

La Regione Lombardia e le sfide *One Health**

Camilla Buzzacchi**

Corti supreme e *One Health*. Vent'anni di giurisprudenza

SOMMARIO: 1. I capisaldi del sistema sanitario della Regione Lombardia. – 2. Il quadro normativo della Regione. – 3. Il confronto con Agenas. – 4. La riforma lombarda e l'approccio *One Health*.

1. I capisaldi del sistema sanitario della Regione Lombardia

La riflessione che si propone riguarda l'apertura del sistema sanitario della Regione Lombardia alla logica ed agli obiettivi del paradigma *One Health*, in considerazione delle peculiarità del modello lombardo¹. Si reputano, infatti, colonne portanti di questo sistema di organizzazione sanitaria la libertà di scelta del cittadino e l'equiordinazione tra operatori pubblici e privati.

Al centro dell'apparato di protezione della salute sta la priorità di assicurare alla singola persona la possibilità di scegliere come provvedere al proprio benessere psico-fisico, nella misura in cui questa trovi a propria disposizione un insieme di strutture e professionisti dai quali beneficiare – ed eventualmente «acquistare» – delle prestazioni: la salvaguardia della propria salute appare così il risultato di una scelta individuale, che deve poter contare su un'offerta ampia, costituita da attori pubblici e privati.

E infatti la natura di tali attori appare indifferente: di fronte all'imperativo di ampliare al massimo le prestazioni per gli utenti, che devono potere usufruire di quelle che meglio

* Lo scritto costituisce la rielaborazione dell'intervento tenuto dall'Autrice al XXII Convegno nazionale di Diritto sanitario "Corti supreme e One Health. Vent'anni di giurisprudenza" (Alessandria, 21-22 ottobre 2024), organizzato nell'ambito del PRIN "Il diritto costituzionale della salute e dell'organizzazione sanitaria dopo l'emergenza della pandemia" (p.i. prof. Renato Balduzzi).

** Professoressa ordinaria di Diritto costituzionale nell'Università di Milano Bicocca, camilla.buzzacchi@unimib.it.

¹ Si rinvia allo studio *Lo stato del welfare in Lombardia. In cerca di un nuovo modello*, a cura di C. GORI, C. GUIDETTI, V. GHETTI, F. POZZOLI, Maggioli, Rimini, 2023.

rispondono alle loro aspettative e preferenze, la via che si pone come obbligata è quella di un ampio accesso degli operatori privati al settore in questione, e soprattutto del riconoscimento della loro posizione paritaria rispetto al servizio pubblico. Con risultati di un contesto di mercato, che vedo pubblico e privato in competizione tra loro².

Questi due elementi di forte unicità – se rapportati agli altri sistemi regionali di sanità – hanno un effetto tale da condurre ad affermazioni del seguente tenore: il cittadino bisognoso di prestazioni sanitarie assume i connotati, nella realtà lombarda, di un consumatore; ed il sistema di cura assume i connotati di un mercato. Parrebbe infatti di tutta evidenza che l'approccio dei singoli, nel rivolgersi all'apparato di offerta delle prestazioni per la salute, sia prevalentemente quello di soggetti che acquistano servizi; e in tale scenario, l'ambiente dove tale acquisto viene compiuto ha i lineamenti di un mercato.

Alcuni maggiori elementi di contesto possono aiutare a comprendere gli sviluppi del sistema sanitario di questa Regione nell'ultimo decennio, per avere maggiore consapevolezza delle criticità che ha affrontato e, dunque, inquadrare le conseguenze che può avere l'adesione alla prospettiva di *One Health*³.

