

# La trasformazione della Salute. Storia moderna del Sistema Sanitario Lombardo

di Maria Elisa SARTOR

Maria Elisa Sartor si occupa di Scienze dell'organizzazione, delle configurazioni e dei processi di trasformazione dei sistemi sanitari. Insegna a Milano. Dopo aver curato la traduzione di *NHS SOS dall'Inghilterra. Come il Servizio Sanitario nazionale è stato tradito e come si è deciso di salvarlo*, di Jacky Davis e Raymond Tallis (Jago edizioni, Verona 2017), ha pubblicato nel 2021 *La privatizzazione della sanità lombarda dal 1995 al Covid-19: Un'analisi critica* (Roclaw, Amazon), una ricostruzione approfondita e documentata di quanto accaduto all'ex servizio sanitario in Lombardia, utile per comprendere anche il contesto della revisione normativa riguardante il Sistema Sanitario Regionale (SSR) lombardo. Le sue analisi risultano di particolare interesse alla luce dei progetti di legge sulla Autonomia Regionale Differenziata, che prendono sostegno dalla presunta migliore capacità di funzionamento dei servizi sanitari nelle regioni del Nord, a partire da Veneto e Lombardia. In realtà non è tutto oro quel che luccica, non è per nulla opportuno abbandonare il presidio di beni comuni fondamentali come l'accesso pubblico all'assistenza sanitaria o all'istruzione per i presunti vantaggi, tuttora da dimostrare, del servizio privato propagandati da media e fazioni politiche che ne traggono interesse diretto.

A cura della stessa autrice, accogliamo ora una serie di aggiornamenti e approfondimenti sull'evoluzione e le derive del SSR in Lombardia ribadendo che quando ci sono di mezzo i diritti e l'uguaglianza di cittadine e cittadini del

Paese è opportuno un atteggiamento critico sulla reale efficacia dei servizi essenziali, che siano in campo sanitario ed educativo o riguardanti il trasporto pubblico e la tutela del territorio, guardando non solo all'efficienza economica del sistema ma anche alla sua funzione come risposta ai bisogni della popolazione residente.

Il primo contributo che segue è centrato sul processo di privatizzazione della sanità che ha preso piede in Lombardia ed è la sintesi di un intervento dell'autrice presentato al convegno organizzato dall'IRCCS, Istituto farmacologico di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Mario Negri "*Privatocrazia: oltre il mantra della parità pubblico-privato in sanità*", tenutosi il 6 febbraio 2023. Seguiranno altri contributi su argomenti fondamentali per un dibattito pubblico aperto e necessario sulla sanità pubblica e privata nel nostro paese (Enzo Ferrara).

## **“LA PRIVATIZZAZIONE DELLA SANITÀ SECONDO IL MODELLO LOMBARDIA”**

**di Maria Elisa Sartor**

### INDICE

1. Premessa.
2. L'origine "*scientifica*" del processo di privatizzazione della sanità lombarda.
3. La prova dell'avvenuto sbilanciamento in favore del privato.
4. Lo sbilanciamento in sanità che cosa ha prodotto (in estrema sintesi).
5. Come è stato realizzato lo sbilanciamento in favore del privato.
6. I principali interventi di depotenzia-

mento della sfera del pubblico in sanità.  
7. I principali interventi di rafforzamento del privato in sanità.  
Interventi ed omissioni rivolti a tutti i soggetti privati  
Interventi rivolti ai singoli gruppi o a singole aziende socio sanitarie private:  
- Prima dell'ingresso nel SSR  
- Al momento dell'ingresso nel SSR (contratto)  
- Durante la permanenza nel SSR.  
8. Strumenti ed escamotage utilizzati dall'Ente regolatore.  
9. Conclusioni

### 1. PREMESSA

La Lombardia rappresenta l'avamposto della privatizzazione della sanità in Italia.

Nel tentativo di mettere a fuoco quanto è stato fatto in Lombardia per rafforzare la presenza e il ruolo del privato in sanità, presentando alcune delle principali evidenze empiriche risultato di una ricerca (Sartor, 2021) <sup>(1)</sup>, occorre premettere una constatazione. Nel passato, raramente è stato fatto qualcosa per verificare se le informazioni e i dati raccolti fossero in grado di rappresentare i processi di trasformazione in senso privatistico della sanità italiana. Riferendoci infatti ai soli dati statistici - nella loro nudità e, spesso, imprecisione - non è possibile catturare questa trasformazione nella sua complessità. Negli studi italiani si è messo addirittura in moto una sorta di processo di *oscuramento* di quanto storicamente stava, e sta ancora accadendo in termini di privatizzazione. È stato oscurato ciò che sarebbe stato rilevante conoscere con spirito critico e che avrebbe potuto, fornendo chiavi di lettura utili alla difesa del SSN italiano nel suo insieme, forse anticipare i problemi.

