

Fulvio Lonati

Nella gestione dell'epidemia è finora prevalsa la logica di erogazione di singole prestazioni, al di fuori di prioritari e chiari obiettivi di salute. E non sono in vista cambiamenti.

**Martedì 25 agosto mi telefona un giovane medico di medicina generale (MMG) chiedendo a me - ex responsabile del Dipartimento Cure Primarie dell'azienda sanitaria locale di Brescia, ora in pensione - se posso in qualche modo aiutarlo:**

“Non trovo un modo per comunicare e risolvere il problema con le ‘malattie infettive’ e nemmeno con il Dipartimento Cure Primarie dell’ATS. Il punto è che un mio assistito, contatto della nipote riscontrata COVID positiva, dovrebbe essere sottoposto tra qualche giorno a trapianto di midollo e non riesco a trovare modo per sottoporlo al tampone... ” Con qualche imbarazzo, gli suggerisco di provare a contattare telefonicamente il Direttore Socio-Sanitario dell’ATS. Dopo qualche giorno lo risento: “Il Direttore mi ha risposto, ma il problema non è stato risolto... sono però riuscito a farlo prendere in carico direttamente dall’ematologia, che ha fatto il tampone in ambito ospedaliero”.

**Un caso emblematico della situazione attuale: in Lombardia le cose continuano a funzionare a fatica...** e temo, purtroppo, che rimangano invariate le condizioni di fondo che, nella fase di esplosione epidemica, hanno favorito la ben nota situazione “*sfuggita di mano*”: un territorio senza direttive né supporti, ospedali sovrasaturati sin dalle prime ore.

**È opinione diffusa che, negli ultimi decenni, Lombardia abbia investito solo sugli ospedali, specialmente sulle specialità ad alta intensità specialistico-strumentale, trascurando il territorio,** medici di famiglia in primis e, in modo diverso, servizi e strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili; e non ha neppure coordinato e valorizzato nelle singole comunità locali pediatri di famiglia, continuità assistenziale, consultori, farmacie, servizi domiciliari e della salute mentale.

**Tutto ciò è stato diffusamente considerato uno dei fattori favorenti la drammatica esplosione epidemica lombarda,** ben più grave che nelle altre regioni. Condivido tale valutazione ma vorrei focalizzare l’attenzione su fattori peculiari della Lombardia che ritengo nodali, e che purtroppo permangono.

## **1. La separazione tra ATS e ASST**

**La Legge della Regione Lombardia 23/2015**<sup>[1]</sup> ha frazionato le funzioni delle ex ASL tra le **8 Agenzie di Tutela della Salute (ATS)**, enti di “programmazione-acquisto-controllo” e le **27 Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST)**, trasformazione delle ex Aziende Ospedaliere, enti pubblici di “erogazione di prestazioni sanitarie”, in competizione con la ricca e composita schiera degli altri “enti accreditati e a contratto”.

**Questa divisione ha comportato, con una geometria organizzativa non lineare, una frammentazione** non solo di funzioni ma anche di operatori e sistemi informativi, oltre che di patrimoni e contratti. Ciò ha determinato, tra l’altro, che gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione o delle Cure Primarie delle ex ASL venissero frazionati tra una ATS e più ASST, generando unità operative di dimensione esigua con dispersione dei dirigenti di maggior esperienza. La disgregazione delle funzioni ha impedito, e impedisce tuttora, una chiara e univoca catena di comando, come è risultato evidente durante l’esplosione epidemica in primavera.

**Si pensi, ad esempio, che attualmente, a seguito della segnalazione di un nuovo sospetto COVID, l’ATS**, cui è affidato il compito di espletare l’indagine epidemiologica e di mettere in atto le conseguenti misure di isolamento del focolaio, **commissiona l’esecuzione del tampone ad uno degli erogatori** (ASST o privato accreditato), il quale prende contatto con l’assistito per programmarne l’esecuzione e, una volta effettuato il controllo, **ne comunica l’esito all’ATS** (peraltro solo se positivo!) e lo **rende accessibile all’assistito solo tramite il SISS**<sup>[2]</sup>; solo a questo punto l’ATS inizia a mettere in atto le azioni conseguenti (prevalentemente via telefono). È evidente il dispendio di tempo e risorse oltre al rischio di disguidi e, soprattutto, ritardi. **Risulterebbe opportuno ricomporre un gruppo di lavoro unitario, almeno funzionalmente, guidato da una chiara e unica catena di comando**: ciò tuttavia non è consentito dal macro-assetto organizzativo regionale che anzi favorisce, tramite il chiaro orientamento competitivo messo in atto, conflittualità tra gli enti, gelosamente preoccupati di salvaguardare le proprie funzioni e risorse.

Discorso analogo vale per i medici delle cure primarie che si riferiscono amministrativamente all’ATS (che emana le indicazioni operative cui attenersi) e sostanzialmente, per la gestione dei problemi degli assistiti, alle ASST (e alla nutrita schiera di erogatori, posti allo stesso livello). L’esempio riportato nell’introduzione, benché aneddotico, credo risulti chiaro.

