



## DOCUMENTO DI VERIFICA DELLA LEGGE 23/2015 DELLA REGIONE LOMBARDIA

1.Premessa: dal Libro Bianco del 2014 alla L. 23/2015RL

Il manifesto ideologico<sup>1</sup> della L.23/2015 si basa sui seguenti principi:

- I. **Riaffermazione del principio della libera scelta dell'utente;**
- II. **Passaggio dalla cura al prendersi cura;**
- III. **Separazione delle funzioni di programmazione, erogazione delle prestazioni e controllo:**

Secondo questi *postulati*, i cittadini avrebbero potuto decidere **liberamente** di farsi assistere dal sistema pubblico o dal sistema privato, **senza che ciò comportasse per loro un onere aggiuntivo**.

La L.23 “*Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo*”, sperimentale secondo la successiva L.41/2015<sup>2</sup>, sostituisce la precedente L.31/1997. Tra il 1997 e il 2015 sono state promulgate modifiche parziali con la L.3/2008 e L.33/200L, recepite e riformate nella L.23, ultima stazione d'un percorso iniziato una quindicina d'anni dopo l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SNN) con la L.833/1978 (armonica con l'art. 32 della Costituzione, che sancisce la cura universale e gratuita, a tutela della salute di tutti i cittadini residenti nel paese).

<i>Regione Lombardia 2010÷17</i>	<i>Residenti (000)</i>			<i>Malati Cronici (000)</i>			<i>Malati Cronici/Residenti (%)</i>		
<i>Fasce di età</i>	<i>2010</i>	<i>2015</i>	<i>2017</i>	<i>2010</i>	<i>2015</i>	<i>2017</i>	<i>2010</i>	<i>2015</i>	<i>2017</i>
<i>0÷39</i>	4.410	4.191	4.091	301	333	340	6,8	7,9	8,3
<i>40÷64</i>	3.628	3.801	3.831	1.149	1.243	1.289	31,7	32,7	33,6
<i>65÷79</i>	1.483	1.600	1.614	1.083	1.186	1.204	73,1	74,1	74,6
<i>&gt; 80</i>	613	728	768	506	619	663	82,5	85,1	86,3
<b><i>TOTALE</i></b>	<b><i>10.134</i></b>	<b><i>10.320</i></b>	<b><i>10.304</i></b>	<b><i>3.039</i></b>	<b><i>3.381</i></b>	<b><i>3.496</i></b>	<b><i>30,1</i></b>	<b><i>32,8</i></b>	<b><i>35,9</i></b>

**Tab. 1 - Variazioni demografiche ed epidemiologiche 2010÷2017 in Lombardia**

La Tab. 1 mostra che, a quasi parità di popolazione tra 2010 e 2017, nella fascia 0÷39 si è registrata una diminuzione del 7%, più che compensata dall'aumento del 14% tra anziani (>65 anni), di cui 25% nella fascia >80 anni. Nella fascia 0÷39, l'incidenza dei malati cronici è salita dal 6,8 all'8,3%, nella fascia >65 anni gli incrementi annui sono stati limitati, ma le persone affette da patologie croniche comprendono ormai più dell'85% dei grandi anziani. In particolare, proprio nel gruppo oltre i 75 anni si ha il picco di policonicità con almeno 3 patologie<sup>3</sup>. Questa tendenza, in atto da alcuni anni, ha pertanto messo in crisi il modello basato sul welfare familiare. La L.23 si è proprio sviluppata a seguito dell'analisi della variazione epidemiologica della popolazione residente in Lombardia, che vedeva un aumento progressivo delle fasce d'età oltre 60 anni, con il conseguente significativo aumento della percentuale di malati cronici. Tale legge è stata oggetto d'obiezioni da parte dei Ministeri della Salute, Giustizia ed Economia, per cui la Regione Lombardia ha promulgato la L.41 che modifica l'originale art.1 della legge 23, oltre a recepire punti d'importanza minore specificando che *l'articolazione in ATS e ASST del Servizio Sanitario e Sociosanitario regionale avveniva in via sperimentale per un periodo di 5 anni*.

Al termine del quinquennio, Regione e Ministero della Salute avrebbero valutato i risultati della sperimentazione. Il 4.4.2016 il *Protocollo d'Intesa tra Ministero e Regione per la verifica della Legge* veniva firmato dalla Ministra Lorenzin e dal Presidente Maroni.

## 2. Gli aspetti principali della L.23/2015

### 2.1 Introduzione

Obiettivo della verifica è l'impatto derivante dall'articolazione in ATS e ASST sull'erogazione e sulla qualità dei servizi, includendo i provvedimenti che hanno completato e specificato le indicazioni della L.23 (LL.15/2016, 6/2017, 33/2017RL e Delibere tra cui XI 6164 e XI 6551/2017).

Il modello descritto nella L.23 ha portato, nonostante le pregresse intenzioni espresse nel *Libro Bianco*, a impoverire e marginalizzare:

- la **Medicina Territoriale** nelle funzioni rimaste tra le competenze ATS o delegate a ASST di:
  - *Igiene*,
  - *Prevenzione*
  - *Sanità Pubblica*,
- l'**Assistenza Primaria**, rappresentate dal complesso sistema dei
  - MMG (Medici di Medicina Generale),
  - PLS (Pediatri Libera Scelta),
  - MCA (Medici Continuità Assistenziale),

le cui funzioni sono anch'esse ripartite tra ATS e ASST. La rete territoriale delle ASST ha assorbito funzioni e personale degli ex-Distretti Socio-Sanitari Locali (Distretti ASL), oltre all'erogazione delle vaccinazioni e del personale dedicato, senza sviluppare linee strategiche di prospettiva. Con la disarticolazione di funzioni e risorse tra ATS e ASST, è venuta meno la **Funzione d'Orientamento Strategico** da parte della Regione, capace d'indirizzare azioni delle Direzioni Generali dell'ATS.

Il Libro bianco prima e la L.23 poi, hanno portato alla costruzione di due organizzazioni strutturali, evoluzioni di AO (Aziende Ospedaliere) e ASL (Aziende Sanitarie Locali), con compiti differenti:

- 1- **ATS (Agenzie di Tutela Salute)** che assume i compiti di sovrintendere *all'organizzazione territoriale sanitaria, sociosanitaria e sociale*, in collaborazione coi Comuni e provvedere a:
  - *programmazione* territoriale,
  - *accreditamento* dei soggetti erogatori,
  - *contrattualizzazione*, acquisto e controllo dell'appropriatezza<sup>4</sup>.
- 2 **ASST (Aziende Socio-Sanitarie Territoriali)**, enti funzionali della Regione dotati di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica che concorrono all'erogazione dei *Livelli Essenziali d'Assistenza* (art. 7/2) insieme ai soggetti accreditati. Si articolano in due settori aziendali: rete territoriale e polo ospedaliero (art. 7/4).

Questi suggerimenti saranno declinati nella proposta di legge 282 del gennaio 2015, che verrà poi trasformata nella L.23. L'obiettivo della Riforma era pertanto lo spostamento dell'asse di cura, fortemente sbilanciato sull'ospedale, verso strutture territoriali, superando il frazionamento delle attività socio-sanitario-assistenziali. Per favorire l'integrazione organizzativa, sono state abolite le 29 AO preesistenti alla L.23 e sono state istituite 27 ASST che forniscono cure ospedaliere e territoriali, fino a quel momento erogate separatamente da AO e ASL.

