

Fulvio Lonati

L'Intesa Stato-Regioni dello scorso 4 agosto introduce nell'assistenza domiciliare i classici meccanismi della Lombardia: esternalizzazione dei servizi ai privati in competizione tra loro per accaparrarsi l'erogazione delle prestazioni. Un serio colpo al SSN.

Più “sintomi” mostrano che è in atto il tentativo di esportare in tutta la nazione il modello del sistema sanitario lombardo, nonostante l'epidemia COVID-19 ne abbia drammaticamente reso evidente l'inadeguatezza, in quanto orientato a privilegiare ospedali, tanto più se super-specialistici e privati, a fronte della marginalizzazione della “medicina territoriale” e dell'assenza di una qualsiasi forma di organizzazione distrettuale.

Per comprendere questi “sintomi” sono necessarie alcune precisazioni preliminari.

Dagli anni '90 Regione Lombardia si è scostata dal panorama nazionale sviluppando un modello atipico di servizio sanitario, caratterizzato da due caposaldi:

- netta separazione tra *Programmazione/Acquisto/Controllo*, attribuita alle ASL, ed *erogazione delle prestazioni*, affidata a *erogatori sanitari e socio-sanitari* accreditati e a contratto, pubblici e privati, paritetici e tra loro in competizione;
- libertà, per gli *erogatori sanitari e socio-sanitari*, di scegliere quali attività sviluppare e, per il cittadino, di scegliere presso quale *erogatore* ricevere le singole *prestazioni*.

Ciò ha generato un sistema centrato sull'ospedale e sulle eccellenze, con erogatori privati in progressivo miglioramento, soprattutto agli occhi del cittadino, e con Aziende Ospedaliere (AO) pubbliche che a fatica hanno cercato di “stare al passo”, nonostante la secolare buona capacità di cura, l'efficiente amministrazione, la riconosciuta eccellenza scientifica: i vincoli per assunzioni, contratti, procedure, cui i pubblici sono sottoposti, hanno reso tutt'altro che pari la competizione con il privato.

Dal 2016, dando avvio alla sperimentazione voluta dalla Legge 23/2015[1], tale orientamento si è ulteriormente accentuato, con dismissione di ASL e AO e concomitante creazione di 25 Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), coincidenti con le ex AO, ma con attribuzione delle attività territoriali di erogazione, trasferite dalle ex ASL, e 8 Agenzie di Tutela della Salute (ATS), con il compito di attuare la programmazione regionale e svolgere

le funzioni, acquisite dalle ex ASL, di programmazione-acquisto-controllo (vedi articolo [La nuova sanità lombarda](#)). Dal gennaio 2016 le uscenti ASL e AO hanno quindi trasferito patrimoni, personale, contratti e sistemi informativi, ripartendoli con una geometria asimmetrica tra le neonate ATS e ASST attraverso un'operazione notarile di fatto irreversibile, tutt'altro che sperimentale. **Dopo due anni di inevitabili disagi organizzativi e di stress per gli operatori, già provati dai continui "tagli", si è andato configurando un sistema complesso, che in occasione dell'epidemia COVID ha mostrato la sua strutturale, e preesistente, inadeguatezza:** da un lato, avendo sacrificato il territorio per puntare sugli ospedali questi si sono immediatamente saturati, resistendo solo grazie all'abnegazione degli operatori, dall'altro la catena di comando è stata confusa ed inefficiente, a causa della complessità del modello.

A conclusione del quinquennio sperimentale, il Ministero della Salute ha trasmesso alla regione Lombardia, nel dicembre 2020, la verifica compiuta da AGENAS prescrivendo[2] di reintrodurre entro 120 giorni il riallineamento del modello regionale ai criteri normativi nazionali. Il termine dei 120 giorni (metà Aprile 2021) non viene osservato (anche se con motivazione "COVID", certamente accettabile) e, solo il 31 Maggio, la Giunta regionale adotta la deliberazione 4811 *"Determinazioni in ordine alle linee di sviluppo dell'assetto del sistema socio sanitario lombardo"*[3]: appaiono accolte sia le indicazioni vincolanti del Ministero (non quelle raccomandate) sia i contenuti della *"Missione 6 - Salute"* del PNRR; tuttavia l'impianto appare non chiaramente definito mentre è fortemente sottolineato l'apporto, a tutti i livelli, del privato.

