

Sanità lombarda. Istantanee a confronto: 1994 e 2017

di Maria Elisa Sartor

Noi che abitiamo la Lombardia e che siamo i diretti utenti della sua organizzazione sociosanitaria avremmo un compito da svolgere, quasi un dovere verso noi stessi e i cittadini-utenti degli altri SSR del paese. Quello di tentare di conoscere meglio che si può e di far conoscere, senza giri di parole e paludamenti e in estrema sintesi come il Servizio sociosanitario della Lombardia sia stato radicalmente trasformato negli ultimi decenni. Per allontanarci poi dal modo di comunicare tipico di questi tempi, dovremmo essere guidati da un ferreo orientamento di fondo: basarci solo su dati di fatto e non utilizzare/ripetere racconti non verificati, a priori elogiativi.

Se ci si fa carico di questo compito, diventa utile scattare due *fotografie* – riportate schematicamente nelle Tabelle I, II e III – per ricostruire prima come il Servizio Sanitario Regionale (SSR) della Lombardia si presentasse strutturalmente alla fine del 1994, precedentemente cioè all'insediamento dei governi di coalizione di Centro-destra e poi quali tratti evidenziasse alla fine del 2017, quando mancavano pochi mesi alle elezioni amministrative regionali del 2018 i cui risultati consentirono la continuità politica e il permanere in Regione di un governo di Centro-destra ancora sotto la guida della Lega (Presidente Fontana). Nel 2017 si era cioè quasi allo scadere di cinque legislature di simile orientamento politico, durante le quali si erano succeduti i quattro mandati del Governatore Formigoni e l'unico mandato del Presidente Maroni.

Le istantanee mostrano alcuni aspetti che caratterizzano il SSR della Lombardia e che, confrontati nei due momenti scelti, con riferimento ai singoli aspetti evidenziati (denominazione, natura, ruolo formalmente assegnato al privato, collocazione delle macro-funzioni, numero di strutture di ricovero, relazione ospedali/territorio, facoltà di medicina e insegnamenti collegati) ci diranno qualcosa di diverso e in più sullo sbilanciamento verso il privato della sanità lombarda.

Tabella I: Denominazione, natura e ruolo pubblico e privato del SSR della Lombardia

	SSR 1994	SSR 2017
Denominazione	SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN) Regione Lombardia	SISTEMA SOCIOSANITARIO della LOMBARDIA (SSL)
Natura del "Servizio"	MISTA, con preminenza del Pubblico: finanziamento, programmazione, prevenzione, erogazione, controllo sono in mano pubblica. Condivisa con il privato la sola funzione di EROGAZIONE.	MISTO, CON PREMINENZA DEL PRIVATO
Ruolo assegnato al Privato nel SSL (Funzioni)	EROGAZIONE: il privato ha un ruolo complementare e non sostitutivo del ruolo di erogatore riservato al pubblico.	EROGAZIONE, anche in sostituzione del pubblico GESTIONE STRUTTURE PUBBLICHE di erogazione, singolarmente o in partenariato con il pubblico (PPP) REGOLAZIONE ISTITUZIONALE partecipazione: autocontrollo del possesso dei requisiti per entrare e permanere nel quasi-mercato; partecipazione alla definizione dei modi dell'etero-controllo PROMOZIONE DELL'ENTRATA NEL SSL DI NUOVE STRUTTURE DI OFFERTA O DI NUOVI SERVIZI COMMITTENZA/AUTOCOMMITTENZA: scelta dell'erogatore sanitario e/o sociosanitario, sostituendosi all'utente, se "gestore della Presa In Carico dei cronici e/o fragili o PIC" PROGRAMMAZIONE SOCIOSANITARIA DI ZONA – partecipazione GENERAZIONE DI SOTTOSISTEMI SOCIO-SANITARI A CONTRATTO COL SSL AUTOREGOLATI DAL PRIVATO (in quanto gestore della PIC) COSTITUZIONE DI ISTITUZIONI ACCADEMICHE PRIVATE di medicina, chirurgia, odontoiatria, ingegneria medica, in partnership con i poli universitari pubblici e privati del SSL