Ma non ci si è limitati a questo. Di recente, molti articoli contenenti nuovi "mantra interessanti" stanno riducendo la sanità italiana ad un unico fenomeno generale: la crisi del SSN.

Improvvisamente e paradossalmente, in tempi di drammatica e insensata tentata imposizione dell'autonomia regionale

differenziata <sup>(2)</sup>, non esistono più le regioni e i loro specifici percorsi, soprattutto quelli intrapresi in sanità. Per una sorta di inaspettato ribaltamento del discorso, il SSN è diventato qualcosa di "unitario", ma solamente in quanto livellato nei problemi. È proprio così?

Per quanto riguarda la Lombardia, i caratteri specifici della sanità regionale non vengono osservati in profondità in quanto sono implicitamente dati per noti, e considerati poi non così specifici (non tanto quanto venga supposto da alcuni, ed io sono fra questi). Ma soprattutto vengono indicati come caratteri non problematici, mentre lo sono e costituiscono una minaccia per il SSN nel suo insieme. L'articolo evidenzierà la consistenza di tale minaccia. Quindi, si può affermare che le diverse origini dei problemi, i protagonisti, i processi e i loro esiti non hanno contato quanto avrebbero dovuto per gli analisti. Ed è così che in sanità la penetrazione del privato, lasciato a sé stesso e in libertà, nelle sue diverse facce di finanziatore, erogatore, formatore, addirittura regolatore - propagazione avvenuta in ogni dove <sup>(3)</sup> - è divenuta una delle patologie più insidiose per il nostro SSN, e fra le meno considerate come oggetto di studio dalle università italiane. E, ora più che mai, nel prospettare continue ricette e nel realizzare e contraddire continuamente pratiche che spesso aggravano la malattia, un coro di voci intona il *de profundis* della sanità pubblica.

L'oscuramento delle pratiche di privatizzazione e di tutto ciò che ne deriva è, a mio avviso, un'espressione della strategia tuttora in atto di privatizzazione della sanità italiana. Da una ricognizione articolata dell'esistente si potrebbero invece ricavare ricette utili per la cura del "malato". Chi cominciasse solo ora a capire l'utilità di tale accurata ricognizione al fine di agire consapevolmente e velocemente nella direzione che tenga conto unicamente dei beneficiari indicati dall'art. 32 della Costituzione, spero si aggiunga al più presto a chi sta già provando a realizzare tale ricognizione.

## 2. L'ORIGINE "SCIENTIFICA" DEL PROCESSO DI PRIVATIZZAZIONE DELLA SANITÀ LOMBARDA

Vorrei iniziare con l'evidenziare alcuni punti fermi che riguardano l'introduzione della concorrenza pubblico-privato nel SSR e l'avvio e lo sviluppo del processo di privatizzazione del Servizio socio sanitario e della sanità in senso lato in Lombardia.

**Quando:** dal 1997, formalmente con una legge regionale di riforma (LR 31/1997); ma le premesse vengono poste fin dalla primavera del 1995, da quando cioè Formigoni viene eletto presidente della Regione Lombardia.

**Chi:** Primo governo Formigoni.

**Fondamento ideologico:** Avviene sulla base di un cambio di paradigma, dal *Welfare State* alla *Sussidiarietà orizzontale*.

**Come avviene la svolta:** con lo scorporo dalle ASL delle attività di erogazione. Le ASL lombarde dal 1997 si trovano così disallineate nelle funzioni espletate rispetto alle ASL del resto del Paese. Le ASL lombarde viene deciso non si debbano occupare più direttamente della erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari.

**Perché:** per rendere disponibili alla concorrenza pubblico-privato i servizi prima erogati dal soggetto pubblico (assistenza ospedaliera e territoriale, formazione accademica); soggetti pubblici e privati si contendono da quel momento in poi in modo esplicito l'utente.

**Pratica che viene di fatto avviata:** istituzione e regolazione del *quasi-mercato* in versione lombarda e costruzione e rafforzamento dei *mercati alternativi, intermediati e diretti*. Va ricordato che basta la sola autorizzazione all'esercizio rilasciata dalla Regione, sentito il Comune, per divenire parte del mercato sanitario ed operare al di fuori del SSR.

**Narrazione sullo sfondo:** New Public Management

**Come viene coinvolta l'università:** Viene riformata/ibridata. Il personale del SSR "riformato" secondo la ricetta del centro destra, e in linea con la svolta, entra nei percorsi di formazione del personale

sanitario come docente incaricato nelle facoltà di medicina e chirurgia.

