o destinate) al "**dove metto il paziente**" invece di **destinarle a cosa facciamo con i cittadini** vulnerati e con il loro contesto di vita. Occorre una scelta forte, altrimenti è certo che le risorse non basteranno, perché collocate laddove non dovrebbero.

Il **fare-con** esige strategie di prossimità, decentramento, "proattività", deburocratizzazione, autonomia degli operatori, partecipazione alle decisioni, percorsi condivisi, un audit continuo che possa trasferirsi a decisioni rapide e coerenti. Nulla a che vedere con le centralizzazioni e i luoghi astratti delle decisioni di vertice.

<http://forumtrieste2011.wordpress.com/>
forum.trieste@gmail.com
(Marzo 2012)

A cura di

FORUMTRIESTE2011
la città che vogliamo