Le 8 **ATS** costituite dovrebbero produrre maggiori separazioni di funzioni chiave: programmazione, acquisto, controllo<sup>5</sup>, senza alcuna erogazione diretta di prestazioni, determinando un'ulteriore frammentazione della gestione assistenziale e coprendo territori molto vasti ed eterogenei tra loro.

Le 27 **ASST** sono state investite del compito d'erogare servizi in ospedale e sul territorio, senza però un Piano Sanitario Ospedaliero e la concreta possibilità di fare rete con le strutture territoriali, in assenza di risorse dedicate al potenziamento organizzativo necessario ad attuare azioni elencate.

## 2.2 Il settore della **Prevenzione**

Il modello descritto nella L.23 porta a una confusione funzionale riguardo le attività di **Prevenzione**. Esse sono infatti rimaste di competenza delle ATS, ma in parte delegate alle ASST. Anche le attività di prevenzione concernenti l'**Assistenza Primaria** gestite da Medici di Medicina Generale, Pediatri Libera Scelta, Medici Continuità Assistenziale, hanno visto le funzioni ripartite tra ATS e ASST. La rete territoriale delle ASST ha assorbito funzioni e personale degli ex-Distretti Socio-Sanitari Locali, oltre all'erogazione delle vaccinazioni e del personale dedicato, senza sviluppare linee strategiche di prospettiva<sup>6</sup>.

Il graduale e progressivo depotenziamento della **Prevenzione** ha lasciato in condizione di fragilità il **Controllo delle Malattie Infettive**, poiché la relativa struttura regionale non ha mai condiviso un quadro da cui emergesse la distribuzione delle risorse umane, all'interno dei **Dipartimenti di Prevenzione delle ATS lombarde**. La *Valutazione concreta di corrispondenza tra Domanda di prevenzione e Offerta di prestazioni* s'è così ridotta, rendendo difficili interventi perequativi ove necessari, come dimostrato nel 2020 dall'epidemia Covid-19, che ha registrato, in una popolazione regionale pari al 16,7% della nazionale, contagi e decessi oltre il 50% di quelli italiani.

È risultato inefficace il proposito della L.23 «*le attività di **prevenzione sanitaria**, incluse la profilassi delle malattie infettive, l'igiene degli alimenti e della nutrizione, la vigilanza e la tutela della salute collettiva dai rischi individuali e ambientali, vengono svolte dal **Dipartimento d'Igiene e Prevenzione Sanitaria delle ATS di cui all'art. 6, comma 6, che coordina anche la rete dei soggetti erogatori delle prestazioni di prevenzione specialistica, in coerenza con il Piano Regionale della Prevenzione (PRP)***», poiché assetti e organizzazione sono contraddittori rispetto allo scopo. L'epidemia ha cioè fatto emergere gravi criticità di un'organizzazione che ha affidato la gestione dei Dipartimenti di Prevenzione alle ATS, strutture non operative, ma deputate alla governance e controllo. In tale contesto, i **Dipartimenti deputati alla Prevenzione collettiva e alla Sanità pubblica** sono stati depotenziati in:

- *Organizzazione,*
- *Livelli d'Autonomia,*
- *Quote di Finanziamento,*
- *Dotazione di Risorse Umane e Tecnologiche.*

Il fenomeno si può misurare attraverso i seguenti indicatori:

1. Dipartimenti di Prevenzione ridotti da 15 a 8,
2. Presidi Multizonali d'Igiene e Prevenzione (PMIP) diminuiti da 15 a 3 (Laboratori di Sanità Pubblica a Varese, Milano e Brescia),
3. Personale Prevenzione e Sanità pubblica dimezzato negli ultimi 15 anni: da 5000 a 2500,
4. Un solo Dipartimento d'Igiene e Prevenzione sanitaria nell'ATS Città Metropolitana milanese comprendente la Provincia di Lodi, per 3,5 milioni di persone (con riduzione del livello distrettuale a funzione di coordinamento e integrazione delle attività di cura e prevenzione).
5. Percentuale del finanziamento solo per il 2,8% dedicato al LEA Assistenza Sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro rispetto al 5% risultante dalle indicazioni nazionali (dato desunto dal modello di rilevazione livelli di Assistenza anno 2018 dell'ATS Milano metropolitana).

La Tab. 2 fornisce, a titolo d'esempio, il quadro dei principali finanziamenti per LEA in ATS Milano Città Metropolitana per il 2018, (circa 3,4 milioni di assistiti, su 10 milioni lombardi).

Macrovoce Economiche (M.E.)	ATS Milano Città Metropolitana 2018							
	Acquisti Servizi		Personale sanitario		Altri		TOTALE	
	€(10 <sup>6</sup> )	%	€(10 <sup>6</sup> )	%	€(10 <sup>6</sup> )	%	€(10 <sup>6</sup> )	%
<b>1 Assistenza sanitaria collettiva ambienti vita/lavoro</b>	45	0,8	57	76,0	53	35,1	155	2,8
Assistenza farmaceutica	1.078	20,1	3	4,0	76	50,4	1.157	21,1
Assistenza specialistica	822	15,6	9	12,0	11	7,3	842	15,3
Assist. territoriale residenziale	575	10,9	2	2,7	4	2,6	581	10,6
Medicina Generale	293	5,6	2	2,7	5	3,3	300	5,5
Altre Assistenze Distrettuali	305	5,8	2	2,6	2	1,3	309	5,6
<b>2 Assistenza distrettuale</b>	3.073	58,4	18	24,0	98	64,9	3.189	58,1
Assistenza Ospedaliera Acuti	1.848	35,1	-	-	-	-	1.848	33,7
Assistenza riabilitazione	188	3,6	-	-	-	-	188	3,4
Altre Assistenze Ospedaliere	110	2,1	-	-	-	-	110	2,0
<b>3 Assistenza ospedaliera</b>	2.146	40,8	-	-	-	-	2.146	39,1
<b>TOTALE</b>	<b>5.264</b>	<b>100,0</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>151</b>	<b>100,0</b>	<b>5.490</b>	<b>100,0</b>

Tab. 2 – Finanziamenti nel 2018 in ATS Milano Città Metropolitana, per principali LEA (mil. €)

Emerge con particolare evidenza il finanziamento per l'acquisto di Servizi riguardanti i LEA molto al di sotto della soglia indicata per la **Prevenzione** (M.E.1).

### 2.3 Il settore ospedaliero e ambulatoriale

L'innovazione espressa dalla nuova organizzazione aveva fatto ben sperare, con l'istituzione dell'area territoriale nelle ASST, affiancante l'area ospedaliera formata dalle aziende ospedaliere raggruppate. Ogni ASST aveva un Direttore Generale, ma si articolava in due strutture distinte:

- a) **ospedaliera**, affidata a un Direttore Sanitario, cui afferiscono i presidi ospedalieri, organizzati in livelli d'intensità di cura, in prevalenza dedicati al trattamento del malato complesso e sedi dell'offerta sanitaria specialistica,
- b) **territoriale**, affidata a un Direttore Socio-Sanitario, cui spetta l'erogazione di prestazioni specialistiche di Prevenzione sanitaria, Diagnosi, Cura, Riabilitazione a media e bassa complessità, Cure intermedie, funzioni e prestazioni medico-legali. A questa, afferiscono, gestiti dall'ASST, o in convenzione con essa:
  - **Presidi Ospedalieri Territoriali (POT)**, strutture multiservizio deputate a erogare prestazioni sanitarie di *ricovero ospedaliero a media e bassa intensità per malati acuti e cronici*, oltre che prestazioni *sociosanitarie e ambulatoriali e di prestazioni residenziali, sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e di prestazioni ambulatoriali e domiciliari* (art. 7 c.14).
  - **Presidi Socio-Sanitari Territoriali (PreSST)**, deputati all'erogazione di *prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari, con eventuale degenza limitata alla bassa intensità di cure intermedie subacute, post-acute e riabilitative*;

