

## AUDIZIONE IMMAGINARIA SULLA SANITÀ IN LOMBARDIA

Di Anna Tempia

*Riprendiamo e condividiamo le riflessioni di Anna Tempia, un contributo informativo e approfondito all'ormai ineludibile dibattito pubblico sulla riconversione dei Servizi Sanitari Nazionali, necessario alla luce delle sperequazioni e dei fallimenti evidenziati dal Covid19, mentre è in corso da parte della Giunta Lombarda la revisione della Riforma Sanitaria, avviata in Regione in forma sperimentale più di cinque anni fa (Legge Regionale 23/2015) e valutata dal Ministero della Salute a fine 2020 con indicazioni e suggerimenti tuttora da recepire.*

*L'autrice riflette (primo capitolo **La posta in gioco**) sulle contraddizioni del Sistema Sanitario della Lombardia, iper-specializzato per trattamenti terapeutici più dipendenti dalle tecnologie, ma approssimativo, insufficiente e confusionario per la gestione dei servizi di base, territoriali e di prevenzione.*

*Nel secondo capitolo (**Le conseguenze sul SSL dell'apertura ai privati senza programmazione**) Anna Tempia, evidenzia la situazione in cui versa il SSL, apparentemente senza adeguate volontà o capacità di indirizzamento né di selezione delle priorità – e perciò preoccupante per la tutela della popolazione lombarda, la cui reale condizione e il bisogno di salute sembrano estranei ai calcoli e programmi del loro SSL – ricordando anche quale siano stati il percorso, le riforme e le deviazioni che hanno portato all'attuale livello di inaffidabilità.*

*Sono offerte infine, nel terzo capitolo (**Proposte**) soluzioni per il ripristino del controllo pubblico del Sistema Sanitario Lombardo, con proposte di programmazione in relazione anche al possibile maggior impegno di uniformazione dei servizi e di riferimento per la programmazione sanitaria, da svolgere a livello internazionale per la gestione della pandemia a livello sovranazionale da parte dell'UE – Enzo Ferrara per Medicina Democratica.*

---

*Anna Tempia laureatasi in economia alla Bocconi di Milano, ha svolto attività di insegnamento e di ricerca in campo sociologico. Ha collaborato con l'Università Bocconi e, come professore a contratto, con l'Università degli Studi di Milano e l'Università di Milano Bicocca. Recentemente ha curato "Vivere nel tempo. Riflessioni sull'invecchiamento" (Sandro Teti Editore, Roma 2017).*

### INDICE

#### 1. La posta in gioco:

- 1.1 tutelare il diritto alla salute tra pubblico e privato
- 1.2 tutelare i diritti con un impianto del SSL secondo i principi della l. 833/78
- 1.3 rivedere l'esternalizzazione delle funzioni della regione in sanità
- 1.4 interpretare il ciclo 2018-2021: una ipotesi di lettura
- 1.5 reagire allo stallo

#### 2. Le conseguenze sul SSL dell'apertura ai privati senza programmazione:

- 2.1 l'offerta dei servizi sanitari
- 2.2 la libera scelta e l'appropriatezza delle cure

#### 3. Proposte:

- 3.1 ripristinare i diritti collettivi: rinunciare ad alcuni stereotipi
- 3.2 per il diritto alla salute in Lombardia: scegliere i principi di riferimento
- 3.3 ripristinare i diritti alla salute: uno sguardo all'Unione Europea

## ABSTRACT

*Questo contributo esprime il punto di vista di una cittadina portatrice del diritto alla salute che desidera trovare risposta in un servizio sanitario pubblico che assicuri una tutela universalistica della salute come bene individuale e collettivo, tale da garantire i livelli essenziali di assistenza. Mi unisco all'appello di quanti vedono nel servizio sanitario pubblico un bene comune da tutelare e da trasmettere di generazione in generazione. La pandemia ne ha fatto emergere tutta la centralità per il bene individuale e della società. Ma essa ha reso più evidente la necessità di guardare al reale funzionamento del modello di organizzazione della sanità, alla sua capacità di effettiva risposta al diritto alla salute, ai suoi costi di funzionamento e ai suoi limiti.*

*Ciò è ancor più necessario in Lombardia dove il sistema sanitario rappresenta un caso particolarmente avanzato del cosiddetto modello di "quasi mercato" (vedi 1.1), ma ne sta rivelando anche i problemi e le controindicazioni al fine di perseguire obiettivi di natura equitativa, con efficacia, efficienza e appropriatezza. I cittadini ne vedono le manifestazioni attraverso la progressiva riduzione delle tutele del diritto alla salute in regime universalistico e la crescente offerta di servizi sanitari destinati solo a chi può acquistarli. Il cosiddetto modello "misto, di quasi mercato, regolato dalla concorrenza tra erogatori", si è tradotto in un modello in cui sono i cittadini a dover competere per contendersi le risorse in regime di SSN. Esse sono sempre più differite nel tempo e sono distribuite nello spazio in modo non equo. Tra queste risorse ci sono indubbiamente dei punti di forza, come gli ospedali e la medicina per acuti, ma anche delle gravi debolezze, note da più di un decennio, che riguardano la medicina territoriale, la prevenzione e il declino dei distretti, quali strumenti organizzativi dell'apparato pubblico per realizzare i servizi sul territorio. I cittadini inoltre percepiscono i rischi della elevata dipendenza dai mercati della sanità (nazionale e internazionali) da parte di un sistema sanitario come quello lombardo, che è sovraesposto rispetto alle altre Regioni nei confronti degli erogatori privati. Infatti produce i servizi in convenzione con il SSN attraverso operatori pubblici e privati accreditati e contrattualizzati, nonché l'accesso al mercato diretto per gli stessi operatori privati che sono accreditati e si rivolgono ai paganti, alle assicurazioni e ai fondi.*

*È da queste ragioni che nasce la pressione per rafforzare il servizio sanitario pubblico e la sua componente fatta di erogatori pubblici, nella convinzione che, solo con un solido assetto e rilancio dell'impianto della sanità pubblica e della sua offerta è possibile una integrazione positiva degli erogatori privati contrattualizzati, stabile nel breve e nel lungo periodo.*

*La pandemia di Covid19 ha duramente messo alla prova i servizi sanitari di tutte le Regioni italiane, ma in Lombardia la situazione è più complessa e delicata poiché coesistono contemporaneamente quattro problemi da affrontare (vedi 1.1):*

- a) la pandemia, di cui le vaccinazioni sono un aspetto;*
- b) l'obbligo della revisione della l.r. 23/2015, poiché nel 2020 è venuta a scadenza la sperimentazione dell'impianto del Servizio Sanitario basato su ATS e ASST (vedi 1.2);*
- c) la problematicità delle esternalizzazioni (compresi i dati sensibili dei pazienti) all'Azienda regionale (vedi 1.3);*
- d) il ritorno del servizio sanitario pubblico ad un funzionamento "normale" in tutte le sue prestazioni specialistiche e che deve essere potenziato per convivere con il rischio endemico delle pandemie. È un problema generale, ma con specificità regionali.*

*Le tesi qui sostenute sono:*

- 1) per affrontare queste sfide è necessario identificare separatamente la loro portata e le loro implicazioni, sapendo che sono interdipendenti;*
- 2) l'obbligo della revisione della l.r. 23/2015 è una occasione da non perdere per rilanciare il servizio pubblico della Lombardia (vedi 1.2);*
- 3) questa occasione va spesa trovando la forza di guardare all'impianto del SSL (vedi 1.2), così come è venuto a costituirsi a partire dalla riforma Formigoni (1997). Solo un solido quadro istituzionale del SSL orientato ai*

*principi della l. 833/78, che rafforzi e stabilizzi la componente pubblica, può integrare in modo positivo la componente privata contrattualizzata (v. 1.1).*

*4) è allo stadio di maturità del modello di SSL - inteso come “quasi mercato” - che è stato raggiunto ora dalla Lombardia che occorre guardare per valutarne le ricadute sotto tutti i profili e individuare le necessarie correzioni. A questo proposito si propongono alcuni contributi di analisi che riguardano l’offerta dei servizi sanitari (vedi 2.1) e le ricadute sugli utenti (vedi 2.2). È molto rischioso per il futuro pubblico del servizio sanitario, rinviare la presa d’atto degli esiti negativi dei processi avviati da 26 anni a questa parte sul SSL e concentrarsi solo sui servizi sanitari territoriali;*

*5) non è accettabile l’ambiguità del percorso legislativo/istituzionale (e il modo di darne confusa notizia) che si è delineato alla fine di marzo (vedi 1.5) per affrontare la revisione della l.r. 23/2015.*

*L’ipotesi qui sostenuta è che non sia stata la pandemia a far scoppiare la crisi della sanità in Lombardia, ma che già alla fine del 2019 ci fossero tutti gli elementi per trarre un bilancio negativo su vari aspetti del SSL, soprattutto sulla sanità territoriale (vedi 1.4).*

*La situazione della sanità lombarda è in evoluzione e questa riflessione vuole essere un contributo rispetto agli eventi che si sono verificati al 31 marzo 2021.*

*I sistemi sanitari come quello della Lombardia sono complessi per la compresenza di erogatori pubblici e privati e perché sono frontiere di avanzate tecnologie mediche e di ricerca che coinvolgono una moltitudine di soggetti economici con interessi e obiettivi confliggenti, che operano con il soggetto pubblico. Quest’ultimo deve gestire il mix pubblico/privato creando le condizioni per non mettere in crisi un patrimonio pubblico, quale il servizio sanitario, che è il frutto di un investimento fatto dalla collettività nel corso del tempo e in cui si sono sedimentati obiettivi di tutela tuttora pienamente validi.*

*Per queste ragioni ora il baricentro del Servizio Sanitario lombardo deve essere spostato dagli “interessi” verso “i diritti alla cura” e per farlo occorre analizzare la realtà dell’offerta dei servizi con chiavi di lettura nuove (vedi 3.1), privilegiare alcuni principi di riferimento (vedi 3.2) e guardare all’Unione Europea mettendo a fuoco quali sono le sue competenze attuali in materia di tutela della salute (vedi 3.3). Sono gli stati membri a essere responsabili di offrire ai loro cittadini, anche con l’aiuto dei finanziamenti europei, il sistema sanitario che tuteli il loro diritto alla salute (art. 35 Carta dei diritti).*

## CAP 1 LA POSTA IN GIOCO

### 1.1 TUTELARE IL DIRITTO ALLA SALUTE TRA PUBBLICO E PRIVATO

Vivere nella pandemia (e ora nell'attesa delle vaccinazioni) e affrontare come in un brusco risveglio il fatto che la Lombardia non è più quel modello di sanità che si immaginava di avere, sono esperienze che fanno parte di uno stato d'animo largamente condiviso nella popolazione lombarda.

Ma dobbiamo cercare di reagire rapidamente a questo sentimento di smarrimento e frustrazione ed attrezzarci per quanto possiamo per comprendere quello che sta accadendo e per ottenere con molta determinazione dai politici, dall'Assessore della Sanità e dai Dirigenti apicali del SSL, di assumersi la responsabilità di rilanciare il servizio sanitario pubblico della Lombardia, quello ispirato ai principi della l. 833/78. Non possiamo permetterci di smarrire la capacità di individuare e valorizzare le risorse di cui disponiamo. La posta è da giocare ora e provo a dimostrare perché, sulla base di una riflessione che arriva al 31 marzo 2021.

Oltre alla pandemia, il governo della Sanità in Lombardia deve affrontare una situazione grave, che viene da lontano, cioè dagli anni novanta e di cui si sono resi responsabili i governi di centro destra che hanno governato ininterrottamente la Regione per un quarto di secolo. Gli stessi che in questa fase sono chiamati a superarla.

In questo momento la gravità e la delicatezza della situazione in Lombardia è dovuta al fatto che si sovrappongono contemporaneamente quattro problemi da affrontare e che sono concatenati:

- 1) La pandemia Covid-19 con le sue varianti, di cui le vaccinazioni sono un aspetto
- 2) La necessità di "superare" l'organizzazione attuale di ATS e ASST (introdotta con la legge 23/2015, la riforma Maroni del Servizio Sanitario regionale) che costituisce l'impianto del Servizio Sanitario lombardo, poiché è scaduta la loro sperimentazione nell'estate 2020 (v. 1.2).
- 3) L'impropria esternalizzazione a società partecipate dalla Regione (ora è il caso di ARIA spa), di varie funzioni che dovrebbero essere svolte dalla Regione, come dirò successivamente, e che si è rivelata inefficiente (v. 1.3).
- 4) La rimessa a regime del SSL, in modo da rafforzarlo in tutta la gamma delle sue prestazioni specialistiche con una precisa attenzione alla prevenzione e all'epidemiologia. Sarà indispensabile farlo convivere in futuro con il rischio endemico di pandemie, nell'auspicio che la campagna vaccinale in corso abbia gli effetti sperati. Questo è un problema di tutta l'Italia, ma ha specificità regionali.

Da cittadina si guarda con estrema preoccupazione ai continui rinvii della Giunta che non presenta il promesso Progetto di legge di modifica della l.r. 23/2015 (v. 1.2) e al percorso "singolare" da intraprendere (né esclusivamente di Giunta, né esclusivamente di Consiglio), di cui il presidente Emanuele Monti (Lega per Salvini) della III Commissione del Consiglio ha dato notizia ai margini di un'audizione il 31.3.2021 (v. 1.5). La preoccupazione aumenta se si pensa al fatto che, in nome dell'impianto di un SSL di cui è scaduta la sperimentazione da quasi un anno, è necessario procedere alla ordinaria e alla straordinaria gestione dei servizi sanitari che devono essere accompagnati al rientro dalla pandemia<sup>1</sup>. Ci si augura che la dirigenza tutta delle ATS e delle ASST possa dare il meglio di sé nonostante il clima di incertezza che aleggia da troppo tempo su vari tasselli dell'impianto regionale.

---

<sup>1</sup> Vedi, ad esempio, la Delibera di Giunta Regionale DGR. XI/4508 del 1 aprile 2021, *Determinazione in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2021*. È da notare che, formalmente, oggi in Lombardia è in vigore il Piano Socio-sanitario del 2010 (vedi 2.1).

Tutti sono concordi nel dire che in Lombardia bisogna intervenire sulla sanità territoriale<sup>2</sup> anche perché la pandemia ha dimostrato che si tratta dell'area più critica. Ma per colmare questo deficit, occorre ridisegnare in modo solido l'intero impianto del SSL (v. 1.2) avendo la consapevolezza che la Lombardia, fra le regioni italiane, è quella in cui il cosiddetto "quasi mercato"<sup>3</sup> nel Servizio sanitario e sociosanitario, è arrivato allo stadio più avanzato. Questo significa che il Servizio sanitario lombardo ha perso pezzi costitutivi importanti che garantivano i diritti dei cittadini e allo stesso tempo nel suo impianto presenta elementi di vulnerabilità di varia natura, che devono essere affrontati. Allo stadio in cui si trova la Lombardia è ineludibile cercare e trovare le risposte a domande come le seguenti: da quali soggetti pubblici e privati è fatta l'offerta dei servizi sanitari? Come è distribuita tra di loro la gamma delle prestazioni sanitarie? Quanto costa "produrre"<sup>4</sup> i servizi sanitari con il modello della regione Lombardia? Perché non si fa la Programmazione in senso proprio del termine? Qual è la modalità effettiva di governare un Servizio sanitario come quello lombardo? Qual è la reale capacità di esercitare la funzione di controllo da parte della Regione? Perché la Regione non riesce ad affrontare la revisione della legge 23/2015 attraverso una delle vie maestre, previste per legge e per statuto, cioè la via Consigliare o quella di Giunta (vedi 1.5) in senso stretto, che non escludono le consultazioni con gli stakeholder regionali?

Pubblico e privato sono intrecciati nei servizi regionali. Lo spazio di mercato per i privati in Italia è stato creato volutamente - ma in misura diversa - dalle Regioni stesse e anche dalle politiche dei tagli alla spesa pubblica per superare le crisi finanziarie. Si tratta di tagli che hanno colpito indiscriminatamente settori vitali come quello dei servizi pubblici della sanità e dell'assistenza impedendo l'espansione del settore pubblico. La Lombardia è molto più esposta di altre regioni italiane alle turbolenze dei mercati della salute e alle mire espansive degli operatori privati più agguerriti (nazionali e internazionali), poiché i governi di centro destra della Lombardia fin dagli anni novanta hanno scelto – soprattutto con un numero eccessivo di accreditamenti

---

<sup>2</sup> La presidenza Formigoni, dopo aver puntato sugli ospedali e dopo aver affrontato le criticità del bilancio sulla sanità ha iniziato prima della crisi economica e finanziaria del 2008 a porsi il problema di come superare la "frammentazione" della medicina del territorio (di cui nel frattempo andava smantellando la componente pubblica).

<sup>3</sup> E' l'economia pubblica che ha introdotto il concetto di "quasi mercato", detto anche "mercato interno con concorrenza amministrata" per indicare una articolazione, largamente diffusa in Europa, del modello "contrattuale" di organizzazione del servizio sanitario.

L'Europa è stata la matrice dei modelli pubblici "puri" di servizio sanitario nazionale (il modello Beveridge, della Gran Bretagna, a cui si è ispirata l'Italia con la l. 833/78) ma ha visto la progressiva estensione dei cosiddetti modelli "misti", mentre in USA vige il modello "assicurativo privato" parzialmente corretto dalla riforma Obama. Il modello "contrattuale" fa parte dei modelli misti (che possono essere a copertura universale) e si caratterizza per il fatto che lo Stato (la Regione) è separato dai fornitori, che possono essere pubblici o privati accreditati. Gli erogatori sono finanziati da contratti di fornitura secondo prezzi prefissati e standard (es. DRG). I pazienti hanno possibilità di scelta. I "quasi mercati" hanno i seguenti obiettivi: limitare il ruolo dello Stato come produttore dei servizi. Lo Stato dovrebbe essere il finanziatore che acquista servizi tariffati per i cittadini che sono iscritti al sistema pubblico; b) il prezzo delle prestazioni è fisso. Si sviluppa quindi una concorrenza (tra istituzioni pubbliche e tra istituzioni pubbliche e private) sulla qualità; c) si dovrebbe dar voce ai destinatari delle prestazioni.

La teoria dell'economia pubblica ha già individuato varie controindicazioni dei "quasi mercati", che tuttavia necessitano di essere studiati empiricamente per coglierne le specificità e i meccanismi di funzionamento. In generale è assodato che i "quasi mercati" hanno questi limiti: a) gli erogatori privati sono incentivati a discriminare gli utenti in base al rischio; b) occorre una notevole capacità di controllo e di regolazione da parte dell'attore pubblico e i costi di transazione (in senso lato) sono molto elevati; c) si sono manifestati aumenti considerevoli di spesa pubblica per la sanità; d) la domanda di cura è indotta dall'offerta messa in atto dagli erogatori per accaparrarsi la clientela. Vedi A. Petretto, *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, Rivista Munus n. 1, 2012.

