

Che cosa blocca l'attuazione della riforma della sanità territoriale (e non solo)? Qualche spunto di riflessione *

Gilberto Turati**

L'obiettivo di queste brevi riflessioni è quello di chiarire quali sono, a mio avviso, i potenziali ostacoli per l'attuazione della riforma della sanità territoriale disegnata dal DM 77/2022. Che se ne sia cominciato a parlare, nonostante questa sia una riforma prevista nell'ambito della Missione 6 del PNRR è da un lato motivo di preoccupazione, dall'altro di conforto. Preoccupazione perché, se si sente l'esigenza di parlarne, è perché si ritiene che il rischio di rivivere quanto già avvenuto in passato è reale; e il passato, relativamente recente, racconta che un conto è scrivere una riforma, un altro – come diremo – attuarla. Parlarne però è anche motivo di conforto perché affossare una riforma che si ritiene corretta richiede di farlo in silenzio, senza troppo clamore; e qui invece stiamo parlando alla luce del sole dell'attuazione e dei potenziali ostacoli della riforma, sperando che la discussione non rimanga nel cenacolo degli addetti ai lavori ma entri nel dibattito pubblico. La riforma della sanità territoriale preconizzata dal DM 77/2022 non è certo una novità assoluta. Che qualcosa si debba fare per migliorare le cure territoriali è tema sul quale ci si interroga, infatti, da decenni, fin da quando epidemiologi e studiosi di sanità pubblica hanno cominciato ad enfatizzare l'idea (ribadita dopo la pandemia) che l'evoluzione prospettica dei malanni dei quali dovremo prenderci cura in futuro prevede una vasta maggioranza di malattie croniche, per le quali il *setting* assistenziale appropriato non è l'osped-

* Lo scritto costituisce una rielaborazione dell'intervento svolto dall'Autore nella Giornata di studio "La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?" (Milano, 26 aprile 2023), promossa dall'Università Cattolica del Sacro Cuore a conclusione della seconda edizione del Corso di perfezionamento in "Organizzazione e gestione delle Case della Comunità" e nell'ambito del PRIN 2020 "Il diritto costituzionale della salute e dell'organizzazione sanitaria dopo l'emergenza della pandemia".

** Professore ordinario di Scienza delle finanze nell'Università Cattolica del Sacro Cuore.

dale ma, appunto, quel vasto insieme di servizi che compongono il mosaico dell'assistenza territoriale. L'esempio canonico è il paziente diabetico, che richiede controlli e attenzioni continue, talvolta anche di pochi minuti, da parte di numerosi professionisti; richiede, per usare un gergo ormai ampiamente sdoganato, di "essere preso in carico" dal sistema per evitare che giunga in ospedale a causa del peggioramento delle sue condizioni di salute. Da questa constatazione che, ripeto, parte da chi si occupa di studiare la diffusione e l'evoluzione delle malattie dentro le Facoltà di Medicina, discendono alcuni ovvi corollari (sviluppati con il contributo delle Facoltà di Economia), che la politica ha fatto propri o, quantomeno, ha cercato nel corso degli anni di fare propri. Primo: se l'uso dell'ospedale si deve limitare alla cura delle acuzie, la capacità produttiva degli ospedali si deve ridurre dato il vincolo di bilancio. Secondo: i servizi ospedalieri vanno sostituiti con servizi territoriali, intesi sia come cure primarie, sia come cure di "lungo periodo" per quei pazienti che soffrono di condizioni croniche.

La combinazione dei due corollari, che derivano dal "teorema" iniziale sul quadro epidemiologico, dimostra quindi la necessità di una grande operazione di "ristrutturazione" del SSN pubblico: servono meno posti letto ospedalieri (quindi, coerentemente, meno medici e meno infermieri che lavorano *dentro* gli ospedali); servono più operatori per le cure primarie (a partire dai medici di medicina generale, ma anche specialisti della cronicità e infermieri per l'assistenza, più medici e più infermieri *fuori* dagli ospedali) e servono più strutture per le cure di lungo periodo (dalla riabilitazione al fine vita). Una operazione del genere non si fa dall'oggi al domani: richiede anni, nonché di avere ben chiaro dove si vuole arrivare, mantenendo la rotta durante il percorso.

