

Cosa rappresenta la Lombardia nel contesto nazionale della sanità e che cosa serve fare innanzitutto per salvare il SSN

scritto da Maria Elisa Sartor | 15 Dicembre 2025



La sanità pubblica è da rimettere al centro della nostra considerazione e del nostro impegno per ridare vita ai principi della Costituzione e del Servizio Sanitario Nazionale delle origini. Con il modello di sanità misto pubblico privato, a prevalenza del privato – modello che da decenni sperimentiamo in regione Lombardia – anche i principi costituzionali e legislativi, che avrebbero dovuto tra l'altro dare forma ad una modularità organizzativa da mantenere su base nazionale, sono stati traditi.

Chi sta lavorando oggi alla riforma del SSN lo sta facendo forse dando per scontato che le pratiche tradizionali di rappresentazione strutturale, quantitativa, qualitativa del SSN e delle 21 sanità regionali/provinciali siano capaci di descrivere bene l'esistente. Ho qualche dubbio a questo proposito, soprattutto nel caso della Lombardia, e intendo mostrare alcune evidenze che giustificano tali dubbi. In Lombardia i conti non tornano fin dalla rappresentazione

visuale che viene data del SSR.



Figura 1. Schema dell'assetto organizzativo del Sistema Sanitario Regionale lombardo
presentato da Letizia Moratti (assessore Sanità in Lombardia 2021-2022)

In Figura 1 è schematicamente riportato l'assetto organizzativo del Sistema Sanitario Regionale lombardo, così come ci viene presentato in una slide dalla Assessora al welfare, Letizia Moratti, in carica fra il 2021 e il 2022. Cerchiamo di osservare i primi elementi che balzano agli occhi in questo schema. Una macro struttura organizzativa a più livelli, ad ognuno dei quali viene assegnata una specifica funzione che tuttavia potrebbe essere oggetto di varie osservazioni critiche. La programmazione, per esempio, non è vera programmazione basata sul bisogno di salute. Il linguaggio utilizzato è tipico della produzione industriale e inadatto alla sanità, che è invece un insieme di servizi alla persona e alla collettività. Le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) – come si può osservare – sono indicate come enti addetti alla governance, diremmo anche di regolazione. E poi la riga in basso mette in fila tutti i tipi di erogatori

pubblici e privati: le ASST, le AO o Aziende ospedaliere e gli IRCCS. Gli IRCCS sono ospedali cui si riconosce una particolare qualità di servizio, una propensione alla ricerca clinica, oltre che una capacità indiscussa di praticarla, tanto da essere riconosciuti e promossi quali enti di ricerca di ricovero e cura meritevoli di ottenere dallo Stato e dalla Regione fondi per la ricerca corrente. Notiamo che gli IRCCS, così come vengono indicati nella figura, sembrano avere tutti una natura pubblica. Tutto ciò che è su questa riga, tranne l'ultimo rettangolo, rappresenta un tipo di erogatore pubblico. Ma siamo di fronte ad un evidente occultamento di un dato di realtà. Gli IRCCS sono invece di due nature: una pubblica, ibridata con il privato, e una privata. E in Lombardia gli IRCCS privati sono incomparabilmente di più di quelli pubblici (14 IRCCS privati e 6 IRCCS pubblici-fondazioni)¹.

Mi soffermo sugli IRCCS privati lombardi perché sono stati e sono ancora uno dei principali vettori dello sviluppo della privatizzazione accelerata della sanità lombarda per le risorse cui hanno accesso e le proprietà degli stessi. Metterne in evidenza il loro reale numero e "peso" nelle politiche sanitarie è molto importante. E infine, nella figura, contrassegnati da una mia freccia rossa di evidenziazione, notiamo una forma a rettangolo che indica la presenza di erogatori privati. Come si può notare, ci viene implicitamente suggerito dalla figura che si tratti di una presenza residuale. Quel rettangolo, che riguarda le strutture private, invece dovrebbe rappresentare oltre il 70% sulle strutture totali di erogazione², secondo una recente stima calcolata probabilmente per difetto.