<sup>4</sup> Si tratta di fare un'analisi diversa dal solito approccio. Infatti quando si pensa al rapporto pubblico/privato, normalmente lo si descrive in termini di costi riferiti a chi "paga" il servizio.

- di aprire molto alle convenzioni con i privati per le prestazioni in regime SSL, e per farlo hanno creato a favore dei privati il mercato dei servizi sanitari<sup>5</sup> (quello regionale e quello nazionale, legato alla mobilità sanitaria verso la Lombardia).

Oggi è quanto mai necessario valutare gli effetti di quella che è stata la politica della Regione Lombardia in materia di sanità in questo quarto di secolo. Volendo collocarla nel quadro della creazione del cosiddetto “quasi mercato” di ispirazione neoliberista, essa può esser concettualizzata in questi termini: “*conciliare i diritti (alla salute) con gli interessi (degli erogatori privati)*” facendo credere all’opinione pubblica che la Regione si attribuisce la regia di un gioco in cui entrambi i poli possono vincere. Questo è il modo con cui la Lombardia ha declinato il suo mandato istituzionale che invece è quello di fare delle politiche che garantiscano il diritto alla salute, come bene individuale e collettivo e i principi di universalità, gratuità e appropriatezza che sono il fondamento della legge 833/1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. La mancanza di responsabilità politica (a cui corrisponde la debolezza di chi è utente dei servizi o appartenente alle forze di opposizione) sta nel fatto che non è avvenuta una adeguata valutazione delle ricadute di queste scelte politiche sulla sanità lombarda. Cioè non si è preso atto degli effetti che le scelte politiche di Regione Lombardia hanno avuto sulle capacità dell’apparato che offre i servizi sanitari di rispondere anche nel lungo periodo al diritto alla salute dei cittadini. Così come si è perso di vista l’impegno di valutare se la Regione sarebbe riuscita – in quanto Ente pubblico preposto alla tutela dei diritti – a preservare la sua integrità di decisore a fini pubblici. La pandemia ha svelato quanto la Regione sia in difficoltà e quanto siano maturi i tempi per fare il bilancio della privatizzazione della sanità in regione.

L’opinione pubblica è negativamente colpita nel vedere che le misure di contrasto alla pandemia hanno avuto (e hanno) problemi nella loro realizzazione. Inoltre ha assistito con crescente sconcerto ai ricorrenti fallimenti delle esternalizzazioni di funzioni regionali alla Agenzia regionale, ora ARIA spa. È ancora poco sensibile al problema di fondo, che riguarda l’impellente obbligo di superare l’impianto in ATS e ASST anche se si fa strada la consapevolezza che la questione della riforma dell’impianto del SSL (della l. 23/2015) investe anche la precedente riforma della sanità della Presidenza Formigoni del 1997<sup>6</sup>.

La posta in gioco è la tenuta e il rafforzamento del servizio sanitario pubblico, che deve essere difeso con impegno e partecipazione dei cittadini, anche in vista dell’auspicabile ritorno del SSL alle attività di ordinario funzionamento, potenziate per convivere con il rischio futuro di pandemie e in vista della destinazione del Recovery Fund. Solo un solido quadro istituzionale del SSL orientato ai principi della l. 833/78, che rafforzi e stabilizzi la componente pubblica, può integrare in modo positivo la componente privata contrattualizzata. Per difendere il diritto alla salute nello specifico della Lombardia, dobbiamo tenere distinti i livelli di analisi sulle quattro questioni aperte e al tempo stesso vederne l’intreccio. Non tratterò del primo punto (la pandemia di Covid 19), su cui la Regione ha mostrato impreparazione, difficoltà di comando e di coordinamento e gravi responsabilità<sup>7</sup> e richiamerò brevemente il problema delle esternalizzazioni (v. 1.3).

---

<sup>5</sup> M.E. Sartor, *La privatizzazione del SSN e la creazione del mercato della salute in Lombardia*. In video-conferenza promossa da Medicina Democratica su “*La privatizzazione irresponsabile del Servizio sanitario*”, [www.medicinademocratica.org](http://www.medicinademocratica.org), video Webinar del 16 novembre 2020.

<sup>6</sup> Riforma Formigoni: l.r. 31 dell’11 luglio 1997, *Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con i servizi sociali*.

<sup>7</sup> Ricordo alcune gravi responsabilità della Regione: l’incapacità di fare sintesi delle numerose segnalazioni dei medici a proposito delle anomalie delle polmoniti riscontrate già a partire dall’autunno del 2019; l’ingiunzione del DG Caiazzo di riaprire l’ospedale di Alzano nel giorno stesso in cui il suo Direttore sanitario aveva chiuso il pronto soccorso e l’accesso all’ospedale per la presenza del Covid; il trasferimento in RSA dei dimessi dagli ospedali, ex malati di Covid e ancora bisognosi di cure e di isolamento, che ha provocato molti decessi fra gli ospiti dei circa 16 istituti coinvolti.

Mi dedicherò soprattutto al secondo punto, quello relativo all'impianto del Servizio Sanitario Lombardo, su cui si trascina una impasse decisionale deleteria per tutti e di cui vorrei richiamare le tappe fino al 31 marzo 2021 (vedi 1.5). La mia ipotesi è che non sia stata la pandemia a far scoppiare la crisi della sanità in Lombardia, ma che già alla fine del 2019 ci fossero tutti gli elementi per trarre un bilancio molto critico (vedi 1.4) su alcuni settori del SSL, soprattutto sulla sanità territoriale<sup>8</sup> mentre la parte ospedaliera era più strutturata e consolidata.

## 1.2 TUTELARE I DIRITTI CON UN IMPIANTO DEL SSL SECONDO I PRINCIPI DELLA L. 833/78

Le attuali Agenzie territoriali della salute (sono 8 ATS) e le Aziende socio sanitarie territoriali (sono 27 ASST) non hanno nulla a che vedere con le precedenti ASL (erano 15) e Aziende Ospedaliere (erano 28) poiché incorporano nell'impianto stesso del SSL la separazione delle funzioni introdotta dalla riforma Formigoni con la l.r. 31/1997. Ovvero la separazione della programmazione (a cui si aggiunge il controllo, l'accreditamento dei privati, l'acquisto) dalla funzione di erogazione (gli ospedali e le strutture sanitarie territoriali pubbliche con tutto il loro personale che sono conferiti alle ASST). Per questo motivo e per tutta una serie di altre ragioni, la Lombardia non rispetta la normativa che regola il Servizio sanitario nazionale e si differenzia dalle altre regioni italiane. Inoltre il suo impianto attuale presenta molte criticità nel suo funzionamento, compreso un deficit nella funzione di controllo, come evidenzia il recente Rapporto di AGENAS<sup>9</sup>. Si rinvia all'analisi critica compiuta da AGENAS poiché qui non c'è lo spazio per riprenderne tutti i contenuti.

Tuttavia va ricordato che la Lombardia ha avuto una minor capacità di risposta alla pandemia di Covid, rispetto alle altre regioni (che hanno le ASL, o le AUSL), anche perché i Dipartimenti di Prevenzione, già molto depotenziati dalle gestioni Formigoni, attribuiscono alcune funzioni all'ATS e altre alle ASST<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> In questo settore la Regione non ha linee di comando dirette, perché l'offerta è fatta prevalentemente da erogatori privati accreditati, vincolati attraverso contratti e controlli. L'unica strada che la Regione ha percorso per un intervento tempestivo (ma che ha avuto effetti tragici) è stata quella di offrire alle RSA un incremento di budget affinché ricoverassero i malati di Covid dimessi dagli ospedali ma bisognosi di isolamento assistito.

<sup>9</sup> Gli scostamenti dalla normativa nazionale e la valutazione dell'impianto del Servizio sanitario della Lombardia sono espresse nelle prime 60 pagine del documento di AGENAS, *La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (l.r. 23/2015). Analisi del modello e risultati raggiunti a cinque anni dall'avvio*, dicembre 2020. Si tratta di un documento che il Ministro Speranza ha inviato il 16 dicembre 2020 a Fontana, con l'invito a regolarizzare l'impianto del servizio sanitario della regione entro 120 giorni. AGENAS per la sua valutazione ha utilizzato prevalentemente il materiale fornito dalla Regione e ha preso come parametro di riferimento il dlgs.502/1992 (Gov. Amato, Min. della Sanità De Lorenzo). E' questa la fonte a cui si è ispirato Formigoni per la sua riforma della sanità lombarda (l.31/1997), che ha trovato continuità nella legge 23/2015. Il documento di AGENAS ha a mio avviso alcune lacune nella parte relativa alle proposte soprattutto perché non tiene conto del fatto che l'offerta dei servizi sanitari della Lombardia è sbilanciata verso gli erogatori privati in un modo del tutto anomalo per quantità e qualità rispetto alle altre regioni. Va detto che per quanto riguarda la raccolta delle fonti quantitative e qualitative per fare la valutazione prevista, AGENAS si è avvalsa di quanto le ha fornito la Regione Lombardia, in quanto non è consentito l'accesso ai dati regionali.

<sup>10</sup> In Lombardia, con la L.R. 23/2015 che ha separato le funzioni come già detto, la competenza ad "erogare" prestazioni di prevenzione sanitaria è attribuita alle ASST mentre il "coordinamento" delle prestazioni sanitarie di prevenzione fa capo alle ATS. La criticità di questa organizzazione era manifesta e avrebbe potuto essere uno dei motivi per accelerare la valutazione della sperimentazione di ATS e ASST e porre rimedio. Non c'era bisogno che scoppiasse la pandemia per accorgersi di quelle che sarebbero state le conseguenze negative di questo modello organizzativo. Nel corso della pandemia di Covid 19, le altre regioni che hanno un governo unitario delle funzioni nelle AUSL/ASL hanno avuto una capacità di risposta più efficace ed efficiente.

In Lombardia, la debolezza organizzativa della Prevenzione, si è sommata anche al depotenziamento dei Dipartimenti di prevenzione delle ASL (poi confluiti in ATS e ASST) che era iniziato durante le presidenze Formigoni. Forse consapevoli della fragilità del "sistema prevenzione" lombardo, quando tra febbraio e marzo 2020 è scoppiata la pandemia, i Direttori generali di ATS hanno avocato a sé i compiti dei Dipartimenti di prevenzione delle ATS, con il

Ma perché diciamo che si deve superare la “sperimentazione” riformando il Servizio Sanitario Regionale e la legge 23/2015? Per capire cosa c’è stato all’origine della “sperimentazione” dobbiamo risalire al fatto che la legge 23/2015 (la riforma Maroni del Servizio Sanitario Lombardo) dopo il suo varo non aveva superato il giudizio di legittimità. A quel punto lo Stato, invece di inviare la legge alla Consulta, aveva raggiunto un accordo con la Regione, che impegnava la Lombardia a recepire i rilievi dei tre Ministeri interessati (Salute, Giustizia, Economia) attraverso una legge regionale in cui si diceva (oltre ai numerosissimi punti da correggere) che l’organizzazione in ATS e ASST era da considerarsi “sperimentale” e che la l.r. 23/2015 non aveva abolito le ASL e le AO, ma che esse erano state “incorporate” nelle ATS e nelle ASST. La legge regionale è stata fatta: era la l.r. n. 41/2015. Essa ha previsto una sperimentazione di 5 anni delle ATS e delle ASST, con verifica intermedia nel 2018, monitoraggio annuale, valutazione congiunta finale. Perché questa “sperimentazione”? Perché lo Stato è tenuto a garantire i Livelli essenziali di assistenza (LEA) su tutto il territorio nazionale e quindi, nel rispetto dell’autonomia organizzativa propria delle Regioni in materia di sanità e sancita dalla riforma costituzionale del 2001, deve accertare se il modello organizzativo assunto da una Regione è coerente con la realizzazione di questo obiettivo.

La separazione delle funzioni che si riflette sull’assetto organizzativo in ATS e ASST e la composizione degli erogatori dei servizi sanitari, troppo sbilanciata sui privati, hanno sempre creato problemi di governance.

La Regione avrebbe potuto prendere atto di questi problemi, prima che scoppiasse la pandemia? Certamente sì. Il citato rapporto AGENAS (2020), ci restituisce in sintesi i risultati dei monitoraggi annuali che la Regione ha inviato al Ministero. Peccato che dopo il primo monitoraggio, che impostava la valutazione della “sperimentazione” in modo perfettamente aderente allo scopo di rilevare il funzionamento delle ATS e delle ASST (e quindi avrebbe permesso di descriverne le criticità), i monitoraggi successivi abbiano dato conto ... della progettazione e dell’attuazione del modello lombardo della presa in carico (PIC) della cronicità e della fragilità, che è tutt’altra cosa! Cos’era successo? Era intervenuto un protocollo di intesa nel 2016 tra il Presidente Maroni e il Ministro della Sanità Lorenzin. In alternativa, si sarebbe potuto “correggere il tiro” approfittando dell’appuntamento per la verifica intermedia della sperimentazione di ATS e ASST, prevista per il 2018? Certamente sì, ma nel frastuono della corsa all’autonomia differenziata, in Regione Lombardia è stata seguita una via più drastica: la legge regionale 41/2015 (quella che disponeva l’attuazione in via sperimentale di ATS e ASST) è stata inglobata in una legge per la semplificazione normativa (la l.r. 5 del 2018) e completamente abolita insieme a circa 200 norme. Fortunatamente l’articolo che prevedeva la

---

risultato che è saltato il rapporto con i sindaci e i presidenti di provincia, che hanno potere di ordinanza per isolare i casi sospetti e i loro contatti stretti. Solo con ritardo questa “incombenza” è stata attribuita ai medici di base ed è stato attraverso il loro intervento che sono stati tenuti in malattia i casi sospetti, per 14 e per 28 giorni, in attesa di eseguire i tamponi, che scarseggiavano molto.

La debolezza delle ATS nella gestione della pandemia è emersa anche a fine gennaio 2021, quando è scoppiato lo scontro tra la Regione Lombardia e il Ministero della Salute/ Istituto Superiore della Sanità (ISS) a proposito delle errate comunicazioni dei dati del monitoraggio regionale sui pazienti Covid (malati, ricoverati in H, in terapia intensiva, deceduti, guariti). Allora Regione Lombardia aveva fatto ricorso al TAR contro le disposizioni ministeriali di chiusura e l’ISS il 25 gennaio 2021 aveva reso pubblico il fatto di aver inviato 54 mail alla Regione per invitarla a verificare i dati inviati. Ma chi era incaricato di inviare i dati? Non più le ATS ma ARIA, l’azienda di Regione Lombardia. Abbiamo appreso così (La Repubblica 28.1.2021) dal direttore di ARIA, Lorenzo Gubian, che questa azienda ogni giorno raccoglieva i dati da circa 80 sorgenti diverse e disomogenee (laboratori, terapie intensive, pronto soccorso, i guariti dalle ATS) sparse nella regione, e che prima di inviarli, cercava di controllare le irregolarità più macroscopiche.

sperimentazione per ATS e ASST è stato recuperato e aggiunto al testo originario della l.r. 23/2015 e compare come “1bis”<sup>11</sup>.

È questa la “sperimentazione” prevista dalla legge 23/2015. Quindi è sull’impianto generale del SSL che deve concentrarsi l’attenzione ora. Non è cosa da poco, perché è da come si supera questa sperimentazione che dipende il futuro “pubblico” del servizio sanitario lombardo ai sensi della legge 833/78, istitutiva del SSN<sup>12</sup>. Da questo passaggio discendono il sistema dei controlli e la programmazione e anche la possibilità di fare la medicina del territorio, la prevenzione e il distretto (che con la pandemia si sono rivelati gli aspetti più critici), nonché di colmare la distanza tra il braccio operativo e la “testa” del SSR. Penso agli Assessori e ai Direttori Generali che si sono avvicendati nel giro di pochi mesi e alle ATS (da parecchi mesi in evidente crisi). Questa “testa” non ha smarrito lo stile negoziale con gli stakeholder, ma nell’ultimo anno è apparsa piuttosto “volatile” e alla disperata ricerca di linee di comando e di capacità di coordinamento.

La separazione delle funzioni, in Lombardia è percepibile anche se non si è addentro alla conoscenza dell’impianto che deve far funzionare il SSL nel suo complesso.

Attualmente nel braccio operativo, che sta nelle ASST ci sono quelli che chiamo gli “operai della salute”, cioè i medici, gli infermieri, gli operatori sanitari – con tutta la relativa dirigenza delle strutture – e i medici di base. È in senso nobile che uso il termine “operai della salute”, in tempi di Covid, per indicare un mondo chiamato a riconvertire in 48 ore interi reparti di ospedale e a lavorare in un orizzonte inedito che richiede la capacità di sopportare uno stress che sembra non aver fine, elaborando il contatto con tante persone che muoiono o soffrono, contrariamente a quello che avviene nella ordinaria pratica professionale. È un mondo reso coeso dallo spirito professionale e dallo spirito di servizio. Sono queste le forze che lo innervano e che alimentano le tante individualità che producono collaborazione e ingegneria organizzativa e professionale.

Quello che il cittadino percepisce è una distanza enorme tra la “testa” e il suo braccio operativo. Quest’ultimo sembra procedere non perché riceva delle direttive, delle informazioni e un’opera di coordinamento dall’alto ma grazie all’esercizio e alle motivazioni della professione e grazie all’appartenenza al servizio sanitario vissuto come istituzione solida e collaudata nel tempo, sia che lavori negli ospedali, sia che operi nella medicina di base. La gente percepisce che questo mondo è il cuore generoso e intelligente che ci aiuta a reggere l’urto della pandemia e che ci dà la fiducia di avere un futuro per il nostro servizio sanitario regionale, che dovrà essere consolidato.

È la “testa” che si è separata dal suo braccio operativo, dagli “operai della salute”. Prova ne sia che i cittadini verificano continuamente che ai medici di base non pervengono dalla Regione nemmeno le più elementari informazioni sulla campagna vaccinale.

---

<sup>11</sup> Dopo la citata abrogazione della l.r. 41/2015, è stato “recuperato” ed esattamente trasposto a posteriori nella l.r. 23/2015 il suo art.2, che disponeva di **integrare la l.r. 23/2015 con l’ ART. 1 BIS** (Carattere sperimentale delle ATS e delle ASST) che recita così: “ **L’articolazione in ATS e ASST del servizio sanitario e sociosanitario regionale, come disciplinato dal Titolo I della legge regionale 33/2009 a seguito delle modifiche introdotte dalla presente legge, avviene in via sperimentale per un periodo di cinque anni, al termine del quale, la Regione, in collaborazione con il Ministero della Salute, valuta i risultati della sperimentazione. La Regione, in collaborazione con il Ministero della Salute, effettua una prima verifica al termine del primo triennio di sperimentazione al fine di individuare eventuali interventi correttivi**”.