Tuttavia dall'avvio della legge negli ospedali pubblici s'è accentuata la tendenza a:

- **Riduzione di posti letto a favore dei Privati**: nel 2018, la Lombardia disponeva di 34.831 posti letto, con un tasso di 3,46 per 1000 ab., di cui 27.694 per acuti (tasso 2,68), e 7.137 per Lungodegenza e Riabilitazione (tasso 7,51). I letti per acuti erano inferiori al 3,0 % indicato dal DM 70/2015, mentre per Lungodegenza e Riabilitazione la situazione era opposta. La Tab. 3 mostra la variazione dal 2010 e al 2018 tra *Pubblico* e *Privato*, con una riduzione complessiva del 6,8% in 9 anni. Mentre nel *Privato* i livelli sono rimasti pressoché costanti, nel *Pubblico* si è avuta una riduzione del 7,7% di letti per acuti e 16% per Lungodegenze e Riabilitazione, accentuando in questo settore la prevalenza del *Privato*, già evidente nel 2010. La domanda di cura di residenti di altre regioni, incrementata negli ultimi anni, si convoglia prevalentemente nel *Privato*.

Tipo di Erogatore	Posti letto ospedalieri				
	2010	2015		2018	
	N° letti	N° letti	%	N° letti	%
Acuti	7.712	7.666	-0,6	7.675	-0,5
Lungodegenza	704	522	-25,9	509	-27,7
Riabilitazione	4.660	4.756	+2,0	4.785	+2,7
<b>Totale Privato (classificato, accreditato, IRCCS)</b>	<b>13.076</b>	<b>12.944</b>	<b>-1,0</b>	<b>12.959</b>	<b>-0,8</b>
Acuti	21.689	20.541	-5,3	20.019	-7,7
Lungodegenza	516	217	-57,9	241	-53,3
Riabilitazione	1.680	1.649	-1,8	1.602	-4,6
<b>Totale Pubblico (classificato, accreditato, IRCCS)</b>	<b>23.885</b>	<b>22.407</b>	<b>-6,2</b>	<b>21.862</b>	<b>-8,5</b>
Acuti	29.401	28.207	-4,1	27.694	-5,8
Lungodegenza	1.220	739	-39,5	750	-38,5
Riabilitazione	6.340	6.405	+1,1	6.387	+0,7
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>36.961</b>	<b>35.351</b>	<b>-4,4</b>	<b>34.831</b>	<b>-6,8</b>

Tab. 3 - Posti letto in Lombardia 2010÷2018 (Fonte: Ministero della Salute)

- **Riduzione dell'offerta prestazioni ambulatoriali:** la Tab. 4 evidenzia la diminuzione totale delle prestazioni del 4,3%, in particolare per Esami di Laboratorio e Diagnostica per immagini (-5,3%). Per queste prestazioni, il calo c'è stato nel *Pubblico* (-15,1%) mentre nel *Privato* sono aumentate del 6,9%. La diminuzione produttiva del SSR non ha significato miglior appropriatezza prescrittiva, bensì il ricorso al pagamento diretto da parte degli assistiti, a causa dell'allungamento delle liste di attesa.

Tipo di Prestazione	Prestazioni ambulatoriali (migliaia)				
	2012	2015		2017	
	N° (000)	N° (000)	%:2012	N° (000)	%:2012
Attività clinica	14.082	13.095	-7,0	13.681	-2,8
Esami (Laboratorio, Diagnostica per immagini)	44.166	51.394	+16,4	47.200	+6,9
Altre prestazioni (BIC, MAC)	331	365	+10,3	316	-4,5
<b>Totale Privato</b>	<b>58.579</b>	<b>64.854</b>	<b>+10,7</b>	<b>61.197</b>	<b>+4,5</b>
Attività clinica	19.287	17.893	-7,3	19.098	-1,0
Esami (Laboratorio, Diagnostica per immagini)	60.674	58.385	-3,0	52.126	-15,1
Altre prestazioni (BIC, MAC)	527	658	+9,6	721	+37,8
<b>Totale Pubblico</b>	<b>80.498</b>	<b>77.386</b>	<b>-3,9</b>	<b>71.855</b>	<b>-10,7</b>
Attività clinica	33.279	30.988	-7,2	32.779	-1,8
Esami (Laboratorio, Diagnostica per immagini)	104.840	110.229	+5,1	99.326	-5,3
Altre prestazioni (BIC, MAC)	858	1.022	+20,9	1.37	+1,5
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>139.077</b>	<b>142.240</b>	<b>+2,3</b>	<b>133.052</b>	<b>-4,3</b>

Tab. 4 - Prestazioni Ambulatoriali in Lombardia 2012÷2017 (Fonte: Open Data RL)

- **Riduzione del personale,** con pensionamenti senza sostituzioni e ricorso alle esternalizzazioni. Il confronto con due regioni come Veneto ed Emilia-Romagna mostra che nel 2017 in Lombardia il numero di medici per 1000 abitanti era 1,44 rispetto a 1,65 e 1,85 e il numero di infermieri x 1000 abitanti era rispettivamente di 3,81 per la Lombardia, 4,89 per il Veneto e 5,61 per l'Emilia-Romagna. Questa riduzione ha colpito soprattutto il personale ospedaliero.
- **Mancato aggiornamento tecnologico,** in molte ASST l'innovazione tecnologica in aiuto agli operatori non c'è stata, con gravi ritardi nell'introduzione della cartella elettronica e nel flusso d'informazioni tra medicina territoriale e ospedale.
- **Riordino caotico dei poli ospedalieri** con accorpamento di più presidi, senza programmazione basata sull'incrocio tra dati epidemiologici, sociosanitari e caratteristiche territoriali.
- **Trasferimento di funzioni di gestione** ad ASST che ha impattato su strutture già depauperate di risorse umane, tecniche ed economiche, impegnate nelle cure per acuti e subacuti. La Medicina di base e i Servizi Sociali comunali non sono stati coinvolti per l'assenza di strutture intermedie (POT e PreSST), ipotizzate a far da ponte tra ospedale per acuti e domicilio. Lo sviluppo dei PreSST è stato molto limitato (solo 13 finora attivati in tutta la Lombardia). Di conseguenza, i Distretti territoriali già-ASL sono stati assegnati solo formalmente alle ASST, che non hanno assicurato un effettivo governo della rete territoriale.

## 2.4 Il settore delle cure primarie

Le **Cure Primarie** hanno subito gli effetti di un'impostazione confusa e contraddittoria: i MMG sono convenzionati e remunerati dall'ATS, ma dovrebbero operare ed essere coordinati all'interno della rete territoriale dell'ASST. La Legge Balduzzi del 2011, che disponeva la conversione della medicina di base dal modello fondato sul *singolo professionista* a quello *associativo* non è mai stata attuata. In Lombardia, le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e UCCP (Unità Complesse Cure Primarie) non hanno avuto lo sviluppo promesso, poiché questa mutazione è stata ostacolata da un nuovo modello d'aggregazione imprenditoriale e cooperativo centrato sui gestori. Nel 2018 solo il 40% dei MMG in Lombardia lavorava in gruppo, mentre in Emilia erano oltre il 70%, in Toscana il 65%, in Veneto oltre il 60%, nel Lazio quasi il 60%.