Quello che è innanzitutto chiaro qui, in questo territorio, è che il soggetto pubblico certamente non è al centro del sistema quanto dovrebbe perché ha ceduto molta parte del suo ruolo ai privati. E ci sono sospetti, oltre che prove ricavate

dall'esperienza, che esso tuteli la salute dei cittadini in una misura ben più ridotta di quanto non venga registrato dalle indagini ministeriali che già tuttavia attestano per la Lombardia posizioni di servizio non proprio di assoluto rilievo (nell'ultimo report disponibile, la Lombardia si colloca al 6^ posto nella graduatoria dei LEA, , cioè i livelli essenziali di assistenza garantiti monitorati con il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)³. Il modello lombardo, nonostante ciò, per come è stato rappresentato in passato, da tempo sta plasmando l'intero SSN. il SSR della Lombardia lo fa giocando su una comunicazione esterna al limite della propaganda, controllata accuratamente e occultante in parte il dato di realtà.

Il SSN del 1978 era il solo modello di sanità – fra quelli disponibili nel mondo – che potesse incarnare pienamente i principi della nostra Costituzione. Il SSN è stato attaccato fin dai suoi primi anni da chi non essendo riuscito ad impedire che nascesse, si era comunque ripromesso di affossarlo al più presto: il riferimento è al Ministro della Sanità del vecchio Partito liberale di allora, e agli interessi privati dei suoi sostenitori e alleati⁴. Possiamo oggi constatare che le ragioni che hanno spinto nel passato, e spingono ancora oggi gli oppositori del SSN a volerlo travolgere e snaturare, sono sempre le stesse. Ma il danno al SSN va determinato in sordina, nascondendo la mano e magari nel frattempo attribuendosi il titolo di suo “difensore”.

Le ragioni sono sostanzialmente due. La prima: **contrastare l'universalismo** per realizzare una sanità che non permetta un accesso equo alle cure da parte di tutti e a carico della contribuzione generale. Questo principio non viene proprio accettato né compreso nel suo profondo significato scientifico-sanitario di salute collettiva. Si punta invece a realizzare una sanità – o meglio: un mercato sanitario – differenziata per censo. Di alta qualità per chi se la può

permettere a proprie spese e, per gli altri, tutti gli altri, deve bastare una sanità pubblica circoscritta nei servizi e – diciamo così – “alla buona”. Lo chiamano “universalismo selettivo”, o nella nuova versione bocconiana, un po’ fumosa, “universalismo proporzionale ai bisogni”. La seconda ragione è: **consentire alle “forze del mercato” di poter definitivamente accedere ad un settore redditizio e in crescita.** Un settore in cui queste forze possano sfruttare a proprio vantaggio le condizioni di rendita garantite dalla continuità del rapporto con il pubblico. A questo proposito, non ci sono state differenze di rilievo nei comportamenti espressi dai politici dei due schieramenti di centro destra e di centro sinistra, in entrambi i casi privatizzatori del settore.

Ma perché i politici avrebbero interesse a privatizzare? Si potrebbe spiegare in questo modo. Vi è una correlazione stretta fra i benefici incassati dai privati in ragione del processo di privatizzazione delle funzioni pubbliche e i livelli di consenso e di continuità del potere garantiti ai politici privatizzatori dai privati beneficiati dalla privatizzazione (Vedi Grandi Opere in generale e Ponte sullo stretto di Messina, Ndr).

Ma torniamo alla storia. La più forte spallata al Servizio sanitario a livello nazionale è stata data nei primi anni '90. Si è colta l'occasione della grave crisi monetaria e finanziaria per trasformare radicalmente il modello di sanità in Italia. Si trattava in fondo solo di seguire una strada tracciata altrove, nel Regno unito e negli Stati Uniti. Naturalmente, una volta fatti i necessari adattamenti. A dare un supporto – e lo dico ironicamente – si sono insediate da noi, lavorando nel settore a fianco dei vertici decisionali, le multinazionali della consulenza aziendale, soprattutto quelle che avevano avuto un forte ruolo all'interno del settore della sanità negli USA. Non a caso. Un ulteriore importantissimo aiuto per la trasformazione della sanità in