<sup>12</sup> A. Tempia, *Sistema Sanitario Lombardo: dove deve dirigersi il bisturi per “curarlo”*. In [www.medicinademocratica.org](http://www.medicinademocratica.org) e [www.serenoregis.org](http://www.serenoregis.org), dicembre 2020.

Nella riflessione che sta coinvolgendo l'opinione pubblica si va facendo strada la consapevolezza che formalmente occorre superare la legge 23/2015 (la riforma Maroni), ma che, per farlo, occorre fare i conti con la l. 31/1997 (la riforma Formigoni). È da qui che viene la separazione tra le funzioni - quella di erogazione da un lato mentre dall'altro ci sono programmazione, acquisto e controllo - che produce un SSL debole, rigido nella risposta e difficile da gestire e controllare e molto sbilanciato verso gli erogatori privati e i loro interessi. Inoltre genera una forte "volatilità" alla testa dell'impianto del servizio, che investe sia i politici che l'alta dirigenza.

Avrà questa presidenza regionale la forza di affrontare la posta in gioco? Non si tratta solo di rimettere in funzione la sanità territoriale, ma di avere soprattutto la forza di affrontare il quadro complessivo dell'impianto del Servizio sanitario. E di farlo ispirandosi ai principi della l. 833/2015.

### **1.3 RIVEDERE L' ESTERNALIZZAZIONI DELLE FUNZIONI REGIONALI**

Da tempo la Regione ha ufficializzato e progressivamente consolidato la scelta di esternalizzare funzioni che dovrebbero essere sue, sottraendosi così alla responsabilità politica relativa alla loro attuazione. Pensiamo alla fondazione delle Aziende Regionali<sup>13</sup>.

Le Aziende Regionali s.p.a. sono enormi macchine partecipate dalla Regione, che producono procedure di gara ad evidenza pubblica e appalti (destinati a dar vita ad altri appalti e subappalti), in svariati settori. L'indotto di queste Aziende regionali è vastissimo. L'utilità sociale dichiarata di questo apparato sta nelle "economie di scala". Tra i settori di cui si occupa ARIA s.p.a., l'attuale Azienda regionale, vi è quello della sanità. In questo campo, oltre alla gestione del sistema informatico e della digitalizzazione regionale, si spazia tra molti incarichi: dalla certificazione degli impianti al cambio dei portieri, dei centralinisti e delle guardie giurate negli ospedali con personale interinale, dall'acquisto dei vaccini contro l'influenza alla trasmissione all'Istituto Superiore di Sanità dei dati di monitoraggio sui lombardi degli effetti del Covid. Ma affidate alla Azienda esterna, ci sono anche cose molto delicate attinenti allo stato di salute delle persone (come ad esempio le convocazioni per la campagna vaccinale anti Covid, che dal 31.3.2021 è stata affidata a POSTE) o attinenti ai loro dati personali sulla salute, come la Banca dati assistito e il Fascicolo sanitario elettronico<sup>14</sup>.

In questo disegno volto ad esternalizzare e a dissolvere tutto il possibile delle proprie responsabilità politiche, cosa è dovuto al cittadino che vota e paga le tasse? Il cittadino lo fa, in virtù della sua adesione ad un modello quantomeno solidaristico dell'organizzazione sociale e si aspetta che chi si assume responsabilità istituzionali e politiche faccia di tutto per rafforzare questo modello e il patto sociale su cui si regge. Ma a dispetto di queste attese, al cittadino è dovuta una passerella di rimpalli delle responsabilità, su cui invariabilmente cala l'esponente politico più in vista della maggioranza. La sua funzione è quella di dimostrare che ha imposto la sua vigilanza politica a quelli (Presidente, Assessore, Direttore generale) che già erano dei parziali deresponsabilizzati in partenza, ma lui fa finta di non saperlo. In seconda battuta possono arrivare le scuse, ma ... per l'increscioso incidente di percorso, con l'assicurazione che sarà superato ... Come? Modificando la

---

<sup>13</sup> Inizialmente è stata fondata Lombardia Informatica (1981) per gestire l'informatica pubblica. A questo è succeduta ARCA spa, che nel 2018 ha inglobato alcune attività della soppressa Lombardia Informatica. Infine nel 2019 è stata creata ARIA spa che ha assorbito ARCA.

<sup>14</sup> La Banca dati assistito è stata costruita a partire dal 2003 nella società Lombardia Informatica e poi è confluita in ARIA spa. E' una raccolta molto importante di Big data sanitari. Il fascicolo sanitario elettronico (FSE) contiene la storia clinica degli assistiti. Istituito con l.r. 18/2007, ad esso confluiscono dati provenienti da più fonti (i MMG, i referti degli esami diagnostici e di laboratorio, la documentazione dei ricoveri ospedalieri, ecc.). Il D.L. 34/2020 ha abrogato il consenso alla alimentazione del FSE.

dirigenza della Azienda regionale oppure creandone una nuova, in modo che sia “all’altezza del compito”. È fuori discussione il tema della esternalizzazione “a tappeto” di funzioni regionali.

In queste vicende può insinuarsi la Corte dei Conti (es. come è avvenuto nel 2008 con l’Azienda Regionale “Lombardia Informatica” e come avviene ora con ARIA spa, con la Relazione del 16 aprile 2021), e/o la Magistratura (es. con ARIA spa nell’ estate 2020). A questo proposito si porrebbe la domanda: dovrebbero<sup>15</sup> i Magistrati contabili e i Magistrati ordinari disporre il rientro in Regione delle esternalizzazioni, soprattutto quando riguardano i **dati sensibili dei cittadini, come la Banca Dati Assistito**, che è una importante raccolta di big data, e il **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** e anche tutte le principali fonti di dati che riguardano l’offerta di servizi sanitari da erogatori pubblici e privati, nonché i dati che servono a studiare la domanda di servizi sanitari?

Per la tutela della privacy, sarebbe importante che i dati sensibili sulla salute dei cittadini fossero elaborati e custoditi attraverso un sistema totalmente interno all’istituzione pubblica regionale. Non è sufficiente che l’apertura di una posizione di FSE avvenga a cura dell’ASST. Inoltre, il fatto che il 100% dei professionisti che lavorano nelle aziende pubbliche e private accreditate della Lombardia siano abilitati al FSE è un fatto positivo che arricchisce le informazioni cliniche disponibili per gli operatori sanitari e per coloro che dichiarano di avere in carico i pazienti. Tuttavia siamo autorizzati a temere sulla destinazione possibile dei dati poiché sappiamo che la stessa struttura sanitaria “accreditata” lavora in parte a contratto con il SSL, e in parte lavora per le assicurazioni e i fondi sanitari vari.

In un certo senso anche il passaggio dalle Aziende (sanitarie Locali = ASL) alle Agenzie (per la Tutela della salute=ATS) rappresenta un modo per diluire le responsabilità politiche verso i cittadini. Si direbbe che le Agenzie per la tutela della salute - articolazioni amministrative delle Regioni per attuare la programmazione e altre funzioni- non abbiano responsabilità politica verso i cittadini, ma che godano di ampia autonomia. A loro però sono affidate cose molto delicate, come ad esempio le procedure di accreditamento dei privati che sono il pre-requisito per la loro contrattualizzazione nel servizio pubblico e l’attribuzione dell’“idoneità” a fare i “gestori” della Presa in carico delle cronicità e delle fragilità, di cui si parlerà dopo. Il fatto che i dirigenti apicali delle ATS siano di nomina strettamente politica, fa sì che la presunta autonomia si riveli in realtà una dipendenza stretta dalla maggioranza che governa.

#### **1.4 INTERPRETARE IL CICLO 2018-2021: UNA IPOTESI DI LETTURA**

Il ciclo 2018- 2021 è quello in cui si manifesta la crisi del sistema sanitario lombardo. Ciò è avvenuto già prima dello scoppio della pandemia di Covid, perché ipotizzo che fin dal 2019 si sia già chiuso, con un bilancio negativo, un ciclo avviato precedentemente alla vigilia della crisi economico finanziaria del 2008, allo scopo di consolidare la parte territoriale del SSL. La pandemia ne ha rivelato tutta la fragilità e l’inconsistenza.

L’insieme degli ospedali, pubblici e privati, anche grazie alla legge 70 del 2015 era consolidato, mentre è avvenuto il contrario per quanto riguarda il territorio. Qui, dove gli erogatori privati erano subentrati a quelli pubblici (già pesantemente penalizzati durante le presidenze Formigoni), le nuove politiche intraprese dal 2010 in poi non hanno inciso in modo stabilizzante, nonostante le varie misure siano state ampiamente concordate con gli “stakeholder” come affermano le delibere di Giunta.

La presidenza Fontana a guida leghista (iniziata il 26 marzo 2018), ha assicurato continuità ai lavori sul SSL, confermando l’Assessorato alla Salute a Gallera (FI), che nel 2018 era stato il candidato più votato in assoluto

---

<sup>15</sup> La domanda è pertinente poiché in seguito alle indagini e ai rilievi svolti dalla Corte dei Conti a proposito di Lombardia Informatica, i Magistrati Contabili avevano lasciato una opzione aperta alla Regione a proposito dell’esternalizzazione. Ma allora la materia dell’indagine era prevalentemente amministrativa.

in Lombardia. Ma è anche quella in cui tutti i nodi della sanità lombarda sono venuti al pettine, per varie ragioni.

Fin dal 2018 la Presidenza ha fatto un intervento incisivo che, nelle intenzioni avrebbe forse dovuto consolidare l'Assessorato alla sanità e rafforzare le linee di comando della sua Direzione Generale in raccordo con le ATS, perché sono stati cambiati tutti i loro direttori generali, in modo che fossero della Lega (prevalentemente) e di Forza Italia.

Tuttavia Fontana ha ereditato, nel passaggio di testimone da Maroni, una serie di impegni onerosi maturati negli anni precedenti. Li enuncio.

- a) Innanzitutto c'era da onorare l'impegno di arrivare alla valutazione della "sperimentazione" delle ATS e delle Asst che sarebbero andate a scadenza nell'estate 2020. Una legge regionale come la 41/2015, seppur buttata nel cestino, era stata parzialmente "ripescata" grazie all'inserimento dell'art. 1 bis alla l.r. 23/2015. Al fine di affrontare la sua revisione, Fontana ha istituito una Commissione di Saggi, presieduta dal prof. Vago (Università degli Studi di Milano). Precedentemente, verso la fine del 2018, l'assessore Gallera aveva insediato un Comitato di sette Saggi<sup>16</sup>.
- b) È iniziato nel 2018 il "reclutamento" su larga scala dei pazienti cronici e fragili secondo il modello della Presa in carico studiato (dal 2010) dalla Lombardia e "decollato" (2017) con l'istituzione dei "gestori". Il modello lombardo è destinato a pazienti non istituzionalizzati. Il potenziale dei candidati lombardi da prendere in carico era stimato (2018) in 3.461.728 persone, di cui circa 150/180 mila, già presi in carico dalle cooperative dei MMG che avevano partecipato alla sperimentazione, a partire dai Chronic related groups (CREG).
- c) Con l'avvio della presa in carico delle cronicità e delle fragilità, messo a regime con le numerose delibere del 2017, si è aperto il rapporto del SSL con le aziende/"gestori" della PIC. Ciò ha voluto dire che si affrontava un ulteriore sbilanciamento del SSL verso i soggetti privati. Tra i gestori della presa in carico, resi "idonei" dalle ATS nel 2017, l'87% era privato, anche se in parte è stato scelto tra gli erogatori privati già accreditati. La presa in carico delle cronicità e fragilità è assolutamente positiva, ma il modello lombardo adottato presenta vari aspetti critici. Innanzitutto si tratta di un modello moltiplicativo dei soggetti privati che lavorano nella sanità, poiché la Regione ha predisposto per i "gestori" un elenco di 1072 erogatori, per lo più privati, da cui i gestori acquistano le prestazioni per i pazienti.
- d) In attesa di attuazione c'era tutta la parte territoriale delle ASST, quella che prevede (dalla l.r. 23/2015) la costituzione dei Presst e i Pot.
- e) Occorreva raccogliere il mandato deliberato dalla Giunta alla fine del 2017 (dgr. 7600/2017) di attuare il passaggio dalle "reti di patologia" alle "reti clinico assistenziali" per assicurare il raccordo tra ospedali e medicina territoriale (v. anche 2.1).

Nel 2018 è esplosa la crisi dell'azienda regionale Lombardia Informatica, con l'intervento della Corte dei Conti. Questo ha avviato un processo di accorpamento delle Aziende regionali, che sono confluite nella attuale agenzia regionale "ARIA spa" partecipata dalla Regione<sup>17</sup>, che avrebbe dovuto superare i problemi

<sup>16</sup> Era composto da: F. Longo (Università Bocconi), G. Sirchia, A. Zangrillo (San Raffaele del Gruppo San Donato); D. Croce (Università Liuc, Castellanza), S. Garattini (M. Negri), G.V. Zuccotti (Università degli Studi di Milano), G. Apolone (Istituto Nazionale dei Tumori). L'obiettivo era quello di delineare le linee di sviluppo del SSR.

<sup>17</sup> ARIA spa è nata dalla fusione di tre preesistenti organismi a totale partecipazione regionale: Arca Lombardia e Lombardia Informatica (2019), e dal 1 luglio 2020 Infrastrutture Lombarde. La missione è quella di progettare e gestire infrastrutture fisiche e digitali e contemporaneamente il ciclo degli acquisti degli Enti della Pubblica Amministrazione regionale

creati dalle precedenti Aziende regionali. Oltre alla sua missione nel campo di “centrale acquisti” (le famose economie di scala!), ARIA ha ricevuto l’incarico di svolgere anche vari compiti direttamente correlati alla cura della salute dei cittadini (acquistare i vaccini contro l’influenza, trasmettere all’Istituto Superiore di Sanità il monitoraggio giornaliero dei positivi, dei malati, dei guariti e dei deceduti a causa del Covid; gestire le prenotazioni e gli appuntamenti per i vaccini anti Covid, cosa che ha fatto fino al 30.3.2021). Le performances e le vicende dell’Azienda della Regione Lombardia, ARIA spa, sono note dalla stampa. Il 16 aprile 2021 La Corte dei Conti (sezione regionale di controllo della Lombardia) ha approvato e presentato la sua relazione su ARIA spa.

A distanza di vari anni dall’ultimo Piano sanitario regionale (varato nel 2010), verso la fine del 2019 la Giunta ha presentato il Piano sanitario regionale (PSR) (dgr. 1987/2019). Di contenuti piuttosto modesti, il suo iter si è arenato a causa dello scoppio della pandemia di Covid nel 2020.

Nel corso del 2018 e del 2019 a mio avviso si è manifestata in tutta la sua debolezza la criticità del governo della medicina territoriale, nonostante il fittissimo lavoro di raccordo con gli stakeholder citato nelle delibere. Per la PIC delle cronicità e delle fragilità è stato fatto un enorme investimento nella comunicazione e nei contatti personalizzati con i destinatari, ma questa politica ha incontrato resistenze nell’adesione da parte dei pazienti<sup>18</sup> (chiamati a sottoscrivere un contratto di diritto privato con un gestore) e anche da una vasta parte dei MMG. L’aspetto che ha suscitato più critiche è stata la scissione dell’approccio clinico: la malattia cronica o la fragilità affidata al medico scelto dal gestore (*il clinical manager*) e le altre patologie affidate alle cure del medico di base. Nonostante una parziale correzione a questo riguardo, questa politica è ad ora decollata in misura limitata. L’investimento economico dedicato alla PIC delle cronicità e delle fragilità è stato notevole. Per la parte finanziata dal Fondo sanitario nazionale nei soli anni 2017-2018, l’investimento è stato di 253.370.165 euro (all. dgr. 913/2018).

Importante, per valutare gli interventi sulla medicina territoriale, è stata la creazione di forme di gestione/coordinamento tra ospedale e servizi territoriali attraverso la formula organizzativa della “Rete”. In presenza di ospedali pubblici e privati e di servizi territoriali prevalentemente privati, come avviene in Lombardia, non sono praticabili linee di comando dirette, poiché i privati sono inseriti a sistema attraverso i contratti e i controlli. L’organizzazione a “Rete” può entro certi limiti essere uno strumento che favorisce la collaborazione pubblico/privato a patto che sia finalizzata a vantaggio di chi è bisognoso di cure e sia governata da un principio sovraordinato agli interessi e ai vincoli dei singoli partecipanti.

Durante il 2018 sono state poste le basi per avviare le previste “reti clinico assistenziali” con la definizione delle loro linee guida - in condivisione con gli stakeholder – deliberate a fine anno con la dgr. 913/2018. Con questa delibera sono state istituite ben 28 reti clinico assistenziali con una organizzazione complessa affidata ad ospedali pubblici di rilievo regionale, come “attuatori” per tutto il territorio regionale. Nonostante la dgr. N. XI/1046 del 17.12.2018 avesse riservato fino a 1 ml/euro per il coordinamento delle nuove reti clinico-assistenziali sanitarie previste dalla 913, nel giro di sei mesi questo piano è stato accantonato con la

---

<sup>18</sup> Secondo i dati forniti dalla Regione e riportati nel citato Rapporto AGENAS (2020), il potenziale dei malati cronici e/o fragili in Lombardia è stimato in 3.461.728 persone. Quelli che sono in carico a cooperative di Medici di base (che sono gestori della PIC) sono 272.289 e quelli che sono in carico ad un altro gestore ma sono assistiti dal medico di base sono 250.883. Non è chiaro se sono semplici attivazioni o se sono anche PAI. Bisogna ricordare che quando è iniziato il “reclutamento” nel 2018, c’era già uno stock di cronici presi in carico dalle cooperative dei MMG che hanno partecipato alla sperimentazione dal 2010 e che sono rimasti alle cooperative. Per cui è utile anche la seguente fonte di dati: nel biennio 2018-2019 le attivazioni della PIC sono state 310.287 e il numero di Piani assistenziali individuali (PAI) è stato di 215.455. Belleri G., *Preso in carico della cronicità, Evoluzione 2017-2019*, in Lombardia sociale 26/1/2020.

dgr.XI/1694 del 3 giugno 2019. Le reti clinico assistenziali sono state riconvertite in reti “organizzative”<sup>19</sup>, ossia è cambiato il paradigma nel senso che “da un modello di rete inteso principalmente come network clinico-scientifico” si passa ad “un modello in grado prioritariamente di supportare la programmazione regionale nella definizione e innovazione organizzativa idonea a garantire maggiore omogeneità di accesso alle cure di qualità sul territorio ...”. Tenuto conto che in Lombardia non c’è la Programmazione in senso classico, anche se la parola “programmazione” è ricorrente nelle delibere, la prospettiva è quella dettagliata dalla delibera 1694/2019 (che riporto in nota)<sup>20</sup>. Le finalità e gli obiettivi dichiarati delle nuove reti sono ambiziosi. Le nuove reti fanno capo all’“Organismo di coordinamento” dove non è esplicitamente previsto l’ospedale pubblico, ma dove è previsto lo spazio per i privati. Complessivamente la governance poggia su formule flessibili e diversificate ed è molto diversa da quella prevista dalla 913/2018, in cui all’interno di ogni rete era prevista la presenza di un ospedale pubblico di rilevanza regionale come “attuatore”. A mio avviso queste scelte, insieme a quella di “superare il paradigma clinico-scientifico”, hanno avuto la conseguenza di mettere ai margini il ruolo dei medici e degli ospedali pubblici. E ciò ha fatto venir meno quel criterio sovraordinato ai vincoli e agli interessi dei componenti la rete, criterio che può far da collante soprattutto se lo scopo è quello di creare sinergie positive nel mix pubblico/privato degli erogatori. Questa transizione di cui occorrerebbe approfondire le ragioni, approvata alle delibere del 2019, quale traccia ha lasciato? C’è qualcosa di significativo da riportare ad oggi e all’esigenza, avvertita da tutti, di attuare la medicina territoriale?