Come è noto, l'organizzazione per il *welfare* in Lombardia è caratterizzata da due modalità di intervento: da un lato il servizio sanitario, sociosanitario e sociale regionale integrato lombardo o «servizio sociosanitario lombardo» (SSL), costituito dall'insieme di funzioni, risorse, servizi, attività, professionisti e prestazioni che garantiscono l'offerta sanitaria e sociosanitaria della Regione e la sua integrazione con quella sociale di competenza delle autonomie locali; dall'altro il «servizio-sanitario e sociosanitario regionale» (SSR), che è dato dall'insieme di funzioni, servizi, attività e professionisti che garantiscono l'offerta sanitaria e sociosanitaria a carico della Regione. SSL e SSR differiscono dunque per l'elemento dei soggetti privati, che del primo universo di cura costituiscono elemento fondamentale al pari delle strutture pubbliche, in una logica di insieme che volutamente respinge una distinzione ed una differenziazione delle modalità di erogazione dei servizi per la salute: il «servizio sociosanitario lombardo» è la risposta ampia per assicurare la libertà del cittadino di provvedere alla propria salute, e la sua ampiezza è data dalla compresenza di attori pubblici e privati. Laddove invece si ragiona in termini di «servizio-sanitario e sociosanitario regionale», si fa riferimento

² Si veda varia letteratura sul tema: A. PIOGGIA, S. CIVITARESE MATTEUCCI, M. DUGATO, G.M. RACCA, *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, Franco Angeli Editore, Milano, 2008; A. PIOGGIA, *La gestione della sanità fra pubblico e privato: funzione pubblica e organizzazione privata delle aziende sanitarie*, in AA.VV., *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, Torino, 2011; Id., *Razionalizzazione organizzativa in sanità: quali modelli*, in C. BOTTARI, F. FOGLIETTA, L. VANDELLI (a cura di), *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Maggioli, Rimini, 2013.

³ Per approfondimenti in merito all'approccio *One Health* v. C. BERTOLDI, *Disabilità, tutela costituzionale e cambiamento climatico*, in *BioLawJournal*, n. 1, 2024, che rinvia a R.M. ATLAS, S. MALOY, *One Health: People, Animals, and the Environment*, Amer Society for Microbiology, Washington DC, 2014.

Cfr. inoltre F. APERIO BELLA (a cura di), *One Health: la tutela della salute oltre i confini nazionali e disciplinari. Per un approccio olistico della salute umana, animale e ambientale*, Editoriale scientifica, Napoli, 2022; L. VIOLINI (a cura di), *One Health. Dal paradigma alle implicazioni giuridiche*, Giappichelli, Torino, 2023.

ad un apparato pubblico preposto alla sanità. Tale distinzione è rilevante, perché il dato che emerge dalla legislazione in materia dimostra di rivolgersi al SSL, considerandolo la struttura che è chiamata a dare soddisfacimento al diritto tutelato nell'art. 32 Cost.

2. Il quadro normativo della Regione

La prima normativa di riferimento è stata la legge l. r. 11 luglio 1997, n. 31 recante *Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali*, successivamente modificata dalla l. r. 12 marzo 2008, n. 3 intitolata a *Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario*: per finire l'adozione del *Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità* operata dalla l. r. 30 dicembre 2009, n. 33, ha dotato la regione di un base normativa ormai consolidata per la sanità. Questo ultimo testo proclama che «l'integrazione del SSR con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali avviene nell'ambito del SSL» e che «la programmazione, la gestione e l'organizzazione del SSR sono attuate, nell'ambito del SSL» sulla base di un lungo elenco di principi, tra cui quelli già richiamati e additati come elementi di tipicità della politica sanitaria della Regione.

Nel 2015 si è rivista l'organizzazione del sistema nel suo complesso: con la l. r. n. 23 del 11 agosto 2015 che ha determinato l'*Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale del 30 dicembre 2009 n. 33*, superata poi da una disciplina più recente. La l. r. n. 22 del 2021 ha apportato le *Modifiche al Titolo I e al Titolo VII* della normativa del 2009, su pressione dell'Agenas e del Ministero della Salute. La sperimentazione avviata sul piano organizzativo nel 2015 avrebbe trovato ulteriore sviluppo se non fosse intervenuta la richiesta, dal livello centrale, di rimediare rispetto alle carenze del sistema di cura emerse in occasione dell'emergenza pandemica: a fronte di un insistente invito ad un cambio di passo e alla revisione dell'architettura sanitaria, la risposta regionale è stata quella di un intervento normativo nel 2021, che però ha accolto in maniera decisamente parziale gli indirizzi indicati da Agenas.

