

Riformare le riforme. Riflessioni sull'evoluzione del SSN e L.r. 23

Un contributo di Fabrizio Giunco, Direttore Dipartimento Cronicità Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS

La riforma della L.r. 23/2015 ha iniziato l'iter di approvazione. Nel SSR lombardo, come in quello nazionale, si susseguono senza posa riforme poco efficaci. Per non continuare a riproporre questo meccanismo occorre puntare a un sistema sociale e territoriale capace di affrontare le odierne sfide demografiche.

a cura di Rosemarie Tidoli - martedì, Luglio 27, 2021

<http://www.lombardiasociale.it/2021/07/27/riformare-le-riforme-riflessioni-sullevoluzione-del-ssn-e-della-l-r-23/>

Riforme: una tradizione tutta italiana

L'Italia ha una lunga tradizione di riforme che, nascendo un po' precarie, vanno poi in qualche modo riformate. L'arte di riformare le riforme ha il suo apogeo nelle Leggi elettorali, che sembrano richiedere un continuo ripensamento. Una sorta di cantiere semi-permanente non dissimile dalla condizione delle nostre autostrade; la qualità della loro manutenzione lascia un po' a desiderare, ma i lavori in corso sono dovunque e in tutte le stagioni. In entrambi i casi – leggi elettorali o cantieri autostradali – possono sfuggire i motivi di una costante ma efficace inefficacia. **Difficile capire, ad esempio, se sono confuse le premesse, gli strumenti, gli obiettivi o tutti e tre gli elementi in modo variabile.** Le riforme sanitarie non sfuggono a questo destino. Anche la Regione Lombardia, com'è noto, è alle prese [con la riforma del Sistema Sanitario Regionale](#), avviata con la L.r. 23/2015, che a sua volta modificava la precedente [L.r. 33/2009\[1\]](#). La Legge 23/2015 era stata introdotta come sperimentazione condivisa con il Ministero della Salute. Il dibattito che ha accompagnato la sua approvazione è stato acceso e alcuni dubbi hanno trovato poi conferma sia nel [rapporto di AGENAS\[2\]](#), che ha chiuso la fase sperimentale, che in alcune debolezze del sistema di governo e erogazione dei servizi territoriali che la pandemia ha fatto trasparire. Dopo audizioni, proposte e documenti vari, [fra cui quelli di AGENAS\[3\]](#), è stato ora pubblicato [il nuovo Progetto di legge\[4\]](#). Si apre quindi la discussione nel Consiglio regionale. Nel frattempo, sembra utile farsi qualche domanda. I risultati della riforma della riforma saranno robusti, efficaci e duraturi? Chi scrive ha più di qualche dubbio.

I sistemi sanitari: obiettivi, risultati attesi, cambiamenti

Assumendo che la nuova legge lombarda (che sarà oggetto di successivi approfondimenti) possa essere la migliore possibile, la sua efficacia sarà infatti condizionata da aspetti di scenario che non sembrano ricevere, in Italia, un'attenzione sufficiente. Qual è lo scopo di un sistema sanitario? Favorire la salute e il benessere dei cittadini, prevenire ciò che è prevenibile, curare ciò che è curabile, prendersi cura di ciò che curabile non è. In alcuni di questi ambiti, è bene ricordarlo, l'Italia è fra i migliori del mondo per risultati di salute pubblica. **La medicina moderna si è però sviluppata intorno alla malattia acuta o alla cura**

delle acuzie. Meglio ancora, a malattie che in qualche modo guariscono. Le malattie di oggi sono però un'altra storia; sono più spesso croniche, non guariscono ma si stabilizzano, si sommano nella stessa persona, determinano di frequente conseguenze invalidanti. Questi cambiamenti, inoltre, non sono i soli di cui tenere conto. Il miglioramento delle condizioni di vita, un benessere economico sufficientemente distribuito, l'assenza da decenni di guerre sul nostro territorio e la migliore accessibilità dei servizi sanitari, fanno sì che la durata della vita si sia allungata.