Innanzitutto in Tabella I evidenziamo la denominazione del "Servizio", ovvero come si chiamava prima e come è stato successivamente denominato, e ancora viene ufficialmente chiamato, il SSR. Il significato del cambio del nome da "Servizio Sanitario" a "Sistema" Sociosanitario avvenuto con il governatore Maroni è lì per indicare la volontà del governo regionale di allontanarsi dal modello nazionale di SSN e indirettamente indica la pervasività del privato. La nuova denominazione del SSR della Lombardia, introdotta con la riforma sanitaria del luglio 2015 (LR 23/ 2015), non è passata inosservata a livello nazionale e ha prodotto presto una reazione ministeriale. L'Ente regione è stato sollecitato da tre Ministri della Repubblica al ripristino della denominazione di "Servizio" sociosanitario della regione Lombardia. Ne è scaturito uno specifico emendamento contenuto nella legge regionale n. 41/2015 (art. 1), poi abrogata con legge regionale "di semplificazione normativa" n. 5/2018, quasi allo scadere del mandato del Presidente Maroni. Si è ritornati così alla originaria legge regionale n. 23 /2015 e alla denominazione di "Sistema" sociosanitario della Regione Lombardia.

In Tabella I si evidenzia anche la natura del "Servizio": già mista – pubblica/privata – del SSR, rispettivamente nel 1994 e nel 2017. Ma in che misura questa natura si poteva dire relativamente più pubblica o più privata rispetto al termine di paragone? Per misurare il grado di privatizzazione sempre in Tabella I è stata considerata la collocazione delle macro-funzioni – di *finanziamento*, *programmazione*, *prevenzione*, *committenza dei servizi nei confronti degli erogatori*, *erogazione*, *regolazione istituzionale* – nei due ambiti pubblico e privato, nei due momenti presi a confronto.

Il ruolo attribuito ai soggetti privati è un altro aspetto del SSL che porta a verificare se siano state mantenute nel tempo le macro-funzioni sopra citate e come siano state eventualmente riconfigurate, disaggregate e riaggregate, e diversamente distribuite fra soggetti pubblici e privati, al vertice/centro o alla base del sistema. Con riferimento alla funzione di programmazione, per esempio, viene il sospetto che con il termine “programmazione” da tempo in Lombardia non si intenda più lo stesso tipo di funzione praticata nel passato dall’ente regione. Il più delle volte sembra essere nella sostanza solo un termine che rimanda ad una previsione di spesa congrua, quindi ad una attività decisionale e di monitoraggio circoscritta ad un ambito finanziario: quanto si intende spendere nel sociosanitario delle risorse pubbliche disponibili? Come si può suddividere la spesa fra capitoli di spesa e soggetti erogatori? E a fine del periodo di riferimento (un anno, o più) si tratta poi solo di verificare se ci si è mantenuti all’interno dei limiti autodefiniti e autoimposti di spesa (budget). Questo tipo di programmazione è probabilmente la sola compatibile con un contesto di mercato in espansione per iniziativa congiunta di pubblico e privato. Diverso è programmare in modo stringente il soddisfacimento dei bisogni rilevando l’entità dei bisogni, misurando il grado di copertura garantito via via a quei bisogni, attraverso strumenti e azioni, e soprattutto mantenendo monitorata costantemente la differenza fra la prima dimensione (entità dei bisogni) e la seconda (livello di soddisfacimento dei bisogni). Bisogni intesi come rispondenti alla “domanda reale”, soppesata alla luce delle conoscenze scientifiche disponibili intorno alle patologie e ai sistemi di cura più efficaci, e filtrata da una deontologia medico specialistica che rifiuta sia l’iper-trattamento sia il trattamento non adeguato.

Non si dovrebbe considerare – in questo caso quindi – la “domanda potenziale” ed in espansione per la costante iniziativa di promozione da parte degli operatori del mercato. Non tutti i Piani sociosanitari si fondano su questo ultimo tipo di programmazione (modello del piano). I piani sociosanitari della Lombardia sembrano basarsi sul *modello budget*. Se è così, questo sarebbe un segno evidente del successo del processo di aziendalizzazione sia culturale sia pragmatica/operativa che ha riguardato anche l’Ente Regione.

Un esempio di re-integrazione delle funzioni di regolazione, committenza, erogazione in Tabella I riguarda il ruolo assegnato al privato di generazione di sottosistemi socio sanitari a contratto con il SSL. Tali funzioni erano in origine integrate nelle USSL lombarde, poi furono separate in ambito pubblico, con la riforma Formigoni del 1997, suddividendole fra strutture di regolazione (ASL) e strutture di erogazione (AO e altre), e ora – di nuovo – si ritrovano re-integrate a livello di enti gestori della cosiddetta PIC (Presenza in Carico dei pazienti Cronici), in maggioranza costituiti da organizzazioni private, alla base del sistema. Il modello lombardo di assistenza di lungo termine per gli anziani, per esempio, è basato in prevalenza sulla assistenza residenziale. Il servizio di assistenza di lungo termine copre nel 2017 il 6,3% della popolazione degli anziani sopra i 65 anni (copertura inferiore a quella di altre regioni italiane). Il 3,8% di tale popolazione riceve servizi di assistenza residenziale e il 2,5% servizi di assistenza domiciliare. Nel 1999 sul totale delle residenze sanitarie di assistenza lombarde, gli enti gestori pubblici erano il 66,6%, quelli privati

religiosi e non profit il 30,3% e i privati profit il 3,1%. Gli IPAB, de-pubblicizzati o in corso di de-pubblicizzazione, nel 2001 erano ancora 239. Poi sono del tutto spariti.

Tabella II: Strutture pubbliche locali e pubblico/privato nelle strutture di ricovero e negli IRCCS del SSR della Lombardia

	SSR 1994	SSR 2017
<p>Strutture Pubbliche Locali</p> <p>Numero e Ruolo</p>	<p>44 USSL Unità socio-sanitarie Locali (prima 88), con propri ospedali, articolate in Distretti, distribuite capillarmente sul territorio.</p> <p>MODELLO “PROGRAMMATORE” e “A CENTRALITÀ DELLA USSL”.</p> <p>USSL integrate in un duplice senso: 1^ nelle FUNZIONI – finanziamento, programmazione, prevenzione, erogazione, controllo; 2^ fra i settori SANITARIO E SOCIOASSISTENZIALE.</p> <p>Servizi previsti: IGIENE PUBBLICA AMBIENTALE E TUTELA SALUTE LUOGHI DI LAVORO; ASSISTENZA SANITARIA DI BASE; ASSISTENZA SANITARIA SPECIALISTICA, OSPEDALIERA ED EXTRA-OSPEDALIERA; MEDICINA VETERINARIA; ASSISTENZA SOCIALE; AMMINISTRATIVO (LR 39/1980)</p> <p>Controllo diretto dei Comuni. Criticità gestionali</p>	<p>8 ATS AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (erano 15 ASL fino al 2015). Territori ATS molto vasti; popolazione media servita elevata (ATS MI: 3.400.000 ab. serviti)</p> <p>MODELLO “A SEPARAZIONE DELLE FUNZIONI” e insieme MODELLO DEL “TERZO PAGATORE”.</p> <p>ATS svolgono direttamente attività di prevenzione medica e veterinaria in ambito distrettuale, di governo dell’assistenza primaria (MMG e PLS), di regolazione istituzionale dei soggetti erogatori del sanitario e socio-sanitario (facilitano l’accesso e la permanenza degli erogatori privati e dei gestori della PIC nel quasi-mercato; negoziano le condizioni di servizio con gli erogatori e gestori pubblici e privati e li pagano per conto della Regione; realizzano un controllo semiautonoma dei soggetti erogatori – in quanto l’Ente Regione interviene in sostituzione delle ATS nei casi critici- e lo esercitano anche in territori di altre ATS).</p> <p>CARATTERIZZAZIONE TERRITORIALE SFUMATA. COMUNI sullo sfondo. Milano esercita un ruolo in parte più autonomo nell’assistenza sociale. In generale, nessun incisivo controllo democratico.</p> <p>FEDERSANITÀ – ANCI corpo intermedio, presente collateralmente, di natura istituzionale non ben definibile.</p>
<p>Strutture di Ricovero Pubbliche (o classificate tali)</p> <p>Numero e Ruolo</p>	<p>27 OSPEDALI CON 93 STABILIMENTI in gestione diretta da parte delle USSL</p> <p>5 OSPEDALI “CLASSIFICATI”, ovvero religiosi considerati “pubblici”</p> <p>IRCCS PUBBLICI 5 (4 per il Ministero) retti da un CDA.</p>	<p>27 AZIENDE SOCIO-SANITARIE TERRITORIALI – ASST, costituite da una o più ex Aziende Ospedaliere.</p> <p>Ruolo “territoriale” meno esercitato di quanto disposto dalla legge regionale: il coordinamento della rete di erogatori pubblici e privati (denominata “RICCA”) del territorio della ASST non si realizza pienamente.</p> <p>Le ASST presentano ruoli e subiscono TRATTAMENTI DALL’ENTE REGIONE DIVERSI da quelli delle organizzazioni di ricovero e cura private. Hanno maggiori DOVERI (non pari) e NON sono in realtà AUTONOME ma soggette a VINCOLI INAGGIRABILI di personale, finanziari, organizzativi, tecnologici.</p> <p>L’ARTICOLAZIONE TERRITORIALE DELLE ASST – tramite Presidi Ospedalieri territoriali (POT) e Presidi sociosanitari territoriali (PRESST) – risulta INCOMPIUTA. Difficoltà di costituzione dei presidi.</p> <p>Talvolta POT e PRESST sono poco distinguibili fra loro. Entrambi I PRESIDI possono IBRIDARSI CON IL PRIVATO, secondo legge.</p> <p>Rapporto fra Cooperative dei Medici di base e PRESST non chiaro.</p> <p>5 IRCCS “PUBBLICI” Fondazioni: natura ibrida (4 per il Ministero).</p>
<p>Irccs Privati/ Irccs Pubblici</p>	<p>6 IRCCS privati contro i 5 IRCCS pubblici</p> <p>Ma parità sostanziale dei posti letto. Il pubblico sopravanza di poco il privato.</p>	<p>21 IRCCS privati contro i 5 IRCCS pubblici.</p> <p>Il privato è quattro volte più presente del pubblico (sovra-tariffazione dal 2010).</p>
<p>Sedi Supposte di Eccellenza Sanitaria</p>	<p>Ospedali pubblici e IRCCS pubblici</p>	<p>IRCCS privati, più dei pubblici</p>

La Tabella II mette in evidenza le caratteristiche delle strutture pubbliche locali del “Servizio”, cioè delle USSL (Unità socio-sanitarie locali, poi Aziende Sanitarie Locali) prima e, dal 2015, delle ATS (Agenzie di Tutela della Salute). Le caratteristiche sono acquisibili specificando numero e funzioni svolte al tempo dei due scatti. Le strutture di ricovero e cura “pubbliche” sono messe a confronto nei due momenti dando conto della loro articolazione tipologica e del numero, così come si è fatto per le strutture private di ricovero e cura (ospedali) rispetto alle pubbliche. Le strutture

di ricovero e cura “classificate” sempre più di frequente passano di mano e vengono acquistate da gruppi privati della sanità. Questo passaggio di proprietà dovrebbe quindi comportare una diversa classificazione di tali strutture nelle statistiche ufficiali; ci si chiede se questi passaggi vengano regolarmente registrati. E così via, per tutti gli altri aspetti considerati che seguono.