## **2. Operatori e servizi lasciati soli, caricati di responsabilità che non possono soddisfare**

**Regione Lombardia ha basato il Servizio Sanitario Regionale su due capisaldi:**

**libertà di scelta del cittadino** (che peraltro, senza proclami, esiste in tutte le altre regioni) e **libertà degli enti privati di scegliere quali servizi erogare** (imponendo solo al pubblico l'obbligo di garantire tutta la gamma dei servizi necessari, compreso quelli "non convenienti"). Tale principio è stato spinto oltre i limiti in occasione dell'esplosione epidemica: Regione Lombardia non ha fornito indicazioni e strumenti per gestire in modo coordinato gli interventi ma si è limitata a scaricare la responsabilità di affrontare l'epidemia, soprattutto di decidere il "che cosa fare": **in particolare MMG e RSA, entità singole, numerose e distribuite geograficamente, sono stati lasciati soli a decidere come gestire la situazione.**

**Condizione che permane tuttora:** se ne è avuta prova, tra le altre, con la DGR 3226[3] del 9 giugno, che scaricava pesanti e inapplicabili condizioni sulle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili, quando queste avevano ormai superato l'emergenza epidemica con la messa in atto delle opportune misure di prevenzione di nuove diffusioni incontrollate (con la completa assenza tra ospiti od operatori di COVID positivi). La DGR, oltre a ritardare l'ingresso di nuovi ospiti, impedire l'incontro con i famigliari e inibire l'uscita dei disabili per progetti riabilitativi, attribuiva alle strutture persino il controllo dell'isolamento domiciliare per i quindici giorni antecedenti l'ingresso dell'assistito nella struttura stessa. Nella sostanza, il governo regionale scaricava ogni responsabilità, su qualsiasi possibile evento futuro, direttamente e unicamente sulle strutture. Peraltro creando condizioni di svantaggio economico, a causa delle minori entrate e dei maggiori oneri dovuti, che potrebbero portare numerose strutture a gravissime difficoltà di bilancio.

**Si noti che il trasferimento di ogni responsabilità dalla Regione sugli attori dei servizi periferici, risulta sopportabile, e favorente, solo per le grandi organizzazioni private,** che dispongono di infrastrutture dirigenziali organizzate e, soprattutto, un capitale cui fare affidamento. Nel caso delle RSA, tra l'altro, le cordate sovra-territoriali sostenute da capitale privato potranno proporsi come acquirenti della svendita delle piccole strutture, radicate sì al proprio territorio, ma in grave difficoltà economica.

### **3. Lo svuotamento dei Distretti Socio-Sanitari a fronte di "Enti erogatori" in competizione, pagati non da chi li sceglie ma con i "soldi delle tasse"**

**Gli "enti erogatori di prestazioni sanitarie" sono incentivati a competere tra loro non in una prospettiva di salute pubblica ma solo in funzione di potersi avvalere a pieno del "budget contrattualizzato".** Ugualmente l'ASST, cui la legge di riordino attribuisce anche funzioni di coordinamento nel distretto attribuito (di enorme dimensione, attorno al mezzo milione di abitanti!), ma non fornisce adeguati strumenti di governo, tende a muoversi senza obiettivi di salute, fagocitata dal meccanismo della "erogazione delle

*prestazioni in competizione*". Ciò avviene ad esempio per la quantità di tamponi e sierologici da eseguire, distribuiti tra ASST ed erogatori privati, peraltro in un contesto di apertura, di fatto incontrollata, alle *"prestazioni in solvenza"*.

La mancanza di una visione unitaria e strategica di salute pubblica, con l'inesistenza di una qualche organizzazione distrettuale, appare evidente nel fatto che la giunta regionale ha adottato distinte DGR: una per normare l'esecuzione dei sierologici[4] e una per fissare le tariffe[5], a carico del SSR ma anche su richiesta e a totale carico del singolo assistito.

### **Opinioni conclusive**

#### **In Lombardia ricominceremo a sperare di potere essere realmente in grado di affrontare la minaccia epidemica COVID-19 solo se:**

- Si dipana la confusione organizzativa dovuta alla separazione tra ATS e ASST, specie per quanto riguarda i Dipartimenti di Prevenzione e di Cure Primarie.
- Si ricostruiscono chiare e uniche catene di comando provinciali-distrettuali delle attività di contrasto e gestione dell'epidemia.
- Si supera, almeno per tutte le attività di contrasto e gestione dell'epidemia, la logica di erogazione di singole prestazioni al di fuori di prioritari e chiari obiettivi di salute.

Fulvio Lonati, già responsabile del Dipartimento cure primarie dell'Azienda sanitaria locale di Brescia

### **Bibliografia**

1. Legge Regionale 11 agosto 2015 , n. 23 - [Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo](#)
2. Sistema Informativo SocioSanitario della Regione Lombardia, implementato secondo modalità peculiari e difformi, benché formalmente compatibili, dalle indicazioni ministeriali.
3. Deliberazione N° XI /3226 del 09/06/2020 - [Atto di indirizzo in ambito socio sanitario successivo alla "fase 1" dell'emergenza epidemiologica da COVID-19](#)
4. DGR 3131 del 12.05 2020 - [COVID-19: Indicazioni in merito ai test sierologici](#)
5. DGR 3132 del 12.05.2020 - [Determinazioni in merito al trattamento informativo ed economico della prestazione test molecolare virus SARS-COVID2](#)