senso liberista è venuto dalle università italiane di management. E sappiamo inoltre che sono stati decisivi in questa trasformazione anche i contributi di alcuni studiosi di orientamento progressista, attratti delle sirene del neoliberismo targato USA più o meno consapevoli di esserlo. Si sono adoperati per introdurre un sistema di attribuzione di prezzo alle prestazioni degli ospedali. Importato – neanche a dirlo – dagli Stati Uniti, mantenendo i loro sistemi di calcolo tarati su organizzazioni diverse dalle nostre. Una decisione questa che ora possiamo tranquillamente qualificare come fra le più dannose, perché ha dato la stura alla possibilità di stabilire quali servizi di assistenza ospedaliera convenissero alla sanità privata. E da lì si è originata e sviluppata la strategia di posizionamento della sanità privata nel settore (convenzionato o meno). Quale migliore occasione di una crisi di grandi dimensioni per fornire una ricetta già preparata e sperimentata altrove, che potesse essere additata come la soluzione attesa anche per il nostro paese? Il neoliberismo nella nostra sanità ha visto la luce in questo modo. Le idee di chi lo promuoveva erano chiare circa l'obiettivo ed era stato anche ben considerato che cosa andasse fatto in concreto per giungere alla meta.

Si procedette già nel 1992 alla **aziendalizzazione degli enti pubblici della sanità**, e alla **riconfigurazione del SSN**. Lo si è fatto scorporando parzialmente la funzione di erogazione dalle Aziende sanitarie locali e attribuendola a strutture separate, ancora pubbliche: le Aziende ospedaliere. Un passaggio preliminare per la privatizzazione del settore e per l'introduzione di logiche concorrenziali fra erogatori pubblici e privati e fra erogatori pubblici nei confronti degli omologhi pubblici. Bisognava far sì che il soggetto regolatore pubblico potesse acquistare i servizi sociosanitari da chiunque. Il passaggio epocale veniva accompagnato da una **teorizzazione non verificata che si è dimostrata presto falsa**: a) che la concorrenza fra differenti erogatori avrebbe reso qualitativamente migliore la sanità; b) che la concorrenza fra

pubblico e privato sarebbe stata ad armi pari; c) che la concorrenza avrebbe, per finire, anche consentito un taglio dei costi (meno spesa sanitaria pubblica). Niente di tutto questo si è verificato. Anche la centralità della persona rimane oggi uno slogan vuoto: al centro invece sono i bilanci di singole unità produttive, come vuole l'aziendalizzazione forzata di un sistema particolarmente frazionato.

Ma va aggiunta ancora qualche considerazione che viene in genere ignorata. Ossia che la separazione delle funzioni di erogazione dalle vecchie ASL, realizzata in Lombardia, è stata ed è diversa da quella operata nel resto del Paese. Per radicalità e per oggetto dello scorporo. Dalle "strutture madre", le ASL, in Lombardia viene di fatto scorporata anche l'erogazione dei servizi territoriali. Non solo quindi i servizi ospedalieri. Nascono così aziende pubbliche di sola erogazione dedite sia alla assistenza ospedaliera sia alla territoriale: sono le ASST ossia le Aziende Sociosanitarie Territoriali regionali lombarde (27). Ma proprio per quanto riguarda l'assistenza territoriale, le ASST mostreranno da subito tutti i loro limiti, non realizzando la loro missione. La sanità privata, che intende sempre più sostituirsi al soggetto pubblico anche nel territorio, trova proprio nel territorio quindi delle vere e proprie praterie per espandersi.

Nel 1992, oltre alla aziendalizzazione e riconfigurazione organizzativa, si consolida la **regionalizzazione della sanità**. Anch'essa ha incontrovertibilmente dato una forte mano alla privatizzazione. La attuazione della regionalizzazione veniva infatti apprezzata da alcuni anche come possibilità di sperimentare percorsi verso la privatizzazione del SSN a velocità diverse e con configurazioni organizzative differenziate.

È in Lombardia che nel 1994 entrano in gioco e alla ribalta da protagonisti attori politici che – congiuntamente – si dimostrano in grado di realizzare la prima sperimentazione di

“privatizzazione spinta e profit della sanità” in una regione apripista. La Lombardia inventa e diffonde nuovi concetti e nuove parole d’ordine. La “sussidiarietà orizzontale”, per esempio. I concetti innovatori vengono diffusi attraverso organizzazioni accademiche amiche, organizzazioni confessionali orientate al business presenti nei diversi settori e nelle università, nuovi media realizzati *ad hoc* per diffondere i nuovi valori, fondazioni, convegni ed eventi pubblici annuali di grande impatto. Questi concetti non vengono diffusi e resi operativi solo in Lombardia. Trovano terreno fertile anche in Emilia Romagna e si diffondono anche e soprattutto tramite gli insegnamenti universitari. Inoltre, l’utilizzo del terzo settore diviene essenziale in questo processo di divulgazione di nuovi orientamenti. Terzo settore, che presto verrà per lo più aziendalizzato e reso impresa.