Nel quadro dei servizi previsti per la parte “territoriale” delle ASST, bisogna considerare che non c’è stata la forza di attuare i Presst e i Pot. Con grande ritardo sono state deliberate le “prime indicazioni per l’avvio del percorso di riordino e di riclassificazione dei Presst, dei POT e delle degenze di comunità” con la dgr. XI/2019 del 31.7. 2019. Essa fornisce le “prime indicazioni per l’avvio del percorso di riordino e di riclassificazione dei Presst, dei Pot e delle degenze di comunità”. Al di fuori degli ospedali e delle RSA, permane in Lombardia una certa differenziazione all’interno dell’offerta privata di tipo sanitario residenziale temporaneo che, nello spirito della dgr 2019, prevede di mantenere la distinzione tra i Pot e le “degenze di comunità”, sia per quanto riguarda i destinatari sia per la attribuzione delle quote a carico del bilancio della sanità. Nei fatti alcune strutture ospedaliere pubbliche di piccole dimensioni, che non avevano più i requisiti previsti dalla l. 70/2015 sono state riconvertite in Presst o in Pot. A Milano c’è una Cooperativa dei medici di base, che è azienda/gestore della Presa in carico delle cronicità e delle fragilità, che da alcuni anni presenta come Presst (e l’ASST di competenza ha concesso loro di affiggere l’insegna) un suo centro in cui ha realizzato la medicina

---

<sup>19</sup> La dgr. 1694/2019 definisce le nuove reti come “clinico assistenziali e organizzative”, probabilmente perché attinge ai finanziamenti già stanziati dalla 1046/2018. Ma il significato prettamente organizzativo della nuove reti è inequivocabile, come si desume dal virgolettato riportato nel testo e nella nota successiva, che sono tratti dalle linee guida approvate dalla delibera in oggetto.

<sup>20</sup> La delibera, nelle linee guida approvate (pag. 2), prosegue in questi termini “Si pone, quindi, la necessità di un’**evoluzione dal modello della rete di patologia molto connotata dalla costruzione della comunità dei clinici e del sapere scientifico**, alla rete clinico-assistenziale con più spiccata vocazione organizzativa, ovvero dove **gli attori che a vario titolo intervengono** nella presa in carico di una condizione di malattia – clinici, operatori sanitari, amministratori, medici di medicina generale, associazioni di pazienti, ecc. – **collaborano, attraverso il loro punto di vista e la loro esperienza**, alla definizione ed evoluzione dei processi organizzativi dell’intera filiera erogativa, sia dei servizi ospedalieri, che territoriali”. A pag. 8 si legge che il **volontariato** può essere “**accreditato**” dalla rete e intervenire nelle sedi e fasi del percorso di cura per svolgere specifiche funzioni di integrazione e/o completamento dell’offerta istituzionale. La dgr. 1694/2019 stabilisce che i contenuti della dgr 913/2018 si intendono superati in toto e che i contenuti del par. 3.9 “le reti clinico assistenziali” dell’Allegato alla dgr /7600/2017 si intendono superate “dal presente provvedimento”.

di gruppo e la presa in carico dei cronici con l'apporto di medici specialisti. Il problema di fondo della realizzazione dei Presst e dei Pot, a mio parere è quello della non applicabilità della normativa della l.23/2015 che prevede che è il pubblico a doverli realizzare, anche "con la collaborazione dei soggetti erogatori privati". Ma i Presst e i Pot non possono che essere a gestione diretta da parte del settore pubblico, come anche sottolineato dal Direttore di AGENAS, Mantoan, nella sua audizione del 31.3.2021, pena la confusione dei ruoli e delle competenze e l'affidamento delle cure primarie ai privati.

Il sistema delle convenzioni dei medici di base con il SSL non è stato affrontato ed è sempre latente una delle maggiori contraddizioni: quella tra i medici che aderiscono alle cooperative create con la PIC delle cronicità e delle fragilità e gli altri medici di base. Se dovesse prevalere la linea delle cooperative dei MMG e dei PLS, dovremmo immaginare un servizio sanitario che si professa pubblico, ma che affida le cure primarie a medici appartenenti ad aziende private, per immettere gli utenti nei percorsi di cura di erogatori pubblici o in convenzione con il servizio pubblico!

Come si può vedere, già prima dello scoppio della pandemia, l'assetto dei servizi sanitari territoriali presentava molti aspetti nodali irrisolti e la pressoché totale impossibilità di linee di comando dirette sugli erogatori dei servizi, per due motivi: a) gli erogatori sono prevalentemente privati e b) l'impianto del servizio sanitario lombardo ha una debolissima configurazione residua dei "distretti", che consentirebbero l'innesto e il governo pubblico dell'offerta di servizi extra-ospedalieri.

La pandemia, scoppiata nel 2020, ha trovato nei servizi sanitari extra-ospedalieri della Lombardia un terreno "disarmato" e ha visto i medici di base abbandonati a se stessi e senza dispositivi di protezione. Molti di loro sono riusciti ad auto organizzarsi, anche per scambiare consigli e supporti sulle pratiche mediche e sulle misure di contrasto alla pandemia. In questo quadro si è aggiunto il grave deficit dei Dipartimenti di Prevenzione, in parte attribuiti alle ATS e in parte alle ASST (vedi nota n. 10).

Il nuovo Assessore, Letizia Moratti, Vice Presidente della Regione, sta attuando interventi di riordino, come si può vedere dalle dgr del 29 marzo e del 1 aprile 2021. Ma il quadro in sospenso della revisione della l.23/2015, lascia molte incertezze su quella che sarà il futuro assetto del SSL (vedi 1.5).

### **1.5 REAGIRE ALLO STALLO**

Il percorso iniziato con la l.r. 31/1997 – la riforma Formigoni - aveva suscitato fin dagli anni novanta molte lotte sindacali da parte dei medici e del personale sanitario. Recentemente, subito dopo lo scoppio della pandemia di Covid-19, viste le notevoli difficoltà da parte della Regione di assumere le redini del contrasto alla pandemia, l'opposizione in Consiglio Regionale ha cercato invano di avviare una Commissione di inchiesta sulla sanità e di ottenere le dimissioni dell'Assessore alla sanità, Gallera. All'esterno ha preso forma il movimento promosso da varie associazioni, che il 4 luglio 2020 ha portato al Ministero della Sanità una petizione firmata da circa 100.000 persone che hanno chiesto il commissariamento della Sanità in Lombardia. Analoga richiesta è stata ribadita al Ministero della Sanità il 15 novembre 2020 da 52 Associazioni aderenti alla "Campagnadico32: coordinamento nazionale per il diritto alla salute". In parallelo si era accesa l'attenzione sulla "sperimentazione della l.23/2015" e sulla necessità di riformarla. A questo proposito sono emerse varie linee di cambiamento e proposte, convergenti soprattutto verso il rilancio della medicina territoriale e si è saputo che anche all'interno della Regione erano in corso linee progettuali diverse, che però non sono state oggetto di dibattito pubblico.

La lettera<sup>21</sup> del 16 dicembre 2020 del Ministro Speranza al Presidente Fontana che ha accompagnato il documento prodotto da AGENAS<sup>22</sup> sulla riforma del servizio sanitario della Lombardia ha costituito un richiamo alla realtà per le Istituzioni Lombarde, da ottemperare entro 120 giorni. Inaspettatamente, la videoconferenza del 18 dicembre 2020, organizzata da CGIL CISL UIL Lombardia<sup>23</sup> per presentare la loro proposta per cambiare la sanità lombarda (presenti: l'Assessore Gallera, il presidente della Commissione sanità del Consiglio Regionale, Emanuele Monti, e gli esponenti dell'opposizione in Consiglio regionale) si è trasformata in un primo test di valutazione del documento AGENAS. Chi ascoltava la videoconferenza ha potuto avvertire che i contenuti non erano ancora stati del tutto "metabolizzati", ma che c'era un certo senso di sollievo da parte della maggioranza che ha percepito (sottovalutando forse i vari rilievi critici e circostanziati di AGENAS) di non aver ricevuto una "pagella" troppo negativa, poiché si è sentita valorizzata dal riscontro positivo sul modello lombardo di Presa in carico delle cronicità e fragilità. Tutti i politici hanno espresso apprezzamenti per il contributo di AGENAS ed Emanuele Monti, presidente della Commissione Sanità in Consiglio, ha fatto appello al fervore del "fare": "dobbiamo fare cose concrete" ... dobbiamo affrontare ... "un percorso che non è solo normativo". Il consigliere Pizzul (PD) si è detto favorevole a mettere mano alla 23/2015 sulla base delle proposte AGENAS, prima in Commissione sanità (del Consiglio) e poi in Consiglio regionale.

Fatti salvi i progetti di legge depositati autonomamente dal M5S nei mesi precedenti, i lavori in Commissione sanità (del Consiglio) non si sono mai aperti: la maggioranza e il suo presidente non sono mai stati disponibili a farlo e hanno lasciato alla Giunta il compito di fare la Proposta di legge. Del resto, questa è stata l'impostazione dell'assessore Gallera e dell'Assessore Moratti.

Una cosa importante che l'opposizione ha ottenuto in occasione delle vibranti proteste in Consiglio del gennaio e del febbraio 2020 è stata che la Commissione dei Saggi – insediata per il superamento della sperimentazione prevista dalla legge 23/2015 – riferisse alla III Commissione (Sanità e politiche sociali) del Consiglio. Ciò è avvenuto nella seconda metà di marzo con la comunicazione (esposta con slide) della posizione di maggioranza fatta dal prof. Vago, da cui si è dissociato il professor Remuzzi. Ma al 31 marzo, l'opposizione lamentava che non era ancora pervenuto al Consiglio alcun testo scritto. Il nuovo Assessore alla sanità e Vice presidente della Regione (dall' 8 gennaio 2021), Letizia Moratti, ha seguito la linea del suo predecessore e cioè ha continuato ad annunciare, tra uno slittamento e l'altro, che la Giunta avrebbe presentato un progetto di legge sulla revisione della l. 23/2015, che non è mai stato fatto.

Una svolta significativa nella tattica del rinvio, è avvenuta il 31 marzo 2021. Ciò è accaduto quando il presidente della III Commissione del Consiglio, Emanuele Monti ha informato i consiglieri presenti per un'audizione<sup>24</sup> che il giorno precedente l'Ufficio di Presidenza del Consiglio all'unanimità aveva deliberato un

---

<sup>21</sup> Il Ministro, nel presentare il documento AGENAS, scrive che " ... questo documento mostra quali sono le esigenze di riallineamento del SSL rispetto alla legge 502/1992" (gov. Amato, Ministro alla Sanità De Lorenzo). Teniamo conto che la 502/1992 già aveva dato una impronta aziendale al servizio sanitario e che è stata successivamente corretta dalla l. 229/1999. Quindi Agenas sembra dire alla Regione Lombardia: "nella tua impostazione - diciamo così, aziendale e mercatistica, del SSL - sei andata oltre a quanto previsto dalla 502/92 e devi rientrare almeno nei binari della 502".

<sup>22</sup> AGENAS *La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (l.r. 23/2015). Analisi del modello e risultati raggiunti a cinque anni dall'avvio*. Dicembre 2020.

<sup>23</sup> CGIL, CISL, UIL, *La cura della sanità lombarda comincia dal territorio. Cambiamo la sanità lombarda*. Videoconferenza del 18 dicembre 2020 (9,30-13)

<sup>24</sup> Audizione in merito al già citato documento di Agenas "La riforma del sistema Socio Sanitario lombardo" (2020), con il dr. Mantoan, Presidente di Agenas e con il dr. Carreri, Presidente del movimento per la difesa e il miglioramento del SSN. La comunicazione di Monti, Presidente della III Commissione, è avvenuta alla chiusura dei lavori che erano registrati. I virgolettati riportati nel testo sono tratti dal testo della trascrizione della registrazione

documento inviato alla Vice Presidente Moratti. Il documento (che alle 13 del 31 marzo non era stato pubblicato e di cui i consiglieri non erano a conoscenza), come illustrato da Monti, “chiede alla Vice presidente Moratti di prevedere entro la prima decade di maggio una delibera in Giunta Regionale che preveda gli *elementi di modifica della legge 23/2015* (ndr. Si può interpretare che siano le linee di indirizzo?), facendo ovviamente scorta delle indicazioni date da AGENAS e dal Ministero e che preveda quindi, l’immediata attivazione della Commissione Sanità secondo quanto avevamo già deliberato, cioè con tre sedute settimanali per un periodo di due mesi, al fine di *audire tutti gli stakeholder regionali*. Abbiamo chiesto, con questa delibera dell’Ufficio di Presidenza, la presenza della Vice Presidente Moratti e della Direzione Welfare a queste audizioni” (...) “Dopodiché indichiamo nella fine del mese di settembre l’impegno della Commissione (Ndr del Consiglio? Si suppone di sì) ad approvare il progetto di legge che chiediamo di approvare in Giunta regionale entro il termine delle audizioni, quindi verosimilmente nel mese di luglio”. Monti ha proseguito nella sua “ambasciata” dicendo che “la Vice presidente Moratti, proprio questa mattinata di oggi ha preso contatti con me come Presidente della Commissione, confermandomi la piena disponibilità da parte sua e della Giunta a seguire questo percorso”. Ma questa “ambasciata” di Monti ai Consiglieri prosegue con un dettaglio molto importante che riguarda i contenuti del documento inviato il 30 marzo alla Vice Presidente Moratti: “Un passaggio ... che abbiamo voluto aggiungere a questa lettera è che ... nel momento in cui il PDL è in discussione in Commissione Sanità (Ndr del Consiglio? si suppone di sì), di ricevere dagli stakeholder precedentemente auditi *proposte emendative*”. Quindi si offre (a scatola chiusa) l’impegno da parte della Commissione III del Consiglio di affrontare con una procedura estremamente veloce, sia la discussione delle proposte emendative degli stakeholder già auditi dalla Giunta, sia l’approvazione del testo definitivo a partire dal PDL della Giunta. Per essere in un atto pubblico, la trascrizione di questa “ambasciata” fatta da Monti il 31 marzo scorso, ai consiglieri presenti all’audizione, presenta possibilità di interpretazioni non univoche.

A chi, dell’opposizione, ha rivendicato che è il Consiglio Regionale che deve elaborare il PDL che modificherà la l.r.23/2015 - visto che la Giunta non lo sta facendo nonostante gli impegni presi - Monti risponde così: “Dal punto di vista dello Statuto e del Regolamento ... il percorso può essere Consigliare o di Giunta ... Credo che il metodo proposto tenga un po’ in conto entrambi. *Dare avvio ad un PDL non da un testo proposto, ma dalle audizioni ... lo ritengo* –questa è la visione mia e dell’Ufficio di Presidenza – *il percorso che meglio di tutti riesce a tenere il giusto bilanciamento e il giusto impegno di tutti i livelli istituzionali senza dover far sì che questa sia poi una legge del Consiglio o della Giunta, ma perché sia una legge di tutti.* (...) Anzi, partendo ... dall’ascolto degli stakeholder del Sistema Sanitario ... ritengo che questo sia il percorso che meglio di tutti riesce a trovare il *giusto bilanciamento* e la capacità di aprirsi il più possibile al nostro Sistema Sanitario Regionale”.

I virgolettati sono tratti dalla trascrizione della audizione. Ciò che si è verificato il 31 marzo – presumibilmente tra le 13,00 e le 13,30, quando l’audizione era arrivata ai ringraziamenti e ai saluti finali – resta un punto significativo della parabola che descrive il potere delle istituzioni regionali lombarde.

L’opinione pubblica desidera essere informata sugli “*elementi di modifica sulla legge 23*” (sono le linee di indirizzo?) che saranno sottoposti agli stakeholder da parte della Giunta. Restano vari interrogativi aperti. La pregiudiziale della rapida discussione in Commissione del Consiglio regionale di un intervento legislativo di questa portata, non costituisce già fin da ora una ipoteca su questa legge? È auspicabile che Giunta e Assessore Moratti abbiano la forza di deliberare le misure necessarie alla gestione di un servizio pubblico centrale come quello sanitario e sociosanitario regionale. O non corriamo il rischio che, nella consueta

strategia regionale di “conciliare diritti e interessi”, un appuntamento normativo dell’importanza che ha la revisione della l.r. 23/2015 venga offerto come possibile traguardo degli interessi?

Questa è una breve sintesi al 31 marzo 2021, del clima in regione Lombardia che sta intorno alla revisione dell’impianto del sistema sanitario lombardo, di cui l’opinione pubblica deve essere consapevole. Il servizio sanitario pubblico, universalistico, appropriato ed equo non è un automatismo che riproduce se stesso nel tempo. Occorre la difesa da parte dei cittadini del diritto alla salute e dei principi dell’uguaglianza e della solidarietà.

I continui rinvii sono deleteri poiché non si governa senza le istituzioni preposte. Da troppo tempo in Lombardia si trascina una situazione in cui il vuoto di potere si combina con la mancanza di trasparenza che non può che favorire la “composizione degli interessi”. Inoltre la sanità pubblica (posto che la pandemia in estate consenta una tregua o in futuro una qualche forma di convivenza meno impegnativa di quella sperimentata da più di un anno) non può tornare automaticamente come prima, ma occorrono precisi interventi di rafforzamento e di indirizzo.