Le implicazioni della vecchiaia

Ormai, è normale morire intorno ai 90 anni. La salute dei nostri anziani è spesso invidiabile, ma non va trascurato un aspetto affatto secondario: **la vecchiaia esiste e ha le sue regole.** Per motivi non del tutto noti, il nostro orologio biologico, per quanto sani si arrivi all'età avanzata, rende poi inevitabile dover convivere con la graduale compromissione delle proprie autonomie, fino alla completa non autosufficienza. Conseguenza immediata: in Italia abbiamo oggi circa 3 milioni di anziani non autosufficienti, destinati a crescere rapidamente. Limitandosi alla Lombardia, entro il 2060 gli attuali 20.000 ultra95 diventeranno 110.000, mentre gli anziani fra gli 85 e i 94 anni saliranno da 300.000 a 800.000. Per il solo effetto di trascinarsi età-correlato, nello stesso intervallo i non autosufficienti lombardi potrebbero superare i 2 milioni, mentre altri 3 milioni di anziani richiederanno aiuto nella vita quotidiana. Come tutti i cambiamenti naturali anche quest'evoluzione – frutto del baby boom del primo dopoguerra – è destinata a esaurirsi. Raggiungerà il suo picco fra il 2060 e il 2080, dopo di che l'onda passerà e la popolazione italiana troverà un miglior equilibrio demografico. Questo però vuol dire – avviso per i programmatori – che **i prossimi 40-60 anni rappresenteranno, per la tenuta sociale e dei servizi sanitari, uno stress test, di fronte al quale la pandemia da Covid-19 sarà solo un piacevole ricordo.**

Basteranno ospedali e ambulatori?

Davanti a cambiamenti così epocali delle popolazioni e dei bisogni, **non sarà più sufficiente la piccola manutenzione del sistema di cura delle acuzie e delle urgenze.** Servono riforme altrettanto epocali e di lungo respiro. La gran parte dei bisogni espressi da chi è chiamato a convivere con limitazioni delle autonomie quotidiane, fragilità e vulnerabilità, non troverà risposte efficaci negli ospedali o nella medicina specialistica. In questo senso, gli investimenti straordinari del PNRR e le indicazioni più recenti di Agenas sono a tutti gli effetti un'occasione mancata per gettare le basi di una riforma necessaria e non più procrastinabile. Queste riforme, come peraltro la stessa Legge 23, sembrano parlare soprattutto di cura delle malattie e di ricoveri ospedalieri: diagnosi, terapie, tecnologie, monitoraggio/follow up, urgenza/emergenza. Il problema centrale sembra quello di far arrivare meno persone in ospedale e pensare di poterle dimettere rapidamente. Di fronte ai numeri citati, **come sarà possibile raggiungere questi risultati senza un sistema d'intervento territoriale di gran lunga meglio strutturato e meglio governato di quello attuale? E ancora di più, con quali servizi e quali operatori si intenderà rispondere ai bisogni delle persone non autosufficienti, destinate a diventare dieci volte più delle attuali? Le raccomandazioni delle principali organizzazioni internazionali (OMS, OECD, GBD, AMS)**

suggeriscono di superare l'attenzione verso le sole malattie croniche per affrontare in modo più sostanziale le "condizioni" di cronicità, un complesso mix di età, malattie, fragilità, disabilità e altre variabili psicosociali. [Già nel 2015 l'OECD\[5\]](#) aveva segnalato al Ministero della Salute il fatto che l'Italia non avesse un vero e proprio sistema di Long Term Care (LTC), quanto un insieme eterogeneo, mal distribuito e poco efficace di servizi, sussidi e previdenze economiche prive di una visione e di un governo d'insieme. Ulteriori segnali forti sono arrivati da altri commentatori istituzionali, come il CERGAS o il Network Non Autosufficienza. **Eppure, questa priorità non trova attenzione reale né nei documenti nazionali né nella riforma della Legge 23.** A ben vedere, è una vera e propria rimozione, culturale prima che programmatoria.

