



Gavino Maciocco

La Toscana è diventata un laboratorio perfetto per affondare in poche mosse il servizio sanitario pubblico. 1. Promuovere lo sviluppo del “secondo pilastro” assicurativo. 2. Definanziare il servizio sanitario regionale. Renderlo inefficiente e caotico. 3. (Semi)privatizzare gli ospedali pubblici.

Lo scorso 4 marzo, il giorno delle elezioni politiche, diversi milioni di elettori di sinistra non si sono sentiti rappresentati dai tradizionali partiti di riferimento e gli hanno voltato le spalle, rivolgendosi ad altri o astenendosi dal voto. Quei partiti di riferimento avevano cessato di rappresentare non solo i loro interessi materiali, ma anche quelli ideali, come i principi di eguaglianza e di giustizia sociale. Interessi e principi che sono stati accantonati (e in certi casi sbeffeggiati) per essere sostituiti con quelli tipici del mercato (e della Destra), come è successo nelle politiche del lavoro, dell’istruzione e della scuola, e del welfare - inclusa la sanità.

Al riguardo, in un recente post [La salute sostenibile](#) avevamo scritto:

Della sanità italiana, del destino del servizio sanitario nazionale, del diritto alla salute sempre più sotto scacco, è necessario parlare e discutere apertamente. Per un dovere d’informazione e di verità e per vincere quel senso di rassegnazione e d’impotenza che attanaglia gli abitanti della *società liquida* di Bauman dove “*privazioni e sofferenze sono frammentate, disperse e diffuse; e così il dissenso che producono. La dispersione del dissenso,*

la difficoltà di concentrarlo e ancorarlo a una causa comune, per poi dirigerlo contro un colpevole comune, rende le pene ancora più aspre” (Vedi articolo [La sanità liquida](#)). Così oggi è disperso - per la mancanza di una rappresentanza politica o sindacale - il dissenso dei milioni di persone che hanno enormi difficoltà ad accedere al Servizio sanitario nazionale e che alla fine rinunciano a curarsi per motivi economici, per gli infiniti tempi di attesa, per l'eccessiva distanza da un luogo di cura.

Privi di una rappresentanza dei loro bisogni e delle loro sofferenze, questi milioni di persone è più facile che si imbattano in qualcuno che gli spiega che la colpa è del “sistema”, un sistema ormai insostenibile: a causa dell'invecchiamento della popolazione, del costo crescente di farmaci e tecnologie, dell'aumento della spesa sanitaria non compatibile con la stabilità finanziaria. La spiegazione va oltre la definizione del problema e punta direttamente alla sua soluzione: trovare altre fonti di finanziamento, un altro pilastro, attraverso un sistema assicurativo e i fondi sanitari integrativi. Se, chi può, in base al reddito, ricorre ad un sistema parallelo, alleggerisce il carico di prestazioni che il Ssn deve erogare, che si potrà così orientare verso chi non può permettersi un'assicurazione.

Su questa posizione tipicamente di Destra, che punta a liquidare il Servizio sanitario nazionale per sostituirlo con un sistema basato su mutue e assicurazioni private, si è accodata la Sinistra, anche quella che nell'immaginario collettivo appare la più Rossa di tutte, quella Toscana. Nell'immaginario, appunto, perché nella realtà **la Toscana è diventata un laboratorio perfetto per affondare in poche mosse il servizio sanitario pubblico.**

Prima mossa. Promuovere lo sviluppo del “secondo pilastro” assicurativo.