3. Il confronto con Agenas

La sperimentazione che la disciplina del 2015 aveva avviato si è dimostrata poco efficace dopo i primi anni, e ancora soprattutto alla prova di un evento imprevedibile e straordinario quale la pandemia: sono emersi vari aspetti di criticità, rispetto ai quali sono state richieste le necessarie correzioni⁴.

⁴ Si veda l'approfondimento di V. GHETTI, *L'evoluzione della legislatura. Ancora grandi riforme*, in C. GORI, C. GUIDETTI, V. GHETTI, F. POZZOLI (a cura di), *Lo stato del welfare in Lombardia*, cit.

Anzitutto è stata denunciata la frammentazione dell'impianto di governance che «porta a uno sfilacciamento della catena del comando e a una risposta non coordinata, da parte degli erogatori del sistema, ai bisogni di salute della popolazione». Secondariamente è stata evidenziata «la dispersione dell'attività di controllo (in capo alle 8 ATS)», quelle Agenzie di Tutela della Salute che la legge del 2015 ha impostato come articolazioni amministrative della Regione, destinate a proiettarsi nei territori: dunque dotate di competenze in relazione all'attuazione della programmazione, ovvero chiamate ad erogare prestazioni sanitarie e socio-sanitarie attraverso soggetti accreditati e contrattualizzati, tanto di natura pubblica che privata. L'Agenzia ha lamentato «l'assenza di un forte presidio centrale di controllo», e la conseguente emersione di «disomogeneità della qualità dell'offerta sul territorio». Ma soprattutto ha stigmatizzato «l'assenza di un solido raccordo organizzativo tra ospedale e territorio», che comporta «fenomeni di inappropriately nel percorso di presa in carico, soprattutto dei pazienti più fragili».

Non è inoltre apparso efficace il coordinamento tra le strutture preposte al governo e quelle responsabili dell'erogazione delle attività territoriali: la separazione tra le Agenzie di Tutela della Salute e le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) – le seconde corrispondenti sostanzialmente alle strutture ospedaliere – può avere determinato la disarticolazione nella produzione delle prestazioni, affidata per intero alle ASST e agli altri soggetti erogatori, soprattutto di carattere privato. Analogo schema ha operato in tema di funzioni di prevenzione: l'attribuzione delle competenze di governo era prevista per le ATS, mentre l'erogazione ricadeva sulle ASST.

Tra gli erogatori – ASST ed operatori privati accreditati – opera una vera e propria competizione che è stata ritenuta fonte di «difficoltà nell'assegnazione del budget, nel controllo delle prestazioni erogate, e nel garantire omogeneità nella qualità dei servizi»: l'offerta privata è risultata poco coerente rispetto alla programmazione regionale, svincolata da un'analisi della domanda e dalla proiezione al soddisfacimento del fabbisogno di assistenza.

La mancanza di un solido raccordo organizzativo tra ospedale e territorio è stato indicato come la criticità più preoccupante: per affrontare questa e le altre problematiche Agenas ha prospettato sia rimedi obbligatori che proposte migliorative, per un disegno di armonizzazione capace di «migliorare l'integrazione tra gli attori del sistema e a ridefinire con chiarezza i ruoli e le competenze attraverso una revisione dell'impianto istituzionale, caratterizzata principalmente dalla costituzione di un'unica ATS, a sostituzione delle 8 attuali». Le indicazioni obbligatorie sono da subito state dichiarate non meritevoli di attenzione da parte della Giunta lombarda, così come è stata immediatamente annunciata l'intenzione di arrivare alla riforma in un arco temporale non necessariamente di quattro mesi; conviene dunque rivolgere l'attenzione alle proposte migliorative.

Tra queste, spicca soprattutto l'istituzione di un'unica Agenzia regionale di Tutela della Salute, che potrebbe ricondurre alla Regione non solo le funzioni di pianificazione, programmazione e indirizzo ma anche quelle di accreditamento degli operatori privati, è stata vivamente raccomandata: quest'ultima procedura costituisce infatti una leva fondamentale di governo, dalla quale risulterebbe «una valorizzazione dell'attività dei soggetti privati accreditati all'interno della programmazione regionale, finalizzandola verso gli ambiti in

cui si siano rilevate, dalla stessa Regione, le criticità dell'offerta, sulla base dell'analisi dei bisogni e del livello di soddisfacimento degli stessi». In più Agenas ha consigliato la riappropriazione, da parte della Regione – o preferibilmente di un'Agenzia di controllo – delle funzioni di vigilanza nei confronti di tutti i soggetti erogatori: ciò al fine di accentrare il controllo sul rispetto degli accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati di valenza regionale o extraregionale.

