

## **Anna Tempia – AUDIZIONE IMMAGINARIA DI UNA CITTADINA SULLA SANITÀ IN LOMBARDIA – parte 2/3**

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

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

Il Servizio sanitario “pubblico” della Lombardia è venuto a costituirsi partendo dagli erogatori pubblici e con l'acquisto e la contrattualizzazione di parte dell'offerta degli erogatori privati accreditati. Tuttavia non si è trattato di un mero processo “additivo”, già criticabile perché privo di strategie programmatiche come si dirà tra breve, ma si è trattato anche di un processo deliberatamente sostitutivo di vari operatori pubblici con quelli privati. Tra gli altri effetti, ha avuto anche quello di diminuire gradualmente l'offerta sanitaria complessiva in regime pubblico. Questo problema, che rientra nella sfera della responsabilità politica di rispondere ai diritti, non è esplicitato né percepito in questi termini ma viene derubricato a una questione organizzativa: come gestire le code, cioè i tempi di attesa sempre più lunghi per ottenere le prestazioni? E a questo proposito la Lombardia, in tempi di Covid, si è adoperata per costruire un super CUP regionale. Nella cornice ideologica della sussidiarietà orizzontale, il percorso avviato da Roberto Formigoni – Governatore della Lombardia dal 1995 al 2013 – di apertura ai privati, è andato avanti senza soluzione di continuità fino ai giorni nostri, insieme alla contrazione dell'offerta complessiva in regime pubblico e a una sensibile redistribuzione dei servizi sanitari tra gli erogatori, che ha penalizzato proporzionalmente di più gli erogatori pubblici rispetto a quelli privati contrattualizzati. Ciò è avvenuto in modo macroscopico per i servizi sanitari territoriali e in misura significativa anche per gli ospedali.

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

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

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

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

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

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

L'amministrazione regionale da anni continua a rassicurare il cittadino dicendo che farà di tutto per cogliere meglio la "domanda" di salute. Tuttavia il cittadino ha l'impressione che quella che è venuta meno sia la volontà/possibilità di governare l'"offerta" nella complessità della sua articolazione e dei suoi interessi, per indirizzarla alla risposta dei diritti.

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

regionale a seconda delle convenienze economiche e non in modo tale da costituire un servizio per i cittadini/abitanti, là dove sono insediati. Questo processo è avvenuto con vari strumenti anche per pilotare e fidelizzare la domanda.

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

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

Tuttavia non possiamo evitare di gettare lo sguardo sui meccanismi interni al mercato privato che si sono innescati in Lombardia con la pandemia di Covid, poiché essi determinano varie retroazioni anche sul Servizio pubblico. A giudicare dalle strategie di posizionamento delle principali società private, si è aperta la corsa per fidelizzare i clienti che possono pagare. Di questa circostanza vorrebbero approfittare gli intermediari, come le assicurazioni, che si dicono preoccupati del fatto che si potrebbe gestire meglio l’“out of pocket” dei sempre più numerosi paganti di tasca propria. Non dobbiamo dimenticare che noi adesso ci troviamo davanti a una disponibilità a “pagare la salute” che è selettiva e che, su queste dimensioni, è un fenomeno transitorio. Non è una ragione per pronosticare la riduzione del perimetro del servizio sanitario pubblico e per farne il protagonista votato alla cosiddetta “igiene pubblica potenziata” – baluardo dello “spillover” endemico e futuro – a discapito di tutta la gamma delle prestazioni specialistiche praticate dagli erogatori pubblici.

Molti sono i soggetti privati che operano nei servizi sanitari territoriali anche in convenzione con il SSL. Anche qui ci sono eccellenze e settori in cui il privato ha mostrato capacità inedite di adattarsi alle esigenze della pandemia. Ad esempio, una società privata specializzata in Assistenza Domiciliare, che in convenzione con il SSL opera in provincia di Bergamo, ha riferito nel corso di una videoconferenza, che durante la prima fase della pandemia in cui ha dovuto soccorrere molti pazienti, ha trovato sostegno dalle donazioni promosse da associazioni locali, per compensare il super lavoro eccedente il tetto contrattualizzato.