Lo sviluppo della **RICCA** (Rete Integrata di Continuità Clinico Assistenziale), componente della rete territoriale, era un compito delle ASST, con obiettivo la **Presenza In Carico** di persone in stato *cronico e fragile*, garantendo **continuità e appropriatezza d'accesso a servizi ed erogazione prestazioni**. Alle RICCA erano stati assegnati sulla carta compiti e dotazioni di strumenti elaborati, centrati sulla stesura del Piano d'Assistenza Individuale (PAI) per i malati. Tuttavia il ruolo dei MMG non era specificato, né alle ASST erano state fornite risorse per sostenere le nuove procedure<sup>7</sup>. Anzi, fin dal 2016, le indicazioni della regione ai direttori generali era che venissero implementate a **risorse invariate**. Non sono mai stati prodotti dati sull'attuazione delle RICCA, che sono rapidamente entrate in contraddizione con l'introduzione di un nuovo progetto, cioè l'affidamento dei cronici a gestori<sup>8</sup>.

Lo scollamento tra ATS e ASST, evidenziato nel periodo dell'epidemia specie coi malati più fragili per svantaggio socio-economico, isolamento e difficoltà psicologiche, ha lasciato i MMG senza governo dalle ATS per estensione eccessiva del territorio di competenza, senza coordinamento da parte delle ASST completamente dedicate alla gestione degli ospedali presto travolti dalla pandemia, senza appoggi su strutture integrate e degenze di comunità per sostenere i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali<sup>9</sup>. La grave carenza dell'assistenza territoriale, dovuta a fattori strutturali e non solamente a cattiva gestione, è dimostrata in modo eloquente dalla distribuzione dei pazienti Covid in Lombardia nella prima fase della pandemia, a confronto col Veneto e l'Emilia Romagna. Risalta la bassa percentuale di casi assistiti a domicilio e il conseguente sovraccarico degli ospedali. Questi dati spiegano anche in buona misura l'alto livello di contagi per Covid e l'elevata mortalità riscontrata in Lombardia.

Marzo-Aprile 2020-casi/100.000 abitanti						
	Terapia intensiva		Ricovero ordinario		Isolamento domiciliare	
	N	%	N	%	N	%
<b>Lombardia</b>	9,1	4,7	79,9	41,6	102,9	53,6
<b>Veneto</b>	4,1	3,4	20,1	17	93,7	79,6
<b>Emilia Romagna</b>	5,4	3,1	53,2	30,8	114,5	66,1

**Tab.5 – Media giornaliera dei casi assistiti per Covid (Fonte: Protezione Civile)**

La frammentazione tra **cura Sanitaria** e **prendersi cura Sociale**, non risolta dalle innovazioni apportate dalla L.23, ha impedito percorsi facilitati tra polo ospedaliero, domicilio o Casa di Riposo. Il modo di operare di servizi sanitari legati a interventi urgenti si sono scontrati coi servizi sociali a chiamata dal malato o dal *caregiver*, nell'assenza di strumenti di integrazione dovuta alla mancanza di una programmazione socio-sanitaria e alla scomparsa dei distretti.

Queste difficoltà intersistemiche sono risultate non solo problematiche per i cittadini, ma sono state rese più complicate dalla concorrenza senza pianificazione pubblica tra filiere pubbliche e private. Hanno di conseguenza portato a interruzioni o, in molti casi alla rinuncia della cura<sup>10</sup>.

Il mancato riconoscimento di specifiche fragilità socio-sanitarie di molti cittadini sia all'ammissione in ospedale, sia soprattutto alla dimissione, rende difficile comprenderne i reali bisogni di cure a domicilio o in strutture intermedie, peraltro scarse, che garantiscano adesione al trattamento e attivazione di comportamenti virtuosi, per evitare scompensi delle patologie prevalenti e ricadute precoci con continui accessi in pronto soccorso.

La stesura di un complesso e articolato Piano di Continuità Assistenziale ospedale-territorio, come descritto nella legge 23, necessita una stratificazione epidemiologica della popolazione. La Regione Lombardia si è basata sulla BDA (Banca Dati Assistiti) per individuare e monitorare i consumi e i costi della cura in relazione alle diagnosi della popolazione affetta da una o più malattie in stato cronico. Da questo punto di vista vanno fatte due considerazioni: in primo luogo i dati sono nella disponibilità delle ATS, ma non delle ASST, in secondo luogo per assicurare efficienza e appropriatezza di cure, i dati sulle prestazioni incrociate con le diagnosi cliniche sono insufficienti, perché è necessario tenere conto di specificità territoriali e delle determinanti sociali, economiche e culturali della salute. L'impostazione arretrata della raccolta dei dati epidemiologici da parte della regione non permette questa integrazione.

### 3. La Presa In Carico (PIC)<sup>11</sup> dei malati cronici, paradigma del fallimento della L.23/2015

La L.23/2015 aveva un nucleo innovatore nella procedura di **PIC**, in applicazione al Piano della Cronicità definito a livello nazionale. Il testo dell'art. 9 della legge non la definisce in dettaglio, ma le successive Delibere attuative<sup>12</sup> delineano il nuovo modello. Il confronto tra gli obiettivi dichiarati e i risultati e benefici concreti per i 3,4 milioni di malati cronici in regione, presenta un bilancio non positivo<sup>13</sup>, poiché solo il 10% di cittadini cronici hanno scelto di seguire il percorso d'adesione e modifica del rapporto col SSR. Gli indicatori di risultato sono stati cambiati e ridefiniti<sup>14</sup>, senza che venisse dato luogo a report pubblici, né a relazioni semestrali previste dal **Protocollo** verifica<sup>15</sup>.

Occorre innanzitutto osservare che l'assetto del servizio sanitario introdotto dalla legge 23 si differenzia notevolmente da quanto previsto dalla vigente legislazione nazionale, in quanto introduce una suddivisione di funzioni. Segnaliamo in particolare:

- **L'accreditamento e Contrattualizzazione** sono delegati alle Aziende Tutela della Salute (ATS).
- **La medicina Generale** in una prima fase afferisce completamente alle ATS, che sono agenzie di controllo che non erogano servizi e successivamente è in parte trasferita alle ASST, mantenendo una collocazione ambigua.
- **Le funzioni del Distretto** sono soppresse e incluse in quelle della rete territoriale dell'ASST.

Dopo tre anni dall'inizio, il risultato organizzativo principale è stato l'esternalizzazione parziale della Medicina di Base, in evidente contrapposizione alle forme internalizzate delle Cure Primarie esistenti in tutto il resto del paese<sup>16</sup>. La disarticolazione organizzativa è stata istituzionalizzata e completata con la creazione della figura giuridica del **Gestore**, che ha dato la possibilità a diversi soggetti erogatori di prestazioni sanitarie o sociosanitarie accreditati e a contratto con il SSL, nonché a cooperative formate da medici di medicina generale, di candidarsi a ricoprire questo ruolo. Di fatto la quasi totalità dei richiedenti sono stati giudicati idonei dalle ATS e l'elenco dei gestori alla fine ha incluso 32 enti pubblici (ASST e IRCCS pubblici), 73 enti privati (Ospedali, IRCCS, case di cura), 93 RSA o strutture sociosanitarie, 70 altri soggetti (poliambulatori, centri diagnostici, laboratori, ADI), 25 cooperative di medici di medicina generale o pediatri di libera scelta. L'**accreditamento** senza limiti e controlli, con la contemporanea assegnazione di funzioni proprie dell'**Ente pubblico** a **Enti di diritto privato** ha declassato e ridotto a mera attività burocratica la programmazione dei servizi, senza alcuna correlazione con una **Programmazione dell'Offerta**, in rapporto alla **Domanda** rilevata.