A maggio 2021 la Giunta ha approvato il documento *Linee di sviluppo dell'assetto del sistema socio-sanitario lombardo delineato dalla legge regionale 11 agosto 2015, n. 232*, nel quale si sono formulati gli indirizzi a cui la Regione intendeva aderire. Nel documento si individuano le due colonne portanti su cui si regge il modello sanitario della Regione: il principio della libertà di scelta del Cittadino – che figura richiamato con lettera maiuscola – ed il rapporto tra pubblico e privato.

La libertà di scelta è qualificata «patrimonio del Sistema socio-sanitario lombardo e tale dovrà rimanere anche nel futuro assetto organizzativo. Il Sistema continuerà, pertanto, a riconoscere e garantire la libera scelta del cittadino nell'identificare e intraprendere il proprio percorso di diagnosi e cura, sia nella scelta delle strutture sanitarie e sociosanitarie che nella scelta del personale sanitario.

Circa il paradigma lombardo del rapporto fra pubblico e privato, esso risulta dalla convivenza di strutture pubbliche e private, e nella visione della Regione che ha permesso nel tempo l'innalzamento della qualità delle cure. Sono dunque valori da salvaguardare e rafforzare l'equivalenza, l'integrazione e la sussidiarietà all'interno del Sistema Sanitario Regionale dell'offerta sanitaria e sociosanitaria delle Strutture Pubbliche e delle Strutture Private accreditate: ciò in vista del perseguimento della sempre maggior appropriatezza e qualità.

È stato opportunamente espresso l'impegno a potenziare la rete territoriale, affinché tutto il percorso di cura del paziente avvenga in un'ottica di accompagnamento dello stesso, non focalizzando l'attenzione al solo ricovero ma a tutte le eventuali esigenze prima e dopo la dimissione ospedaliera⁵.

Il servizio di assistenza domiciliare è stato messo al centro di tale disegno: esso è previsto sia tramite la gestione diretta da parte degli erogatori pubblici che attraverso i consolidati rapporti con i soggetti privati già contrattualizzati.

Si comprende, dunque, che il recupero del «governo pubblico» del sistema non pare essere stato una priorità per la Regione, che ha mantenuto come pietra fondante della riforma parzialmente adottata quello che è da sempre il pilastro della sanità lombarda: la preoccupazione

⁵ Tra queste rientrano la valorizzazione delle professioni sanitarie (infermieri, tecnici sanitari, OSS ecc.) e della figura dell'infermiere di famiglia e continuità all'interno del Polo Territoriale; la costituzione delle Centrali Operative Territoriali quali punti di accesso territoriali (fisici e digitali) per facilitare e governare la rete di offerta sociosanitaria all'interno del distretto; la definizione (sia per erogatori pubblici che privati accreditati e a contratto) di protocolli e percorsi gestiti dalle Centrali Operative Territoriali per le dimissioni dei pazienti fragili e regolamentazione del relativo progetto individuale; l'implementazione del servizio di assistenza domiciliare integrata quale prima scelta del paziente dimesso.

pazione di garantire la libera scelta del cittadino in merito alle modalità di cura, da poter realizzare tramite strutture socio-sanitarie che non necessariamente devono essere pubbliche. Tale libera scelta continua a giocarsi tra pubblico e privato, e non pare essere la condizione che assicura la prossimità delle cure e la presa in carico.

È rimasta immutata la fiducia verso il modello di mercato. La riforma non ha infatti modificato il rapporto pubblico-privato, che rimane connotato dal proposito di non far gravare sul privato le carenze che l'offerta pubblica può presentare. Nonostante una sorta di *re-styling*, la legge del 2021 ha continuato a investire nella concorrenza tra gli erogatori pubblici e privati, indistintamente considerati fornitori di prestazioni, permettendo agli attori privati – capaci di operare con meno vincoli rispetto a quelli pubblici – di appropriarsi di larga parte della domanda di prestazioni, e di aggiudicarsi ampi spazi di mercato senza che un sistema di governo e di programmazione regionale regoli efficacemente tali dinamiche.