Tale situazione viene confermata il 22 Luglio con la delibera XI/5068 *"Proposta di Progetto di Legge"* (PDL)[4] che prevede di introdurre formalmente i correttivi vincolanti prescritti da Ministero-AGENAS e di recepire le indicazioni del PNRR, ma nella sostanza lascia inalterato l'assetto istituzionale-organizzativo avviato sperimentalmente con la legge 23/2015 e giudicato da AGENAS inadeguato e da rettificare. Numerosi sono gli aspetti critici:

- ripetutamente e in numerosi articoli **la PDL prevede di assegnare al privato, in modo paritetico rispetto al pubblico, funzioni di ricerca** (anche sui modelli istituzionali-organizzativi e di governance del SSR), **programmazione, pianificazione e gestione complessiva di intere reti di servizi** (es. Casa della Comunità); se può-deve essere accettato che il privato partecipi attivamente a fornire servizi o a collaborare alla loro realizzazione, è critico che entri direttamente come attore di "governo", anziché essere commissionato (secondo le esigenze di salute della comunità) e controllato.

- **La PDL anziché collocare, come prescritto da AGENAS, il Dipartimento Prevenzione nell'ASST, prevede di mantenerne sdoppiate le funzioni** tra "Dipartimento Funzionale di Prevenzione" presso l'ASST con compiti "erogativi" (non si capisce come possano essere svolte attività di sanità pubblica in forma di erogazione di prestazioni) mentre alle ATS viene affidata la funzione di "programmazione delle attività dei dipartimenti funzionali di prevenzione delle ASST": cioè mantenere invariato l'assetto che ha creato la confusione nella catena di comando drammaticamente sperimentata (da lombardo posso ben dirlo) durante l'esplosione COVID.
- **La PDL prevede che il Distretto abbia dimensione "non inferiore a" anziché "di circa" 100.000 abitanti:** ciò significa che potranno rimanere inalterati gli attuali Distretti di circa mezzo milione di abitanti (anche per le valli e la pianura). La PDL prevede però l'eccezione delle sole zone montane, dove, di colpo, si passa ad un Distretto di 20.000 abitanti; ma ci sono realtà della pianura abbastanza disperse, dove per raggiungere i 100.000 abitanti "di chilometri se ne devono fare tantissimi". Sarebbe invece indispensabile reintrodurre il concetto di "circa 100.000 abitanti con la necessità di modulare la dimensione in relazione alle caratteristiche peculiari del territorio" (per un grande comune può ovviamente andar bene l'ampio superamento dei 100.000; nelle realtà disperse è necessario scendere nettamente sotto la dimensione di riferimento, tenendo però conto che un Distretto con meno di 50.000 abitanti farà fatica a funzionare con tutti i servizi necessari).
- **La PDL prevede di collocare le Case della Comunità (CdC) all'interno e come articolazione dei Presidi SocioSanitari Territoriali (PreSST)[5];** in questo modo si snatura completamente il senso della CdC (che dovrebbe accorpate tutte le precedenti forme di presidio territoriale e uniformare i meccanismi di coordinamento locale, attivando peraltro le risorse comunitarie "extra-sanitarie") e si articolano numerosi livelli di coordinamento, rendendo ingestibile il tutto; sembrerebbe un sotterfugio per sganciarsi dai vincoli ministeriali (PreSST non è un'entità prevista dalla normativa nazionale) e consentire di affidare al privato la gestione complessiva del PreSST, puntando però a ricevere i finanziamenti del PNRR per le CdC.
- **Discorso analogo vale per gli Ospedali di Comunità,** che la PDL prevede come articolazioni dei Presidi Ospedalieri Territoriali (POT)[6].
- **La catena di comando-governo-coordinamento prevista dal PDL appare particolarmente lunga e articolata e di problematico funzionamento:** prevede infatti plurimi livelli decisionali "a cascata" (Assessorato > Agenzie regionali > ATS > ASST > Polo territoriale > Distretto > PreSST > Casa della Salute) e "a intreccio" (Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive - Comitato di indirizzo cure primarie - Comitato di rappresentanza delle professioni sanitarie - ...). **Di fatto,**

si creano le condizioni per cui solo il privato potrà funzionare, libero dalla frammentazione dei momenti decisionali. Peraltro, l'aspetto più critico è che l'ASST non cede al Distretto l'autonomia gestionale-finanziaria, prevista dalla normativa nazionale, chiave indispensabile per "territorializzare" i processi.