Nel processo PIC, avviene la maggior differenziazione tra le situazioni secondo le normative vigenti a livello nazionale e quelle secondo la L.23/2015RL e DGR seguenti, messa in evidenza dalle note del Ministero della Salute inviate alla Regione Lombardia dopo la promulgazione nel 2015, che ha portato alle modifiche citate sopra, circa la sperimentazione quinquennale che scade nel 2020.

La cessione di tale funzione da Regione ad ATS è stata considerata dal Ministero cruciale, da verifica, poiché difforme da quanto avviene secondo la legge nazionale nel resto del Paese. La funzione dell'ATS ha infatti ulteriormente *liberalizzato il rapporto giuridico con strutture private* per mezzo del *depotenziamento della Programmazione pubblica regionale e locale*, sostituita in sostanza dalla *Contrattazione annuale* della fornitura e *limitata da tetti di spesa annuali*. I **Gestori** possono a loro volta essere *Erogatori* di prestazioni o committenti e acquirenti di altri erogatori e gestori. In realtà, non si conosce se le disposizioni regionali hanno generato la stipula di un'ampia rete d'accordi tra gestori ed erogatori, allo scopo di garantirsi una priorità d'accesso alle prestazioni e nelle agende. Al centro di tale rete organizzativa virtuale, un sistema parallelo al SSR, è posta la *figura del MMG*, come parte di un raggruppamento semi-imprenditoriale accreditato (cooperativa) o *come agente singolo della PIC*, ma *subordinato al Gestore*.

È fallita l'*integrazione tra silos d'Offerta* (ambulatoriale, ospedaliera, riabilitativa, sociosanitaria e Medicina Generale), *obiettivo di PIC* e *L.23/2015*, poiché moltiplicazione e *liberalizzazione di ruoli, scelte e mancanza di Programmazione pubblica* hanno determinato forme d'integrazione multiple per ente erogatore, il quale può predisporre percorsi di fidelizzazione esplicita o implicita.

*Collante dell'integrazione* avrebbe dovuto essere il *nuovo modello di remunerazione* svincolato da singole prestazioni (*silos*), per determinare *budget* per gruppi di assistiti pesati per livello d'assistenza necessario predefinito, con tariffe onnicomprensive, incentivanti integrazione e collaborazione tra erogatori. Ma tale modello non è stato mai attuato.

Il rapporto *medico-malato* è perciò modificato con l'intermediazione del *Gestore*, che stipula un contratto bilaterale di diritto privato con l'assistito, definito *Patto di Cura*<sup>17</sup>: una rivoluzione nei PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali) per le malattie croniche.

La *PIC (Presa In Carico)* è non solo l'attuazione delle prime adempienze del Piano di Cronicità Nazionale, ma la destrutturazione del precedente ordine della L.33/2009, che aveva già creato un *quasi-mercato*, caratteristica del modello lombardo basato su principi **Public Health Management**. Il *PHM* è una gestione predittiva dei bisogni sanitari della popolazione, ottenuta mediante una stratificazione di assistiti, in base alle patologie desunte da episodi di cura precedenti, da dati demografici e da condizioni di fragilità fisica o deprivazione sociale. L'adesione ai principi *PHM* sostanzia in classi di Malati Cronici, divisi per patologie (62 categorie clinicamente omogenee).

La redazione del *PAI (Piano di assistenza Individuale)* rappresenta la conclusione dell'iter *d'arruolamento del Malato Cronico* e la *sottoscrizione del Patto di Cura*. I *PAI* redatti al febbraio 2020 risultano circa 270.000, pari al 7,7% dei malati cronici individuati dalla Regione. Il 93% di tutti i *PAI* sono stati stilati da gestori rappresentati da cooperative di medici di medicina generale, 5% da un gestore pubblico (ASST o IRCCS) e il 2% da gestori privati (Ospedali, Case di cura, IRCCS privati, RSA): L'adesione dei MMG al progetto è stata molto differenziata a livello territoriale, mostrando l'incompletezza dell'esternalizzazione. Nelle ATS di Milano, Pavia e Insubria (Como-Varese), che rappresentano più del 40% della popolazione lombarda, hanno aderito poco più del 35% dei medici, mentre nell'ATS della Val Padana (Mantova-Cremona) si è raggiunta una punta del 79%

I MMG assegnati sono organizzati in aggregazioni previste dalle norme nazionali e regionali, in forme imprenditoriali (Cooperative MMG e singoli). I MMG aderenti alla PIC sono subordinati al Gestore, che può avvalersi di loro come *clinical manager* (pur se non aderisce alla Cooperativa).



Nel caso di non adesione, il MMG è obbligato a dare un parere sui contenuti del PAI oltre che prendere atto della PIC del suo assistito da parte del Gestore.

#### 4 Due modelli di SSR a confronto

In **Lombardia**, tre livelli di complessità definiscono i diversi gradi di bisogno delle persone e l'algoritmo **PHM** creato si basa su rilevazioni di consumi e livelli di spesa **pregressi** e si differenzia dalle esperienze di classificazione e stratificazione, mutate da algoritmi predittivi del rischio forse più complessi e includenti altri fattori.

In **Veneto**, s'è optato per approcci basati sulla **classificazione Adjusted Clinical Groups (ACG)**, i cui dati di flussi informativi sanitari correnti consentono di segmentare la popolazione in 93 categorie, i cui assistiti condividono pattern simili di bisogni e per i quali, secondo una logica predittiva, s'attende un consumo simile di risorse. La capacità previsionale del carico assistenziale atteso **permette di programmare le attività** prima che la domanda si manifesti e d'anticipare processi d'aggravamento della condizione di salute dei malati<sup>18</sup>.

Nel **Veneto e in Emilia-Romagna**, la popolazione è classificata e la clusterizzazione è funzionale alla **programmazione regionale e locale, declinata al livello distrettuale** e inclusiva. Tale capacità previsionale del carico assistenziale atteso permette di programmare attività, prima che la domanda si manifesti e d'anticipare processi d'aggravamento della condizione di salute del paziente.

Il **Veneto** ha disciplinato, con L.23/2012RV e Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016, il **potenziamento dell'assistenza territoriale**, consolidando il ruolo del **Distretto SS**, sviluppando e diffondendo modelli di **gestione integrata della cronicità**, implementando modelli organizzativi a rete, fondati su team multi-professionali e qualificando forme associative di Medicina Convenzionata.

Il **PSSR 2012-2016** riconosce la funzione centrale delle **Cure Primarie** nel SSR e ne ha disciplinato lo sviluppo con la diffusione del **modello Medicina di Gruppo Integrata (MGI)**, forma di concentrazione fisica dei Servizi territoriali intorno ai MMG, organizzati secondo le forme associative tradizionali (Medicina di Gruppo). Le MGI hanno perciò natura **multidisciplinare e multi-professionale, e sono costituite da MMG, PLS, Specialisti, MCA, infermieri, collaboratori studio, assistenti sociali**.

Il modello garantisce ai propri assistiti una maggiore accessibilità, prevedendo la presenza della MGI nella sede di riferimento h12 e un'integrazione con MCA per garantire un'efficace copertura h24.