## **CAP. 2 LE CONSEGUENZE SUL SSL DELL’APERTURA AI PRIVATI SENZA PROGRAMMAZIONE**

### **2.1 L’OFFERTA DEI SERVIZI SANITARI**

Il Servizio sanitario “pubblico” della Lombardia è venuto a costituirsi partendo dagli erogatori pubblici e con l’acquisto e la contrattualizzazione di parte dell’offerta degli erogatori privati accreditati. Tuttavia non si è trattato di un mero processo “additivo”, criticabile perché privo di strategie programmatiche come si dirà tra breve, ma si è trattato anche di un processo deliberatamente sostitutivo di vari operatori pubblici con quelli privati. Tra gli altri effetti, ha avuto anche quello di diminuire gradualmente l’offerta sanitaria complessiva in regime pubblico. Questo problema, che rientra nella sfera della responsabilità pubblica di rispondere ai diritti, non è esplicitato né percepito in questi termini ma viene derubricato ad una questione organizzativa: come gestire le code? cioè i tempi di attesa sempre più lunghi per ottenere le prestazioni? E a questo proposito la Lombardia, in tempi di Covid, si è adoperata per costruire un super CUP regionale. Nella cornice ideologica della sussidiarietà orizzontale, il percorso avviato da Formigoni di apertura ai privati, è andato avanti senza soluzioni di continuità fino ai giorni nostri, insieme alla contrazione dell’offerta complessiva in regime pubblico e a una sensibile redistribuzione tra gli erogatori di servizi sanitari che ha penalizzato proporzionalmente di più i pubblici rispetto ai privati contrattualizzati. Ciò è avvenuto in modo macroscopico per i servizi sanitari territoriali e in misura significativa anche per gli ospedali.

La variabile pubblico privato degli erogatori è importante poiché le istituzioni pubbliche del Servizio Sanitario regionale dovrebbero aver competenze di direzione diretta e di coordinamento sull’intera gamma dei soggetti che partecipano all’offerta. Ma se l’offerta è costituita dai privati, l’istituzione pubblica può solo intervenire attraverso le clausole contrattuali e i controlli, sempre più difficili se l’offerta è polverizzata e disomogenea. L’abrogata l.r. 41/2015 aveva disposto che le ATS potessero prevedere forme di coordinamento tra erogatori pubblici e privati, ma non ho trovato traccia di esperienze formalizzate di questo tipo. L’interlocuzione pubblico/privato in Lombardia è molto stretta. Lo dimostra il fatto che a proposito della formulazione delle linee guida deliberate in alcune importanti politiche, le delibere parlano di condivisione (1.4). È probabile che siano diffuse le esperienze di formazione pubblico/privato e che, per effetto di rapporti informali, ci siano forme di collaborazione, anche intense, tra gli operatori pubblici e quelli privati. La formula

organizzativa della “Rete” tra pubblici e privati, è stata sperimentata in Lombardia (v 1.4) ma è una soluzione debole per surrogare l’impossibilità di una catena di comando classica.

I dati sulla effettiva composizione dei soggetti erogatori del Servizio Sanitario pubblico sono difficili da trovare perché non disponibili o insufficienti, ma si può dire che, da indagini qualitative, per quanto riguarda i *servizi sanitari territoriali* sembra che in Lombardia sia il pubblico ad essere integrativo di un privato debordante.

Per gli ospedali<sup>25</sup> la situazione sembra essere meno macroscopicamente squilibrata se consideriamo il dato medio regionale, ma vi sono concentrazioni di ospedali privati di molto superiori alla media nelle province di Milano, Como, Bergamo e Brescia.

Per quanto riguarda una ricognizione aggiornata dell’offerta privata di servizi sanitari territoriali si sarebbe potuto sperare nell’attuazione della dgr 913/2018<sup>26</sup> - quella che ha istituito 28 reti clinico assistenziali, ma questa delibera invece è stata superata circa sei mesi dopo, dalla Dgr. 1694/2019 che ha un approccio organizzativo e una governance diversa.

Nel campo della psichiatria sono rimasti al pubblico, cioè alle ASST, gli ambulatori e solo alcune comunità: quelle ad alta intensità riabilitativa (CRA), destinate prevalentemente ai giovani che possono essere ospitati per un massimo di 18 mesi. Tutte le altre comunità residenziali, che sono molto numerose, sono private. I ricoveri dei pazienti avvengono prioritariamente nelle comunità private accreditate e contrattualizzate, ma vi sono dei casi in cui a causa delle liste di attesa lunghissime o a causa dei rifiuti da parte delle comunità, perché si tratta di casi molto problematici, i pazienti vengano inseriti (dopo 3 rifiuti) in comunità private solo accreditate ma fuori contratto. Ciò vale per le comunità protette ad alta intensità assistenziale e a bassa attività riabilitativa (CPA) in cui la permanenza è rinnovabile per un massimo di sei anni complessivi. Sono sempre private anche le comunità psichiatriche a bassa intensità assistenziale e le soluzioni di “residenzialità leggera” rivolte alle persone che hanno raggiunto un certo grado di autonomia. Gli erogatori privati non ricercano l’attività ambulatoriale: i pazienti psichiatrici che non vivono in comunità spesso non sono abbienti e non lavorano, ma vivono con modestissime pensioni di invalidità e sussidi.

Il modello della Presa in carico (PIC) delle cronicità e delle fragilità (destinato a soggetti non istituzionalizzati), avviato nel 2010 e decollato con le numerose delibere del 2017, ha insediato 294 “gestori”. Si tratta di nuovi soggetti, non previsti dall’ordinamento regionale (e non incardinabili nei “distretti”), che sono stati resi “idonei” alla PIC dalle varie neonate ATS. Ad eccezione di quelli pubblici (27 Asst, 3 Asp e 5 IRCCS) gli altri sono tutti soggetti privati, comprese le cooperative dei Medici di Medicina generale (MMG) e dei Pediatri di libera scelta (PLS). La Regione ha inoltre disposto fin dal 2017 un elenco di 1072 erogatori (prevalentemente privati) da cui i “gestori” devono acquistare i servizi (es. esami diagnostici, ausili, visite specialistiche, farmaci) per i cronici e i fragili in carico. I pazienti, per ottenerli, devono stipulare un contratto di diritto privato con il gestore (il Patto di cura). Potrebbero profilarsi dei cambiamenti per la PIC dei cronici poiché nell’allegato alla dgr. XI/4508 del 1 aprile 2021, si parla delle prospettive della PIC facendo riferimento all’importanza, anche per i malati cronici e fragili, di centri territoriali multi professionali, con MMG e specialisti ospedalieri.

L’amministrazione regionale da anni continua a rassicurare il cittadino dicendo che farà di tutto per cogliere meglio la “domanda” di salute. Tuttavia il cittadino ha l’impressione che quella che è venuta meno sia la

---

<sup>25</sup> M. E. Sartor, *La nebbia sulla sanità privata in Lombardia*, in [www.serenoregis.org](http://www.serenoregis.org). Attraverso elaborazioni sui flussi informativi di Regione Lombardia stima il peso della sanità privata ospedaliera nelle varie province lombarde. Inoltre evidenzia la scala di importanza dei vari gruppi privati operanti in sanità. Vedi anche M. E. Sartor in [www.saluteinternazionale.org](http://www.saluteinternazionale.org).

<sup>26</sup> Perché si dice che l’attuazione della dgr 913/2018 avrebbe potuto dare informazioni preziose sulla composizione dell’offerta dei servizi non ospedalieri sul territorio? Perché era previsto che il primo passo per costruire ogni rete, fosse quello di fare i “Piani di rete iniziali”, che fotografano l’offerta pubblica e privata convenzionata esistente.

volontà?/la possibilità? di governare l' "offerta", nella complessità della sua articolazione e dei suoi interessi, per indirizzarla alla risposta dei diritti.

I cambiamenti nell'offerta dei servizi sanitari, con eccessivi accreditamenti e parziali contrattualizzazioni con i privati, sono avvenuti senza alcun rapporto con la Programmazione, come prevedono le norme nazionali. Non solo, ma i Piani socio sanitari (che hanno validità triennale) sono piuttosto rari in Lombardia. Dall'aprile 1995 (inizio delle presidenze Formigoni), al 2018 (inizio presidenza Fontana), troviamo solo tre Piani sociosanitari (2002, 2006, 2010). La giunta Fontana ha presentato a fine 2019 un Piano socio sanitario integrato (dgr XI/1987/2019), che non ha concluso il suo iter a causa della pandemia di Covid. In questo momento in Regione Lombardia è in vigore il DCR IX/88 del 17 novembre 2010 che ha approvato il piano Sociosanitario regionale 2010/2014, la cui validità è stata prorogata<sup>27</sup>. Nelle delibere della regione Lombardia la parola "programmazione" è molto ricorrente, ma non fa riferimento ad uno specifico Piano deliberato, come il Piano sanitario o sociosanitario regionale. La mancanza di una strategia programmatoria, ha voluto anche dire che l'offerta proveniente dai privati, si è distribuita sul territorio regionale a seconda delle convenienze economiche e non in modo tale da costituire un servizio per i cittadini/abitanti, là dove sono insediati. Questo processo è avvenuto con vari strumenti anche per pilotare e fidelizzare la domanda.

Il modo scelto dalla Regione di aprire ai privati spiega come mai in Lombardia vi sia un ampio mercato della sanità aperto ai privati paganti (in forma diretta o attraverso le assicurazioni o i fondi), dove si affaccia la componente degli erogatori privati "solo accreditati ma non contrattualizzati", che convive con la vivace presenza delle assicurazioni e dei fondi sanitari. È possibile che subentri anche la concorrenza degli erogatori privati tout court, "solo autorizzati" all'esercizio (dei servizi sanitari) che non sono in convenzione con il servizio pubblico. Essi non ricercano prioritariamente l'accredimento, bensì i clienti, e lo fanno con una politica dei prezzi al ribasso. I cittadini lombardi, non del tutto consapevoli delle differenze, sono alla ricerca di risposte per curare la salute e in tempi di pandemia – con gli ospedali pubblici sovraccaricati dai ricoveri Covid e costretti a rinviare molte delle loro attività ordinarie a causa dell'emergenza che si sta prolungando oltre ogni previsione – si rivolgono ai servizi a pagamento. In questo la Regione Lombardia può dire che ci sono le risposte, ma ciò vale per chi ha i soldi per pagare o per chi decide di dar fondo ai suoi risparmi. Non manca il ricorso all'indebitamento. Diversamente si rinuncia a curare la salute, si rinvia, oppure ci si rivolge ai canali della cosiddetta "povertà sanitaria", per usare l'espressione del Presidente Draghi nel suo discorso per la fiducia al Senato.

La pandemia rischia anche di essere un detonatore all'interno del mercato privato della sanità lombarda, perché scatena la contesa per fidelizzare i paganti. In una cinica visione economicistica la pandemia potrebbe essere vista come una occasione che, nella sua tragicità, è propizia per abbattere i prezzi dei servizi sanitari e selezionare l'offerta di mercato. Ma è impensabile che la sanità – per la natura delle attività che devono esser prodotte - possa esser organizzata sulla base dell'offerta di prestazioni/prezzi, affidandosi ai processi di selezione e di assestamento del mercato della salute. Vanno tenuti ben fermi i principi della legge 833/78 che ci dicono quali sono i fini a cui si deve ispirare il servizio sanitario pubblico.

Tuttavia non possiamo evitare di gettare lo sguardo sui meccanismi interni al mercato privato che si sono innescati in Lombardia con la pandemia di Covid, poiché essi determinano varie retroazioni anche sul Servizio

---

<sup>27</sup> La validità del DCR 88/2010 è stata prorogata con una formula, a mio giudizio arbitraria dalla Giunta Maroni con la DGR. X/2989/ del 23.12.2014 "fino all'approvazione del nuovo piano". Dopo le elezioni regionali del 2018, la nuova Giunta ha votato il Programma regionale di Sviluppo della XI legislatura (PRS) con il DCR n. XI/64 del 10/17/2018. Esso include la materia relativa alla Sanità, ma non può sostituire il Piano sociosanitario regionale che deve essere più dettagliato.

pubblico. A giudicare dalle strategie di posizionamento delle principali società private, si è aperta la corsa per fidelizzare i clienti che possono pagare. Di questa circostanza vorrebbero approfittare gli intermediari, come le assicurazioni, che si dicono preoccupati del fatto che si potrebbe gestire meglio l'“out of pocket” dei sempre più numerosi paganti di tasca propria. Ma non dobbiamo dimenticare che noi adesso ci troviamo davanti ad una disponibilità a “pagare la salute” che è selettiva e che, in queste dimensioni, è un fenomeno transitorio. Non è una ragione per pronosticare la riduzione del perimetro del servizio sanitario pubblico e per farne il responsabile votato alla cosiddetta “igiene pubblica” potenziata - baluardo dello “spillover” endemico e futuro - a discapito di tutta la gamma delle prestazioni specialistiche praticate dagli erogatori pubblici.

Molti sono i soggetti privati che operano nei servizi sanitari territoriali anche in convenzione con il SSL. Anche qui ci sono eccellenze e settori in cui il privato ha mostrato capacità inedite di adattarsi alle esigenze della pandemia<sup>28</sup>.

Quello dei soggetti privati in sanità che operano in Lombardia è un insieme composito per dimensioni, settori di intervento e configurazioni proprietarie. Su di esso, propongo qualche chiave di lettura di tipo generale.

Si va dalle multinazionali straniere (che in genere sono entrate in postazioni defilate, come ad es. nell'Assistenza domiciliare integrata (ADI), o su prestazioni specialistiche come ad es.: dialisi, laboratori analisi, riabilitazione) ai grandi gruppi italiani, dalle Fondazioni plurisecolari alle onlus e alle cooperative, fino alle fondazioni in partecipazione e a formule di concessione tra pubblico e privato. Tra i soggetti più tipicamente italiani, vi sono piccoli, medi e grandi gruppi che offrono sia servizi sanitari (es. visite specialistiche, diagnostica strumentale) sia servizi di tipo assistenziale (es. RSA, Centri diurni per disabili, hospice). Inoltre vi sono strutture - nate attraverso lasciti e affidate a comunità religiose - che nel corso del tempo sono state riconosciute dalla Regione come ospedali, accreditate, e successivamente vendute a società o a gruppi privati della sanità<sup>29</sup>. I gruppi più grossi della sanità privata, già da tempo avevano creato delle postazioni territoriali ambulatoriali o dei centri prelievo collegati agli ospedali (privati) e qualcuno aveva attivato delle piattaforme per consulti a distanza, in particolare nel campo dell'oncologia (es. San Raffaele del Gruppo San Donato).

La pandemia ha moltiplicato le formule di assistenza a distanza da parte dei Medici di base e i monitoraggi Covid da ospedali pubblici e Usca, e anche le offerte dei gruppi privati italiani, a pagamento. Per es. si offrono abbonamenti per il monitoraggio a distanza dei cronici e dei malati post Covid con telemedicina, televisite, tele monitoraggio (Korian, Kos, Santagostino, Auxologico), televisite con video colloqui con gli specialisti, aperte anche nei weekend (Humanitas). Un modello alternativo è costituito dalla recentissima apertura di 10 “smart clinics” da parte del Gruppo San Donato in punti di forte attrazione di pubblico diffusi ai confini dell'area metropolitana di Milano (es. supermercati). L'offerta riguarda visite specialistiche, fisioterapia, dentista, prelievi, diagnostica per immagini. È probabile l'apertura di simili strutture nelle stazioni di metrò.

---

<sup>28</sup> Ad esempio una società specializzata in ADI, che in convenzione con il SSL opera in provincia di Bergamo, ha riferito nel corso di una videoconferenza, che durante la prima fase della pandemia in cui ha dovuto soccorrere molti pazienti, ha trovato sostegno dalle donazioni promosse da associazioni locali, per compensare il super lavoro eccedente il tetto contrattualizzato.

<sup>29</sup> Non tutti gli ospedali nati attraverso lasciti dell'Ottocento hanno avuto questo percorso. Ad esempio, l'ex Ospedale Serbelloni di Gorgonzola (MI) (che ha avuto origine dal legato Pio Serbelloni e dalle donazioni dell'Opera Pia Cagnola), pur essendo amatissimo dalla popolazione, dopo la riforma sanitaria della l.r. 23/2015 è stato riconvertito in Presidio socio-sanitario territoriale nel 2015, “prevedendo un forte orientamento dell'attività di erogazione in grado di garantire la presa in carico dei pazienti cronici e fragili”.

La campagna vaccinale iniziata con il concorso degli ospedali e delle strutture pubbliche, nel corso di aprile si avvale anche di grossi centri vaccinali gestiti da gruppi privati.

Una attenzione particolare è da riservare alle formule di partecipazione pubblico privato, attraverso cui interi ospedali pubblici o reparti di ospedali pubblici sono passati ai privati che, oltre ai letti in convenzione con il SSL, hanno clienti paganti in proprio o attraverso assicurazioni. Anche questo è un modo per ridurre le prestazioni in convenzione con il servizio pubblico. Alcuni casi sono ad es. quelli di FERB onlus e del Gruppo Mantova Salus, ma non si può sapere se, in questa fase di transizione e di provvisorietà delle ATS e delle ASST, vi siano dei passaggi di strutture pubbliche ospedaliere ai privati o se la platea degli accreditati si arricchisca di nuovi soggetti. È probabile che già da molto tempo la presenza di operatori privati negli ospedali pubblici si sia rafforzata grazie ai piani di sviluppo dei servizi ad alta tecnologia (es. diagnostica PET, Risonanze magnetiche, radio farmaci, medicina nucleare in generale e forse la robotica).

Non entro nel merito della qualità dell'offerta degli erogatori privati. Tuttavia questa panoramica, seppur provvisoria e da prendere con cautela, dà l'idea delle contraddizioni che la prassi regionale della "conciliazione tra diritti e interessi" affronta o subisce nei casi in cui, come avviene in Lombardia, c'è un forte sbilanciamento verso i privati. Questo fatto genera nei cittadini insicurezza per il futuro. Essi percepiscono che il loro servizio sanitario pubblico è vulnerabile poiché è largamente "appeso" alle sorti delle dinamiche economiche del mercato della salute nazionale e internazionale.

Inoltre il fatto che il rinnovo del contratto di lavoro (ottobre 2020) dei dipendenti della sanità privata sia stato coperto per il 50% dalla Regione, ha destato reazioni molto negative per le sue varie implicazioni. E anche per il fatto che sono stati utilizzati (dgr. XI/3915 del 25.11.2020) i fondi destinati ai Livelli essenziali di assistenza (LEA).

La complessa articolazione degli interessi economici che, insieme ad altri stakeholder, siedono in Regione, ora ai "tavoli", ora nelle "cabine di regia", ora nelle "audizioni", ora nelle "consultazioni" (per es. per preparare le linee guida votate dalle delibere regionali), come può essere gestita senza una Programmazione in senso proprio, cioè senza strategie orientate da una bussola centrata sull'interesse pubblico? e che dispone come si amministrano i soldi pubblici? Teniamo conto anche del fatto che alcuni soggetti privati sono potenzialmente più presenti di altri ai tavoli regionali, poiché operano su di un ventaglio molto ampio di servizi sanitari e assistenziali.