- **Infine, anche se non da ultimo, la PDL non esplicita precisi meccanismi di collegamento-cooperazione con i Comuni**, in particolare per i servizi assistenziali e per le funzioni che possono incidere sulla salute dei singoli e della comunità (piano regolatore, viabilità, barriere architettoniche, attività sociali-culturali-ricreative-sportive, regolamenti degli esercizi pubblici,...).

A fronte di tali evidenti contraddizioni, solo pochi giorni dopo, il 30 Luglio, il Presidente di AGENAS trasmette direttamente alla Regione una breve nota[7] nella quale si esplicita un giudizio sostanzialmente positivo della PDL: purtroppo sembra già una promozione completa del modello lombardo, formalmente rivisitato ma sostanzialmente immutato. Appare pericoloso che, senza avallo del Ministero della Salute, venga espresso, a fronte della rilevanza della problematica, un laconico giudizio, incredibilmente affrettato, di asseccamento delle posizioni assunte dal governo della regione Lombardia.

Pochi giorni dopo, il 4 Agosto, con l'Intesa della Conferenza Stato Regioni sui requisiti minimi per l'autorizzazione delle cure domiciliari[8] **il modello lombardo degli "enti erogatori dell'assistenza domiciliare integrata" (enti prevalentemente privati in competizione tra loro nell'avvalersi dei "voucher" in mano agli anziani multi-problematici) viene "copiato" e di fatto autorizzato a livello nazionale, benché non risulti aver dato risultati brillanti.**

Nell'intesa la parola "salute" compare solo 7 volte (4 quando nomina il "Ministro della Salute" e 3 quando cita il "Patto per la Salute") e le parole "casa" e "comunità" non compaiono mai. **Ciò corrisponde al fatto che tali criteri non prevedono in alcun modo che le cure domiciliari si innestino nelle CdC (e con i servizi sociali comunali).** Le attività che si svilupperanno da questi criteri prescindono dalle CdC, anzi le sovrasteranno, senza attenzione alla "territorializzazione" e alla prospettiva di "salute", sostituita da una logica di "erogazione" di "prestazioni sanitarie".

Con i 4 miliardi del PNRR destinati all'assistenza domiciliare (vedi [PNRR: quale idea di sanità territoriale](#)), appare fondato il timore che si crei un "combinato disposto" in grado di attivare un processo competitivo dirompente, capace di incrinare il senso fondamentale del SSN. E, se negli anni passati l'assistenza domiciliare non è decollata (ma a causa del progressivo taglio degli operatori territoriali), ora si dirà che con il privato

(ma grazie alla corposa iniezione dei 4 miliardi) si cominciano a vedere le risposte (purtroppo senza presa in carico globale, ma con “erogazione” di un segmento di servizi). Un sistema sanitario finanziato con le tasse, ma che paga enti che “erogano” singole “prestazioni remunerate” in concorrenza tra loro, esattamente come si trattasse di una merce, è destinato a creare gravi distorsioni: sarebbe più onesto e funzionale, a questo punto, un sistema di assicurazioni modello Bismark; almeno risulterebbe tutto più chiaro e le singole assicurazioni sarebbero responsabilizzate a fare anche prevenzione per evitare di dover spendere poi per le cure più costose.

Fulvio Lonati, Medico di sanità pubblica, Brescia.

Risorse

[Nota AGENAS alla Vicepresidente della Regione Lombardia](#) [PDF: 255 Kb]

Bibliografia e note

1. Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23 “[Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo](#)”.
2. [Nota del Ministro della Salute al Presidente della Lombardia Fontana](#) e relazione AGENAS “[La riforma del sistema socio sanitario lombardo \(legge 23/2015\) a cinque anni dall’avvio. Analisi del modello e risultati raggiunti](#)”.
3. [Delibera della Giunta Regionale della Lombardia N° XI / 4811 del 31/05/2021](#) e [allegato](#).
4. [Delibera N° XI / 5068 del 22/07/2021](#)
5. PreSST: Presidi SocioSanitari Territoriali, entità organizzative, in qualche modo affini alle Case della Salute, introdotte solo in Lombardia.
6. POT: Presidi Ospedalieri Territoriali, entità organizzative introdotte solo in Lombardia.
7. [Nota AGENAS alla Vicepresidente della Regione Lombardia](#) [PDF: 255 Kb]
8. [Intesa Conferenza Stato Regioni Repertorio atto n. 151/CSR](#)