Un quadro di raffronto sintetico evidenzia le differenze tra le due esperienze:

#### **LOMBARDIA**

Sgancia la Medicina Generale dalla filiera erogazione e l'affida a un soggetto intermedio: l'ATS con funzioni programmatiche flessibili e negoziali. La L.23/2015RL predispone il PSSR (precedente 2010÷2014, ma il nuovo mai approvato: una proposta, ritirata a fine 2019).

#### **VENETO<sup>19</sup>**

Sostiene la Medicina Generale integrata nella filiera servizi territoriali, ne rafforza la capacità governo e sperimenta nuove forme contrattuali per giovani MMG (accreditamento introdotto da L. 48/2018RV). Emilia-Romagna e Toscana sperimentano, integrando in base a Distretti e Programmazione territoriale e regionale.

## 5. Conclusioni

L'*articolazione in ATS e ASST del Servizio Sanitario e Sociosanitario regionale*, oggetto primario della verifica della sperimentazione quinquennale, ha incontrato difficoltà *organizzative, strutturali, finanziarie*. L'esito ha peggiorato la qualità del Servizio e prodotto disgregazione e frammentazione dei servizi per i cittadini. Inoltre, l'incapacità d'applicare il *Piano Nazionale di Preparazione e Risposta a una Pandemia Influenzale* (Ministero della Salute, 2008), hanno trovato la Sanità lombarda totalmente scoperta per due mesi, all'inizio 2020, per il Covid-19. L'intervento sanitario sui malati cronici, ma anche acuti, è stato nei mesi dell'epidemia ridotta sotto la soglia di rischio, con devastanti conseguenze del trattamento contemporaneo dei contagi e delle patologie non Covid. I nuovi assetti organizzativi (ASST e ATS) e l'offerta affidata al mercato hanno progressivamente tolto risorse alla Sanità pubblica convogliandole verso la Sanità privata accreditata<sup>20</sup>. Tale approccio, da tempo perseguito in Lombardia, ha acquisito un peso molto importante anche per lo squilibrio a suo favore dei vincoli normativi e di bilancio che gravano sulla Sanità pubblica. La pandemia ha rappresentato un banco di prova che ha messo in evidenza il collegamento fra contagio, letalità, efficacia della risposta e organizzazione sanitaria. Inoltre, ha messo in luce il fallimento di un sistema sanitario basato sulla logica della parcellizzazione della risposta al bisogno, evidenziata l'assenza di una visione strategica nella programmazione e nella catena di comando, la necessità di ragionare in una logica di sistema integrato e di comunità. Di fatto la L.23 ha attuato un processo di marginalizzazione della componente territoriale dei Servizi Sanitari, in cui il ruolo dei Distretti è sostanzialmente svuotato, mentre è mancata la funzione di programmazione ospedaliera.

In conclusione gli elementi fondamentali che sintetizzano il fallimento sono i seguenti:

1. La L.23/2015 è stata scritta, ma in realtà mai attuata nelle sue principali intenzioni, se non nelle linee generali di privatizzazione della Sanità, del libero mercato e della concorrenza. Il **Servizio Sanitario Lombardo** è stato definito «*erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione*», come pure il **Servizio Sociale** e quello **Socio-Sanitario**. Funzioni strategiche come **Analisi e Governo della Domanda sanitaria** vengono più volte enunciate nel testo e ripetute successivamente, ma non implementate, nonostante siano ancora inserite in “*La proposta di PSS Lombardo Integrato 2019÷2023 DGR n. XI/2498 del 26.11.2019*”.
2. L'art. 5-6 della L.23/2015 precisa distinzione, ripartizione di compiti e responsabilità tra Regione e ATS, assegnando a quest'ultima, funzioni dell'ente Regione, in contrasto alle LL. 833/1978 e 502/1992. Questo trasferimento di funzioni, di governo e di responsabilità a Ente dotato di personalità giuridica autonoma è stato uno dei principali rilievi che hanno originato le riserve e le eccezioni del Ministero della Salute e del MEF e hanno determinato la congiunta decisione di sperimentare la riforma del nuovo assetto organizzativo per 5 anni.
3. Tuttavia, le ATS dovrebbero svolgere funzioni di Programmazione, Contrattazione, Acquisto e Controllo dei Servizi Sanitari, ma di fatto non hanno nessuna autonomia, perché i contratti sono standard e fissati annualmente dalla Regione con le delibere sulle regole, per cui le ATS non possono negoziare tariffe, tipologia, qualità e quantità delle prestazioni con gli erogatori. Sono semplicemente agenzie di pagamento decentrate della Regione. Inoltre, la maggior parte di esse deve gestire aree così vaste da rendere impossibile qualsiasi funzione di verifica dei servizi, di programmazione territoriale e di interazione con gli enti locali. Basti ricordare che è stata istituita una sola ATS che copre la città metropolitana milanese, comprendente anche la provincia di Lodi, con oltre 3.400.000 abitanti.
4. Il Settore Cure Primarie, inserito nell'ATS e trasferito poi all'ASST, ha subito gli effetti di un'impostazione che di fatto ne negava la centralità. Non sono state messe in atto le indicazioni della Legge Balduzzi del 2011, che prevedeva la riconversione della medicina di base da un modello basato sul singolo professionista a uno associativo fondato su Aggregazioni Funzionali Territoriali e Unità Complesse di Cure Primarie.

I Medici di Medicina Generale, parti integranti dalla cura territoriale di competenza organizzativa delle ASST, hanno scarsi rapporti con gli operatori delle ASST, mentre dipendono contrattualmente e amministrativamente dalle ATS. Inoltre vedono le loro funzioni erose e minacciate dall'introduzione dei gestori dei cronici che dovrebbero nelle intenzioni della regione costituire un circuito parallelo rispetto alla medicina di base.

