

## La crisi del Ssn richiede un cambiamento nelle scelte di politica sanitaria: il caso del rapporto tra ospedale e territorio

Claudio Maria Maffei\*

RPS

*Il testo è la sintesi dell'articolo pubblicato nella sezione Attualità del n. 2 2023 di Rps e scaricabile dagli abbonati nella versione integrale al link:*

<https://www.futura-editrice.it/wp-content/uploads/2023/10/RPS-2023-2-09-Maffei.pdf>

Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) italiano è in una crisi che è ormai sotto gli occhi di tutti, ma che soprattutto è giornalmente sperimentata da cittadini e operatori. Le cause di questa crisi sono di solito giustamente identificate in alcune carenze *quantitative* e in particolare nella carenza di risorse economiche e quindi nel sottofinanziamento della sanità, nella carenza di personale e nell'inadeguato trattamento economico dello stesso. Ricorre poi spesso il tema del peso eccessivo della componente privata del Ssn, che alcuni mettono tra le cause della crisi e che ne è in ogni caso una conseguenza. Scopo di questo intervento è invece quello di analizzare la crisi del Ssn in modo da mettere in luce l'effetto che hanno su di essa altri fattori tradizionalmente presi poco in considerazione che attengono alla «qualità» dei processi programmatici e organizzativi.

Negli anni che hanno preceduto la pandemia è cresciuta in tutti i paesi la consapevolezza che il problema principale di sanità pubblica era rappresentato dalle malattie croniche. Un buon punto da cui partire per parlare di cronicità è rappresentato dal Piano nazionale della cronicità, uscito nel 2016 in Italia. Si tratta di un Piano predisposto dal Ministero della Salute e poi approvato dalla Conferenza Stato-Regioni che fornisce una analisi e una proposta di intervento sul tema della cronicità e dà mandato alle Regioni di declinarne la versione «locale». L'approccio tradizionale alle malattie croniche prevede che la loro gestione sia a carico del medico di medicina generale che in caso di segni e sintomi di aggravamento ricorre allo specialista che lo restituisce al medico

\**Claudio Maria Maffei* è medico specialista in Igiene e Sanità pubblica.

curante con una ridefinizione del programma di monitoraggio e del pro-getto terapeutico-riabilitativo, se previsti. Quando la rilevanza clinica delle eventuali complicanze lo richiede si ricorre al livello ospedaliero di solito tramite il passaggio attraverso il Pronto Soccorso. Questo modello al fondo rimane caratterizzato da alcuni limiti come: la mancanza di un approccio proattivo, il frazionamento dei percorsi, il ruolo passivo di pazienti e familiari, la variabilità dei comportamenti professionali e organizzativi, il mancato coinvolgimento della comunità.

Oggi in tema di risposta alla cronicità prevale invece il *Chronic Care Model* (letteralmente «modello di risposta assistenziale alla cronicità», ma ormai tutti fanno riferimento alla dicitura originale in inglese), un modello che prevede il passaggio da un'assistenza «reattiva che risponde ad una domanda a un'assistenza «proattiva» che anticipa la domanda. A ben vedere il *Chronic Care Model* è la base «ideologica» di tutte le novità del Piano nazionale di ripresa e resilienza tutto centrato sullo sviluppo di un nuovo modo di erogare i Lea distrettuali attraverso le strutture/funzioni/figure che poi il decreto ministeriale (d.m.) n. 77 del 2022 ha cercato di regolamentare: il potenziamento dell'assistenza domiciliare, le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, le Centrali operative territoriali, l'infermiere di famiglia e di comunità e la telemedicina. La prevalenza della cronicità come problema di sanità pubblica dovrebbe spiegare perché «sotto casa» servono i servizi territoriali e non gli ospedali.

Il d.m. n. 70/2022 che fornisce gli standard per la programmazione ospedaliera venne approvato nel 2015, ma era stato impostato negli anni precedenti tanto è vero che viene spesso nominato come Decreto Balduzzi o «il Balduzzi» dal nome del ministro Renato Balduzzi che lo aveva progettato con il supporto tecnico della Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali. Essendo nato ai tempi della legge n. 135/2012 (la cosiddetta *Spending Review*) il decreto è stato spesso considerato espressione di una politica di soli tagli (i famigerati tagli *lineari*), mentre il suo reale obiettivo era quello di dare un contributo alla razionalizzazione della assistenza ospedaliera nel Ssn. In pratica con il d.m. n. 70/2022 sono state date alle Regioni delle regole per il montaggio della loro offerta ospedaliera che doveva portarle naturalmente verso una sua razionalizzazione e qualificazione. Nella pratica attuazione del d.m. in molte Regioni il percorso di revisione della rete ospedaliera non è stato però completato nonostante la istituzione di un Tavolo ministeriale di monitoraggio. È mancata una verifica complessiva dello stato di

attuazione del d.m. nelle varie Regioni, ma a un certo punto con la pandemia gli ospedali italiani sono stati sottoposti ad un formidabile stress test. Che non hanno superato e hanno fatto tornare tanta voglia di ospedale.

Mano a mano che la pandemia avanzava si parlava sempre meno del ruolo del territorio ed era soprattutto sull'ospedale che si concentravano le attenzioni e gli investimenti. In estrema, ma molto estrema, sintesi gli ospedali pubblici con la pandemia sono entrati in crisi per una propria intrinseca debolezza rispetto ad una domanda cui non erano preparati. La pandemia ha fornito l'occasione di ripensare il ruolo e l'organizzazione dell'ospedale. Ha reso, in particolare, evidente che gli ospedali in futuro (anzi, già da ora) dovranno essere in grado di far fronte a picchi improvvisi di attività corrispondenti a bisogni emergenti qualitativamente diversi e quantitativamente aumentati rispetto alla domanda «base» a causa dell'aumento di pazienti con problematiche di tipo infettivologico, pneumologico e di area critica (pazienti intensivi e semintensivi). Allo stesso tempo la pandemia ha evidenziato come va fatto il massimo sforzo per la gestione sul territorio della cronicità in modo da ridurre il ricorso all'ospedale riservato sempre di più alla gestione delle situazioni cliniche complesse e gravi.

Il Servizio sanitario nazionale in definitiva ha bisogno di più risorse, ma anche di un diverso funzionamento. Come tracciante di questo problema l'articolo esamina il rapporto tra ospedale e territorio contrassegnato da un forte squilibrio di risorse e attenzioni nei confronti del primo e con una forte e diffusa riluttanza a mettere questo squilibrio in discussione. Uno squilibrio che non ha motivazioni epidemiologiche (il prevalere della cronicità spinge piuttosto verso un potenziamento del territorio), ma ha soprattutto motivazioni di interesse politico (gli ospedali fanno guadagnare o perdere voti), professionali (i medici spingono nella maggioranza dei casi verso la direzione di «più ospedale») e di campanile (ne è prova il fatto che i Sindaci eletti per aver difeso il «loro» ospedale finiscono a volte, come avviene attualmente nelle Marche, col diventare assessori alla Sanità).