Le facoltà pubbliche di medicina e chirurgia aprono "*proprie*" sedi nelle aziende sanitarie private di erogazione (poli-clinici privati, ospedali privati, centri di riabilitazione privati, ecc., ecc.); in altre parole, le facoltà pubbliche svolgono molte attività accademiche e di ricerca nelle sedi private. Quindi gli studenti delle statali vengono regolarmente formati nelle strutture di erogazione dei gruppi privati della sanità. Le università lombarde, in particolare le economiche e le politecniche, sia pubbliche che private, secondo vari gradi di adesione, e più o meno esplicitamente, sostengono la narrazione alla base della svolta riformatrice della sanità lombarda.

Del resto, per lo più nelle vesti di consulenti, esse hanno anche ispirato e/o aiutato il governo della Regione a realizzare la svolta. Le università economiche (orientate dal *New Public Management*) formano/educano con pari contenuti sia i vertici pubblici del SSR e sia quelli della sanità privata.

Ed ora, di seguito illustrerò in che cosa è consistito lo studio del processo di privatizzazione della sanità lombarda.

## 3. LA PROVA DELL'AVVENUTO SBILANCIAMENTO IN FAVORE DEL PRIVATO

Una volta definito l'arco temporale di interesse dell'analisi, e cioè dalla seconda metà degli anni '90 in poi, ho cercato di ottenere la prova incontrovertibile dell'aumento, nel periodo considerato, della presenza e del ruolo del privato nel SSR. I risultati sono evidenti e non forniscono stampelle a nessun genere di ambiguità interpretativa. Due istantanee fotografano, sotto vari aspetti, la presenza del privato nel SSR:

• **nel 1994**, e cioè prima dell'insediamento del governo Formigoni (primavera 1995)

• **nel 2017**, a soli due anni dallo scoppio della pandemia.

Dal confronto fra le due istantanee si ricava la prova dello sbilanciamento del SSR avvenuto in favore del privato.

#### 4. LO SBILANCIAMENTO IN FAVORE DEL PRIVATO CHE COSA HA PRODOTTO NELLA SANITÀ LOMBARDA (IN ESTREMA SINTESI)

- Consistente aumento del numero delle strutture di erogazione private sia di ricovero e cura, ampiamente oltre il 50%, sia di assistenza territoriale, oltre il 70%
- Aumento del fatturato/anno o della valorizzazione dei servizi erogati dai privati, soprattutto in area extra-ospedaliera
- Aumento delle potenzialità ricettive dei privati: N° posti letto e dei posti tecnici e delle risorse ricettive generiche
- Presso gli atenei pubblici con facoltà di medicina e chirurgia comparsa di sedi accademiche di strutture private di erogazione
- Aumento del numero di istituzioni accademiche di proprietà dei gruppi privati
- Aumento numero degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) privati
- Aumento della gamma di funzioni assegnate al privato non solo di erogazione, ma di finanziamento, erogazione, forma-

zione/docenza, ricerca, progettazione di servizi, regolazione del sistema, rappresentanza dell'Ente Regione

- Maggior attribuzione di risorse simboliche di legittimazione agli erogatori privati

Questa descritta dalla tabella 1 è la configurazione del rapporto pubblico -privato all'interno del SSR lombardo alla fine del 2019. Di recente la penetrazione del privato a contratto con il SSR in Lombardia si è ulteriormente accentuata.

#### 5. COME È STATO REALIZZATO LO SBILANCIAMENTO IN FAVORE DEL PRIVATO

A questo quadro di sbilanciamento in favore del privato si è arrivati attraverso un processo di privatizzazione lento (con punte di accelerazione), articolato, cumulativo, generato dall'attività di regolazione dell'ente regione e di altri attori istituzionali che le si sono affiancati.

E cioè attraverso una...

*«Gamma di iniziative politiche - non necessariamente concepite e messe in atto da un unico attore istituzionale - che hanno come finalità specifica - esplicitata o meno, talvolta del tutto dissimulata - quella di alterare il bilanciamento e la relazione fra il settore pubblico e quello*

Tabella 1 - LOMBARDIA - STRUTTURE DI EROGAZIONE SSR AL 31-12-2019

STRUTTURE	TOTALI	PUBBLICHE	PRIVATE	%PRIVATE SUL TOTALE
Strutture di ricovero e cura	231	106	125	54
Strutture di ricovero a ciclo diurno	4	0	4	100
Strutture di cura sub-acute	3	1	2	66
Strutture ambulatoriali	465	141	324	70
Strutture di raccolta sangue	68	0	68	100
Strutture di Medicina di laboratorio	41	9	32	78
Ambulatori di Medicina sportiva	74	2	72	97
Strutture psichiatriche	160	0	160	100
Studi professionali	2	0	2	100
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>1048</b>	<b>259</b>	<b>789</b>	<b>75</b>

Fonte: Regione Lombardia - Open data regionali con dati al 31 dicembre 2019

*privato, a favore del privato.»<sup>(4)</sup>*

I risultati della ricerca ci dicono di interventi di diverso tipo generati in due sfere diverse di azione. Azioni di svuotamento nella SFERA DEL PUBBLICO e in parallelo interventi di segno opposto – riempimento, rafforzamento - nella SFERA DI AZIONE DELLE FORZE DI MERCATO.