“La sostenibilità futura dei sistemi sanitari nazionali, compreso il nostro di cui andiamo fieri potrebbe non essere garantita se non si individueranno nuove modalità di finanziamento per servizi e prestazioni”. Questa frase pronunciata nel 2012 da Mario Monti, allora Presidente del Consiglio, intervenendo in collegamento a Palermo durante l'inaugurazione di un centro biomedico, lasciava pochi dubbi sul suo reale significato: si trattava di trovare “nuove” modalità di finanziamento del sistema sanitario. E non stupì che intervenendo nel dibattito suscitato dalle dichiarazioni di Monti, Alberto Alesina e Francesco Giavazzi, in un articolo del Corriere della Sera (23 settembre 2012), affermassero: “Dobbiamo ripensare più profondamente alla struttura del nostro Stato

sociale. Per esempio, non è possibile fornire servizi sanitari gratuiti a tutti senza distinzione di reddito. Che senso ha tassare metà del reddito delle fasce più alte per poi restituire loro servizi gratuiti? Meglio che li paghino e contemporaneamente che le loro aliquote vengano ridotte. Aliquote alte scoraggiano il lavoro e l'investimento. Invece, se anziché essere tassato con un'aliquota del 50% dovessi pagare un premio assicurativo a una compagnia privata, lavorerei di più per non rischiare di mancare le rate".

Con una certa sorpresa, invece, si mise sulla scia di questi ragionamenti il presidente della Regione Toscana, Enrico Rossi, con due ravvicinate dichiarazioni alla stampa: "In questo senso non è escluso che si arrivi a chiedere un contributo responsabile a chi può pagare, in rapporto al reddito. E che si possa pensare che certe categorie di lavoratori possano fare un'assicurazione privata finalizzata a garantirsi specialistica e diagnostica. Servizi che ormai si trovano nel privato allo stesso prezzo del pubblico con i suoi ticket. I tempi cambiano, e in un quadro di crisi come quello attuale tutto gratis non può più essere". (Il Tirreno, 1 Ottobre 2012). "Continueremo a razionalizzare le spese ma bisogna andare oltre e con i sindacati già ne discutiamo: vanno create assicurazioni mutualistiche per diagnostica e specialistica, ormai la rete del privato sociale offre prestazioni a prezzi concorrenziali con il servizio sanitario nazionale per chi non è esentato dal ticket. Mentre ospedali e medicina del territorio devono rimanere pubblici, questo è un principio irrinunciabile". (La Repubblica, 24 Novembre 2012). (Vedi [SSN: allarme rosso](#))

Da allora la politica della Regione Toscana è stata quella di erigere una barriera - fatta di ticket molto costosi e lunghi tempi di attesa - nell'accesso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali del servizio pubblico, favorendo così il dirottamento di questo tipo di utenza verso i servizi privati a pagamento e - di conseguenza - rendendo allettante l'offerta di varie forme di polizze assicurative. Va ricordato infatti che la Regione Toscana ha imposto i livelli più alti di ticket per le prestazioni ambulatoriali (sia pur parzialmente graduati per reddito), con l'aggiunta un (assurdo) balzello di 10 euro per la "digitalizzazione". Inoltre è del 16 dicembre del 2013 la Delibera della Giunta Regionale (N. 1133) che prevede "la possibilità di integrare l'offerta pubblica attuale, disponibile presso i Centri unici prenotazione (CUP) della nostra Regione, con ulteriori Agende prenotabili di prestazioni specialistiche e diagnostico/strumentali a tariffa concordata" erogate da strutture del volontariato e altri soggetti interessati.

Un'operazione che ha raggiunto pienamente i suoi obiettivi, come certificano le dichiarazioni dell'Assessore alla sanità, Stefania Saccardi: "Già oggi tanti si rivolgono a Misericordie e Pubbliche Assistenze per visite e esami (a pagamento ndr) visto che il pubblico espelle dal suo circuito un numero enorme di persone non garantendo la

tempestività delle prestazioni”, (La Repubblica, 3 ottobre 2015), “Con la sinergia pubblico-privato, che nulla a che vedere con la privatizzazione che ci viene contestata, utilizzeremo molto il privato e il privato sociale. A loro saranno affidati tanti esami che non ha più senso fare nel servizio pubblico, come le analisi del sangue, le radiografie, le ecografie semplici. Questo ci permetterà di liberare molte risorse pubbliche e di accorciare le liste di attesa”. (La Nazione 31 dicembre 2015).