Di queste necessità, la politica è ampiamente edotta da tempo: se ne è discusso in occasione di convegni di studiosi di vari campi, dalla sanità pubblica fino all'economia e al diritto della salute. In questa direzione sono state anche prese decisioni politiche, tradotte in atti normativi, sia sul fronte dell'assistenza ospedaliera, sia su quello dell'assistenza territoriale. Rispetto al primo profilo, sono state stabilite semplici modifiche dello standard di posti letto sul totale della popolazione definiti in modo via via più stringente dal governo nazionale; poi con un decreto volto a definire le caratteristiche e gli standard per un "ospedale sicuro", il DM 70/2015, che suggeriva di concentrare l'attività clinica in reparti con un sufficiente numero di prestazioni (operanti quindi su bacini di utenza più ampi). Quanto al secondo profilo, la legge Balduzzi del 2012 aveva introdotto novità importanti per riformare la sanità territoriale che era ancora ferma al vecchio schema secondo cui l'unica alternativa al proprio medico di medicina generale (o al pediatra per i bambini) era il Pronto Soccorso degli ospedali. A queste iniziative legislative nazionali, sono stati affiancati anche alcuni tentativi regionali. Quello più eclatante, per i destini che ha avuto, è probabilmente la Legge regionale 23/2015 della Regione Lombardia, una legge volta a garantire la "presa in carico" dei pazienti cronici a partire da una riforma che stabiliva di individuare il "gestore" del singolo paziente, soprattutto anziano (su questo punto si vedano le riflessioni in Turati, 2023).

Come è noto, le modifiche legislative – che avrebbero dovuto comportare, dato il teorema iniziale, un miglioramento del benessere collettivo tanto caro agli economisti, attraverso

cure più appropriate per i cittadini – non hanno avuto la fortuna che forse avrebbero meritato. In altre parole, a dispetto del fatto che queste norme prevedevano modifiche nella direzione auspicata (meno ospedale e più territorio), ci si è fermati in molti contesti regionali alle dichiarazioni di principio e non si sono mai realmente affrontati tutti i nodi che una ristrutturazione siffatta inevitabilmente comporta. Per esempio, la chiusura dei piccoli presidi o dei piccoli reparti (insicuri sul fronte degli esiti clinici delle cure) è stata raccontata ai cittadini come un taglio ai servizi, invece che come un passo nella direzione attesa (con ovvie ripercussioni su quel che i cittadini pensano, si veda Bordignon e Turati, 2023). Certo, se l'ospedale si allontana e non si sviluppano servizi alternativi (su tutti, quelli territoriali previsti dalla riforma Balduzzi del 2012), questa tesi del “taglio” diventa molto più credibile agli occhi del “cittadino-paziente”, che paga le tasse e si aspetta i servizi (l'idea del “cittadino-paziente” è sviluppata in Costa-Font et al., 2020); e sarebbe utile chiedersi cosa sia successo alle risorse liberate con la riduzione dei posti letto ospedalieri, visto che la spesa sanitaria pubblica non si è mai ridotta in termini nominali.