La strategia di privatizzazione può essere descritta compiutamente con 4 parole: *“FARE SPAZIO AL PRIVATO”*. Fare e non dare. È importante la distinzione perché il verbo fare in questo caso significa che è stato prodotto uno spazio, svuotando l'ambito di azione pubblico.

## **6. I PRINCIPALI INTERVENTI DI DEPOTENZIAMENTO DELLA SFERA DEL PUBBLICO**

### **•RICETTIVITÀ DEGLI OSPEDALI PUBBLICI PIÙ CHE DIMEZZATA: dai 45.630 PL del 1995 ai 20.838 del 2018**

Secondo le disposizioni nazionali si sarebbero dovuti ridurre i posti-letto totali sulla base di un parametro via via decrescente nel corso degli anni, un rapporto prestabilito fra numero dei posti letto e popolazione. Ma quello che è accaduto in Lombardia mette in evidenza come il vincolo nazionale non abbia significato diminuire i posti letto sia pubblici sia privati. In realtà si è assistito ad un TRAVASO DAL PUBBLICO AL PRIVATO, e cioè al crescere della proporzione dei posti letti privati sul totale dei posti letto, proporzione che passa dal 19 a quasi il 40%. Senza contare il fatto che i posti letto dei reparti di ospedali pubblici ceduti in gestione al privato sono a gestione privata e non pubblica ma continuano ad essere considerati statisticamente *“pubblici”*.

### **•EFFETTI PERVERSI DI DEPOTENZIAMENTO DEL PUBBLICO DOVUTI ALLA RIQUALIFICAZIONE DEL PATRIMONIO STRUTTURALE OSPEDALIERO PUBBLICO**

Ritardi nella realizzazione degli investimenti paralizzano le attività, spostano utenti verso il privato e demotivano e

fanno fuggire il personale; e le poche strutture pubbliche rinnovate vedono sempre ridimensionata la loro ricettività totale finale (diminuiscono i posti letto).

### **•GLI OSPEDALI PUBBLICI (INCLUSI GLI IRCCS) COSTRETTI A CEDERE AREE DI INTERVENTO PRESTIGIOSE AGLI OMOLOGHI PRIVATI**

Per esempio, la storica Clinica del Lavoro *“Luigi Devoto”* di Milano viene trascurata e depotenziata in favore del Gruppo Maugeri, cui cede attività.

Ma questa pratica è continuata nel tempo, anche se frutto di operazioni meglio nascoste. Ecco un esempio: l'Ospedale Sacco (pubblico), presidio della ASST Fatebenefratelli-Sacco, cede la Cardiocirurgia di eccellenza all'IRCCS Ospedale maggiore Policlinico di Milano (pubblico). Ma, attenzione, il Policlinico (pubblico) al momento del trasferimento, non era ancora attrezzato per soddisfare tutte le richieste soddisfatte in precedenza dall'Ospedale Sacco (pubblico). A chi sono andati con ogni probabilità quindi gli interventi residui di cardiocirurgia? Chi ci ha guadagnato? Ad essere beneficiato, secondo quanto denunciato dal personale medico, è stato il nuovo Galeazzi IRCCS (del Gruppo San Donato GSD), che sta nei pressi. Un passaggio che in apparenza riguarda due ospedali pubblici in realtà è una triangolazione e nasconde un favore rivolto al principale gruppo della sanità privata italiana<sup>(5)</sup>.

### **•RIDIMENSIONAMENTO DEI FATTORI PRODUTTIVI DELLE STRUTTURE PUBBLICHE DI EROGAZIONE - molto più che altrove:**

#### **- PERSONALE DIPENDENTE LOMBARDA - 11,9%; media italiana - 7,3%**

I SSR del Piemonte, Veneto, Emilia Romagna e Toscana, e altri SSR del Centro-Nord nello stesso periodo registrano un aumento contenuto del personale. Quindi, come previsto, a parità di vincoli nazionali si determinano situazioni diverse nelle regioni....