5. I Dipartimenti di Prevenzione collettiva e sanità pubblica sono stati inseriti nell'ATS, restando privi di rapporti con la medicina territoriale e sono stati ampiamente ridotti, così come i Presidi Multizonali di Igiene e Prevenzione (PMIP) e il personale impegnato nella prevenzione. Il territorio della Città Metropolitana milanese è oggi dotato di un solo Dipartimento di igiene.
6. Sono stati istituiti Distretti in numero pari alle 27 ASST con lo stesso ambito territoriale (in media uno ogni 370.000 ab.), mentre il D.L. 229/99 indica in 60.000 ab. il bacino d'utenza ottimale.
7. Alle ASST, non sono stati formalmente assegnati bacini d'utenza in omaggio al principio della libera scelta e della competizione tra erogatori, che deve anche prevalere per servizi pubblici. Di conseguenza, gli ambiti delle reti territoriali gestiti dalle ASST sono mal definiti. Alcuni esempi eloquenti: tre ASST che operano nel Comune di Milano hanno logiche competitive senza chiare responsabilità territoriali. L'ASST Gaetano Pini di Milano non ha alcuna rete territoriale ed è di fatto un ospedale monospécialistico. L'ASST Nord Milano, che comprende le zone di Sesto San Giovanni e Cinisello Balsamo gestisce tutti i poliambulatori specialistici della città di Milano, senza che vi sia uno strutturato collegamento con i presidi ospedalieri di Zona. All'ASST Santi Paolo e Carlo afferiscono tutti i servizi per le tossicodipendenze milanesi.
8. Gli accorpamenti che hanno dato vita alle ASST hanno generato situazioni critiche, affidando ad alcune più presidi ospedalieri, spesso distanti e non integrati tra loro. L'ASST di Pavia comprende ben otto ospedali (Broni, Carate Meda, Varzi, Vigevano, Voghera, Mortara, Stradella), mentre l'ospedale di Pavia, il più importante della provincia, è un IRCCS che non fa parte dell'ASST. L'ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano gestisce quattro ospedali lontani l'uno dall'altro, che non servono la stessa area territoriale.
9. La centralizzazione della gestione dei servizi negli ospedali non è stata accompagnata da una programmazione adeguata della rete ospedaliera, ma l'ha addirittura ostacolata. La riduzione progressiva di letti per acuti ha determinato un tasso di posti inferiore alla soglia critica in 4 province (Como, Lodi, Monza Brianza, Mantova), 20% della popolazione regionale. Inoltre, questi dati sommano i posti letti pubblici coi privati accreditati, che sono in percentuali rilevanti in varie ATS, fino al 32% nell'ATS della Città metropolitana di Milano. Mentre tutti i posti letto pubblici sono in ospedali dotati di servizi per l'emergenza, come Dipartimenti di Emergenza e Pronto Soccorso, una quota rilevante di quelli privati, che arriva fino al 60% a Brescia, si trova in ospedali che ne sono privi. I posti letti per acuti, non supportati da servizi per l'emergenza/urgenza, hanno un'operatività limitata e non forniscono risposte adeguate in situazioni critiche. Escludendo questi posti dal computo totale, la disponibilità scende sotto la soglia accettabile in 5 province (Bergamo, Como, Lodi, Monza Brianza, Mantova). Ciò solleva pesanti riserve sui criteri generosi adottati dalla Regione per l'accreditamento degli ospedali privati.
10. Alcuni dati di attività ospedaliera, che sono indicatori indiretti di efficacia dell'assistenza territoriale testimoniano come sugli ospedali si siano riversati bisogni assistenziali connessi a patologie che avrebbero dovuto essere trattate sul territorio. Infatti, il tasso di accessi al Pronto Soccorso in Lombardia nel 2018 è stato di 368 per 1000 residenti, contro 361 in Toscana, 359 in Veneto, 350 in Friuli-Venezia Giulia, con punte particolarmente elevate in alcune province (Lodi 405). Il tasso di ospedalizzazione per patologie secondo le linee guida da curare principalmente sul territorio è stato in Lombardia di 10,2 per 1000 residenti, contro 9,8 in Friuli-Venezia Giulia, 6,7 in Toscana 3,4 in Veneto.

Due esempi significativi in questo senso sono l'alto tasso di ospedalizzazione in Lombardia per Broncopatie Croniche Ostruttive degli adulti (368 per 1000) e di asma e gastroenterite dei bambini (addirittura 233 per 1000 residenti con meno di 18 anni), cioè più del doppio che in Emilia Romagna, quattro volte il Veneto e sette volte la Toscana.

11. L'insufficienza di risposte ai bisogni sociosanitari da parte di servizi territoriali impoveriti e disorganizzati è esemplificata da quanto si è verificato in tre settori delicati: l'assistenza agli anziani, i consultori familiari e i servizi per la salute mentale. Nel primo caso in Lombardia la percentuale di anziani, oltre i 65 anni in Assistenza Domiciliare Integrata, è stata nel 2018 di 2,45, rispetto a una media italiana del 2,81 e a una media nelle regioni del Centro-Nord tra 2,79÷3,55. Solo cinque regioni hanno registrato un tasso inferiore. Ciò è in contrasto col numero molto alto di posti in RSA, quasi tutte private, che nel 2018 erano 288,5 per 10.000 anziani, rispetto a una media italiana di 180,3. Solo in Piemonte e Trentino-AA si sono registrati valori più alti. Ha prevalso quindi un modello istituzionale di assistenza, i cui effetti sugli anziani sono emersi durante la pandemia. A ciò si aggiunge che la copertura per la vaccinazione antinfluenzale negli anziani è stata nel 2018 del 48%, per cui la Lombardia è nel gruppo di regioni col tasso più basso. Va notato che questo indicatore è peggiorato negli ultimi 10 anni: nel 2008 era del 60%. Quanto ai consultori, in Lombardia ce ne sono 251, di cui 151 pubblici e 100 privati, uno ogni 40.000 abitanti, cioè metà di quanto indicato dalla legge 34/96, che ne prevedeva uno ogni 20.000. Di conseguenza gli utenti dei consultori nel 2018 sono stati circa metà della media nazionale, cioè 2,6 su 100 residenti rispetto a 5. Stessa situazione di riduzione dell'offerta si è verificata per i servizi psichiatrici territoriali: i Centri di Salute Mentale erano 104 nel 2005 e sono oggi 78, per effetto di chiusure, accorpamenti o ricollocazioni all'interno degli ospedali.

Lo scarto tra le dichiarazioni di Maroni susseguenti l'approvazione e la realtà d'oggi indica che l'*evoluzione maroniana* non è decollata o ha prodotto un'involuzione rispetto alla legge 23:

- 1) La **deregulation** di programmazione e controllo della gestione pubblica ha generato in Lombardia una maggior massa critica d'influenza politica di monopoli privati, d'aggregazioni del Terzo Settore e tra operatori, sviluppando tendenze d'aggregazione corporativa o creazioni di strutture imprenditoriali, per definizione orientate alla scelta di linee assistenziali più remunerative, non regolamentate e non conformi alla gestione del bene pubblico.
- 2) **Abbandonate le ipotesi di promozione territoriale della presenza pubblica**, la Giunta ha preso atto di capillari offerte specialistiche e ospedaliere private: gli accreditamenti sono stati svincolati dalla rete programmata, permettendo la diffusione di ambulatori, laboratori e strutture diagnostiche privati accreditati o solo privati. A Milano e Brescia la rete ambulatoriale extra-ospedaliera pubblica, indebolita nella fase precedente, è stata investita da ristrutturazioni, fusioni, ridimensionamenti per ridurre i costi.
- 3) La **Programmazione e diffusione dei PreSST e dei POT** era un pilastro portante della Sanità enunciato dalla L.23/2015RL, compito precipuo di ATS e Regione, affinché il Servizio Sanitario per tutti i residenti venisse guidato, per evitare esternalità negative se affidato al solo mercato. **Programmare** non consiste nell'*Accreditare* e nel *Contrattare*, fidandosi dei meccanismi di mercato (libera scelta, concorrenza) senza quadri complessivi in rapporto a evidenze epidemiologiche.

Rispetto alle dichiarazioni di Maroni e alle attese non è avvenuta l'inversione di tendenza rispetto alla mancata trasparenza e omissione dei report sulla domanda assistenziale implicita o esplicita, sui consumi rilevati capillarmente già dal 2005, sulla corrispondente offerta assistenziale regionale e territoriale. Previsto già dal 2009, e ribadito nell'art. 4 della nuova legge sperimentale, il Piano Socio-Sanitario integrato è stato presentato la prima volta nel 2019 e subito ritirato, travolto dalla pandemia.

Il ritardo con cui è stato presentato è segnale di come la programmazione sia stata di facciata. Le ATS sembrano non obbligate a redigere una programmazione complessiva comprendente tutte le strutture.

La carenza informativa dello stato di salute della popolazione non è colmata dall'Osservatorio Epidemiologico già istituito dalla L.31/1997 e ribadita nelle LL.33/2009, 23/2015. Compiti e attività trovano pochi riscontri in pubblicazioni regionali. Una pubblicazione solo dei ricoveri viene editata, come rapporto di produzione dei DRG, senza alcuna descrizione della crescita o diminuzione delle ricorrenze o insorgenze patologiche. L'Agenzia di Controllo che avrebbe dovuto garantire la trasparenza e la completezza informativa, di fatto, è stata lasciata con pochi mezzi.