Per quel che rileva in questa sede, occorre chiedersi perché queste riforme, dell'assistenza ospedaliera e di quella territoriale, non siano state attuate completamente. La retorica dei “tagli” (più presunti che reali se si guardano i numeri della spesa e i fondi a disposizione in conto capitale mai effettivamente utilizzati nella loro interezza) ha certamente aiutato ad alimentare un racconto basato sulla mancanza di risorse (ancora Bordignon e Turati, 2023) perché non si possono fare riforme senza adeguati finanziamenti. La pandemia ha contribuito ulteriormente a rafforzare questa tesi: gli esiti iniziali infausti per il nostro paese sono stati attribuiti, anche da una parte della letteratura accademica più schierata contro l'austerità (per esempio, Prante et al., 2020), a mancanze strutturali rispetto a paesi che spendono di più di noi (in termini di quota di Pil) per la salute pubblica. Solo in pochi abbiamo richiamato, nei periodi più difficili, le ragioni sottese alla riduzione dei posti letto (si veda, per esempio, Angelici et al., 2020); solo in un secondo momento il dibattito è passato dal ruolo dell'ospedale alla capacità di gestione dei pazienti sul territorio, scoprendo che lo sviluppo di adeguate reti territoriali di servizi sarebbe stata cruciale per affrontare le richieste di assistenza generate dal virus (nell'ambito della letteratura medica, per esempio, Ferrara et al., 2022).

All'esito del periodo pandemico si sono diffuse le riflessioni secondo cui servono più servizi territoriali e, forse, un po' di capacità produttiva in eccesso negli ospedali o quantomeno la flessibilità nell'adeguamento di reparti da un *setting* terapeutico ad uno più richiedente, come quello della terapia intensiva e sub-intensiva. Coerentemente, la riforma (l'ennesima) della sanità territoriale è stata posta al centro del PNRR, quel Piano di riforme e di investimenti finanziato con i fondi dell'Unione Europea, salutato come una vittoria contro il rigorismo europeo. Il DM 77/2022, che introduce la Casa della Comunità (un evidente richiamo alle Case della Salute di un recente passato e della realtà odierna di alcune regioni) e l'Ospedale della Comunità, è certamente figlio della missione 6 del Piano. Gli investimenti strutturali, per la digitalizzazione e la messa in sicurezza delle strutture ospedaliere (riformate in base al DM 70/2015), oltre che per l'adeguamento del loro parco tecnologico, sono certamente figli del Piano. E il PNRR, lo si ricorda, è dotato di

un ammontare relativamente ampio di risorse economiche altrettanti per gli investimenti, smontando all'origine la tesi della mancanza di risorse. Questa volta è diverso, si potrebbe argomentare; ed è diverso anche perché le decisioni su quante Case e Ospedali della Comunità costruire sono già state prese, attraverso la firma di Contratti di Sviluppo con le amministrazioni regionali.

Perché allora si parla di problemi di attuazione? Primo, perché più volte alcuni membri del governo Meloni, che ha ereditato il PNRR del Governo Draghi, si sono espressi con dichiarazioni che suggeriscono come le Case e gli Ospedali della Comunità non siano la strada giusta per riformare la sanità territoriale, in taluni casi configurando ragionevolmente qualche conflitto di interesse se si guarda alle professioni prima di vestire la casacca del governo. Secondo, perché proprio recentemente il Ministero della Salute ha istituito un Tavolo tecnico per discutere delle difficoltà di implementazione del DM 70/2015 e del DM 77/2022, inzeppando il tavolo di “rappresentanti sindacali” delle corporazioni che, a vario titolo, sono attive nella sanità territoriale e in quella ospedaliera; e causando la protesta dei rappresentati delle corporazioni escluse (per fare due esempi, gli ingegneri clinici e gli OSS)¹.