Il processo di consolidamento della regionalizzazione della sanità si avvia con l’assegnazione alle regioni della responsabilità normativa e gestionale sulla materia. Un’autonomia che oggi chiameremo ordinaria per distinguerla dalla differenziata (Legge Calderoli del 2024). Questa autonomia ordinaria ha consentito comunque un forte disallineamento del SSR lombardo dal resto del SSN nazionale. Improprio, dannoso.

L’autonomia normativa e gestionale, in vita dal 1992 anche in questa regione, ha prodotto effetti di rilievo a partire dal 1995, anno dell’insediamento del primo governo Formigoni. Il tandem di attori politici che realizza il progetto di disallineamento della sanità lombarda è costituito da Berlusconi al governo nazionale e da Formigoni al governo regionale. I presidenti della regione Lombardia che seguiranno confermeranno nei fatti il disallineamento, negandolo però a parole in alcune particolari circostanze. Il disallineamento è su vari fronti e mai risolto da parte del Ministero della salute, indipendentemente dallo schieramento politico della figura che lo regge.

In sintesi, per costituire un laboratorio di sperimentazione della privatizzazione profit della sanità **serviva un disallineamento organizzativo** che producesse due condizioni preliminari: la **massima liberalizzazione della funzione di erogazione** e lo **sganciamento della sanità da ogni vincolo territoriale**, sia per il privato come per il pubblico. Obiettivi realizzati. Mentre queste politiche sarebbero state invece da contrastare, legittimamente e pienamente, da parte del Ministero della salute.

Sanità territoriale e privato

In Lombardia, i distretti, istituiti fin dagli anni '70, a poco a poco, e fin dai tempi dei primi mandati di Formigoni, erano già stati snaturati ed erano rimasti una realtà solo nominalistica. Lo smantellamento di quello che restava della infrastruttura territoriale pubblica e delle sue articolazioni di servizio sarebbe continuato nel silenzio generale se non si fosse improvvisamente materializzato, dopo il COVID, il PNRR. Per non perdere cospicui finanziamenti, la Regione si è resa quindi disponibile alla ricostituzione e/o rivitalizzazione di una infrastruttura territoriale pubblica proprio in forza del PNRR e del successivo DM 77/2022. Peccato che non abbia davvero intenzione di farla essere pubblica in tutti i sensi. Il processo è in corso e si stanno scontrando due logiche fra loro incompatibili: 1) quella **territoriale** – rivitalizzata dall'esterno con il finanziamento UE, e basata sui distretti, sulla epidemiologia e sulla analisi dei bisogni di un territorio; 2) quella, ormai tradizionale in Lombardia, **privatistica** basata sulla risposta alla domanda potenziale di varia provenienza (regionale, extra regionale ed extranazionale) e sulla corrispondente irrilevanza del criterio territoriale e quindi dei distretti pubblici.

Le strutture di base lombarde ATS e ASST, per come sono state concepite e modificate, si dimostrano inadatte a realizzare nel concreto la prima logica, quella centrata sul territorio,

sui distretti e sulla prevenzione primaria. Sono organizzativamente mal concepite, sono illeggibili dagli operatori e dagli utenti (vedi organigrammi), producono centri decisionali che si sovrappongono e/o si impediscono operativamente l'uno l'altro. L'attuale governo della Lombardia ancora oggi cerca in ogni modo di mantenere in vita la logica mercatistica e privatistica che ha abbracciato dal 1995 in poi. Il risultato: il caos organizzativo denunciato a suo tempo dallo stesso Bertolaso, mentre era assessore al welfare lombardo (<https://www.ilgiorno.it/milano/politica/guido-bertolaso-mozza-relle-sanita-nq66cdej>).

In sintesi, nessuna regione italiana ha (per ora) la stessa articolazione organizzativa in sanità della Lombardia. Le differenze principali con le altre regioni sono: 1) una separazione netta fra enti di sola regolazione ed enti di sola erogazione; 2) solo in Lombardia esistono aziende pubbliche sociosanitarie di sola erogazione che si occupano sia di assistenza ospedaliera sia di assistenza territoriale. Il che presuppone una privatizzazione dei servizi del territorio oltre che della assistenza ospedaliera. Poi vi sono le caratteristiche distintive del SSR lombardo: 1) massima diffusione del privato profit e occultamento della sua reale presenza (gli elenchi delle strutture accreditate non rispecchiano la capillare presenza del privato nel territorio lombardo – caso Synlab e non solo); 2) ibridazione in massimo grado, e in tutti i modi possibili, del soggetto pubblico con il soggetto privato (per esempio, gli IRCCS pubblici sono fondazioni di partecipazione).