Per i motivi espressi nel documento, la verifica a cui va sottoposta la L.23/2015RL fornisce esito negativo ed è pertanto necessaria una completa rivalutazione dell'assetto organizzativo e strutturale del SSR, una revisione del sistema d'accreditamento e controlli delle strutture private, in modo che l'evoluzione del sistema sia programmato e monitorato, affinché assista tutta la popolazione residente in Lombardia, in osservanza dell'articolo 32 della Costituzione Italiana.

***Forum per il Diritto alla Salute Lombardia***

---

<sup>1</sup> Libro Bianco, *Sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia - Un impegno comune per la Salute*.

<sup>2</sup> L.R. n. 41 del 22.12.2015 *Ulteriori modifiche al Titolo I della legge regionale 30.12.2009 n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) e modifiche a LR 11.8.2015, n. 23 Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della LR 30.12. 2009, n. 33*.

<sup>3</sup> *La proposta di PSS Lombardo Integrato 2019 – 2023 DDR XI/2498 del 26.11.2019*

<sup>4</sup> Maroni R., *Dall'ospedale al territorio. «Vengono istituite un'Agenzia vigilanza e controllo e una per la promozione del SSL. L'Agenzia di controllo è l'organismo tecnico-scientifico, terzo e indipendente dalle funzioni di governo, di programmazione e d'acquisto, con un Direttore nominato dal Governatore e un Comitato di Direzione composto da tre persone indicate dalle minoranze col compito di fornire alla Giunta indicazioni affinché esegua il monitoraggio delle ATS, rispetto alla capacità del sistema di produrre risposte efficaci a persone e loro famiglie; controllare che le procedure d'acquisto, effettuate dall'Agenzia Regionale Centrali Acquisti (ARCA) siano conformi ai principi di buon andamento, imparzialità, economicità e appropriatezza»*.

<sup>5</sup> La missione del Dipartimento per Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (Dip. PAAPSS) consiste nel garantire prestazioni sempre più adeguate a tutela della salute dei cittadini, assicurando che l'erogazione sia nel rispetto dei principi di buona amministrazione, che sono: efficienza, efficacia, economicità, equità, etica e legalità. Le principali azioni e macrofunzioni sono:

- **programmazione** rete territoriale offerta di servizi sanitari e sociosanitari, tramite strumenti d'accreditamento e contrattualizzazione;
- **promozione** di un adeguamento del sistema dell'offerta sanitaria e sociosanitaria, anche attraverso una più forte integrazione tra i soggetti pubblici e privati; governo del binomio domanda-offerta;
- **ottimizzazione** uso risorse finanziarie assegnate per le attività sanitarie e sociosanitarie, attraverso la negoziazione, la budgettizzazione e l'acquisto di prestazioni da parte degli erogatori, pubblici e privati accreditati, secondo regole, indicazioni, schemi e tariffe regionali;
- **vigilanza** sul possesso e mantenimento requisiti d'esercizio e accreditamento in strutture sanitarie e unità d'offerta sociosanitarie, secondo modalità e cadenze previste dai piani di controllo annuali e dal piano dall'Agenzia di controllo del sistema sociosanitario;
- **controllo** appropriatezza e qualità di prestazioni e servizi erogati, in ambito sanitario e sociosanitario, secondo le modalità e le cadenze previste dai propri piani di controllo annuali e dal piano predisposto dall'Agenzia di Controllo del sistema sociosanitario lombardo;
- sulle unità d'offerta sociali.

<sup>6</sup> Nel DL 229/99 *Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'art.1 della L. 419/1998*, al Distretto s'assegnava una forte connotazione organizzativa, valorizzando la riorganizzazione della medicina nel territorio e attribuendogli autonomia operativa, indispensabile per raggiungere gli obiettivi di salute e competenza.

<sup>7</sup> *DGR X/5113 del 29.4.2016*

<sup>8</sup> *DGR 6164/2017 e 6551/2017*

<sup>9</sup> Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali per attuare il processo di controllo, diagnosi, cura dei cittadini malati.

<sup>10</sup> Cfr., 53° Rapporto CENSIS 2019.

<sup>11</sup> *Art. 9, (Modelli di PIC per il paziente cronico e fragile)*.

- A. *Il SSL attiva modalità organizzative innovative di presa in carico in grado di integrare, anche facendo uso delle più aggiornate tecnologie e pratiche metodologiche, in particolare di telemedicina, le modalità di risposta ai bisogni delle persone in condizione di cronicità e fragilità, per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. A tale scopo sono adottati modelli organizzativi, attraverso reti di cura e assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, che assicurano integrazione e il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, sia ospedaliere sia territoriali.*
- B. *La Regione adotta e mantiene aggiornato un sistema di classificazione delle malattie croniche in categorie clinicamente significative e omogenee, cui corrisponde una modalità di remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito, fatte salve eventuali forme di integrazione della tariffa prevista per il ricovero.*
- C. *La Regione a tali fini definisce in particolare:*
  - a) *le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali corrispondenti al livello appropriato di intensità assistenziale, da definire anche attraverso l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno;*
  - b) *i criteri di accreditamento e remunerazione per le attività di presa in carico dei pazienti da parte di soggetti di natura pubblica o privata, che intendono attuare il modello di cui al comma 2, anche prevedendo un sistema premiante e penalizzante in funzione degli esiti riferiti all'incidenza di ricoveri e complicità dei percorsi per la cronicità.*

---

D. *L'attuazione delle disposizioni di cui ai commi 2,3 può prevedere fasi di progressiva e graduale messa in regime.*

<sup>12</sup> *DGR X/6164/2017 e DGR X/6551/2017.*

<sup>13</sup> *Mancano riscontri obiettivi per avere un quadro delle mutazioni dello stato di salute della popolazione con malattie croniche, dopo la trasformazione del Servizio Sanitario Lombardo, disposto dalle Delibere della Giunta Regionale che hanno caratterizzato gli sviluppi di questo progetto.*

<sup>14</sup> *DGR XI/1863.*

<sup>15</sup> *Come previsto dal Protocollo di verifica della sperimentazione, firmato il 4.4.2016 dalla Ministra Lorenzin e dal Presidente Maroni.*

<sup>16</sup> *La L. 833/1978 aveva infatti incorporato i Medici di Medicina Generale (MMG) nell'organizzazione USSL e stabilito la fondamentale funzione dell'assistenza territoriale, presidiata dai Distretti ASL.*

<sup>17</sup> *La DGR 754/2018 sancisce accordi tra Regione e rappresentanze sindacali di Medicina Generale e rimuove le resistenze opposte da al progetto.*

<sup>18</sup> *Progetto ACG, Relazione finale sulle attività progettuali del secondo anno di sperimentazione-Regione Veneto. La possibilità di classificare i pazienti in coorti omogenee grazie agli ACG rende quindi possibile avviare «programmi mirati di coordinamento delle cure che allineino medici, specialisti, infermieri e operatori socio-sanitari della filiera assistenziale, con particolare riferimento a MMG e Distretti»*

<sup>19</sup> *Ordinamenti simili sono presenti anche in Emilia-Romagna e Toscana.*

<sup>20</sup> *È un approccio da tempo perseguito in Lombardia in cui la componente privata ha acquisito un peso molto importante anche per lo squilibrio a suo favore dei vincoli normativi e di bilancio che gravano sul servizio sanitario nazionale.*