

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

## CAP. 3 PROPOSTE

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

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

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

**\*\*** *“Anche la Sanità pubblica deve aprirsi ai privati secondo i principi della concorrenza ed è necessario “semplificare” (ovvero eliminare) i passaggi che la ostacolano”.* Questo è uno dei messaggi desumibili dalla “segnalazione” da parte della Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (AGCM) indirizzata al presidente Draghi ai fini del disegno di legge sulla concorrenza, previsto nella cornice del Recovery Plan. AGCM non tiene minimamente conto del fatto che ciò che viene offerto al cittadino dal SSN non è prodotto dal mercato, anche se si avvale di operatori privati che operano sul mercato. Non tiene conto che devono essere integrati nel servizio pubblico secondo precise normative, come l’Accreditamento (l. 229/99) e la Programmazione (che dovrebbe esser fatta!!). È auspicabile che AGCM vigili sul fatto che fra gli erogatori privati che operano nel SS pubblico, si possono configurare delle fusioni e delle forme di “abuso” o di “eccessivo” potere di mercato che esulano da quelle attualmente previste per il suo intervento e che sono invece “tarate” per i mercati delle merci tout court. L’apertura “a priori” alla concorrenza in Sanità, suggerita dall’AGCM a Draghi risulta inoltre priva di riscontri, poiché nasce senza la minima presa d’atto di che cosa sia già un “quasi mercato” come, per esempio, quello della Lombardia e delle sue contraddizioni. Non c’è bisogno di liberalizzazioni e di concorrenza nel SSN ma c’è bisogno di regole e procedure per consentire di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (v. anche sentenze Corte Costituzionale n. 62/2020 e n. 275/2016) e per consentire all’AGCM di intervenire sui fenomeni che avvengono nel mercato degli erogatori privati di servizi sanitari affinché non interferiscano con gli adempimenti dei LEA. I LEA sono un diritto dei cittadini e un obbligo per lo Stato e le Regioni devono dotarsi di un modello di Servizio Sanitario Regionale che ne garantisca l’attuazione.

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

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

avanti, occorresse tornare indietro”, cioè a qualcosa che avvicini la Lombardia al modello del Servizio Nazionale pubblico?

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

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

E che dire del fatto che il 50% del costo del rinnovo (ottobre 2020) del contratto di lavoro dei dipendenti delle strutture private accreditate è stato pagato dalle Regioni?<sup>iii</sup> Questo è avvenuto sapendo che l’obbligo di pubblicare i bilanci da parte degli erogatori privati viene ottemperato solo da una parte dei privati e sapendo che nelle strutture private vige un altissimo ricorso ai contratti atipici e precari, anche fra il personale medico. Il fatto che le delibere regionali a questo proposito, si riferiscano sempre genericamente agli erogatori “accreditati” fa sorgere il dubbio su chi siano stati i beneficiari effettivi. Infatti le aziende “accreditate” contrattano una parte delle loro prestazioni con il SSL, e per il rimanente lavorano per il mercato libero (paganti, assicurazioni e fondi sanitari). La Lombardia ha sostenuto il 50% del rinnovo del CCL dei dipendenti delle strutture private con i fondi che sarebbero da destinare ai LEA, cioè alle cure dei pazienti.

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

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

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

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

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

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

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

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

**\*\* Per quanto riguarda la Lombardia, occorre adeguare molto attentamente le risorse umane attualmente impiegate nel SSL per portarle alla giusta dimensione.** Il prof. Vago nella sua relazione orale di marzo, a nome della maggioranza del Comitato dei saggi, ha fatto riferimento al fatto che uno dei limiti della

Lombardia è che la proporzione degli infermieri in rapporto ai medici è inferiore alla media (nazionale e regionale). Tuttavia devono esser considerati anche altri due dati importanti, ma non citati, che caratterizzano la Lombardia: a) il numero dei medici per abitante, è più basso della media nazionale e b) è prevedibile la carenza degli specialisti e dei MMG, che si preannuncia di qui al 2025 per ragioni legate ai pensionamenti e a quota 100.

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

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

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

\*\* Per quanto riguarda la **funzione dell’accreditamento**, penso che sia impossibile decentrarla sulla base della distinzione tra erogatori di rilevanza locale o di rilevanza più ampia, come suggerisce AGENAS. I motivi sono tre: a) Il mercato degli erogatori privati non conosce queste partizioni; b) l’accreditamento è da collegare strettamente alla Programmazione e al sistema dei controlli come si diceva prima; c) nei casi in cui il servizio regionale sia eccessivamente dipendente dai contratti con gli erogatori privati e questi abbiano un potenziale produttivo in eccesso (come in Lombardia), occorre far evolvere la natura dell’“accreditamento”.