La nascita del SSN italiano: dalla L. 833/78 alle riforme successive

Peraltro, si tratta di una rimozione che viene da lontano. Le basi del sistema sanitario attuale sono state dettate dalla Legge 833 del 1978, che istituiva il Servizio sanitario nazionale (SSN). Nonostante fosse una legge del secolo scorso, definiva un assetto istituzionale solido e innovativo. In particolare, confermava il ruolo decisivo dei Comuni [\[6\]](#) e delle Unità Sanitarie Locali (USL)[\[7\]](#), che da essi dipendevano, nel governo e nella regolazione del territorio. Per motivi diversi, soprattutto economici, questa riforma è stata rapidamente riformata. Ecco, quindi, la Riforma del Titolo V della Costituzione e la Riforma Ter del servizio sanitario (decreti legislativi n. 502, 517 e 229 del 2001). Alle Regioni veniva assegnata una forte autonomia normativa sulla struttura del proprio servizio sanitario; l'Italia non ha più avuto un SSN, ma 20 sistemi regionali piuttosto diversi fra loro. Al tempo stesso, veniva fortemente ridimensionato, se non annullato, il ruolo forte dei Comuni. Il potere vero veniva trasferito a Ospedali e USL (da allora ASL), resi autonomi e trasformati in aziende alle quali veniva assegnato un imprescindibile obiettivo, non necessariamente coincidente con la salute: il pareggio di bilancio. La Sanità cambiava quindi fisionomia, ma **una spaccatura così decisa fra il sistema sanitario e quello sociale ha determinato un effetto indesiderato non trascurabile.** Come si finanziano e chi ha la responsabilità dei servizi rivolti a persone che non hanno malattie, o i cui bisogni sono diversi da quelli tipici della medicina? Gli italiani, unici al mondo, hanno immaginato un'originale terra di mezzo, quella dell'integrazione socio-sanitaria[\[8\]](#). Un'esplosione di segmentazioni dei bisogni, di ripartizioni tariffarie e di servizi "socio-trattino" (socio-sanitari, socio-educativi, socio-assistenziali).

Integrare separando?

Detto in parole semplici, una sorta di caotica provvisorietà, tutt'altro che ancorata all'unicità delle persone e dei loro bisogni; **difficile pensare di poter collegare due sistemi che si è voluto separare istituzionalmente** aggiungendo ulteriori confini e separazioni. Anche perché le persone sono uniche, non sono un insieme mal collegato di bisogni diversi: malattie, vulnerabilità, fragilità, povertà, solitudine. Ad esempio, da anni si sente parlare di Valutazione Multidimensionale (VMD). Per dare alle persone una risposta coerente occorre identificare i bisogni intorno ai quali progettare azioni appropriate e personalizzate. Se la persona è unica, però, dev'esserlo anche la VMD : non può esistere un sistema di valutazione diverso per ogni servizio, soprattutto se fra di loro non comunicano e non riescono a

convergere verso un progetto unico, in grado di svilupparsi efficacemente nei tempi lunghi propri delle LTC. In ogni caso, in un sistema frammentato, chi dirige poi il progetto unico? Come si integrano le risposte sociali, “socio-trattino” e sanitarie, se esse dipendono da risorse economiche e sistemi di offerta istituzionalmente non collegati?

[Dopo l'esperienza dei CEAD](#) e dei PUA, tocca ora alle Centrali Operative Territoriali (COT). Funzioneranno? Difficile, se non si metterà mano alla Riforma TER. Per onestà intellettuale, è bene riconoscere ai legislatori una ragione solida. I sistemi moderni devono contenere il rischio di un'espansione irrazionale e potenzialmente illimitata della domanda sanitaria. Si tratta di lavorare sulle aspettative delle persone e sulla salute, piuttosto che sulla sola cura delle malattie. Per gli stessi motivi, è **anche necessario programmare tenendo presente che la salute è funzione dell'ambiente, dell'abitare, del lavoro, delle relazioni, della tutela sociale e dell'economia**. Paradossalmente, l'Italia è riuscita a contenere la spesa sanitaria, forse anche troppo(OECD, 2015). Non ha però investito adeguatamente nelle altre variabili. Ad esempio, la cura delle malattie è un diritto costituzionale garantito che assorbe circa 120 mld di spesa pubblica all'anno. La tutela sociale, limitandosi a quella di stretta competenza comunale, resta un diritto assistenziale, non garantito e decisamente povero di risorse (circa 6 miliardi/anno) (CERGAS Bocconi, 2021).