4. La riforma lombarda e l'approccio *One Health*

In merito all'orizzonte che qui interessa, nella disciplina si afferma che le «unità di offerta sociosanitarie» erogano prestazioni sanitarie *a rilevanza sociale* e prestazioni sociali *a rilevanza sanitaria*. Tali unità sono riconosciute come componenti essenziali della «rete regionale dei servizi per le persone fragili e per le loro famiglie». Inoltre, la normativa prevede che la Regione promuova lo sviluppo e l'innovazione continua in relazione ai bisogni complessi emergenti, di particolare rilevanza per il supporto alle fragilità. Queste previsioni hanno voluto delineare una modalità nuova alle aspettative di cura, per rimodulare l'intervento sanitario al fine di aumentarne l'efficacia, dopo le difficoltà incontrate sulla base del precedente approccio – prevalentemente fondato sulla struttura ospedaliera – durante il passaggio della pandemia.

In più nell'art. 2 del *Testo unico* è stata apportata l'aggiunta di un nuovo punto *a bis* del comma 1, nel quale è valorizzato l'approccio *One Health*, finalizzato ad assicurare globalmente la protezione e la promozione della salute, tenendo conto della stretta relazione tra la salute umana, la salute degli animali e l'ambiente. Tale è dunque l'impostazione lombarda dell'integrazione socio-sanitaria, anche alla luce del «nuovo» approccio *One Health*, che deve caratterizzare il servizio.

Si può poi rivolgere l'attenzione ai documenti programmatori della Regione, per rintracciare analoga sensibilità rispetto al modello dell'integrazione tra salute e ambiente.

Anzitutto presenta interesse il *Piano sociosanitario integrato lombardo 2024 - 2028*. In esso si denunciano «i rischi per la salute associati al degrado dell'ambiente, ai cambiamenti climatici e la perdita di biodiversità» e si evidenzia «l'urgenza di attivare forme di responsabilità condivisa rispetto ai nuovi paradigmi di prevenzione ispirati alla visione *One Health*». Si prospetta «l'indirizzo strategico di potenziare le azioni preventive (primarie, secondarie e terziarie) per conciliare salute e benessere dei cittadini e sostenibilità del sistema». Nel *Piano regionale della prevenzione 2021-2025* si propone «una strategia regionale intersettoriale ed integrata finalizzata a realizzare sinergie tra i servizi sanitari e ambientali in

un'ottica di approccio *One Health*, con l'obiettivo di ridurre gli effetti negativi sulla salute e il benessere delle persone e degli animali correlati all'impatto ambientale. Il programma è volto ad incrementare la capacità di lettura e di intervento sistemico sul territorio delle Amministrazioni e degli Enti locali, integrando le informazioni ambientali con quelle per la tutela della salute dei cittadini».

Ciò richiede il coordinamento con i servizi ambientali e di protezione civile nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici, agli eventi estremi e alle catastrofi naturali. La creazione di una *Rete regionale integrata ambiente e salute* può aiutare al fine di promuovere il superamento delle criticità tecnico-scientifiche e di governance regionale: tale *Rete* può garantire il dialogo e il confronto costante tra tutte le componenti per la prevenzione, la promozione della salute, la valutazione e la gestione dei rischi derivanti da fattori ambientali, antropici e naturali.