La questione dei tagli di personale nel pubblico “*imposti dai governi nazionali*” e la loro realizzazione diversa nelle differenti regioni, sta lì a dimostrare che SI TRATTA DI SCELTE e non di imposizioni necessariamente subite.

**- GESTIONE DELLE RISORSE UMANE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE FATTA AL CONTRARIO:** Invece che trattenute vengono spesso demotivate e spinte a trovare altre collocazioni.

Il rapporto  **dipendenti SSR/abitanti** e il rapporto  **medici pubblici/abitanti** nelle regioni, in un’epoca di tagli alla sanità e di andamenti demografici differenti, mostrano diversi andamenti.

In Lombardia, a fine arco temporale considerato (1997-2017):

**per ogni dipendente pubblico in sanità: + 24 ab.** si passa da un dipendente SSR su **90 ab.** nel 1997 ad un dipendente SSR su **114 ab.** nel 2017 per **ogni medico pubblico dipendente: + 111 abitanti** si passa da un medico pubblico SSR su **662 ab.** nel 1997 ad un medico pubblico SSR su **773 ab.**

**- ELIMINAZIONE DI BUONA PARTE DEI LABORATORI PUBBLICI DI ANALISI**

Prima interni alle ASL e poi alle ATS (con la riforma Maroni del 2015), in entrambi i casi comunque inseriti nell’area Prevenzione delle strutture citate, i laboratori pubblici, che erano in precedenza 8, vengono ridotti a 3 per servire circa 10 milioni di abitanti<sup>(6)</sup>.

**- DISTRUZIONE DELL’INFRASTRUTTURA TERRITORIALE PUBBLICA PREESISTENTE**

Sottrazione della funzione erogativa del distretto, eliminazione di un buon numero di servizi territoriali e trasferimento dei servizi residui e delle rispettive sedi alla gestione degli ospedali e poi alle ASST (enti solo erogatori sia ospedalieri che territoriali, almeno sulla carta).

**- IMPOVERIMENTO, SVILIMENTO DELLA CAPACITÀ DI INTERVENTO**

**DELLA PREVENZIONE** con cambio di prospettiva, verso la considerazione prioritaria degli stili di vita, trascurando in buona parte tutto il resto.

**- IBRIDAZIONE PUBBLICO/PRIVATO IN TUTTE LE FORME POSSIBILI**

anche se le Partecipazioni Pubblico Privato - PPP - si dimostrano alla prova dei fatti economicamente non convenienti. L’ideologia contenuta nelle affermazioni tipo «le PPP sono un supporto al soggetto pubblico» si è rivelata più forte delle evidenze empiriche.

**- IL SISTEMA UNIVERSITARIO PUBBLICO (FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA) SI AMPLIA MA PER IBRIDARSI STRUTTURALMENTE CON IL PRIVATO**

Istituendo sedi private di docenza e di ricerca all’interno di facoltà di Medicina e chirurgia pubbliche, finanziate dal pubblico. Tali facoltà pubbliche hanno svolto il ruolo di incubatore delle Università di Medicina e Chirurgia dei maggiori gruppi privati in sanità.

Con i seguenti **ESITI ANOMALI:**

1. UNA CONSISTENTE PARTE DEI MEDICI E DEGLI OPERATORI SANITARI VENGONO FORMATI NELLE SEDI PRIVATE DEGLI ATENEI PUBBLICI (se non in atenei del tutto privati).

2. GLI ACCADEMICI, IN GENERE MEDICI DIPENDENTI DELLE STATALI, RICOPRONO IL RUOLO DI DIRETTORI SANITARI O DI DIPARTIMENTO DELLE STRUTTURE PRIVATE DI EROGAZIONE (da sottolineare quindi l’emergere di un forte conflitto di interessi nella gestione mista della dirigenza nel pubblico e nel privato).

**7. I PRINCIPALI INTERVENTI DI RAFFORZAMENTO NELLA SFERA DELLE FORZE DI MERCATO**

In favore del privato si registrano interventi ed omissioni generali, cioè compor-

tamenti di favore rivolti indistintamente a tutti gli operatori privati, ma anche interventi rivolti ai singoli erogatori privati. Questi vengono effettuati prima dell'ingresso nel SSR, al momento dell'ingresso e, per finire, durante la permanenza a contratto con il SSR. Eccoli riportati qui di seguito.