Ma come si è agito in Lombardia per arrivare a questa sproporzionata presenza del privato? Gli anni '90 e i successivi decenni sono gli anni del **ridimensionamento/demolizione, a velocità variabile ma sempre consistentemente sostenuta, della sanità pubblica** e sono anche gli anni della **costruzione dei mercati in sanità**.

Contrariamente a quanto viene sottolineato, in Lombardia il ridimensionamento del soggetto pubblico è stato avviato prima del 2000 (spartiacque a cui tutti fanno riferimento considerando le politiche nazionali) e il ridimensionamento della sanità pubblica ha avuto qui un impatto maggiore rispetto a quello che si è verificato altrove.

Oltre al **quasi-mercato corrispondente al SSR lombardo**, vi sono altri due mercati in sanità: **diretto** (dove il privato è pienamente libero) e **intermediato** (dove entra in gioco un intermediario: la compagnia di assicurazione). Il mercato diretto e quello intermediato hanno avuto un notevole sviluppo soprattutto in Lombardia. Ci sono delibere della giunta regionale ai tempi di Formigoni che attestano che questi mercati sono stati appositamente costruiti.

Tutti e tre i mercati della sanità sono quindi in vita secondo le regole stabilite dal governo della regione Lombardia (l'ente regolatore) e – cosa grave – **questi mercati si attivano tutti e tre nelle tesse sedi di offerta della sanità privata**. In una sede della sanità privata trovi tutto ciò che viene reso disponibile in termini di prestazioni e diventi per il privato soprattutto un cliente da conquistare al suo mercato diretto (linea interpretativa che serve ad inquadrare anche le vicende riferite al Centro di prenotazione unica: una chimera).