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

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

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

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

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

Inoltre il fatto che il rinnovo del contratto di lavoro (ottobre 2020) dei dipendenti della sanità privata sia stato coperto per il 50% dalla Regione, ha destato reazioni molto negative per le sue varie implicazioni. E

anche per il fatto che sono stati utilizzati (Dgr.. XI/3915 del 25.11.2020) i fondi destinati ai Livelli essenziali di assistenza (LEA).

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

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

Se non si riesce ad invertire la rotta, e a ricostruire le fondamenta di un Servizio sanitario pubblico, che ripristini l’integrazione delle funzioni e proceda con la programmazione e un appropriato sistema di controlli e di regolazione, i cittadini avranno sempre meno servizi in convenzione con il SSL. Inoltre la prospettiva è quella di avere un SSL vulnerabile per due ragioni: a) perché affidato ad un governo pubblico regionale permanentemente debole nel perseguire finalità pubbliche; b) perché troppo dipendente dalle dinamiche (nazionali e internazionali) dei mercati dei servizi per la salute e l’assistenza, poiché è sovra esposto quantitativamente verso la componente privata dei suoi erogatori.

## **2.2 LA LIBERA SCELTA E L’ APPROPRIATEZZA DELLE CURE’**

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

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

In un sistema detto di “quasi mercato” come quello lombardo, il call center ha un ruolo fondamentale nello smistare la domanda. Da lungo tempo il call center in genere risponde che tra gli erogatori pubblici i tempi di attesa sono molto lunghi. Molti cittadini hanno perciò imparato dall’esperienza a rivolgersi direttamente

agli sportelli di prenotazione dei servizi pubblici, dove quasi sempre è possibile trovare degli accessi in tempi ragionevoli e senza nessuna corsia preferenziale (es. liste di attesa). Durante la seconda fase della pandemia, è entrato in funzione un CUP regionale più centralizzato e contemporaneamente si sta assistendo in qualche caso alla disattivazione della funzione di prenotazione diretta<sup>vi</sup>, telefonica o di persona, presso alcuni servizi pubblici, ma non presso gli sportelli dei servizi erogati dai privati. Quello che disturba molto il cittadino quando vuole prenotare presso erogatori pubblici è il sentirsi dire “mi dispiace, lei è interessata a prenotare tra 1 mese, due mesi, tre mesi, ma non posso farlo perché il reparto non mi ha ancora comunicato le disponibilità. Le disponibilità che ho, arrivano solo alla fine del mese” ... o poco oltre. Perché accade questo? La possibilità di trovare risposta da un erogatore pubblico c’è, a patto che si sia disponibili ad aspettare oppure a spostarsi anche lontano da casa. Supponendo di avere bisogno di fare un elettrocardiogramma in tempi ravvicinati (senza prescrizioni di urgenza da parte del MMG), pur abitando a Milano, può capitare di dover andare ad esempio a Garbagnate.

Cosa può accadere se prenoti con il CUP una prestazione in convenzione con il SSR presso un erogatore privato? Normalmente non ci sono problemi. Ma può capitare che, quando ti presenti per la prima seduta di un ciclo di trattamenti, ti spieghino che solo una parte è in convenzione con il SSL e che l’altra parte è a pagamento. Il CUP non te l’ha detto o forse non lo poteva sapere. Può anche accadere che, se prenoti ad esempio un esame diagnostico con una procedura telefonica automatica, e ti viene rilasciato il numero di prenotazione, dopo qualche tempo il centro privato ti contatti al telefono. Il motivo è per scusarsi dell’increscioso disagio “perché il posto in convenzione con il SSL non c’è”, ma ci sarebbe a pagamento con un ventaglio di prezzi a scelta. A quel punto, magari devi portare l’esito dell’esame per una visita specialistica già prenotata e non ti resta che farlo a pagamento.

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

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

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

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

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

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

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

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

\*\*In Lombardia i ricoveri dei pazienti psichiatrici nelle comunità sono temporanei e rinnovabili entro certi limiti. Si tratta di una normativa adatta alle persone che hanno possibilità di migliorare. Il caso dei pazienti

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

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

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

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

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

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

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

v Gli esempi riportati sono riferiti a casi reali.

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

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