#### **Interventi ed omissioni rivolti a tutti i privati in generale**

• **PROCESSI DI RIORDINO E DI RICOLLOCAZIONE DEI SERVIZI PUBBLICI ESISTENTI - Rete ospedaliera pubblica; Riabilitazione; Ambulatori specialistici; Rete sociosanitaria; Rete di offerta in generale-** **DA RISERVARE AI PRIVATI, riordini che diventano:**

- occasioni per nuove entrate di privati (risorse ricettive generiche che si spostano dal pubblico al privato; dai posti letto ad altro)

- occasioni di riposizionamento continuo all'interno del SSR in nuove aree di business

• **AGGIRAMENTO CON ESCAMOTAGE ORGANIZZATIVI DEI VINCOLI DIMENSIONALI PER L'INGRESSO NEL SSR DEL PRIVATO, VINCOLI CHE IMPEDIREBBERO A STRUTTURE DI RICOVERO TROPPO PICCOLE DI ESSERE A CONTRATTO CON IL SSR (ospedali troppo piccoli risultano essere reparti dislocati di ospedali più grandi).**

• **NON ISTITUZIONE DEL CUP, CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE, che prevedrebbe la confluenza automatizzata delle agende di tutti gli erogatori pubblici e privati in un sistema regionale di prenotazione di visite ambulatoriali specialistiche, esami e ricoveri.**

Non esiste ancora un CUP in Lombardia, nonostante il "Piano nazionale di gestione delle liste di attesa" del 2019, che lo prevede, e il "Piano operativo per il recupero delle liste di attesa regionale" che avrebbe dovuto già realizzarlo; non aver costituito il CUP lascia libero il privato di spostare sulla vendita di servizi a

pagamento quello che è richiesto come servizio del SSR (con pratiche di marketing sui luoghi di erogazione del servizio).

• **ALTERAZIONE DI FATTO DELLE REGOLE DELLA CONCORRENZA in favore del privato**

- Il privato chiede di conoscere ogni aspetto significativo riguardante il pubblico ma gli è consentito di non farsi conoscere: mantenimento del segreto di mercato.

- Presenza del privato di nomina regionale negli organi decisionali delle strutture pubbliche (IRCCS pubblici).

Forte parallelismo con la invasività dell'industria militare nella ricerca istituzionale scientifica e tecnologica

• **TRATTAMENTO DEI SOGGETTI EROGATORI CON REGOLE SULLA CARTA UGUALI PER PUBBLICO E PRIVATO MA PENSATE PER IL PRIVATO E INAPPLICABILI NEL PUBBLICO (in altre parole, vengono stabilite regole che non hanno alcun significato se applicate al contesto pubblico)**

Per esempio, le disposizioni sul gestore unico di più strutture esistono fin dal 2006 (flessibilità gestionale su base regionale) e facilitano solo il soggetto privato pluri-localizzato in ATS diverse. Le ASST (vincolate ad un territorio) non hanno invece le ampie possibilità di gestione extra-territoriale dei budget che hanno i privati.

• **CONCESSIONE ALLE STRUTTURE DEI GRUPPI DELLA SANITA' PRIVATA DI PERMANERE IN POSIZIONE DOMINANTE RISPETTO AGLI EROGATORI PUBBLICI**

Per esempio:

- In **ruoli di coordinamento di reti di assistenza** clinica tempo- dipendenti non covid molto importanti: **cardiologia , cardiocirurgia, chirurgia vascolare, urgenze neurologiche stroke**

- Come **capi commessa, se in joint venture commerciale con una struttura pub-**

**blica** (per la messa a disposizione delle aziende di ogni settore dei “medici competenti”: sono i medici del lavoro)

**•FUNZIONI ACCADEMICHE PUBBLICHE SI SPOSTANO NELLE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE**

I gruppi privati della sanità finiscono per essere i detentori della formazione accademica dei nuovi professionisti della sanità lombarda pubblica e privata.

**•LE UNIVERSITÀ DEI GRUPPI PRIVATI DELLA SANITÀ SONO STATE INCUBATE DAGLI ATENEI PUBBLICI, più precisamente dalle FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**

**Interventi rivolti ai singoli gruppi o a singole aziende socio sanitarie private**

**•PRIMA DELL'INGRESSO NEL SSR:**

**- INTERVENTI QUALI PRECONDIZIONI FACILITANTI L'INGRESSO NEL SSR**

**- Finanziamenti per investimenti strutturali per il sociosanitario (riqualificazioni e risorse per nuove costruzioni) - ma i finanziamenti hanno riguardato anche la permanenza nel SSR**

**- Concessione di suolo pubblico da utilizzare per il servizio in zone di alto valore e/o prestigio**

**•AL MOMENTO DELL'INGRESSO NEL SSR (inteso come messa a contratto)**

**- INGRESSO NEL SSR, INDIPENDENTEMENTE DA UN PROGRAMMAZIONE CHE RILEVI I BISOGNI, INIZIALMENTE FACILITATO nel senso di non sottoposto a procedure di accreditamento e SUCCESSIVAMENTE SOTTOPOSTO AD ACCREDITAMENTO MA CON MODALITÀ SEMPLIFICATE E POCO RASSICURANTI PER L'UTENZA**