Tra le azioni illustrate nel Piano, l'Azione 5 Equity svolge una funzione specifica nella direzione di una nozione integrata di salute. Si rappresenta una modalità di intervento di «integrazione delle attività tra ambiente e salute», fondamentale «per proteggere la salute dai rischi derivanti dalla contaminazione ambientale, dagli effetti dei cambiamenti climatici e per garantire luoghi di vita e di lavoro che tutelino cittadini e lavoratori». Posto che «i tratti costitutivi della Lombardia sono sia la forte antropizzazione, la concentrazione urbana, la presenza di attività economiche che producono fattori di rischio, che caratterizzano la fascia di pianura e i fondovalle, sia i territori montani e/o marginali con forte capitale naturale e dispersione insediativa», la constatazione è che siffatta conformazione «presenta notevoli disuguaglianze territoriali e che espone a ricorrenze critiche proprie sia dei rischi derivanti dagli insediamenti produttivi che naturali e degli effetti dei cambiamenti climatici». Ecco che allora «una più appropriata politica di prevenzione, fondata su un approccio *One Health* ha la necessità di confrontarsi meglio e più sistematicamente con le dimensioni dei determinanti ambientali, sociali e comportamentali del contesto lombardo». In particolare «l'azione di equità risponde all'obiettivo generale di contribuire alla riduzione degli impatti ambientali sulla salute della popolazione lombarda, riorientando gli interventi in termini di rischio e vulnerabilità territoriali in un contesto di universalismo proporzionale, che a livello regionale garantisca adeguate ed eque risposte ai bisogni di salute espresse dai vari territori».

A fronte di questo ambizioso impegno, che gli atti di programmazione della Regione affidano alle istituzioni del territorio, la considerazione che si propone deriva dall'interrogativo circa le implicazioni che l'obiettivo *One Health* è in grado di generare rispetto ad un sistema quale il «servizio sociosanitario lombardo», ovvero quell'entità ampia e diversificata, composta di attori pubblici e privati, su cui ricade l'onere di coniugare salute e ambiente in una visione unitaria.

Vi è da domandarsi, infatti, se il comparto privato sia destinato ad avvertire in eguale misura e a rispondere con le stesse modalità alle esigenze della visione integrata della sanità, rispetto a quanto ci si può aspettare dal comparto pubblico. Se le risposte che l'apparato amministrativo regionale può fornire possono essere sì di integrazione, in ragione delle sue varie articolazioni e dei comparti di politica pubblica che lo caratterizzano, vi è invece

da dubitare che la medesima attitudine venga sviluppata da parte di agenti del mercato, quali sono i prestatori di sanità privata. Pare ben più probabile che alla realtà della sanità privata la strategia *One Health* risulti decisamente onerosa, e non conveniente da perseguire.

Se così fosse, si comprende quanto problematico diventi il perseguimento di questa strategia da parte del sistema «lombardo» nella sua interezza: è legittimo immaginare che i tanti operatori privati della sanità, chiamati a erogare servizi secondo logiche esclusivamente e strettamente economiche, non abbiano interesse ad investire in prestazioni che non siano solo tarate sul bisogno di salute – considerato in termini di «domanda» in chiave strettamente economica – ma siano capaci di salvaguardare anche esigenze di altra natura. Proprio le due caratteristiche del sistema di cura di questa Regione, che si sono evocate in apertura di queste riflessioni, potrebbero diventare ostacoli rilevanti alla crescita della necessaria sensibilità rispetto alla strategia *One Health* e alle azioni necessarie per la sua diffusione. La libertà di scelta del soggetto con bisogno di salute e la realtà di mercato per una ricca offerta di prestazioni e servizi possono costituire seri elementi di rallentamento nel percorso di affermazione della visione integrata di salute e ambiente.

Solo se si riuscirà a valorizzare la salute come «interesse della collettività» – secondo l’ ammonimento dell’art. 32 Cost. – la prospettiva *One Health* nella sua dimensione di preservazione della salute umana, animale e dell’ambiente ha le sue chances per potersi affermare, e per essere avvertita come la condizione ideale perché sempre più diffusamente essa sia anche il «fondamentale diritto dell’individuo»⁶.

⁶ R. BALDUZZI, *Esiste ancora un Servizio sanitario nazionale?*, in M. RICCA, L. CHIEFFI (a cura di), *Il governo della salute. Regionalismo e diritti di cittadinanza*, Formez ufficio stampa e editoria, Roma, 2005, p. 27, osserva che le soluzioni regionali, per quanto rientranti nel modello del Servizio sanitario nazionale (SSN) «presentano tra loro differenze, talvolta anche significative tali da far addirittura supporre l’esistenza di una pluralità di sistemi sanitari regionali tra loro differenziati».