volerelaluna LA POLITICA PUNTOACAPO

# Salute per tutti: il diritto negato

**Autore:** Maurizio Bonati

Il 6-12 settembre 1978 ad Alma Ata, nell'ex-Unione Sovietica, nell'odierno Kazakistan, i rappresentanti di 134 Stati, 67 agenzie internazionali e numerose organizzazioni raggiunsero un accordo epocale adottando la *Dichiarazione di Alma Ata* sull'assistenza sanitaria primaria (la *primary health care*) come prospettiva di riferimento per raggiungere "la salute per tutti" nell'anno 2000. Un impegno che coniugava la salute ai diritti umani alla giustizia sociale per rendere universalmente accessibili i servizi sanitari essenziali. Un impegno politico, sociale e professionale, individuale e istituzionale, nell'area della salute e della sanità, del sociale e del sanitario, dello star bene e meglio (*welfare*) nell'ambiente di vita e di lavoro. Un impegno oneroso e ambizioso come tutti quelli volti alla garanzia dei diritti umani, dei diritti di una collettività e non solo e tanto quella di singoli individui. Il 2000 è trascorso già da 26 anni, il fine non è stato raggiunto, ma miglioramenti sono stati realizzati e la prospettiva di riferimento rimane attuale e appropriata.

Un impegno perseguito ancor prima dall'Italia e sancito nel comma 1 dell'articolo 32 della Costituzione della Repubblica Italiana che si caratterizza per riconoscere che: **la salute è un diritto fondamentale e collettivo, la Repubblica garantisce l'accesso alle cure**; il diritto alla salute non può essere trasferito o ceduto: è inalienabile e irrinunciabile; è un diritto universale, spetta a tutti, senza discriminazioni; è un diritto soggettivo del singolo individuo; è irriducibile ed essenziale. Una norma così rivoluzionaria che per la sua definizione e successiva attuazione ci in Italia, prima a riconoscerla in Europa nel 1948, ci vollero trent'anni (nel 1978 con la legge n. 833).

**Trent'anni per esplicitare che salute e sanità sono concetti distinti, ma con evidenti interconnessioni**: non puoi garantire un benessere completo, se non organizzi un sistema (un Servizio) adeguato e appropriato a tutela. *La salute? È una parola* è il titolo dell'ultimo libro di Marco Geddes da Filicaia in distribuzione in questi giorni, edito da Il Pensiero Scientifico Editore. Sì, ma non solo. **Salute è anche un progetto**, una finalità, un obiettivo da raggiungere e mantenere, specie se deve essere per tutti.

Comprendere quale sia il progetto in proposito da parte dei decisori istituzionali negli ultimi anni, quale sia la lungimiranza e la tenuta nel tempo dei decreti ministeriali e delle bozze attuali non è impresa facile. Il DM n. 77/2022 definisce le Case della Comunità (CdC) come strutture fisiche di prossimità del SSN, cardini dell'assistenza territoriale previsti dal PNRR. Purtroppo **delle 1.715 CdC programmate**, finanziate con 2 miliardi dal PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), **soltanto 66 rispettano tutti i servizi obbligatori, inclusa la presenza di medici e infermieri, il 3,8% dell'obiettivo: un fallimento**. **Dei 594 Ospedali di Comunità programmati, ne sono attivi solo 163, il 27%**.

**Gli infermieri fuggono dal SSN** (Servizio Sanitario Nazionale) in tutte le Regioni e in

particolare in Lombardia con oltre 3mila in meno ogni anno e un numero crescente di posti universitari che restano scoperti. Nel triennio 2020-2022 in 16.192 hanno lasciato il SSN. **Negli ultimi quattro anni 42.713 infermieri si sono cancellati dall'albo, di cui 10.230 solo nel 2024**. Non è un incidente, è il risultato di disattenzioni e ignavia, di scelte politiche cronicamente inefficaci. Motivare i giovani a intraprendere la professione e trattenere chi già lavora nel SSN implica attivare interventi economici, organizzativi e formativi e misure di welfare mirate: **aumentare il salario, offrire alloggi a costi calmierati, agevolazioni per trasporti pubblici e parcheggi; garantire sicurezza sul lavoro e valorizzare la collaborazione interprofessionale**. Decisioni che necessiterebbero una partecipazione politica trasversale volta al bene comune, sancito appunto dall'art. 32 della Costituzione.