Per concludere

Perché è già prevedibile che anche le nuove riforme, sia nazionali che regionali, richiederanno presto una solida revisione? Perché i bisogni sostanziali delle persone e delle famiglie sono e saranno quelli relativi al supporto della vita quotidiana. I sistemi di cure domiciliari saranno indispensabili ma dovranno essere centrati sul modello dei SAD comunali, non della sola ADI[9]. Verso Comuni e SAD sarà indispensabile riversare risorse ingenti, neanche paragonabili alle attuali. Ma ancora non basterà, perché nessun sistema di domiciliarità riuscirà mai a sostenere l'impatto dei numeri e delle complessità che verranno senza una sufficiente qualità e quantità di servizi semiresidenziali, abitativi e residenziali che garantiscano socialità e protezione agli anziani di domani, la metà dei quali sarà solo e supportato da reti familiari inconsistenti. **Non abbiamo più bisogno di altri ospedali, ma di un piano di investimenti concreti nelle soluzioni abitative, semiresidenziali e residenziali**. E dire che la pandemia ha dato un segnale forte: anche i migliori ospedali franano se il territorio circostante non è in grado di assorbire e proteggere quello che pronto soccorsi e degenze non riescono a sostenere. Davvero si ritiene che basti aggiungere altri posti letto per acuti o infermieri di comunità, senza l'affiancamento di un consistente ed efficiente sistema di protezione sociale? E dove si troveranno i nuovi professionisti necessari, se quelli attuali già non sono sufficienti per l'esistente? Quindi, la strada è in salita: non è più possibile permettersi disattenzioni o rimozioni improvvide.

Bibliografia

- AGENAS, *Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale*, Luglio 2021
- AGENAS, *La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (LR 23/2015). Analisi del modello e*

risultati raggiunti a cinque anni dall'avvio, Roma, dicembre 2020

- Bonaldi A., *Slow Medicine: un nuovo paradigma in medicina. Recenti ProgMed* 2015, 106:85-91
- Cesari M., *The geriatric management of frailty as paradigm of "The end of the disease era"*, Eur J Intern Med 2016; 31:11-14
- Costanzi C., Guaita A. (a cura di), *RSA, oltre la pandemia. Ripensare la residenzialità collettiva e promuovere contesti abitativi accoglienti e sicuri*, Maggioli Editore, Sant'Arcangelo di Romagna, 2021
- Network Non Autosufficienza, *Costruire il futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 27 gennaio 2021
- Global Burden of Disease, Italy's health performance, 1999-2017: findings from the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Public Health* 2019; 4:e645-657

[1] [L.r. n. 33 del 30 dicembre 2009. Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità](#)

[2] AGENAS, ["La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo \(LR 23/2015\). Analisi del modello e risultati raggiunti a cinque anni dall'avvio"](#) Roma, dicembre 2020

[3] AGENAS, [Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale](#), luglio 2021

[4] [DGR n. 5068 del 22 luglio 2021](#)

[5] Ministero della Salute, [Revisione OCSE sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia](#), 15 gennaio 2015

[6] "Sono attribuite ai comuni tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato ed alle regioni. I comuni esercitano le funzioni di cui alla presente legge in forma singola o associata mediante le unità sanitarie locali, ferme restando le attribuzioni di ciascun sindaco quale autorità sanitaria locale" (art. 13 L. 833/78)

[7] "il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale di cui alla presente legge" (art. 10 L. 833/78)

[8] Con il DPCM del 14 febbraio 2001 vengono stabiliti i criteri per la ripartizione delle risorse del Sistema Sanitario nei servizi definiti a elevata integrazione sanitaria, sanitari a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria. A seguire, il DPCM del 29 novembre 2001 codifica i LEA sanitari, poi rivisti e aggiornati nel 2017. I decreti LEA indicano anche le ripartizioni del contributo sanitario nei diversi sottogruppi di popolazioni con bisogni specifici, con proporzioni diverse (100% SSN, 70/30, 60/40, 50/50) fra risorse SSN e costi a carico di persone o Comuni.

[9] Citando la Danimarca, il modello di supporto domiciliare (che raggiunge il 33% degli ultra 65enni) è fondato soprattutto su case-management, visite preventive, aiuto pratico domestico, servizi alla persona (igiene, vestizione, bagno assistito), consegne a domicilio, supporto al care-giving. Ovviamente sono presenti anche medici, infermieri, fisioterapisti e palliativisti, ma come supporto prezioso, non come unica fonte di risposta.