**- «Accreditamenti immediatamente eseguibili» con prolungamento delle con-**

venzioni precedenti nella sanità e nel socio-sanitario (avviene a cavallo fra la fine degli anni '90 e i primi anni 2000)

**- Richiamo in deroga degli accordi progressi con i privati** riguardanti progetti innovativi o di altro tipo, al fine di aggirare il blocco temporaneo degli accreditamenti proveniente dal nazionale e far entrare comunque i privati nel SSR

**- I nuovi entranti non vengono controllati nei loro requisiti per l'accREDITAMENTO all'ingresso nel SSR:** requisiti per l'accREDITAMENTO verificati solo su base documentale, non etero controllati

**•DURANTE LA PERMANENZA NEL SSR**

**- PROMOZIONE DELLE STRUTTURE PRIVATE DI RICOVERO (cioè degli ospedali o cliniche private) IN IRCCS:** il cambio della forma istituzionale comporta una maggiore legittimazione e maggiori risorse economiche (Ricerca finanziata dallo Stato e della Regione e sovra-tariffazione delle attività da parte della Regione)

**•FACILITAZIONI ALL'ACCESSO FISICO DELLE STRUTTURE DA PARTE DELL'UTENTE** (mobilità facilitata e segnaletica urbana efficace)

**•BUDGET NEGOZIATI CON I PRIVATI E ALLA BASE DEI CONTRATTI NON DEFINITI NEI MIX DEI SERVIZI DA EROGARE MA DEFINITI SOLO PER MACRO ATTIVITÀ (ospedaliera, extra-ospedaliera ecc.)**

**•TARIFFE CONTINUAMENTE RISTABILITE AL RIALZO,** spesso su richiesta e non in linea con il tariffario nazionale

**•AGGIRAMENTO DELLE NORME DI CONTENIMENTO DELLE ATTIVITÀ DEI SOGGETTI EROGATORI PRIVATI:** tetti di attività vengono aggirati con regole che consentono il riutilizzo dei budget in altri territori

•**SOLLECITAZIONI RIVOLTE AI PRIVATI PERCHÉ PROMUOVANO INIZIATIVE DI SERVIZIO CHE VERRANNO POI FINANZIATE**

•**NEGOZIAZIONE CONTINUA fra l'Ente Regione e i principali erogatori privati (più volte all'anno) per rispondere alle richieste dei privati**

•**CONTROLLI INSUFFICIENTI SULLA ATTIVITÀ SVOLTA DURANTE LA PERMANENZA A CONTRATTO DELLA STRUTTURA NEL SSR**

•**INSUFFICIENTE USO DELLE SANZIONI** verso comportamenti inadeguati degli erogatori

•**NON SANZIONAMENTO CON L'USCITA DAL SSR DEGLI EROGATORI PRIVATI** che si dimostrano per varie ragioni non idonei e di fatto pericolosi

#### **8 STRUMENTI ED ESCAMOTAGE UTILIZZATI DALL'ENTE REGOLATORE LOMBARDO**

Come si può constatare, Regione Lombardia non ha applicato regolarmente e pienamente le disposizioni nazionali, ma le ha o ignorate o riconfigurate a suo piacimento. Ignorate per tutta una fase o per sempre. Solo in alcuni casi applicate, e solo in parte o solo in apparenza. L'applicazione in certi casi viene subordinata a deroghe volte a rispettare l'applicazione di accordi privatistici con gli erogatori privati. Oppure, con una specifica norma si mira a realizzare finalità diverse da quelle originarie.

Queste **TATTICHE DI NON ALLINEAMENTO** sono state denominate "**RISPOSTE SCUDO**" NEI CONFRONTI DELLA **NORMATIVA NAZIONALE o DELLE REALIZZAZIONI DEGLI ACCORDI STATO-REGIONI.**

Ecco **DUE ESEMPI**, entrambi influenti sulla privatizzazione del SSR e della sanità in senso lato:

- **IL MODELLO DELLE 3 A (Autorizzazione, Accreditamento e**

**Accordo di contratto)** istituito alla fine degli anni '90 a livello nazionale per garantire all'utente la qualità dei servizi offerti dagli erogatori privati che diventano fornitori del SSR, in Lombardia viene prima ignorato, poi viene applicato in modo non rispondente alla normativa: non in rapporto con la programmazione; e introdotto parzialmente per altre finalità non di tutela dell'utente del SSR, e cioè **per consentire la COSTRUZIONE DEI MERCATI ALTERNATIVI IN SANITÀ.**