In conclusione, non è escluso che la privatizzazione del SSL, voluta e invocata per principio come una felice "simbiosi mutualistica", oltre a tradursi in una perdita di diritti per i cittadini, possa rivelarsi anche una convivenza problematica per la Regione stessa. Ad uno stadio avanzato di realizzazione del "quasi mercato", essa può manifestarsi in questa veste poiché i privati hanno la loro autonomia, i loro interessi e le loro strategie di posizionamento sui mercati della salute, che possono o convergere o divergere dagli obiettivi di un servizio pubblico. Se consideriamo anche il fatto che la Regione ha sacrificato da tempo quelle parti dell'impianto con cui è organizzato il Servizio Sanitario regionale che permettono di sviluppare il servizio attraverso l'apparato pubblico – perché ha sacrificato l'integrazione delle funzioni, i distretti e i dipartimenti di prevenzione – comprendiamo quanto sia importante oggi cogliere l'occasione offerta dalla revisione della l.r. 23/2015 per rilanciare il Servizio sanitario pubblico. Diversamente, il rischio è che per affrontare esigenze nuove del SSL la via obbligata sia quella di una ulteriore privatizzazione.

Se non si riesce ad invertire la rotta, e a ricostruire le fondamenta di un Servizio sanitario pubblico, che ripristini l'integrazione delle funzioni e proceda con la programmazione e un appropriato sistema di controlli e di regolazione, i cittadini avranno sempre meno servizi in convenzione con il SSL. Inoltre la prospettiva è quella di avere un SSL vulnerabile per due ragioni: a) perché affidato ad un governo pubblico regionale

permanentemente debole nel perseguire finalità pubbliche; b) perché troppo dipendente dalle dinamiche (nazionali e internazionali) dei mercati dei servizi per la salute e l'assistenza, poiché è sovra esposto quantitativamente verso la componente privata dei suoi erogatori.

## 2.2 LA LIBERA SCELTA E L' APPROPRIATEZZA DELLE CURE<sup>30</sup>

Questi due diritti che sono molto importanti per la cura della salute, sono a rischio in un sistema sanitario così privatizzato come quello lombardo. Il cittadino si trova in balia di una offerta di cui non è in grado di cogliere le differenze, se non per il fatto che in alcuni casi deve pagare e in altri no: oltre a quelli pubblici, gli erogatori privati possono essere: "solo autorizzati", "solo accreditati", "accreditati e contrattualizzati", gestori resi "idonei" alla PIC che possono erogare servizi sanitari a tutti. Inoltre il cittadino, come avviene in ogni parte del mondo, non è in grado di valutare a priori l'appropriatezza dell'offerta. Le ripetute promesse del voler "prendersi cura della persona" e del voler "prenderla in carico" sono indice di un approccio positivo e apprezzabile del servizio sanitario, ma se il cittadino è abbandonato a se stesso suonano come ironici messaggi pubblicitari.

### Esiti sulla libera scelta da parte dei cittadini.

In un sistema detto di "quasi mercato" come quello lombardo, il call center ha un ruolo fondamentale nello smistare la domanda. Da lungo tempo il call center in genere risponde che tra gli erogatori pubblici i tempi di attesa sono molto lunghi. Molti cittadini hanno perciò imparato dall'esperienza a rivolgersi direttamente agli sportelli di prenotazione dei servizi pubblici, dove quasi sempre è possibile trovare degli accessi in tempi ragionevoli e senza nessuna corsia preferenziale (es. liste di attesa). Durante la seconda fase della pandemia, è entrato in funzione un CUP regionale più centralizzato e contemporaneamente si sta assistendo in qualche caso alla disattivazione della funzione di prenotazione diretta<sup>31</sup>, telefonica o di persona, presso alcuni servizi pubblici, ma non presso gli sportelli dei servizi erogati dai privati. Quello che disturba molto il cittadino quando vuole prenotare presso erogatori pubblici è il sentirsi dire "mi dispiace, lei è interessata a prenotare tra 1 mese, due mesi, tre mesi, ma non posso farlo perché il reparto non mi ha ancora comunicato le disponibilità. Le disponibilità che ho, arrivano solo alla fine del mese" ... o poco oltre. Perché accade questo? La possibilità di trovare risposta da un erogatore pubblico c'è, a patto che si sia disponibili ad aspettare oppure a spostarsi anche lontano da casa. Supponendo di avere bisogno di fare un elettrocardiogramma in tempi ravvicinati (senza prescrizioni di urgenza da parte del MMG), pur abitando a Milano, può capitare di dover andare ad esempio a Garbagnate.

Cosa può accadere se prenoti con il CUP una prestazione in convenzione con il SSR presso un erogatore privato? Normalmente non ci sono problemi. Ma può capitare che, quando ti presenti per la prima seduta di un ciclo di trattamenti, ti spieghino che solo una parte è in convenzione con il SSL e che l'altra parte è a pagamento. Il CUP non te l'ha detto o forse non lo poteva sapere. Può anche accadere che, se prenoti ad esempio un esame diagnostico con una procedura telefonica automatica, e ti viene rilasciato il numero di prenotazione, dopo qualche tempo il centro privato ti contatti al telefono. Il motivo è per scusarsi

<sup>30</sup> Gli esempi riportati sono riferiti a casi reali.

<sup>31</sup> Questa misura è discriminante sulla libertà di scelta del paziente tra pubblico e privato. Inoltre crea dei forti disagi agli utenti quando si verifica un errore di prenotazione da parte del super CUP centralizzato, poiché lo sportello periferico del servizio pubblico non è più abilitato a rimediare. Oppure crea problemi a chi alla fine di una visita specialistica con il SSR in una struttura pubblica, vorrebbe immediatamente prenotare gli esami diagnostici previsti nella stessa struttura pubblica e magari la successiva visita di controllo. E non lo può più fare.

dell'increscioso disguido "perché il posto in convenzione con il SSL non c'è", ma ci sarebbe a pagamento con un ventaglio di prezzi a scelta. A quel punto, magari devi portare l'esito dell'esame per una visita specialistica già prenotata e non ti resta che farlo a pagamento.

La fidelizzazione dei pazienti diventa molto importante nel cosiddetto "quasi mercato". Si persegue con la pubblicità a tappeto sull'offerta privata, che è così pervasiva da far percepire l'offerta pubblica in declino, perché non è più visibile. La fidelizzazione verso i privati avviene in modo implicito, con i meccanismi detti prima (il differimento della prestazione, o la distanza del punto di erogazione nel pubblico), oppure in modo esplicito, attraverso il "pilotaggio" da parte delle assicurazioni, dei fondi sanitari, o con la Presa in carico dei cronici e con l'offerta (anche gratuita) da parte delle banche a particolari target di clienti di "sconti" o tariffe agevolate. Non mancano i medici di base che presentano ai loro pazienti degli stampati con gli indirizzi dei centri privati di fiducia a cui rivolgersi per fare prelievi, esami diagnostici e visite specialistiche. Le assicurazioni e i fondi sanitari stipulano dei contratti con società private della sanità per acquistare a prezzi forfettari degli slot di prestazioni da offrire ai loro clienti, che dovranno scegliere di farsi curare nella rosa dei centri proposti. Un discorso particolare riguarda i malati cronici e "fragili" che aderiscono al modello lombardo della Presa in carico. Per ottenere le prestazioni, essi devono sottoscrivere un contratto di diritto privato (il patto di cura) con un gestore (più dell'80% dei gestori sono soggetti privati) e andare dove ti manda lui per gli esami diagnostici, gli ausili, la riabilitazione, le visite specialistiche. È il gestore che acquista slot di prestazioni per i pazienti che ha in carico e lo fa presso altri soggetti per lo più privati indicati dalla Regione. La risoluzione del contratto con il gestore non funziona agevolmente come la scelta o la revoca del medico di base. Il paziente può risolvere facilmente il suo contratto alla scadenza annuale, ma diversamente, in vigenza di contratto la procedura è più complessa qualora voglia ottenere dall'ATS di essere assegnato ad un altro gestore di sua scelta, magari perché la sua situazione di salute si è aggravata. È la Regione che stende l'articolato del Patto di cura a cui devono attenersi i gestori. Nelle sue versioni del 2018, risultava a carico del paziente l'onere della prova (ad una commissione predisposta dall'ATS) dei deficit riscontrati nel gestore e che avevano motivato la sua volontà di recedere in vigenza del contratto!

Anche il cliente già fidelizzato alla sanità privata, comincia ad aver problemi quando vuol prenotare con il SSL: in tempi di attesa accettabili il posto non c'è. La faticosa frase: "mi ridia le impegnative, cerco da un'altra parte" apre una sorta di trattativa. "... Mi faccia controllare ... vediamo ... ma lei è già cliente del nostro centro ... Invece di pagare X come le dicevo prima, potremmo agevolarla con una tariffa Y, che è la metà" ... e alla fine si cede. Non così avviene per le persone che non possono permettersi di pagare o che non fanno dei debiti: rinunciano a curarsi o si rivolgono ai canali della cosiddetta povertà sanitaria. Altri danno fondo ai risparmi di famiglia, o si indebitano rischiando anche di cadere in mano all'usura.

La stratificazione della domanda di cura che può essere generata dai processi di fidelizzazione (implicita ed esplicita) dei pazienti produce un sistema di offerta che non muove da logiche di integrazione delle pratiche cliniche. Al contrario, tende a specializzare le "realità che producono cura" per target di pazienti/clienti. Tutto ciò è funzionale ai processi di concentrazione dei capitali investiti in sanità e assistenza e all'avvicendamento proprietario delle strutture, mentre è di ostacolo all'auspicabile integrazione che, partendo dal cittadino destinatario del servizio, dovrebbe caratterizzare il sistema dell'offerta sanitaria pubblica.

#### Esiti sulla appropriatezza delle cure: alcuni esempi.

La convivenza squilibrata tra erogatori pubblici e privati, può generare delle ripercussioni negative sulla appropriatezza delle cure, a discapito di tutti. Gli interessi economici possono indurre pratiche cliniche scorrette. Ecco alcuni esempi di cui il cittadino ha contezza.

\*\*Il caso classico e rilevato dai medici riguarda la cura delle malattie renali. Nelle strutture private sembra esserci un orientamento precoce verso la dialisi e sono riferiti casi in cui lo stesso paziente, che nella struttura pubblica riceve due trattamenti di dialisi la settimana, se si sposta in una struttura privata, senza essersi aggravato, ne riceve tre.

\*\*Con la diffusione delle assicurazioni e dei fondi pensione vengono veicolati, tra i “prodotti” utili alla salute, i check up. Nella percezione delle persone si fa strada l’equazione rigida: “aver cura della propria salute=prevenzione=check up”. Di qui il moltiplicarsi delle più disparate offerte da parte dei centri privati: ci sono i check up “classici” o quelli “personalizzati”, quelli “una tantum” o i check up “programmati in modo ricorrente” dalla nascita e di seguito in tutte le fasi della vita fino ad età avanzata. Il check up è diventato una “gift card” gradita da regalare a Natale e al compleanno. Accade che i centri privati prevedano anche un ingresso riservato ad una fascia di convenzioni con il SSL per il check up. Ciò genera una forte pressione sui medici di base che spesso non sanno come sottrarsi alle richieste dei loro pazienti per avere l’impegno per il check up. Per i medici di base, la Regione dispone linee guida stringenti che dovrebbero impedire di prescrivere esami diagnostici complessi senza comprovati motivi (tantomeno i check up ricorrenti). Accade così che il paziente veramente malato (ma che, pur avendo dei disturbi significativi non manifesta sintomi eclatanti di malattia), non venga inviato dal medico di base a fare esami costosi e invasivi e che la diagnosi dei suoi problemi di salute si trascini dannosamente nel tempo.

\*\*A volte capita di sentir tessere le lodi dell’ospedale privato con argomenti del tipo: “sai, dovevo fare un piccolissimo intervento di chirurgia dermatologica a un dito della mano ... e mi hanno portato in sala operatoria! ... no, no, niente anestesia ... una cosa semplicissima, di pochi minuti ... Però, che trattamento nel privato!”

\*\*In Lombardia i ricoveri dei pazienti psichiatrici nelle comunità sono temporanei e rinnovabili entro certi limiti. Si tratta di una normativa adatta alle persone che hanno possibilità di migliorare. Il caso dei pazienti psichiatrici gravi e privi di possibilità di recupero è molto problematico poiché dopo tre anni rinnovabili, fino ad un massimo di sei anni, il CPA<sup>32</sup> non vuole più ospitare il paziente perché quest’ultimo viene d’ufficio classificato come avente diritto ad una comunità protetta ad un grado di intensità assistenziale minore, che porterebbe alla comunità che lo sta ospitando una retta inferiore. Inizia così per il paziente un calvario fatto di trasferimenti da una comunità all’altra. Si parte da un’uscita motivata al paziente con un presunto miglioramento e si va alla ricerca di comunità private ospitanti che offrano il tipo di assistenza necessaria. Ma queste cambiano continuamente, poiché ognuna di loro aspira a sostituire questo tipo di paziente con uno più remunerativo. Di trasferimento in trasferimento questi pazienti arrivano alla destinazione finale che è quasi sempre una RSA dove sono ospitati con pesanti trattamenti farmacologici.

\*\* La medicina difensiva, che tanto preoccupa medici e pazienti, potrebbe vedere probabilmente una riduzione degli esposti se l’utente potesse essere ascoltato nel segnalare adeguatamente il suo problema, la sua richiesta o il suo suggerimento. Invece si trova a dover compilare stupidi questionari che rilevano il suo giudizio sulla “qualità percepita del servizio”, come avviene nelle politiche di marketing per valutare la soddisfazione per l’acquisto di una merce. Allora si rivolge all’URP che lo ascolta gentilmente e gli fa compilare una lettera per chiedere un appuntamento ai superiori. Ma questa lettera si perde nel nulla perché non avrà mai riscontro ... Di qui all’esposto, in alcuni casi il passo può essere breve.

---

<sup>32</sup> I CPA sono le Comunità protette ad alta intensità assistenziale e a media intensità riabilitativa, che in genere ospitano persone adulte. In Lombardia sono solo private.

Esito sul futuro del servizio pubblico in generale. Di fronte alla complessità del servizio e alla compresenza di molti operatori privati, il cittadino si domanda come siano possibili dei seri controlli. La sua impressione è che la Regione, abbia rinunciato a farli, o non possa farli su di un numero così elevato di erogatori e finisca per stabilire dei budget complessivi di spesa per le varie specialità o le varie politiche. *“Ci penserà la domanda a contendersi l’offerta dei servizi esistenti.”* Si tratta di una offerta sempre più costosa economicamente per la Regione, soprattutto quando si sceglie la strada della vera “presa in carico del paziente” poiché i beneficiari non sono raggiunti da erogatori a gestione diretta da parte della regione (che ha rinunciato a sviluppare la parte pubblica del SSL) ma attraverso aziende private che intermediano i servizi forniti agli utenti.

## CAP. 3 PROPOSTE

### 3.1 RIPRISTINARE I DIRITTI COLLETTIVI: RINUNCIARE AD ALCUNI STEREOTIPI

Si parla forse impropriamente di stereotipi per fare riferimento ad opinioni e valutazioni largamente diffuse e non verificate. Essi sono tuttavia ben radicati negli orientamenti teorici che ispirano non solo l’opinione pubblica e le correnti politiche e di governo, ma anche le Università, le Agenzie e le Autorità che si professano indipendenti e che, in questa veste, contribuiscono a definire l’azione di governo. Ciò accade quando si usano sempre gli stessi occhiali sfocati per guardare i fatti.

Ecco alcuni stereotipi che svalorizzano “a priori” il servizio pubblico e che sono da mettere in discussione:

**\*\*** *“Anche la Sanità pubblica deve aprirsi ai privati secondo i principi della concorrenza ed è necessario “semplificare” (ovvero eliminare) i passaggi che la ostacolano”.* Questo è uno dei messaggi desumibili dalla “segnalazione”<sup>33</sup> da parte della Autorità Garante della concorrenza e del mercato (AGCM) indirizzata al presidente Draghi ai fini del disegno di legge sulla concorrenza, previsto nella cornice del Recovery Plan. AGCM non tiene minimamente conto del fatto che ciò che viene offerto al cittadino dal SSN non è prodotto dal mercato, anche se si avvale di operatori privati che operano sul mercato. Non tiene conto che devono essere integrati nel servizio pubblico secondo precise normative come l’accreditamento (l. 229/99) e la Programmazione (che dovrebbe esser fatta !!). È auspicabile che AGCM vigili sul fatto che fra gli erogatori

---

<sup>33</sup> AGCM, Segnalazione n.4143 del 23 marzo 2021 al Presidente Draghi inerente *“Proposte per la legge sulla concorrenza”*, pag. 78-80. Suggestisce di abrogare l’art. 8ter, comma 3, del D.L. 502/1992. Questo articolo dispone che i comuni debbano verificare, nell’esercizio delle loro competenze in materia di concessioni e autorizzazioni (per la realizzazione di strutture sanitarie e socio sanitarie), la compatibilità del progetto da parte della Regione, in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione. Suggestisce di abrogare anche l’art 8-quater del DL 502/1992 al fine di eliminare il regime di accreditamento provvisorio, che viene disposto in vista di determinare il fabbisogno da stabilizzare con la contrattualizzazione a seguito della programmazione. In definitiva, indirettamente indica di eliminare la Programmazione. **La realtà della Lombardia ha anticipato questi suggerimenti per altre vie con pessimi risultati nella localizzazione dei servizi di cui bisognerebbe tener conto.** Faccio un esempio sulla localizzazione degli ospedali. In una sola ASST della ATS Città Metropolitana di Milano – l’ASST Melegnano e Martesana, ex ASL 2 Mi - che ha circa 660.000 abitanti e un territorio di 569 Km, ci sono 6 importanti IRCCS privati (due sono del Gruppo San Donato: il Policlinico San Donato e il San Raffaele. Gli altri sono Humanitas, IEO, Maugeri e Monzino) oltre a 5 ospedali pubblici di medie dimensioni. In tutta l’“ATS montagna” che ha quasi 300.000 residenti, c’è un vecchio ospedale pubblico a Sondrio che fa da hub di 5 ospedali pubblici minori ( Chiavenna, Edolo, Esine, Morbegno e il Morelli di Sondalo) e un ospedale privato (Moriggia Pelascini di Gravedona). Quest’ultimo è l’evoluzione di una casa di assistenza costruita con lasciti del 1900 e del 1928 ad un ordine religioso. Riconosciuto dalla Regione Lombardia come ospedale nel 1974, è entrato a far parte (1999) del Gruppo Italclicine (Roma), che ha iniziato l’ampliamento e l’accreditamento. Sui punti qui commentati della S4143 dell’AGCM del 23.3.21, vedi: Marco Geddes, *Contro la Superliga in sanità*, in [www.saluteinternazionale.info](http://www.saluteinternazionale.info).

privati che operano nel SS pubblico, si possono configurare delle fusioni e delle forme di “abuso” o di “eccessivo” potere di mercato che esulano da quelle attualmente previste per il suo intervento (e che sono invece “tarate” per i mercati delle merci tout court). L’apertura “a priori” alla concorrenza in Sanità, suggerita dall’AGCM a Draghi risulta inoltre priva di riscontri, poiché nasce senza la minima presa d’atto di che cosa sia già un “quasi mercato” come quello della Lombardia e delle sue contraddizioni. Non c’è bisogno di liberalizzazioni e di concorrenza nel SSN ma c’è bisogno di regole e procedure per consentire di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (v. anche sentenze Corte Costituzionale n. 62/2020 e n. 275/2016) e per consentire all’AGCM di intervenire sui fenomeni che avvengono nel mercato degli erogatori privati di servizi sanitari affinché non interferiscano con gli adempimenti dei LEA. I Lea sono un diritto dei cittadini e un obbligo per lo Stato e le Regioni devono dotarsi di un modello di Servizio Sanitario regionale che ne garantisca l’attuazione.