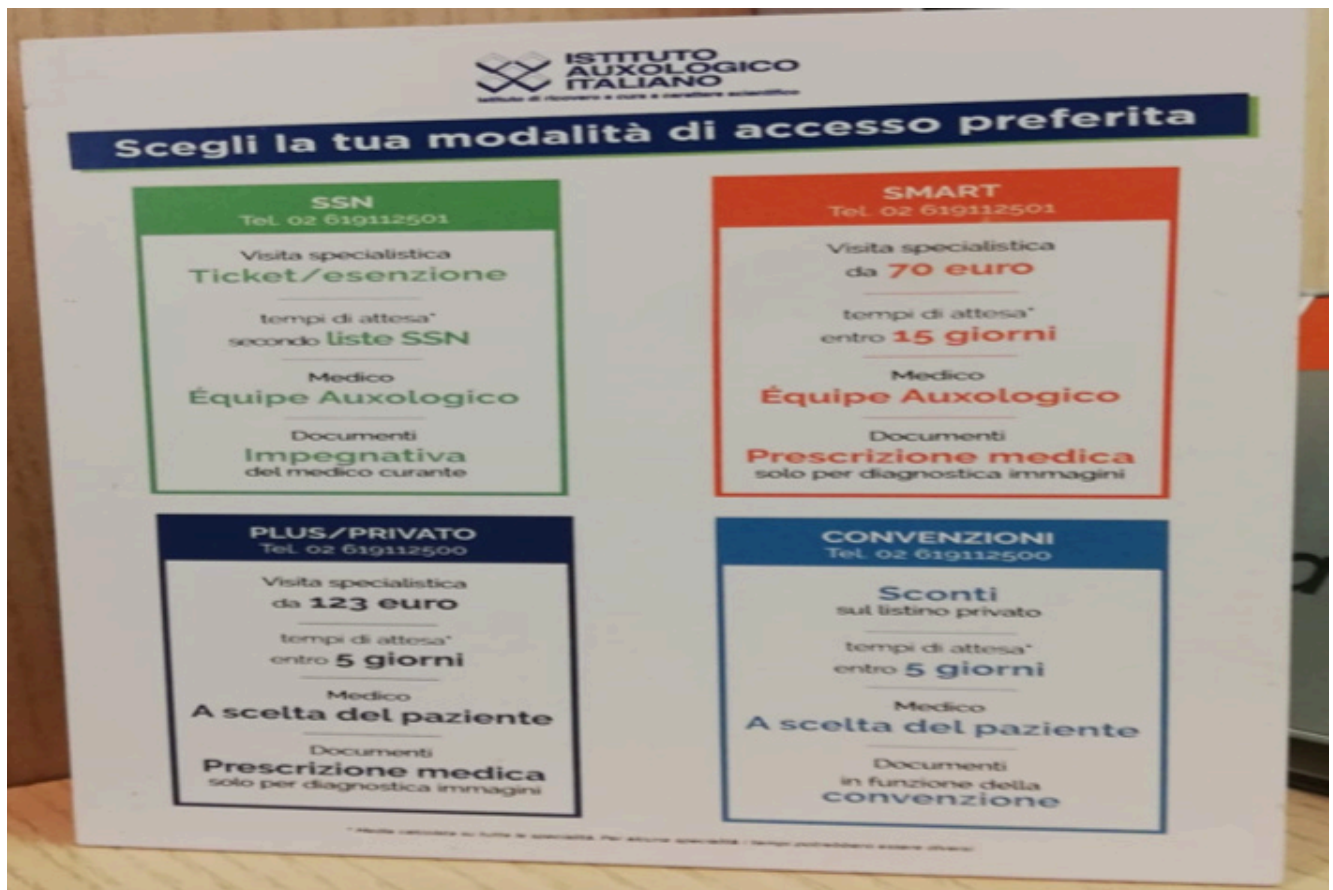


Figura 2

Quello che si può osservare nella foto in Figura 2, scattata all'interno di una sede ambulatoriale di un gruppo della sanità privata, è un vero e proprio menu dei servizi sanitari ambulatoriali che tutti noi conosciamo. Il menu dei servizi dei tre diversi mercati della sanità appena citati lo troviamo pubblicamente esposto in genere nelle sedi in cui la sanità privata offre servizi per conto del SSR e vi saranno evidenziati condizione di servizio e prezzi definiti dalla azienda erogatrice. Si tratta, in questo caso di condivisione dei luoghi di erogazione di servizi pubblici e privati in una stessa sede, di un favore fatto alla sanità privata: il consentire che le proprie sedi accreditate e convenzionate con il SSR siano anche sedi in cui vengono erogati i servizi privati a pagamento e quelli richiesti e pagati dalle assicurazioni. In queste sedi si osservano tentativi continui di condizionare la scelta dell'utente, tentando di spostarlo dal servizio SSN, qui indicato in verde, verso altri servizi extra SSN. I colori rosso e blu indicano due diversi tipi di

servizio del mercato diretto. L'azzurro è il colore con cui vengono presentati e offerti i servizi del mercato intermediato da fondi e assicurazioni.

Nelle sedi della sanità privata convenzionata si osserva anche una **svalorizzazione simbolica del SSN**, il quale occupa gli spazi visibilmente svantaggiati o i meno visibili. In questa foto, il servizio SSN viene collocato al piano seminterrato della palazzina suggerendo surrettiziamente che il servizio offerto dal SSN sia di minor valore rispetto agli altri servizi disponibili.



Figura 3

Queste sono le rappresentazioni tangibili dei mercati in sanità. Ma come sono stati favoriti i mercati alternativi al SSN in Lombardia? Dalla ricerca risulta che sono stati elargiti favori di ogni tipo alla sanità privata per consentirle di posizionarsi bene in tutti e tre i mercati. Lo si è fatto attraverso regole e comportamenti istituzionali finalizzati ad avvantaggiarla. Il tutto con i soldi dei contribuenti⁵.

Il primo imprescindibile favore è lo svuotamento/ridimensionamento del ruolo di erogazione dei servizi del soggetto pubblico per fare spazio al privato, cui

ha corrisposto anche la riassegnazione ai privati della formazione accademica relativa. I cosiddetti riordini dei servizi significano chiusura o ridimensionamento di strutture, dipartimenti, reparti pubblici ed eliminazione dei servizi realizzati dal pubblico. Sono stati anche ritardati gli investimenti immobiliari destinati alle strutture pubbliche. Ma poi sono stati praticati favori direttamente rivolti al privato, tesi al rafforzamento diretto del privato. L'elenco è lungo. Soffermiamoci su una sola delle leve del rafforzamento, facendo riferimento agli IRCCS, già accennati. Il soggetto pubblico, l'ente Regione, ha supportato e facilitato la promozione in IRCCS degli ospedali della sanità privata, in modo che venissero finanziati per le attività di ricerca ed è stata anche concessa loro dal 2010 una sovra-tariffazione per i servizi erogati, aumentando così il livello dei loro rimborsi.