- **COSTITUZIONE DELL'ORGANISMO TECNICO ACCREDITANTE**, noto come **OTA, ritardata e modificata nella sostanza.**

In sintesi, con riferimento alla sfera giuridica si è predisposto/a:

• **RIDETERMINAZIONE DELLE PRIORITÀ E DEI FONDAMENTI GIURIDICI CHE ORIENTANO I COMPORTAMENTI AMMESSI NEL SSR. IL DIRITTO PRIVATO VIENE POSTO PRIMA DEL DIRITTO AMMINISTRATIVO.**

•**TRASFORMAZIONE DEI MODELLI DI ACCREDITAMENTO PER CONSENTIRE AGLI EROGATORI PRIVATI DI ENTRARE FACILMENTE NEL SSR E NEL MERCATO DIRETTO AD UN LIVELLO DI QUALITÀ SUPPOSTA SEMPRE COME PRESENTE** (aggiramento del modello delle 3 A definito nel decreto legislativo 229/1999 che si basa sulla programmazione; e applicazione disallineata delle disposizioni sull'**ORGANISMO TECNICO ACCREDITANTE**).

•**USO DISCREZIONALE DEL TEMPO, nel senso di:**

- Anticipare le disposizioni nazionali che limitano il ruolo del privato con proprie disposizioni dai contenuti opposti o diversi

- Ritardare l'implementazione e l'applicazione

cazione delle disposizioni nazionali non in linea con la propria strategia di privatizzazione

- Introdurre gradualmente i requisiti richiesti per l'accreditamento, in modo da consentire comunque un alleggerimento dei vincoli per il privato

- Prorogare continuamente i termini di adeguamento ai requisiti richiesti per favorire l'ingresso e la permanenza del soggetto privato nel SSR

## 9. CONCLUSIONI

Fino a questo punto sono stati illustrati i principali risultati della mia ricerca. Ora vengo alle considerazioni conclusive. La domanda che andrebbe posta ora è CHE COSA È POSSIBILE FARE, A PARTIRE DALLA LOMBARDIA, per salvare il SSN dalla perdita definitiva della sua caratterizzazione pubblica e del ruolo di regolatore sovraordinato rispetto al privato, per

### NOTE

1 M.E. Sartor, "La privatizzazione della sanità lombarda: dal 1995 al Covid-19. Un'analisi critica", Amazon, 2021.

2. Come si vedrà nel corso dell'articolo, Regione Lombardia ha praticato almeno dalla seconda metà degli anni '90 politiche regionali lontane dal quadro disegnato a livello nazionale per la sanità, e questo nella indifferenza generale e, cosa più grave, e dispiace dirlo, nella indifferenza dei vertici del SSN.

3. Rapporto Mediobanca, La sanità e i suoi maggiori operatori privati in Italia, Area studi, 2023

4. Definizione di privatizzazione del sociologo Stephen Young (1986), da me adattata al contesto lombardo inserendo i due incisi evidenziati in corsivo all'interno della definizione.

realizzare la lettera della Costituzione? Nel dibattito accademico in corso questa domanda sembra del tutto trascurata.

Due sono i percorsi di azione che intravedo come necessari sul fronte dello sbilanciamento privatistico per contenere il fenomeno di snaturamento delle funzioni pubbliche in sanità: il primo riguardante il brevissimo termine e il secondo di medio lungo termine. Ecco:

1. CONGELARE IL PROCESSO DI PRIVATIZZAZIONE: le autorizzazioni all'esercizio delle attività di servizio in sanità da parte dei privati andrebbero fermate.

2. COMINCIARE AD INVERTIRE IL PROCESSO DI PRIVATIZZAZIONE sia del SSR sia della sanità in senso lato.

L'articolazione di questi due processi potrebbe essere oggetto di un prossimo approfondimento.

Milano, 30 settembre 2023

5. Cfr. Gloria Riva, "Sanità pubblica allo sfascio: così gli italiani sono costretti a ricorrere al privato", L'Espresso, 12 dicembre 2022.

<https://lespresso.it/c/inchieste/2022/12/19/sanita-pubblica-allo-sfascio-cosi-gli-italiani-sono-costretti-a-ricorrere-al-privato/22581>

6. I laboratori pubblici rimarranno tre anche durante la prima fase della pandemia, per essere in seguito aumentati. I laboratori privati in Lombardia sono in numero ampiamente maggiore di quelli pubblici. Cfr. **Elenco dei laboratori che possono effettuare la diagnosi molecolare su campioni clinici respiratori secondo protocolli specifici (elenco aggiornato al 2023)**, scaricabile dal sito del Ministero della Salute Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 5 - Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale.