

Anna Tempia – AUDIZIONE IMMAGINARIA DI UNA CITTADINA SULLA SANITÀ IN LOMBARDIA – parte 1/3

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 pandemia¹. 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.

Tutti sono concordi nel dire che in Lombardia bisogna intervenire sulla sanità territorialeⁱⁱ 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"ⁱⁱⁱ 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"^{iv} 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 - 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^v (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 neoliberalista, 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^{vi}.

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^{vii} e richiamerò brevemente il problema delle esternalizzazioni (v. 1.3). 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^{viii} 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^x. 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^x.

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 sperimentazione per ATS e ASST è stato recuperato e aggiunto al testo originario della l.r. 23/2015 e compare come "1bis"^{xi}.

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^{xii}. 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.

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^{xiii}.

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^{xiv}.

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 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^{xv} 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 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^{xvi}.
- 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^{xvii}, che avrebbe dovuto superare i problemi 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^{xviii} (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 dgr. XI/1694 del 3 giugno 2019. Le reti clinico assistenziali sono state riconvertite in reti "organizzative"^{xix}, 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)^{xx}. 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 l’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 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 sospeso della revisione della 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 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^{xxi} del 16 dicembre 2020 del Ministro Speranza al Presidente Fontana che ha accompagnato il documento prodotto da AGENAS^{xxii} 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^{xxiii} 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 vibrante 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^{xxiv} che il giorno precedente l'Ufficio di Presidenza del Consiglio all'unanimità aveva deliberato un 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 Consiliare 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.

i 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).

ii 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).

iii 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.

iv 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.

v 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, video Webinar del 16 novembre 2020.

vi Riforma Formigoni: l.r. 31 dell'11 luglio 1997, *Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con i servizi sociali*.

vii 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.

viii 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.

ix 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.

x 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 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.

xi 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**”.

xii A. Tempia, *Sistema Sanitario Lombardo: dove deve dirigersi il bisturi per “curarlo”*. In

www.medicinademocratica.org e www.serenoregis.org, dicembre 2020.

xiii 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.

xiv 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.

xv 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.

xvi 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.

xvii 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

xviii 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., *Presa in carico della cronicità, Evoluzione 2017-2019*, in Lombardia sociale 26/1/2020.

xix 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.

xx 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”.

xxi 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”.

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

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

xxiv 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