Seconda mossa. Definanziare il servizio sanitario regionale. Renderlo inefficiente e caotico.

Quando, a metà ottobre del 2014, il governo Renzi approvò la legge di stabilità per il 2015 con un taglio di oltre 4 miliardi di euro nei bilanci delle Regioni (di cui il 75% di tagli alla sanità), il presidente del Piemonte, Sergio Chiamparino, che ricopriva anche la carica di presidente della Conferenza dei presidenti di Regioni, dando voce alle proteste dei colleghi, affermò che era venuto meno il patto d’onore tra Governo e Regioni (tre mesi prima era stato firmato un accordo che prevedeva invece un incremento del fondo sanitario nazionale), sottolineando che la manovra era “insostenibile”. L’unico presidente di Regione che si distinse dai colleghi fu Enrico Rossi, anche per la solerzia e la rapidità con cui propose le contromisure per colmare le minori entrate dovute alla manovra (200-300 milioni di euro in meno nel budget della sanità regionale): introduzione di un **ticket sui ricoveri ospedalieri e la fusione delle 12 Asl in 3 grandi aziende di area vasta**. Il primo punto - il ticket ospedaliero - fu rapidamente accantonato, sommerso da una pioggia di critiche; rimase in piedi il secondo, la fusione delle Asl, spacciata come la carta magica per risparmiare enormi risorse, dare più efficienza al sistema, maggiore capacità di controllo sulla spesa, più qualità all’assistenza.

In un post di [commento a quegli eventi](#) scrivemmo: *“C’è da chiedersi come possa un sistema perennemente sotto stress, sotto finanziato, che ha perso il 5% della forza lavoro negli ultimi anni, affrontare senza danni una trasformazione così radicale della sua architettura”*. **Uno sguardo alla letteratura internazionale avrebbe dovuto suggerire molta cautela. Le grandi fusioni organizzative sono infatti ad alto rischio di fallimento**, come era ben illustrato nel [post di Marco Geddes](#) del 24 novembre 2014. *“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”* (vedi [Dove va la sanità toscana](#)).

I rischi di fallimento si dilatavano osservando la fretta con cui procedeva la scrittura della legge di riforma (che andava approvata prima della ormai prossima fine della legislatura regionale), l’assenza di qualsiasi forma di dibattito, sia politico che tecnico,

su una questione così importante e decisiva, la chiusura autistica a qualsiasi forma di confronto pubblico.

Da registrare al riguardo la presa di posizione di quasi tutti i sindacati medici, i cui segretari nazionali dichiararono: “Rigettiamo senza mezzi termini la ventilata proposta di riorganizzazione del sistema sanitario della Toscana avanzata dalla Giunta regionale che vorrebbe imporre l'accorpamento in tre aziende sanitarie e l'esubero di 800 dipendenti. Non possiamo accettare l'idea di un 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. E' necessario fermare questo progetto per evitare che venga esportato in altre realtà regionali con conseguenze devastanti sull'intero sistema sanitario nazionale. (vedi [Sanità toscana: un caso italiano](#))”.

La riforma diventò legge nel marzo 2015, dopo un percorso a tappe forzate in Consiglio Regionale. **Una legge nei confronti della quale si sviluppò ben presto un movimento che ne chiedeva l'abrogazione attraverso un referendum**. Centinaia di attivisti si mobilitarono in Toscana per raccogliere le firme necessarie per indire la consultazione popolare, per coinvolgere i cittadini - per lo più ignari, disinformati e rassegnati a sopportare ogni sorta di [disservizio](#) - su quello che stava succedendo al servizio sanitario regionale. **In soli due mesi - settembre e ottobre 2015 - furono raccolte oltre 55 mila firme**, validate dall'apposita commissione di garanzia, ma il “sistema” riuscì a impedire che quel referendum si potesse tenere.