Ancora in tabella II, rispetto al numero e ruolo delle strutture pubbliche, si osserva che nella negoziazione annuale preliminare alla stipulazione del contratto fra il SSL e i grandi gruppi privati della sanità in Lombardia (che sono gestori di numerose strutture sociosanitarie con sede nel territorio di un certo numero di Agenzie di tutela della salute lombarde – ATS) risulta in primo piano il ruolo della Regione piuttosto che quello delle ATS. In questo modo, è evidente che finisce per ridimensionarsi sia il significato della territorialità del servizio sia il ruolo delle strutture locali pubbliche di regolazione.

Per finire, in Tabella II si osserva il numero degli IRCCS privati (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) rispetto ai pubblici: già nel 1994 in Lombardia vi erano più IRCCS privati che pubblici, ma di quanto è aumentata la presenza degli IRCCS privati dopo quasi un quarto di secolo? E la sede supposta dell'eccellenza sanitaria all'interno del SSL, dopo un così lungo lasso di tempo, veniva ancora attribuita all'ambito pubblico o era migrata nell'altro? Il perché poi pare si sia spostata – per motivi oggettivi o per l'effetto persuasivo del discorso politico e mediatico sulla opinione pubblica – sarebbe interessante da indagare.

Tabella III: Pubblico e privato nel Rapporto ospedale/servizi sociosanitari territoriali, e nelle istituzioni accademiche del SSR della Lombardia

	SSR 1994	SSR 2017
Rapporto Ospedale / Servizi Territoriali	Bilanciamento ospedale-territorio, dovuto al ruolo del Distretto, ai servizi erogati in strutture di distretto e alla Pianificazione regionale e Territoriale Servizi per lo più gratuiti nel luogo di erogazione	CENTRALITÀ DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA, pubblica/privata (Modello Ospedalocentrico). INFRASTRUTTURA "PUBBLICA" TERRITORIALE QUASI INESISTENTE, IBRIDA più che pubblica; DISOMOGEA. PRESENZA DEI PRIVATI SEMPRE PIÙ ESTESA SUL TERRITORIO. Difficile accesso al SSL spinge l'utente al RICORSO AI SERVIZI A PAGAMENTO DEL MERCATO DIRETTO.
Natura Strutture di Assistenza di Lungo Termine	Pubblica, strutture pubbliche in schiacciante prevalenza sulle private. IPAB pubblici <i>Istituti di Pubblica Assistenza e Beneficenza</i> , in fase di trasformazione in enti morali privati (natura religiosa)	PRIVATA. SCHIACCIANTE PREVALENZA DELLE STRUTTURE PRIVATE Fra il 92 e il 100%, secondo la tipologia delle strutture di servizio: RSA, RSD, CDI, CDD, ADI. IPAB pubblici totalmente scomparsi (2003), sostituiti da RSA private (675) e altre strutture.
Università Statali con Facoltà di Medicina e Chirurgia, Odontoiatria	3 ATENEI PUBBLICI, con poli universitari pubblici <i>Università degli Studi di Milano</i> <i>Università degli Studi di Pavia</i> <i>Università degli Studi di Brescia</i>	5 ATENEI PUBBLICI con Poli di insegnamento pubblici e privati (sovratariffazione dal 2010); ruolo di incubatori di fatto delle università private <i>Università degli Studi di Milano</i> <i>Università degli Studi di Pavia</i> <i>Università degli Studi di Brescia</i> <i>Università degli Studi di Milano Bicocca</i> (dal 1998) <i>Università degli Studi di Insubria</i> (dal 1998)
Università Private con Facoltà/Corsi di Medicina e Chirurgia e Ingegneria Medica	Nessuna	2 ATENEI PRIVATI gestiti da Gruppi della sanità privata e 2 progetti <i>UNI San Raffaele Vita-salute</i> – dal 1998, istituita da Don Verzé, poi del Gruppo San Donato <i>Humanitas University</i> – dal 2004, istituita dal Gruppo Humanitas (Techint di Felice Rocca) <i>Progetto Università IEO-Monzino</i> , iniziativa di Luxottica e altri; poi sospensione del progetto <i>Progetto Medtec School</i> – Humanitas University e Politecnico di Milano; avvio previsto nel 2019

Venendo al rapporto fra ospedale e servizi territoriali, evidenziato in Tabella III, quale situazione di equilibrio o squilibrio fra i due poli si poteva registrare prima dell'avvento dei governi di Centro-destra? E quale risultava essere alla fine del periodo considerato? Come si può notare, è in primo piano la struttura ospedaliera e i servizi territoriali sono carenti.