**\*\*** *“Si può parlare del rapporto pubblico/privato in sanità, ma a patto che si intenda ragionare su “quanto spende il pagatore pubblico e quanto spende il pagatore privato” (out of pocket, o attraverso assicurazioni e fondi privati) per avere le prestazioni. Altri approcci, tesi ad esplorare come è fatta l’offerta del cosiddetto “quasi mercato della sanità” in cui rientra il servizio sanitario pubblico, quali sono le sue contraddizioni, quali i suoi costi economici, vengono bollati come “statalisti”, oppure non sono oggetto di ricerca indipendente. In ogni caso si scontrano con la quasi impossibilità di accedere ai dati (regionali).*

**\*\*** *“La Lombardia deve difendere il suo modello di eccellenza, anche in deroga al quadro della normativa nazionale”. Cosa legittima la Lombardia a voler procedere sempre in contrapposizione alle leggi nazionali in materia di sanità e alle modalità con cui sono organizzate le altre regioni? I difetti e i limiti ci sono e sono stati pagati dalle morti e dalle sofferenze in presenza della pandemia. E se invece, “allo scopo di andare avanti, occorresse tornare indietro”? Cioè a qualcosa che avvicini la Lombardia al modello del Servizio Nazionale pubblico?*

**\*\*** *“È bene ridurre la componente pubblica del SSL perché il ricorso alle convenzioni con i privati costa meno alla collettività”. A giudicare dai ristori, dai soccorsi, dalle modifiche alle tariffe praticate ai privati e motivate dal Covid, e di cui sono costellate moltissime delibere della regione nel 2020, direi di no. Non riprendo qui i noti confronti tra i costi dei sistemi sanitari a seconda dei modelli. Sappiamo dai confronti internazionali che quelli pubblici, di tipo universalistico, con ampia produzione diretta dei servizi sanitari e a pagatore unico tramite la fiscalità generale, sono quelli meno costosi.*

Così come, se si prendono in esame solo le quote provenienti dal Fondo Sanitario nazionale, direi che i 253.370.165 euro investiti solo nel 2017 e nel 2018 complessivamente dalla Regione per la Presa in carico (PIC) delle cronicità e delle fragilità<sup>34</sup> (dgr. 913/2018, appendici), non sono poca cosa se si considera il basso numero di adesioni e il fatto che più dell’80% dei soggetti “gestori” della PIC sono privati.

E che dire del fatto che il 50% del costo del rinnovo (ottobre 2020) del contratto di lavoro dei dipendenti delle strutture private accreditate è stato pagato dalle Regioni?<sup>35</sup> Questo è avvenuto sapendo che l’obbligo di pubblicare i bilanci da parte degli erogatori privati viene ottemperato solo da una parte dei privati e sapendo che nelle strutture private vige un altissimo ricorso ai contratti atipici e precari, anche fra il personale medico. Il fatto che le delibere regionali a questo proposito, si riferiscano sempre genericamente agli erogatori “accreditati” fa sorgere il dubbio su chi siano stati i beneficiari effettivi. Infatti le aziende “accreditate”

---

<sup>34</sup> Da ricordare è il fatto che il modello lombardo della Presa in carico, è nato per rivolgersi a persone non istituzionalizzate, quindi non residenti in RSA o in altri istituti.

<sup>35</sup> Questa misura, concordata in sede di Conferenza Stato Regioni, è stata decisa esclusivamente con delibere di Giunta e precisamente dalle seguenti dgr.: XI/3518/2020; XI/3915/2020; XI/ 4049/2020

contrattano una parte delle loro prestazioni con il SSL, e per il rimanente lavorano per il mercato libero (paganti, assicurazioni e fondi sanitari). La Lombardia ha sostenuto il 50% del rinnovo del CCL dei dipendenti delle strutture private con i fondi che sarebbero da destinare ai LEA, cioè alle cure dei pazienti.

Oltre ai costi economici ci sono anche quelli legati alla condivisione del potere. In Regione Lombardia si moltiplicano Tavoli, Cabine di regia e Audizioni con gli stakeholder. Aumentano le delibere di Giunta che recepiscono documenti contenenti le “linee di indirizzo”, elaborate in accordo con gli stakeholder, su materie che dovrebbero invece fare riferimento ad impegni votati e presenti negli atti della Programmazione (che non si fa).

\*\* *“Il pubblico non è in grado di spendere bene”*. Ecco un esempio contrario: la spesa per i Covid hotel nel 2020. La delibera della regione Lombardia del 22 marzo 2021, che rimborsa il totale di 1.160.628 euro alle ATS per aver sostenuto la spesa per i Covid hotel (novembre-dicembre 2020), mostra che l’incidenza della spesa pro-capite è stata assolutamente ragionevole ed è una conferma di come una spesa pubblica opportuna (di 0,11 euro pro capite considerata tutta la popolazione della Lombardia, Istat 1/1/2017) sia assolutamente vantaggiosa per il benessere di ciascuno e a protezione della salute di tutti <sup>36</sup>.

### 3.2 PER IL DIRITTO ALLA SALUTE IN LOMBARDIA: SCEGLIERE I PRINCIPI DI RIFERIMENTO

\*\*Mi auguro che, nonostante la fatica di convivere con la pandemia e i suoi lutti, ciascuno di noi trovi la forza di esigere dai politici il rispetto dei principi della legge 833/78 che ha istituito il Servizio Sanitario nazionale e il **rilancio del servizio sanitario pubblico** per la cura della salute di ciascuno.

\*\*La **sanità pubblica finanziata dalla fiscalità generale è un bene comune**, è un patrimonio che deve esser trasferito di generazione in generazione nella sua integrità, a garanzia della salute di ciascuno e di tutti noi e delle future generazioni. Deve avere capacità di risposta di salute appropriata in tempi ordinari, in tempi di innovazione/evoluzione delle risposte sanitarie e in tempi emergenziali e deve operare come misura per attenuare le disuguaglianze sociali. Deve mettere al centro i destinatari della prevenzione e delle cure. Ci sono regioni in Italia dove questo si può fare tenendo i conti “in ordine”. Perché non si deve poter fare in Lombardia?

\*\*Nella prospettiva di tornare alla normalità, dobbiamo immaginare un servizio sanitario da potenziare e che possa convivere con il rischio endemico dei ritorni delle pandemie. Questo significa rafforzare la componente pubblica in tutta la gamma delle sue prestazioni specialistiche e anche nella lotta agli spillover endemici, con la prevenzione, le misure di igiene pubblica e il rafforzamento dell’approccio epidemiologico. La stessa cosa deve avvenire in ogni stato dell’Unione europea. L’UE ci potrà aiutare con i suoi finanziamenti mirati alla sanità, ma non dobbiamo dimenticare che al momento le sue competenze (deboli) in materia di “difesa del diritto alla salute” riguardano solo la “tutela della sanità pubblica” e la “sicurezza alimentare”. Sono gli Stati nazionali che devono **tutelare l’integrità, l’efficacia e l’appropriatezza dei loro servizi sanitari nazionali** affinché rispondano ai diritti dei cittadini alla salute. I servizi sanitari nazionali sono una componente

---

<sup>36</sup> La spesa 2020 per i Covid Hotel era stata sostenuta dai bilanci delle ATS e per l’80,7% è stata assorbita da ATS Città Metropolitana di Milano che ha una popolazione di 3.447.539 persone, segno della gravità della situazione milanese e probabilmente anche del fatto che a Milano il 54% delle famiglie è formato da una sola persona (non solo fra gli anziani). L’incidenza della spesa pro capite nelle tre ATS più colpite dal Covid è di euro: 0,27 per Milano, di 0,03 per Brescia e di 0,14 euro per Bergamo, che sono due ATS che hanno un terzo circa della popolazione di ATS Città Metropolitana di Milano.

fondamentale del modello europeo di welfare e sono una garanzia per la coesione sociale e il futuro della democrazia in Europa.

\*\* La situazione in cui si trova la sanità Lombarda non è facile da affrontare, ma la via d'uscita deve essere all'altezza del **rispetto per tutti coloro che in Lombardia hanno pagato con la sofferenza e con la morte** un costo altissimo alla pandemia. La pandemia di Covid ha determinato un grande cambiamento nel rapporto con la morte. Il lutto, che prima della pandemia era già stato ricacciato nel privato, ora è diventato anche un fatto collettivo che però non riusciamo ancora ad elaborare<sup>37</sup>. I numeri dei deceduti continuano ad essere ancora molto alti. Ora sono diventati degli indicatori dell'andamento della pandemia o sono le lunghe liste di attesa delle sepolture, a cui purtroppo non si riesce a provvedere in alcune città. Il rischio di una allucinatoria assuefazione collettiva convive con l'allontanamento del pensiero della morte individuale, grazie alle vaccinazioni. Ma i morti per Covid sono stati e ancora continuano ad essere una realtà troppo grande per una Regione come la Lombardia, considerata una eccellenza in sanità. Sono un macigno che pesa sulla coscienza delle forze politiche che hanno costruito il modello attuale della sanità lombarda. Sono un macigno che fa appello a tutte le forze politiche e chiede risposte adeguate e concrete, non palliativi e rinvii.

\*\* La via d'uscita deve venire anche dal **rispetto per tutto il personale sanitario** e da un approccio che non sia dissipativo delle risorse pubbliche esistenti ma che tenga conto dello sforzo enorme a cui sono state sottoposte e garantisca con chiare linee organizzative un ritorno alle attività di un servizio sanitario appropriato e pubblico. Questo vuol dire anche **invertire la tendenza**, purtroppo avanzata anche nel pubblico, **alle assunzioni con contratti atipici e precari del personale**. Un vincolo di questo tipo deve essere posto alla stipulazione o al rinnovo dei contratti con i privati accreditati che lavorano in convenzione con il SSL. Un aspetto importante da regolare, con criteri univoci per i sistemi sanitari regionali, è la possibilità per il personale sanitario pubblico di lavorare a scavalco, in parte per il pubblico e in parte per il privato e viceversa.

\*\* Per quanto riguarda la Lombardia, occorre adeguare molto attentamente le **risorse umane** attualmente impiegate nel SSL per portarle alla giusta dimensione. Il prof. Vago nella sua relazione orale di marzo, a nome della maggioranza del Comitato dei saggi, ha fatto riferimento al fatto che uno dei limiti della Lombardia è che la proporzione degli infermieri in rapporto ai medici è inferiore alla media (nazionale e regionale). Tuttavia devono essere considerati anche altri due dati importanti, ma non citati, che caratterizzano la Lombardia: a) il numero dei medici per abitante, è più basso della media nazionale e b) è prevedibile la carenza degli specialisti e dei MMG, che si preannuncia di qui al 2025 per ragioni legate ai pensionamenti e a quota 100.

\*\* È urgente esplorare a quale **stadio di realizzazione è arrivato il "quasi mercato"** della sanità in Lombardia. La regolazione basata sulla "parità pubblico privato in concorrenza tra di loro" è un principio cardine del modello della sanità lombardo che però rischia di diventare uno slogan se si rinuncia a capire quali sono i meccanismi che si sono sviluppati in concreto e quali effetti hanno prodotto sulla struttura del sistema sanitario. Questo deficit è collegato anche al fatto che l'orientamento prevalente delle professioni e la cultura della consulenza e della formazione manageriale predominante in Regione, hanno il limite di considerare neutra la differenza tra la natura pubblica e quella privata in cui opera chi offre il servizio sanitario. Le professioni sono molto centrate sulle metodologie di cura e di intervento; la consulenza e la formazione

---

<sup>37</sup> Alcune esperienze ci sono. Ad esempio l'Eco di Bergamo ha costruito un memoriale on line in cui sono pubblicati i nomi e le fotografie dei deceduti a causa del Covid e quanto le famiglie desiderano render noto in ricordo dei loro congiunti.

hanno un taglio di tipo gestionale/manageriale/amministrativo, che prescinde dalla natura pubblica o privata degli erogatori.

\*\* La **“parità di trattamento pubblico-privato”** da parte della Regione è una enunciazione priva di riscontri perché non si traduce in misure deliberate che indichino ad es. cosa fa (e come viene retribuito) l’uno e l’altro. Per esempio, quando si fa una disposizione normativa che istituisce una nuova politica sanitaria o se ne incrementa una esistente, non si indicano quali sono gli erogatori pubblici e quali i privati incaricati di attuarla. Altro esempio: quando è stato pagato con denaro pubblico il 50% del rinnovo contrattuale alla sanità privata, la delibera (dgr XI/4049/2020) ha disposto un equivalente beneficio per la componente pubblica, che però era solo apparente in quanto compensato da un equivalente impossibilità di accesso ad un fondo di finanziamento già previsto per gli erogatori pubblici.

\*\* Se guardiamo al Servizio sanitario regionale, si può dire che in Lombardia c’è un potenziale di capacità produttiva in eccesso da parte dei privati che si occupano di servizi sanitari alla persona (a meno di chiudere progressivamente altri erogatori pubblici oltre a quelli già eliminati!). Nonostante questo potenziale, la sua realizzazione concreta è selettiva perché i privati aprono ciò che è redditizio e sono presenti nei territori della regione dove c’è la probabilità di essere raggiunti da più clienti. Inoltre si assiste ad una forte induzione della domanda per accaparrarsi la clientela. Quindi in Lombardia il sistema sanitario viene meno a principi basilari del servizio pubblico che sono quelli dell’uniformità, dell’equità, della appropriatezza e della prossimità verso i cittadini. Per questa ragione è urgentissimo mettere lo **“stop” temporaneo agli accreditamenti e agli accordi pubblico/privato che riguardino atti di disposizione a qualsiasi titolo del patrimonio pubblico sanitario (es. reparti od ospedali pubblici)**. La ripresa degli accreditamenti e degli accordi pubblico privato, potrà avvenire a condizione che ci sia una vera Programmazione regionale e un sistema di regolazione e di controlli efficace, che superi l’inadeguatezza di quello esistente (come scrive AGENAS nel suo rapporto).

\*\* Per quanto riguarda la **funzione dell’accreditamento**, penso che sia impossibile decentrarla sulla base della distinzione tra erogatori di rilevanza locale o di rilevanza più ampia, come suggerisce AGENAS. I motivi sono tre: a) Il mercato degli erogatori privati non conosce queste partizioni; b) l’accreditamento è da collegare strettamente alla Programmazione e al sistema dei controlli come si diceva prima; c) nei casi in cui il servizio regionale sia eccessivamente dipendente dai contratti con gli erogatori privati e questi abbiano un potenziale produttivo in eccesso (come in Lombardia), occorre far evolvere la natura dell’“accreditamento”. Mi soffermo su quest’ultimo punto per alcune riflessioni. Mi pare che oggi in Lombardia la priorità non sia quella di fare più ingressi di nuovi erogatori privati, ma quella di fare in modo che *la permanenza di chi è già entrato* abbia una funzione coerente nel quadro delle esigenze evolutive del servizio sanitario in chiave pubblica. L’accreditamento non può più essere solo un meccanismo con funzioni prevalentemente “additive” e orientato all’ingresso e alla contrattualizzazione dei privati, ma deve privilegiare anche l’accertamento delle condizioni (e dei requisiti) che consentono la permanenza degli accreditati nel sistema pubblico regionale. Per questa ragione si tratta non solo di un percorso ricorrente di controlli e di “accertamenti dei requisiti”, ma anche di *“peso” che la Regione deve poter far valere affinché la stipulazione dei contratti sia ad integrazione dell’impostazione del Servizio sanitario, che deve rispondere a principi di utilità pubblica e di Programmazione del SSL*. Questo tipo di approccio all’accreditamento richiede una ferma correzione all’interno di Regione Lombardia. Essa non manca di volontà e di approccio negoziale favorevole ai privati erogatori: non è questo il profilo che ha bisogno di incoraggiamenti.

Perfino l’Autorità garante della concorrenza e del mercato scrive a proposito del servizio sanitario (AGCM), che auspica “che il sistema di convenzionamento delle imprese private operi su base selettiva, non discriminatoria, periodica e trasparente”<sup>38</sup>.

Criticabile a mio avviso è invece la proposta di AGCM intesa a “garantire una più efficiente allocazione delle risorse pubbliche e riconoscere una maggior tutela alla libertà di scelta degli assistiti ...” attraverso la previsione che “l’accesso dei privati all’esercizio delle attività sanitarie non convenzionate con il SSN sia svincolato dalla verifica del fabbisogno regionale di servizi sanitari”. Questo percorso è già stato anticipato in Lombardia nell’ultimo quarto di secolo e a mio avviso è all’origine della crisi attuale della sanità in Lombardia, dove si dimostra che un eccesso di accreditamenti rispetto alle contrattualizzazioni possibili (come sembra auspicare AGCM), ha delle conseguenze molto negative<sup>39</sup> per la regolazione del mercato e danneggia la componente pubblica del SSL.

Non è con la concorrenza tra erogatori che si producono equità, uniforme distribuzione dei servizi sul territorio regionale e appropriatezza delle cure sanitarie. Le prestazioni sanitarie devono esser garantite a tutti, per più ragioni: a) sono risposte a diritti radicati nei principi di uguaglianza e solidarietà; b) hanno effetti esterni positivi poiché i loro benefici si estendono anche a chi non le usa; c) sono beni “meritori” il cui valore dipende dalla valutazione sociale oltre a quella del diretto beneficiario. Inoltre è irresponsabile scaricare e giustificare la selezione tra gli erogatori pubblici e quelli privati sui comportamenti individuali della domanda, dicendo che è il cittadino “che sceglie liberamente”. Innanzitutto il cittadino non è in grado di valutare a priori la qualità delle prestazioni sanitarie e quindi non deve essere lasciato a se stesso di fronte ad un mercato della salute liberalizzato.

\*\*La Regione non può **esternalizzare** ad ogni piè sospinto le cose che dovrebbe poter fare da sé (o di cui dovrebbe garantire il coordinamento, affinché eventualmente altri si occupi dell’attuazione). Il rafforzamento della macchina tecnocratica regionale (anche al fine di evitare l’eccessiva e impropria esternalizzazione di funzioni regionali) e il superamento dell’attuale organizzazione in ATS e ASST, sono questioni interconnesse ma distinte e che vanno affrontate entrambe.