A distanza di 3 anni il fallimento (largamente annunciato) di quella riforma è sotto gli occhi di tutti, ma pochi operatori sanitari sono disposti a esporre le loro opinioni e a raccontare le loro esperienze a microfono acceso, perché quel “sistema” non solo è poco propenso a discutere, ma è anche vendicativo. Il fallimento della riforma è dovuto a varie cause: a) **la fretta e la superficialità** con cui questa è stata pensata e scritta (“una riforma imprudente”, secondo l'opinione di un esperto); b) **la mancata preparazione del terreno** (differenti e poco evoluti sistemi informativi; mancata formazione del personale destinato alle nuove funzioni); c) **l'incolmabile distanza tra vertici aziendali e prime linee operative**, dovuta a grossolani errori nella configurazione della catena di comando. Una catena di comando che vede i **Dipartimenti** (l'anello più vicino alla Direzione generale) dotati di molto potere che non riescono però a esercitare (per le ridotte capacità gestionali e competenze manageriali di gran parte dei Direttori, privi oltretutto di adeguati staff di supporto), e gli altri anelli, quelli più vicini alle prime linee operative (**Direttori di Presidio ospedaliero e Direttori di Zona-Distretto**), privi di potere, di autonomia e di budget.

La conseguenza di questa difettosa e incongruente catena di comando non è solo la paralisi decisionale, ma anche la debolezza dei meccanismi di controllo di gestione, cosa che ha portato, ad esempio, la Toscana ad essere l'ultima della classe in Italia per eccesso di spesa farmaceutica ospedaliera. In questo **buco nero** di *inefficienza e imprudenza* sono finiti programmi di sviluppo del territorio - come **la Sanità d'iniziativa e il Chronic care model** - che pur avendo dimostrato di poter migliorare la salute della comunità ora rischiano di essere cancellati.

Terza mossa. (Semi)Privatizzare gli ospedali pubblici.

Il Project Financing (PF) degli ospedali fu introdotto nel Regno Unito negli anni novanta dal governo Thatcher ed è stato il precursore delle privatizzazioni avvenute in sanità negli anni seguenti. Una recente analisi della situazione dei 101 ospedali britannici costruiti col PF mostra che tali contratti non sono vantaggiosi per il servizio sanitario nazionale e mettono in pericolo l'assistenza dei pazienti. Come minimo andrebbero rinegoziati[1]. Da quel poco che si è potuto vedere anche in Italia, il PF si è dimostrato - come nel Regno Unito - un affare assai asimmetrico: molto favorevole per il concessionario privato e molto problematico per la controparte pubblica[2] (vedi [Privatizzazione degli ospedali: la via del project financing](#)).

In Toscana il PF è stato applicato nella costruzione di 4 ospedali pubblici: Prato, Pistoia, Lucca e Massa-Carrara. E anche qui, più che altrove, si riscontra "una spiccata convenienza per il concessionario" (soggetto privato) facendo ricadere la gran parte dei rischi sul concedente (la Regione), come ha rilevato la Corte dei Conti, che ha messo in luce il fatto che nel tempo la quota pubblica è cresciuta proporzionalmente assai più di quella a carico del mercato, pari cioè all'80% dell'intera opera e con un incremento del 47% rispetto alla previsione iniziale.

"C'è da domandarsi cosa abbia spinto la Regione Toscana a utilizzare questa tecnica di finanziamento - scrive [Luca Benci](#) - , quali siano i motivi che hanno portato a finanziare quasi per intero l'opera ma a darla in gestione a società private e a gravare in modo così pesante sulle casse regionali. Infine, vi è da domandarsi, quale sia il motivo di tutta questa compiacenza verso il privato caratterizzata, non soltanto, dalla mancanza di controlli denunciata dalla Corte dei conti".

Bibliografia

1. Pollock AM et al. [Private Financing Initiatives during NHS austerity](#). BMJ 2011, 242:d324.

2. Benci L. Tutela la salute, Il diritto alla salute negato, privatizzato e mercificato. Imprimatur 2017: 53-61.