IRCCS privati e pubblici nell'ATS di Milano

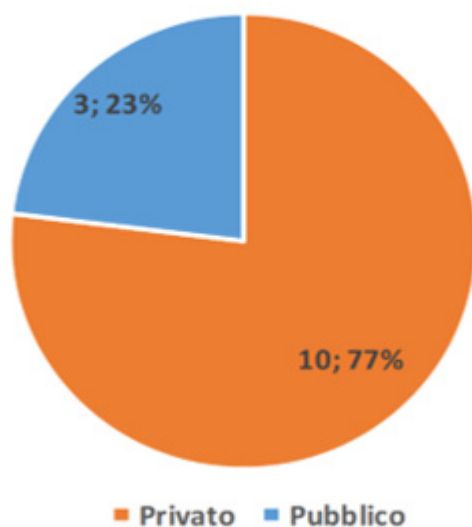


Figura 4. Fonte: Gruppo di studio per la salute del futuro, 2025.

Quindi da un lato, pochi IRCCS pubblici e non pienamente operativi, ibridati con il privato (cantieri aperti e trasferimenti di sede annunciati da decenni) e dall'altro, IRCCS privati incomparabilmente di più dei pubblici. Ciò

genera una sproporzione numerica degli IRCCS privati sui pubblici e il loro migliore posizionamento strategico. La figura seguente (3) ci dice quali sia il vero “peso” degli IRCCS privati nella sola Città metropolitana di Milano. Ma, come si è visto, la schiacciante predominanza degli IRCCS privati sugli IRCCS pubblici viene ancora oggi colpevolmente nascosta.

Nella slide che segue è evidente la consistenza dei finanziamenti di derivazione statale ottenuti dai gruppi della sanità privata in Lombardia nel 2024.

