

quotidianosanità.it

Giovedì 29 GIUGNO 2017

Riforma sanitaria lombarda. Gli accorpamenti sembrano dettati da un'operazione economico-politica di tagli e risparmi indiscriminati

Una delle caratteristiche della Riforma sanitaria lombarda riguarda gli accorpamenti. Accorpamenti delle ASL nelle ATS e delle Aziende Ospedaliere nelle ASST. Ma, dall'analisi della letteratura risulta che i benefici di performance ed economicità prodotti dagli accorpamenti e dal conseguente incremento delle dimensioni organizzative sono scarse. La scelta sembra più dettata da una politica di tagli e risparmi con disfunzioni che ricadranno su utenti e personale.

Una delle innovazioni organizzative contenute nella Riforma sanitaria lombarda, al pari di quanto realizzato in altre Regioni, è quella degli accorpamenti. Accorpamenti delle ASL nelle ATS (Agenzia di Tutela della Salute) e delle Aziende Ospedaliere nelle ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali). Il principio ispiratore, peraltro mutuato dal mondo delle imprese, è quello che concentra più aziende che operano nello stesso settore produttivo e le ricollega ad una stessa holding col risultato di una razionalizzazione organizzativa ed una governance unitaria. La cosiddetta "merger" che in campo sanitario sta diffondendosi a macchia d'olio rasentando una vera e propria mania. Appunto la cosiddetta "mergermania".

Per la verità l'avvio degli accorpamenti, che risale agli anni '90 nel mondo anglosassone, è stato da tempo messo in pratica in ambito ospedaliero. Tra Unità Operative per consentire più facilmente la riduzione dei posti letto e dunque le ferie estive al personale. Tra Unità Operative della stessa area specialistica, le cosiddette aree specialistiche omogenee, rendendo possibile un significativo risparmio di personale di assistenza, una ottimizzazione nell'utilizzo delle tecnologie ed un migliore uso degli spazi.

Quindi è stata la volta dell'accorpamento tra ospedali territorialmente vicini ricollegandoli ad una stessa gestione e con la Riforma del 2015 si è passati a più vasti accorpamenti tra ospedali affidandone il governo ad una stessa direzione strategica (Tab. 1).

Ora, ultimo atto in ordine di tempo, si sta passando dall'accorpamento fra strutture diverse alla loro fusione in un'unica struttura.

Quali i risultati di queste profonde riorganizzazioni?

1. La Riforma ha determinato la trasformazione delle 15 ASL, delle 27 AA.OO. e di AREU (Agenzia Regionale Emergenza/Urgenza) in 8 ATS, 27 ASST e il mantenimento di AREU.

Le Direzioni strategiche comprendevano oltre al Direttore Generale, il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo. In totale 43 Direzioni strategiche per 129 Direttori.

Con la Riforma, l'affidamento del territorio alle ASST ha richiesto l'inserimento di un Direttore Socio-Sanitario nell'ambito delle stesse Direzioni strategiche.

In totale 36 Direzioni strategiche per 144 Direttori.

2. Gli accorpamenti tra ospedali in ASST ha determinato situazioni di notevole criticità, complice anche l'affidamento (peraltro doveroso) del territorio alle stesse direzioni. Pensiamo agli ospedali Fatebenefratelli,

Sacco, Buzzi e Melloni situati in ambito cittadino ma a notevole distanza. O al S. Carlo e S. Paolo per restare in ambito milanese.

Situazioni analoghe si verificano nella ASST Pavia che comprende ben otto presidi (Broni, Carate, Mede, Varzi, Vigevano, Voghera, Mortara, Stradella), nella ASST Sette Laghi (Macchi Varese, De Ponte, Cuasso, Cittiglio, Luino, Tradate), nella ASST Valle Olona con cinque presidi (Busto Arsizio, Gallarate, Saronno, Angera, Somma Lombardo), e gli esempi potrebbero proseguire.

Semplificando, se prima il messaggio era di ridurre i cosiddetti doppioni (Chirurgia 1, Chirurgia 2, Medicina 1, Medicina 2, ecc.) presenti nello stesso presidio, ora il mandato è l'abolizione - appena possibile - di unità operative analoghe nei diversi presidi della stessa ASST.

I criteri per questa operazione che dovrebbero essere dettati da fattori epidemiologici territoriali, analisi dei bisogni e soprattutto di sicurezza delle cure non è dato di conoscerli, visto che le vivaci proteste hanno determinato, ad esempio, il mantenimento in esercizio di punti nascita ritenuti pericolosi anche in base alla normativa vigente. Mentre il silenzio inerme della stessa cittadinanza ha consentito la chiusura di alcuni cosiddetti piccoli ospedali spacciandola per riconversione, di là da venire.

3. L'ultimo atto di applicazione della "merger-teoria" è l'avviato progetto di fusione in un'unica struttura di ospedali quali il S. Carlo e S. Paolo di Milano e di Busto Arsizio e Gallarate in provincia di Varese.

- Il S. Carlo ha una dotazione di 538 posti letto e fa fronte ad oltre 69.000 accessi/annui di Pronto Soccorso. Il S. Paolo ha 578 posti letto con oltre 75.000 accessi.

Dato che è evidente l'impossibilità di ridurre gli accessi in Pronto Soccorso dovremmo ipotizzare una struttura in grado di far fronte ad oltre 140.000 accessi/annui e con almeno 1100 posti letto. E l'eventuale ipotesi di uno spostamento dei codici bianchi altrove (dove?) non migliorerebbe di molto la situazione dato che al S. Carlo i codici bianchi si aggirano sul 6%, mentre al S. Paolo sono di poco superiori al 15% (fonte Agenas- 2015).

- L'Ospedale di Busto Arsizio ha 474 posti letto con 61.000 accessi di PS, quello di Gallarate 424 posti letto con 20.000 accessi. Un'unica struttura dovrebbe far fronte ad oltre 80.000 accessi/annui di PS per 900 posti letto. Almeno di non prevederne una riduzione, dimenticando che in questo territorio il totale di posti letto per acuti (compreso il privato accreditato) è di 2,80‰ abitanti, contro il previsto 3,0 del D.M.70/2014.

Quali sono dunque le motivazioni che portano a queste progettate fusioni in un'unica struttura e quali i criteri di realizzazione? Valutazione dei fattori epidemiologici territoriali? migliore risposta ai fabbisogni della cittadinanza? migliore organizzazione? migliore efficacia delle cure?

Dall'analisi della letteratura risulta che i benefici di performance ed economicità prodotti dagli accorpamenti e dal conseguente incremento delle dimensioni organizzative sono scarse: una maggior distanza tra direzione strategica e linee operative, dubbi miglioramenti nella efficacia ed efficienza, difficoltà di integrazione dell'assistenza sanitaria.

La risposta sembra essere un'unica vasta operazione economico-politica di tagli e risparmi indiscriminati con prevedibili disfunzioni che ricadranno inevitabilmente su utenti e personale.

Forse varrebbe la pena di ricordare il progetto di ospedale proposto a suo tempo da **Renzo Piano e Umberto Veronesi**, che considerava difficile la governabilità di organizzazioni ospedaliere dotate di un numero di posti letto superiore ai cinquecento.

Fabio Florianello

Presidente Consiglio Nazionale e Segretario Amministrativo Anaa Regione Lombardia

Silverio Selvetti

Segretario Anaa Regione Lombardia

Sergio Finazzi

Vice-Segretario Anaa Regione Lombardia

Aurelio Castelnuovo

Segretario Regionale Organizzativo Anaa Regione Lombardia