Mi soffermo su quest'ultimo punto per alcune riflessioni. Mi pare che oggi in Lombardia la priorità non sia quella di fare più ingressi di nuovi erogatori privati, ma quella di fare in modo che *la permanenza di chi è già entrato* abbia una funzione coerente nel quadro delle esigenze evolutive del servizio sanitario in chiave pubblica. L'accreditamento non può più essere solo un meccanismo con funzioni prevalentemente "additive" e orientato all'ingresso e alla contrattualizzazione dei privati, ma deve privilegiare anche l'accertamento delle condizioni (e dei requisiti) che consentono la permanenza degli accreditati nel sistema pubblico regionale. Per questa ragione si tratta non solo di un percorso ricorrente di controlli e di "accertamenti dei requisiti", ma anche di *"peso" che la Regione deve poter far valere affinché la stipulazione dei contratti sia ad integrazione dell'impostazione del Servizio sanitario, che deve rispondere a principi di utilità pubblica e di Programmazione del SSL*. Questo tipo di approccio all'accreditamento richiede una ferma correzione all'interno di Regione Lombardia. Essa non manca di volontà e di approccio negoziale favorevole ai privati erogatori: non è questo il profilo che ha bisogno di incoraggiamenti.

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

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

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

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

In particolare, non devono essere esternalizzati i sistemi che gestiscono e implementano la **Banca dati assistito e il fascicolo sanitario elettronico (FSE)** e ne definiscono l'accesso. Innanzitutto perché riguardano i dati sensibili di salute di ogni cittadino e in secondo luogo per il tipo di interesse di cui sono oggetto. "Teoricamente (come scrive AGENAS<sup>viii</sup>), il FSE potrebbe diventare il volano per l'implementazione della sanità digitale, della telemedicina e della interoperabilità dei dati" (...) "l'interoperabilità dei dati favorisce

la creazione e l'uso di big data a tutela della salute pubblica". Su questi tipi di dati c'è l'interesse della comunità scientifica ai fini della ricerca per migliorare le terapie e i farmaci ma ci sono anche forti interessi a fini commerciali e di controllo sociale che devono essere opportunamente e tempestivamente contrastati.

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

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

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

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

*di tutte le politiche ed attività dell'Unione Europea è garantito un livello elevato di protezione della Salute Umana"*

**Si tratta quindi di un diritto esigibile solo dal sistema sanitario di ogni stato membro.** Quest'ultimo è tenuto a garantire al cittadino una gamma di interventi che vanno molto oltre a quelli ora coordinabili e in futuro rafforzabili dall'UE (la tutela della Sanità pubblica<sup>ix</sup>). Per questa ragione è **responsabilità dei cittadini europei quella di mobilitarsi attivamente ora per difendere la forma pubblica del servizio sanitario del loro paese e la destinazione dei finanziamenti europei con priorità alla parte pubblica del loro servizio sanitario.** Questo non per penalizzare o discriminare gli erogatori privati che sono convenzionati con il servizio pubblico, ma perché è solo se la parte pubblica del servizio sanitario nazionale è ben strutturata, mirata alla tutela dei diritti e consolidata dopo l'onda d'urto della pandemia (che ha avuto un impatto grave sui servizi sanitari), che anche gli erogatori privati possono essere integrati in modo appropriato alla tenuta del servizio sanitario pubblico.

La presenza dei finanziamenti europei del *Recovery Fund* e di altri eventuali finanziamenti europei per la sanità non ha un effetto taumaturgico sul servizio sanitario nazionale di ogni stato membro se i cittadini europei non si attivano prendendo coscienza che il loro diritto alla salute è esigibile solo dallo stato a cui appartengono e che è bene mobilitarsi nell'interesse di tutti gli europei, con l'insostituibile apporto dell'Unione europea per fare ciò che non sono capaci di fare da soli i singoli stati (sussidiarietà verticale).

L'UE ha mostrato fin dall'inizio della pandemia di Covid 19 una crescente capacità di coordinamento e di azione in materia di Sanità pubblica, anche se ci sono dei problemi sui vaccini e nella tenuta del coordinamento tra i singoli paesi europei, alcuni dei quali scelgono di acquistare da sé dei vaccini che non hanno ancora ottenuto l'approvazione dall'EMA. L'azione di coordinamento dell'UE deve essere favorita dagli stati membri<sup>x</sup>. Tuttavia l'UE ha potuto fare questi interventi (e intende fare il certificato europeo Covid 19) in nome della sua competenza a garantire la "libera circolazione dei cittadini", con cui già è riuscita a introdurre il tema della sanità nella regolamentazione della mobilità transfrontaliera. Avrebbe potuto fare ben poco se, data la gravità della situazione pandemica, si fosse attivata a partire dalla competenza esistente, quella sulla Sanità pubblica, perché questa è una competenza di tipo solo "complementare" e di "sostegno".