In particolare, non devono essere esternalizzati i sistemi che gestiscono e implementano la **Banca dati assistito e il fascicolo sanitario elettronico (FSE)** e ne definiscono l’accesso. Innanzitutto perché riguardano i dati sensibili di salute di ogni cittadino e in secondo luogo per il tipo di interesse di cui sono oggetto. “Teoricamente (come scrive AGENAS<sup>40</sup>), il FSE potrebbe diventare il volano per l’implementazione della sanità digitale, della telemedicina e della interoperabilità dei dati” (...) “l’interoperabilità dei dati favorisce la creazione e l’uso di big data a tutela della salute pubblica”. Su questi tipi di dati c’è l’interesse della comunità scientifica ai fini della ricerca per migliorare le terapie e i farmaci ma ci sono anche forti interessi a fini commerciali e di controllo sociale che devono esser opportunamente e tempestivamente contrastati.

---

<sup>38</sup> AGCM, segnalazione 4143 del 23 marzo 2021. A pag. 80, punto 3, a proposito della tutela della concorrenza nel Servizio Sanitario, così prosegue: “A garanzia di un accesso equo e non discriminatorio degli operatori privati al circuito del SSN, dovrebbe essere inserita nell’art 8 quinquies del d.lgs. 502/1992 una norma che preveda selezioni periodiche regionali, adeguatamente pubblicizzate, che facciano seguito a verifiche sistematiche degli operatori già convenzionati ed alla conseguente eventuale razionalizzazione della rete in convenzionamento”. Questa indicazione non può contrastare con la normativa nazionale (l. 229/1999) successiva al d.lgs. 502/1992. Si tratta di una normativa che prevede le modalità per immettere gli erogatori privati nel servizio pubblico (accreditamento e contrattualizzazione) e il riferimento alle necessità stabilite dalla programmazione.

<sup>39</sup> Ha costi di transazione elevati, rischia di produrre aumenti di spesa, induce processi di *cream skimming*, erode progressivamente lo spazio della componente pubblica, richiede notevoli capacità di controllo e di regolazione da parte del soggetto pubblico.

<sup>40</sup> AGENAS, rapporto cit. pag. 60

**\*\*Un servizio sanitario pubblico realizzato mediante una larga contrattualizzazione con privati erogatori, si espone alla vulnerabilità per ragioni legate alle dinamiche nazionali e internazionali dei mercati della salute e dell'assistenza, che sono sempre più attrattivi di investimenti e delle mire di puri operatori finanziari. Lo si desume anche dalla corsa degli erogatori privati italiani e stranieri verso le certificazioni di qualità internazionali e l'accesso agli "Excellence awards". Quello del rischio di vulnerabilità, è un rilievo che riguarda in primo luogo la Lombardia, ma vale anche per l'Italia e per i paesi dell'Unione Europea. Tutti hanno sistemi sanitari pubblici di "quasi mercato", pur realizzati con modelli differenti, ma largamente finanziati da risorse pubbliche. Penso alle possibili conseguenze della cessione a nuovi proprietari di aziende/gruppi della sanità privata e alle loro fusioni, oppure alle conseguenze dell'ingresso di nuovi capitali di controllo nelle aziende/gruppi privati che operano nei servizi sanitari rivolti alla persona.**

Mentre l'ingresso nel mercato di un nuovo produttore, ad esempio, di auto può provocare ( se entro i limiti previsti dalle norme della concorrenza dell'UE e presidiate anche dalla Autorità nazionale della concorrenza) un certo tipo di sommovimento, l'ingresso/uscita/ fusione nel SSN di nuovi produttori privati di servizi per la salute (in parte vale anche per le attività socio assistenziali), può avere un impatto più incisivo e perturbante, poiché non riguarda una semplice attività di consumo che soddisfa un bisogno, ma un beneficio molto più ampio da cui scaturisce il diritto alla salute. Il diritto alla salute è sancito dalla Carta europea dei Diritti. **E sono i Servizi Sanitari Nazionali che devono farsi garanti dell'esigibilità del diritto alla salute**, producendo dei beni particolari. Le loro principali caratteristiche sono: la prossimità, l'appropriatezza, la non intercambiabilità, l'altissima dipendenza da componenti relazionali, spesso l'immaterialità, il continuo legame con la ricerca. Soprattutto è fondamentale il fatto che sono generati dall'integrazione delle funzioni del sistema sanitario, non da processi additivi o di mera sostituzione. Inoltre i SSN pubblici devono assumersi il compito di garantire l'universalità, l'accesso alle cure e la loro appropriatezza, salvaguardando l'utente che non è in grado, a priori, di discernere fino in fondo la qualità di quello che riceve. Per le ragioni espresse, il mercato della sanità, già presente nei cosiddetti "quasi mercati" dei servizi sanitari nazionali e regionali, non può essere considerato alla stregua degli altri mercati delle merci e occorre un particolare approccio anche nella tutela della concorrenza in questo settore.

### **3.3 RIPRISTINARE I DIRITTI ALLA SALUTE: UNO SGUARDO ALL' UNIONE EUROPEA**

Come potrebbe prospettarsi il rafforzamento dell'intervento dell'UE in materia di salute? L'Unione Europea, pur avendo fin dagli anni settanta affrontato anche la dimensione sociale dell'integrazione europea, e pur avendo ricevuto dal trattato di Maastricht (Tit. X, art. 129) l'investitura ad occuparsi della Sanità Pubblica, non ha mai promosso/ottenuto dagli stati europei una cessione di sovranità tale da rafforzare questa competenza (che è rimasta di "sostegno"), nè da ampliare questo perimetro, neanche in modo parziale. Quindi l'UE non ha nessuna competenza per intervenire sui sistemi sanitari (v. art. 168 TFUE, c.7) degli stati membri, pur essendo il "diritto alla salute" sancito dal Trattato di Lisbona (che ha recepito la Carta dei diritti). Questo diritto alla salute dei cittadini europei, ai sensi dell'art. 35 della Carta dei Diritti suona così:

*"Ogni persona ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e dalle prassi nazionali. Nella definizione e nella attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione Europea è garantito un livello elevato di protezione della Salute Umana"*

**Si tratta quindi di un diritto esigibile solo dal sistema sanitario di ogni stato membro.** Quest'ultimo è tenuto a garantire al cittadino una gamma di interventi che vanno molto oltre a quelli ora coordinabili e in futuro

rafforzabili dall'UE (la tutela della Sanità pubblica<sup>41</sup>). Per questa ragione è **responsabilità dei cittadini europei quella di mobilitarsi attivamente ora per difendere la forma pubblica del servizio sanitario del loro paese e la destinazione dei finanziamenti europei con priorità alla parte pubblica del loro servizio sanitario**. Questo non per penalizzare o discriminare gli erogatori privati che sono convenzionati con il servizio pubblico, ma perché è solo se la parte pubblica del servizio sanitario nazionale è ben strutturata, mirata alla tutela dei diritti e consolidata dopo l'onda d'urto della pandemia (che ha avuto un impatto grave sui servizi sanitari), che anche gli erogatori privati possono essere integrati in modo appropriato alla tenuta del servizio sanitario pubblico.

La presenza dei finanziamenti europei del Recovery fund e di altri eventuali finanziamenti europei per la sanità non ha un effetto taumaturgico sul servizio sanitario nazionale di ogni stato membro se i cittadini europei non si attivano perché prendono coscienza che il loro diritto alla salute è esigibile solo dallo stato a cui appartengono e che è bene mobilitarsi nell'interesse di tutti gli europei, con l'insostituibile apporto dell'Unione europea per fare ciò che non sono capaci di fare da soli i singoli stati (sussidiarietà verticale). L'UE ha mostrato fin dall'inizio della pandemia di Covid 19 una crescente capacità di coordinamento e di azione in materia di Sanità pubblica, anche se ci sono dei problemi sui vaccini e nella tenuta del coordinamento tra i singoli paesi europei, alcuni dei quali scelgono di acquistare da sé dei vaccini che non hanno ancora ottenuto l'approvazione dall'EMA. L'azione di coordinamento dell'UE deve essere favorita dagli stati membri<sup>42</sup>. Tuttavia l'UE ha potuto fare questi interventi (e intende fare il certificato europeo Covid 19) in nome della sua competenza a garantire la "libera circolazione dei cittadini", con cui già è riuscita ad introdurre il tema della sanità nella regolamentazione della mobilità transfrontaliera. Avrebbe potuto fare

---

<sup>41</sup> Anche la competenza europea alla tutela del consumo alimentare, pur rientrando più propriamente nella tutela del consumatore, può essere richiamata per i suoi effetti sulla salute dei cittadini europei. Ciò è da mettere in relazione con l'approccio che sta ora emergendo sulla tutela della salute (umana, animale, ambientale), che è sollecitato anche dalla presenza del rischio endemico di pandemie. In ogni caso, la tutela della Sanità pubblica e la tutela alimentare non sono competenze forti, ma sono competenze deboli dell'Unione Europea che consentono all'Unione europea di promuovere azioni di sostegno agli stati affinché vi sia una maggiore convergenza su alcuni obiettivi individuati dall'Unione Europea. Negli ultimi vent'anni l'UE ha fatto quattro Piani per la salute. Attualmente è in corso il quarto programma (EU4Health Programme 2021-2027 ed è stato varato il pilastro europeo dell'Europa della salute).

<sup>42</sup> In questo quadro normativo, dobbiamo apprezzare l'azione dell'UE per aver indirizzato in modo unitario i vari paesi membri in occasione della pandemia di Covid-19. Diversamente sarebbero avvenute disparità e competizioni tra gli stati membri. Infatti la competenza sulle vaccinazioni è nazionale e l'obbligatorietà della vaccinazione anti Covid dipende dalle norme di ogni stato. (In Italia può essere "raccomandata", salvo l'obbligo per alcune categorie di lavoratori previsto dal d.lgs. 44/2021). Per il Certificato europeo Covid-19 (già denominato Certificato verde digitale) - che contiene l'attestazione dell'avvenuta vaccinazione, gli eventuali test di accertamento del Covid, l'avvenuta guarigione se si è contratto il Covid - la Commissione europea ha proceduto (17 marzo 2021) con due proposte di "Regolamento" (uno riguarda i cittadini dell'Ue e i loro familiari e l'altro che riguarda i cittadini di paesi terzi che risiedono o soggiornano regolarmente nel territorio di uno stato membro). Il 19 marzo 2021 gli ambasciatori presso l'UE hanno approvato le procedure per avviare i negoziati con il Parlamento Europeo. Il 29 aprile 2021 il Parlamento europeo ha approvato i due "regolamenti" e hanno così avuto inizio i negoziati interistituzionali che porteranno i regolamenti all'approvazione del Consiglio. Gli Stati membri si sono impegnati a far sì che il quadro sia pronto entro l'estate 2021. Il certificato europeo sarà introdotto anche in Liechtenstein, Islanda, Norvegia e Svizzera. Prima del passaggio al Parlamento europeo era stata approvata una norma transitoria che garantisce che gli stati membri possano continuare ad utilizzare i sistemi nazionali di certificazione per 6 settimane dopo l'entrata in vigore dei regolamenti europei. L'obiettivo di questa procedura complessa è quello di ottenere il mutuo riconoscimento da parte degli stati membri di questo certificato, e l'UE lo sta portando avanti a partire da una competenza forte che le è stata attribuita, che è quella di garantire la libera circolazione degli individui nell'Unione. Anche l'Italia, che ha già promosso una sua modalità di certificazione Covid free, non potrà che adeguarsi, quando l'iter di approvazione europeo sarà completato. E' in corso di discussione a livello europeo anche la proposta della gratuità dei test anti Covid.

ben poco se, data la gravità della situazione pandemica, si fosse attivata a partire dalla competenza esistente, quella sulla Sanità pubblica, perché è una competenza di tipo solo “complementare” e di “sostegno”.

Non è escluso che la pandemia accenda i riflettori sui passi ulteriori da fare per rafforzare le competenze dell’UE in materia di sanità. È possibile che questi “passi” diventino anche temi della Conferenza sul futuro dell’Europa che si è aperta il 9 maggio 2021 e che è rivolta alla partecipazione dei cittadini europei.

Per raggiungere il traguardo di cui si sta parlando, è necessario modificare i Trattati, cosa che richiede l’unanimità dei paesi membri e quindi un lungo percorso negoziale seguito dalle ratifiche dei singoli stati membri. Per quale ragione? Perché non è possibile che solo un gruppo di stati membri affronti questo obiettivo con una delle forme di cooperazione più snelle e già previste da parte dei Trattati. Il motivo è che, in presenza delle pandemie che potrebbero protrarsi nel tempo, deve essere perseguito il principio della libera circolazione fra gli stati membri, e quindi le misure sanitarie devono coinvolgere tutti gli stati. A questo proposito è da notare un segnale importante. Il 21 aprile scorso la Cancelliera tedesca Angela Merkel<sup>43</sup>, all’interno di una videoconferenza del Partito popolare europeo (PPE), si è detta favorevole a rafforzare l’Europa in materia di salute e ha aggiunto che “si dovranno probabilmente modificare i Trattati dell’UE per farlo”, precisando che sarebbe sempre favorevole a modifiche di questo tipo se questo ha un senso. Si tratta di una dichiarazione che non ha nessun riscontro in atti formali ma che è indicativa di un orientamento possibile.

Attualmente sarebbe urgente affrontare il fatto che le dinamiche di mercato che investono il settore della salute e dell’assistenza (soprattutto nei casi in cui i Servizi Sanitari Nazionali sono molto dipendenti da erogatori privati, come avviene in Lombardia) possono avere un impatto infinitamente più incisivo e destabilizzante di quelle che riguardano i beni di consumo e di investimento. L’impatto negativo potrebbe riguardare non solo l’esigibilità del diritto alla salute ma anche le politiche redistributive e di coesione dei singoli stati.

Sarebbe giunto il momento di avere una cornice di norme nazionali e di interventi anche **a livello di UE a tutela dell’integrità dei SSN pubblici ai fini della risposta al diritto alla salute**. Il limite dell’Unione Europea è quello di aver caldeggiato la cooperazione pubblico/privato, abbracciando una generica visione neoliberista che ha promosso lo sviluppo dei “quasi mercati” in sanità senza valutare nel corso del tempo quali fossero le ricadute sulla capacità dei servizi sanitari così impostati di rispondere ai diritti. Né ha incentivato in modo adeguato la valutazione dei costi di questi modelli per produrre il servizio sanitario. Inoltre le sue linee di finanziamento, non invasive delle prerogative degli stati nazionali, sono destinate a rafforzare solo indirettamente il cuore dei servizi sanitari nazionali, ma non a raggiungerlo.

La pandemia ha richiesto ovunque ai servizi sanitari uno sforzo aggiuntivo per fronteggiare un nemico non previsto (e per integrare questo sforzo a sistema) e anche per sviluppare la loro capacità di resilienza. L’attenzione si è puntata sul modello di sanità Portoghese che ha manifestato buone capacità di risposta e di resilienza. In futuro conosceremo i risultati di studio su questi confronti. Ma fin da ora è necessario valutare (considerando la pandemia e/o prescindendo da questo evento) non solo come sono sostenibili economicamente i servizi sanitari europei (che è il taglio finora seguito), ma soprattutto a quale stadio di evoluzione nella effettiva tutela dei diritti sono giunti e quanto costa produrre i servizi sanitari con il modello di mix pubblico/privato che ogni stato ha realizzato nella sua evoluzione, a partire vuoi dal modello Beveridge oppure dal modello Bismark. Qual è la tenuta effettiva di questi modelli “di quasi mercato” in sanità?

---

<sup>43</sup> Agence France Presse (AFP) 22 aprile 2021.

È limitativo oggi valutare la sostenibilità dei servizi sanitari solo a partire dalla domanda “chi paga?”. Bisogna domandarsi “quanto costa (in termini economici e di potere per le istituzioni pubbliche) erogare i servizi secondo l’impostazione propria dei “quasi mercati?” e “quale qualità si produce, in termini di risposta al diritto alla salute, alla domanda di salute e di appropriatezza delle cure?”

Nel frattempo sarebbe urgente forse provare a guardare alla competenza della Concorrenza (che già è una *competenza esclusiva* dell’Unione e quindi è una competenza forte), per vedere come arginare le dinamiche perverse, scatenate sui mercati della salute, che possono colpire i cosiddetti “quasi mercati” pubblico/privati dei SS europei, che rispondono ai diritti, come quello alla salute, prima che sia troppo tardi. Già ora la consistenza dei mercati della salute presenti nei Servizi sanitari europei è significativa. L’obiettivo è quello di preservare la funzione pubblica dei Servizi Sanitari nazionali, che è quella della tutela del diritto alla salute. Si tratterebbe di capire se, all’interno della tutela della concorrenza che riguarda le merci, si possa configurare anche la tutela di una sorta di concorrenza circoscritta e specifica per la sanità, attraverso l’ampliamento del perimetro delle fattispecie<sup>44</sup>, tale per cui i comportamenti dei soggetti privati siano perseguibili e sanzionabili qualora causino pregiudizio alla funzione pubblica del Servizio Sanitario, che è quello di dare risposta ai diritti. Inoltre occorre evitare che nel mercato privato della salute (e a maggior ragione nelle convenzioni con il Servizio Sanitario pubblico) possano verificarsi posizioni dominanti anomale e possano entrare liberamente degli erogatori non certificati e/o low cost. Qui non si tratta di decidere se liberalizzare o no dei mercati protetti, come ad esempio quello dei tassisti che sono ostili all’ingresso di altre formule come Uber. Questa visione sarebbe da approfondire in Italia, proprio per non perdere di vista alcuni cardini di qualità che improntano il sistema pubblico della sanità e che sono in contrasto con il citato orientamento dell’AGCM (vedi 3.1). Il nostro paese ha sempre avuto un impianto di tutto rispetto per misurare e garantire i LEA e un quadro normativo (vedi le citate sentenze della Corte costituzionale sui vincoli alla spesa pubblica) che definisce i principi per il loro finanziamento.

La via qui ipotizzata forse potrebbe tradursi in strumenti più incisivi e diffusi, anche a livello nazionale, di sorveglianza (e di intervento) dei processi nazionali, europei e internazionali di aggregazione societaria e di penetrazione dei soggetti privati nel business della sanità che si convenzionano con i Servizi sanitari nazionali e regionali. Nel caso italiano, si tratta di introdurre una visione diversa da quella espressa dall’ AGCM, nella citata “segnalazione” del 23 marzo 2021 al presidente Draghi, che invece apre molto all’ingresso dei privati in sanità e all’abbattimento delle regole esistenti.

Ciò consentirebbe anche di collocare nella giusta prospettiva l’impostazione di una politica europea per lo sviluppo delle industrie dei farmaci, dei dispositivi medici e delle apparecchiature diagnostiche. Non è il Servizio sanitario di un singolo paese dell’Unione che può sostenere la filiera di questi produttori, poiché si richiedono anche forti investimenti per la ricerca, l’innovazione e la sperimentazione. Essi non possono prescindere da risorse, strategie e investimenti concordati a livello di Unione europea.

---

<sup>44</sup> Per esempio, attualmente una fattispecie su cui interviene l’Autorità Garante della concorrenza riguarda l’“abuso di potere di mercato” che è definito da una specifica casistica.