Per quanto riguarda la natura delle strutture di assistenza di lungo termine, il confronto fra le istantanee riportato in Tabella III consente sia di osservare che ne è stato in Lombardia delle centinaia di *Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza* (IPAB) pubbliche scomparse nel 2003 perché divenute enti morali di natura privata nel corso degli anni '90 per disposizioni normative nazionali, sia di conoscere da che cosa gli IPAB sono stati alla fine sostituiti. La tabella dà anche conto della proporzione dell'assistenza di lungo termine per anziani gestita da organizzazioni private.

È stato importante stabilire quale fosse il numero delle università pubbliche e private con facoltà di medicina e chirurgia nei due momenti considerati. In alcuni casi si tratta di insegnamenti di frontiera di Medicina e Chirurgia, piuttosto che di vere e proprie facoltà. Nel 2017 i poli universitari di Medicina e Chirurgia degli atenei pubblici lombardi risultavano ancora pubblici? L'esistenza di poli universitari privati della facoltà di Medicina e Chirurgia della Statale di Milano, pur consentita dal quadro normativo nazionale, stimola alcune considerazioni. Oltre a offrire ai poli privati di proprietà dei principali gruppi della sanità privata opportunità di legittimazione e di sviluppo, vengono loro destinate ulteriori risorse pubbliche: sovra tariffazioni per i servizi erogati oggetto di didattica e non solo (da parte della Regione) e anche, con ogni probabilità, fondi per investimenti strutturali e strumentali in ambito didattico (da parte dell'ateneo pubblico, tramite decisione dei suoi organi collegiali e/o cda). Per non parlare del fatto che, con questa pratica, il maggiore gruppo privato della sanità in Italia e in Lombardia, il Gruppo San Donato, nel territorio della città metropolitana di Milano dispone sia di una propria sede universitaria (privata), incubata tempo fa dalla Statale di Milano sia di poli universitari (2 IRCCS privati) che fanno – ancora e incredibilmente – riferimento a UNIMI. Privati, se si guarda alla proprietà, ma pubblici in quanto sedi universitarie di atenei pubblici. Il confronto fra le istantanee indurrà ad interrogarsi sulle iniziative degli atenei pubblici lombardi a sostegno dei gruppi privati della sanità, dal momento che alcuni degli ospedali privati (o strutture private di servizio, in senso lato), sono stati prima sedi dei poli universitari statali e successivamente Università di Medicina e Chirurgia (o parti di esse), trasformandosi così in sedi accademiche private in diretta concorrenza con gli atenei statali loro incubatori.

In conclusione ancora una nota. Il modello macro-organizzativo del SSR della Regione Lombardia, scaturito dalla riforma Maroni del 2015 (l.r. 23/2015), essendo stato definito “sperimentazione”, si è stabilito anche che dovesse essere sottoposto a una valutazione per verificarne la funzionalità e la tenuta. Sono stati previsti due momenti: uno allo scadere dei 3 anni e il secondo allo scadere dei 5 anni dall'avvio della sua implementazione. La valutazione allo scadere dei 3 anni non è stata fatta. Rimane l'obbligo di valutare il SSL, in particolare le sue articolazioni ATS e ASST, nel corso del 2020.

**Adattamento dell'articolo Lombardia. Istantanee a confronto di M. E. Sartor (professore a contratto, Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano) apparso su Salute Internazionale il 4 marzo 2020 (<https://www.saluteinternazionale.info/2020/03/lombardia-istantanee-a-confronto/>)*