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

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

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

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

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

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

Nel frattempo sarebbe urgente forse provare a guardare alla competenza della Concorrenza (che già è una *competenza esclusiva* dell'Unione e quindi è una competenza forte), per vedere come arginare le dinamiche perverse, scatenate sui mercati della salute, che possono colpire i cosiddetti "quasi mercati" pubblico/privati dei Servizi Sanitari europei, che rispondono ai diritti, come quello alla salute, prima che sia troppo tardi. Già ora la consistenza dei mercati della salute presenti nei Servizi Sanitari europei è significativa. L'obiettivo è quello di preservare la funzione pubblica dei Servizi Sanitari nazionali, che è quella della tutela del diritto alla salute. Si tratterebbe di capire se, all'interno della tutela della concorrenza che riguarda le merci, si possa configurare anche la tutela di una sorta di concorrenza circoscritta e specifica per la sanità, attraverso l'ampliamento del perimetro delle fattispecie<sup>xii</sup>, tale per cui i comportamenti dei soggetti privati siano perseguibili e sanzionabili qualora causino pregiudizio alla funzione pubblica del Servizio Sanitario, che è quello di dare risposta ai diritti. Inoltre, occorre evitare che nel mercato privato della salute (e a maggior ragione nelle convenzioni con il Servizio Sanitario pubblico) possano verificarsi posizioni dominanti anomale e possano entrare liberamente degli erogatori non certificati e/o *low cost*. Qui non si tratta di decidere se liberalizzare o no dei mercati protetti, come ad esempio quello dei tassisti che sono ostili all'ingresso di altre formule come Uber. Questa visione sarebbe

da approfondire in Italia, proprio per non perdere di vista alcuni cardini di qualità che improntano il sistema pubblico della sanità e che sono in contrasto con il citato orientamento dell'AGCM (vedi 3.1). Il nostro paese ha sempre avuto un impianto di tutto rispetto per misurare e garantire i LEA e un quadro normativo (vedi le citate sentenze della Corte costituzionale sui vincoli alla spesa pubblica) che definisce i principi per il loro finanziamento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

viii AGENAS, rapporto cit. pag. 60

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

x In questo quadro normativo, dobbiamo apprezzare l’azione dell’UE per aver indirizzato in modo unitario i vari paesi membri in occasione della pandemia di Covid-19. Diversamente sarebbero avvenute disparità e competizioni tra gli stati membri. Infatti la competenza sulle vaccinazioni è nazionale e l’obbligatorietà della vaccinazione anti Covid dipende dalle norme di ogni stato. (In Italia può essere “raccomandata”, salvo l’obbligo per alcune categorie di lavoratori previsto dal d.lgs. 44/2021). Per il Certificato europeo Covid-19 (già denominato Certificato verde digitale) - che contiene l’attestazione dell’avvenuta vaccinazione, gli eventuali test di accertamento del Covid, l’avvenuta guarigione se si è contratto il Covid – la Commissione europea ha proceduto (17 marzo 2021) con due proposte di

“Regolamento” (uno riguarda i cittadini dell’Ue e i loro famigliari e l’altro che riguarda i cittadini di paesi terzi che risiedono o soggiornano regolarmente nel territorio di uno stato membro). Il 19 marzo 2021 gli ambasciatori presso l’UE hanno approvato le procedure per avviare i negoziati con il Parlamento Europeo. Il 29 aprile 2021 il Parlamento europeo ha approvato i due “regolamenti” e hanno così avuto inizio i negoziati inter-istituzionali che porteranno i regolamenti all’approvazione del Consiglio. Gli Stati membri si sono impegnati a far sì che il quadro sia pronto entro l’estate 2021. Il certificato europeo sarà introdotto anche in Liechtenstein, Islanda, Norvegia e Svizzera. Prima del passaggio al Parlamento europeo era stata approvata una norma transitoria che garantisce che gli stati membri possano continuare ad utilizzare i sistemi nazionali di certificazione per 6 settimane dopo l’entrata in vigore dei regolamenti europei. L’obiettivo di questa procedura complessa è quello di ottenere il mutuo riconoscimento da parte degli stati membri di questo certificato, e l’UE lo sta portando avanti a partire da una competenza forte che le è stata attribuita, che è quella di garantire la libera circolazione degli individui nell’Unione. Anche l’Italia, che ha già promosso una sua modalità di certificazione Covid free, non potrà che adeguarsi, quando l’iter di approvazione europeo sarà completato. E’ in corso di discussione a livello europeo anche la proposta della gratuità dei test anti Covid.

xi Agence France Presse (AFP) 22 aprile 2021.

xii Per esempio, attualmente una fattispecie su cui interviene l’Autorità Garante della concorrenza riguarda l’“abuso di potere di mercato” che è definito da una apposita casistica.