Le dichiarazioni dei membri del governo e, ancora di più, il Tavolo rendono evidenti a mio avviso quelle che sono sempre state le problematiche di attuazione della riforma dell'ospedale e del territorio, del DM 77/2022 e del DM 70/2015: a fronte di vantaggi collettivi evidenti per il cittadino-paziente, la ristrutturazione di ospedale e territorio comporta una redistribuzione dei vantaggi per le diverse categorie di operatori coinvolte perché qualcuno ci guadagna, qualcun altro inevitabilmente ci perde. Qualche esempio aiuta a chiarire che lo sviluppo dei servizi di assistenza territoriale in team multidisciplinari spingono verso un ruolo maggiore per infermieri, assistenti sociali, psicologi e psichiatri, tutte categorie che dovrebbero guadagnare dalla riforma attraverso nuove e maggiori opportunità di impiego (che, a cascata, incidono sul sistema di formazione, con lo sviluppo dei corsi di studio rivolti a queste figure professionali). Lo stesso vale per i medici di medicina generale, ma non per tutti e non in tutte le circostanze: quelli nuovi potrebbero guadagnare un nuovo ruolo e nuove opportunità di impiego nel caso si trasformasse l'attuale corso di formazione in una vera e propria specializzazione universitaria e si passasse alla dipendenza; quelli già sul mercato rischiano di perderci, diventando una categoria in estinzione (e, quelli che fanno formazione, ci perdono anche qualche risorsa se si passa alla formazione dentro le università). Anche i medici ospedalieri, in particolare di quelle discipline che vengono “concentrate” in pochi centri altamente specializzati, possono perdere dalla completa attuazione della riforma; e, in ogni caso, la riduzione del peso degli ospedali genera chiaramente una minore domanda di posti per gli ospedali.

¹ Si vedano i due articoli pubblicati da Quotidiano Sanità qui https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=115462&fr=n e qui https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=115372&fr=n.

Il problema è che, come tutti i conflitti distributivi, anche questo va risolto dalla politica. Fino ad ora si è sempre privilegiato lo *status quo*; forse perché alcune delle categorie di cui sopra sono così forti da influenzare il processo decisionale, avendo anche rappresentanti importanti all'interno del governo e Parlamento. In questo caso, si rischia di finire in un circolo vizioso: prima si dice che servono le riforme, poi si scrive una norma, poi si fa di tutto per non attuarla; e alla prima occasione utile si torna a dire che servono le riforme. A perderci, naturalmente, sono i cittadini-pazienti.

Riferimenti bibliografici

Angelici M., Berta P., Moscone F., Turati G., *Ospedali, dove e perché si è tagliato*, in *lavoce.info*, 2020, disponibile al sito web <https://lavoce.info/archives/64538/ospedali-dove-e-perche-si-e-tagliato/>.

Bordignon M., Turati G., *I dilemmi del Servizio Sanitario Nazionale presente e futuro*, Laboratorio Futuro, Istituto Giuseppe Toniolo di studi superiori, 2023, disponibile al sito web https://www.laboratoriofuturo.it/wp-content/uploads/2023/05/LF_Dilemmi-SSN_148x210_DEF.pdf.

Costa-Font J., Turati G., Batinti A., *The political economy of health and healthcare*, Cambridge University Press, 2020.

Ferrara, N.; Campobasso, C.P.; Coccozza, S.; Conti, V.; Davinelli, S.; Costantino, M.; Cannavo, A.; Rengo, G.; Filippelli, A.; Corbi, G., *Relationship between COVID-19 Mortality, Hospital Beds, and Primary Care by Italian Regions: A Lesson for the Future*, in *Journal of Clinical Medicine*, 2022, 11, 4196. <https://doi.org/10.3390/jcm11144196>.

Prante, F.J., Bramucci, A., Truger, A., *Decades of Tight Fiscal Policy Have Left the Health Care System in Italy Ill-Prepared to Fight the COVID-19 Outbreak*, in *Intereconomics*, 2020, 55, 147–152, <https://doi.org/10.1007/s10272-020-0886-0>.

Turati G., *Il coordinamento nel caso del quasi-mercato lombardo: cosa cambia durante una pandemia?*, in A. Balestrino et al. (a cura di), *Dall'emergenza sanitaria alla stabilizzazione finanziaria della sanità pubblica - Atti Convegno Nazionale di Contabilità Pubblica*, Pisa 17-19 dicembre 2020, Editoriale Scientifica, 2023.