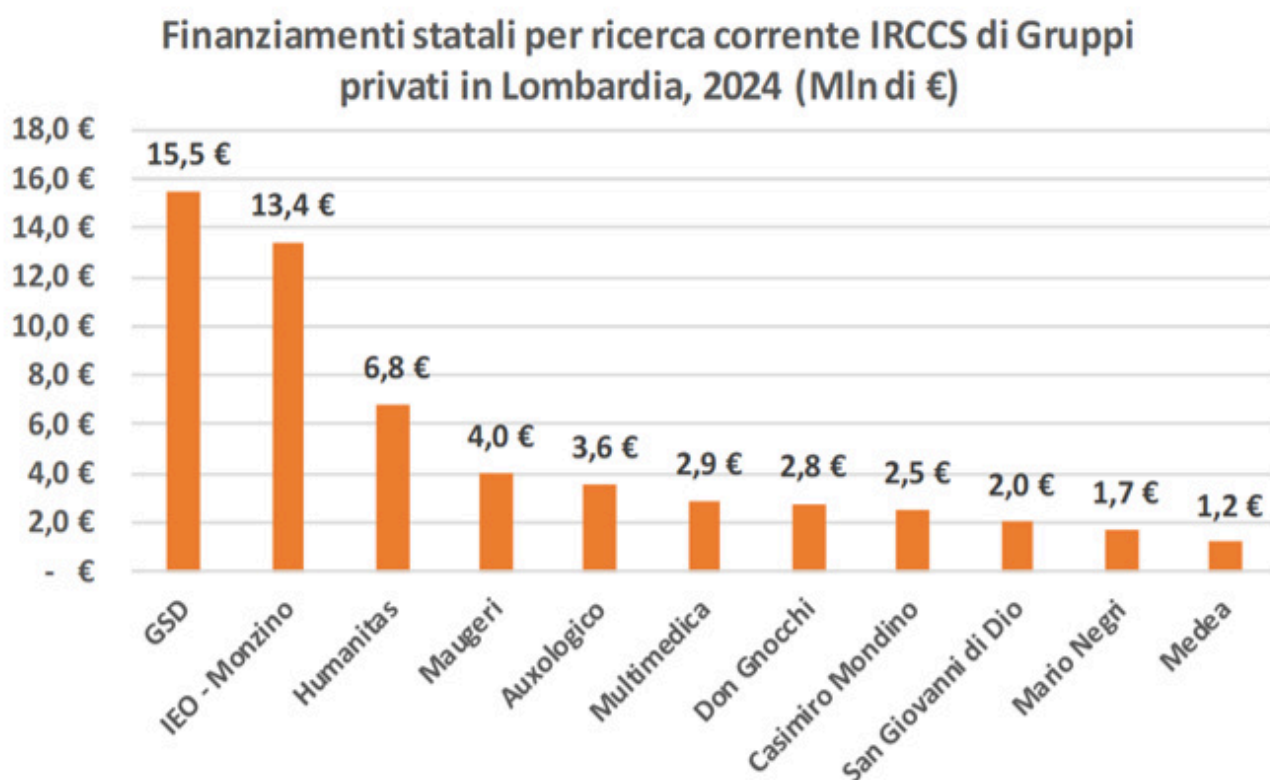


Figura 5. Fonte: Gruppo di studio per la salute del futuro, 2025

Uno dei motivi dello sviluppo straordinario registrato in particolare dal Gruppo San Donato (GSD) sta nel fatto che ben tre dei suoi ospedali sono IRCCS. Il gruppo IEO Monzino ne ha due e sta costruendo un nuovo ospedale oncologico.

E intanto, per effetto delle politiche decennali di favore, la sanità privata fa affari d'oro coprendo tutta la gamma dei servizi profittevoli, s'ingigantisce, si prende quasi la metà

della assistenza ospedaliera, quella critica, sfonda nella assistenza territoriale ambulatoriale, diventa partner e sede di tutte le università di medicina lombarde, sostituisce l'università pubblica nella ricerca bio-medica (e viene sovratariffata), va in borsa e in mercati azionari non controllati. Si espande inoltre su tutto il territorio italiano, e si posiziona sui mercati internazionali, investendo i profitti generati con il SSN italiano. Le banche d'affari (Mediobanca, in primis) nel frattempo informano gli investitori potenziali, o chi intende espandere l'attuale presenza in sanità, sui caratteri "appetibili" del mercato della sanità, sulle aree da presidiare in quanto ancora scoperte, nel mentre l'SSN pubblico sprofonda.

Se vogliamo salvare il SSN va fermata, a partire dalla Lombardia, l'avanzata del privato in sanità e nel sociosanitario sia nel mercato diretto sia in quello convenzionato con il SSR, per poi procedere a ridimensionarne via via la presenza in entrambi gli ambiti. Ma esiste una forza politica che sia disponibile a seguire questa strada in forza dell'art. 32 della Costituzione? Ovvero a lavorare per iniziare a chiudere i varchi di entrata nel settore alla sanità privata, impedendo che il suo peso continui ad aumentare? E, come passo successivo, questa stessa forza politica se la sentirebbe di invertire il processo di privatizzazione con la progressiva ripubblicizzazione della sanità, proponendo di investire nel pubblico anziché nel privato? In altre parole, andrebbero bloccati sia le ulteriori autorizzazioni sia gli ulteriori accreditamenti. Soprattutto andrebbero negate le trasformazioni strutturali e organizzative delle strutture private esistenti che potrebbero nascondere la costituzione di nuove strutture di erogazione private. E il mercato intermediato dovrebbe cessare di essere incentivato attraverso la defiscalizzazione.

Questi sono i passi preliminari necessari per porre davvero in salvo il SSN. C'è qualcuno all'ascolto?

1

<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DetttaglioServizio/servizi-e-informazioni/Cittadini/salute-e-prevenzione/strutture-sanitarie-e-sociosanitarie/irccs/irccs>.

2

<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DetttaglioServizio/servizi-e-informazioni/Cittadini/salute-e-prevenzione/strutture-sanitarie-e-sociosanitarie/strutture-sanitarie-accreditate/strutture-sanitarie-accreditate>.

3

<https://www.wired.it/article/classifica-sanita-regioni-italiane/>

4 Chiara Giorgi, *Salute per tutti. Storia della sanità in Italia dal dopoguerra ad oggi*, Editori Laterza, 2024.

5 Maria Elisa Sartor, *La privatizzazione della sanità lombarda dal 1995 al Covid-19*, Wroclaw, Amazon, 2021.