**Anche per quanto riguarda i medici di medicina generale (MMG) la situazione è preoccupante. In Italia mancano oltre 5.700 MMG**, sempre più cittadini faticano a trovare un medico di famiglia, soprattutto nelle Regioni più popolose**,** mentre la popolazione invecchia e aumentano i bisogni clinico-assistenziali: nel 2025 gli over 65 erano quasi 14,6 milioni (il 25% della popolazione totale), di cui oltre la metà affetti da due o più malattie croniche. Il numero medio di assistiti per MMG è cresciuto e in molte aree supera stabilmente i 1.500 pazienti per medico con una inevitabile riduzione del tempo clinico dedicato al singolo paziente, e un cambiamento organizzativo con la progressiva sostituzione della visita diretta con modalità indirette di gestione (telefonica o telematica), spesso mediate da personale amministrativo. Gestione che non favorisce la relazione medico-paziente e la qualità dell'assistenza sia percepita da parte dell'assistito che reale. Il rapporto fiduciario tra MMG e paziente purtroppo si è da tempo allentato come in larga parte documentato con l'aumento degli accessi impropri ai Pronto Soccorso, la crescente mobilità sanitaria intra-regionale e il ricorso a prestazioni private per bisogni di base. Anche la medicina generale quindi soffre di una crisi cronica non attribuibile alla sola errata programmazione, ma che riguarda anche la capacità del sistema di rendere la professione attrattiva e sostenibile nel tempo.

Situazione molto critica se si considera che gli infermieri di famiglia o comunità (IFoC) e i MMG dovranno popolare le CdC, e in particolare il ruolo centrale che i MMG dovranno avere secondo la bozza di decreto legge di riforma dei medici di famiglia ("Linee programmatiche del riordino dell'assistenza primaria territoriale, della medicina generale e della pediatria di libera scelta al fine di garantire la piena operatività delle Case della Comunità"). Ancora una volta interventi che arrivano in ritardo, non condivisi, parziali e settoriali, che mirano a ridisegnare la medicina territoriale senza metter mano alla riforma complessiva dell'intero e complesso **SSN che necessita, dopo 50 anni, di un aggiornamento a partire dai bisogni, nuovi e vecchi, della popolazione e non di modelli dipendenti da altri interessi**.

Gran parte dei MMG si è schierata contro la **bozza di decreto legge che modifica il rapporto di lavoro convenzionato con il SSN, con la garanzia di un minimo di ore nelle CdC** (l'ipotesi è sei ore a settimana), mentre la dipendenza dal SSN sarà mirata per

le funzioni più strutturate all'interno delle CdC, in particolare quelle più grandi (Hub) per garantire turni e copertura oraria lunga. Ovviamente **cambia anche la struttura dello stipendio del medico: oltre alla quota base, arrivano infatti anche una quota CdC, una quota risultato e una quota prevenzione.** La risposta MMG è di difesa dello *status quo* e dei privilegi che l'attuale organizzazione, per quanto disfunzionale (principalmente per gli assistiti), concede e, comunque, atteggiamento oppositivo senza un contributo costruttivo al miglioramento del sistema e ancor meno del Servizio. Che l'assetto organizzativo abbia progressivamente perso la capacità di garantire risposte efficaci ai bisogni dei cittadini non sembra essere centrale nella risposta di categoria dei MMG.

Se le funzioni assistenziali fondamentali della medicina del territorio e quindi le attività del MMG (accessibilità, continuità della presa in carico, relazione diretta medico-paziente) sono venute meno nel tempo e hanno contribuito a svuotare il ruolo del medico di famiglia, è proprio dalla (ri)attuazione di queste che bisognerebbe partire, dalla valutazione (e correzione se necessaria) di nuovi processi e percorsi di cura (che comprende anche la prevenzione), anche in strutture e contesti nuovi quali le CdC. **Se restituire centralità alla medicina del territorio e, soprattutto, fiducia ai cittadini, è la finalità dell'intera collettività, la difesa dell'esistente disfunzionale o i tentativi inappropriati di correzioni rischiano di compromettere ulteriormente la sostenibilità e la credibilità del SSN**.

**Oltre ai MMG ci sono anche i 6.284 pediatri di libera scelta in servizio con 5.763.534 assistiti (al 1° gennaio 2025)**. Anche nei confronti dei pediatri di libera scelta la bozza di decreto legge di riforma è pasticciata e senza collegamento al DM n. 77/2022 che già li vedeva come comparse. Vista la carenza di MMG dal pediatra si andrà dalla nascita fino al diciottesimo anno d'età "rendendo meno critico il ricambio generazionale della categoria". Una novità segno di imperizia e di mancanza di una strategia, tecnica e politica, non solo nell'area sanitaria. Un provvedimento, che se attuato "genererebbe un maggiore costo annuo pari a 523.701.108 euro/anno e la necessità di inserire sul territorio ulteriori 1.300 pediatri".

Sostenibilità che necessita di risorse (umane ed economiche). La spesa sanitaria 2025 è stata di 2,46 miliardi inferiore alle previsioni. Anche per il 2026 la stima è ribassata di 1,41 miliardi. Il rapporto tra fondo sanitario e Pil, dopo un lieve aumento nel 2026 del 6,15%, crollerà al 5,88% nel 2029. **La sanità pubblica peserà sempre meno sulla ricchezza nazionali, mentre i bisogni aumentano.** Nel frattempo si aumenta il finanziamento per la spesa militare sottraendolo alla spesa sanitaria pubblica: ogni aumento dell'1% della spesa militare comporta una riduzione dello 0,62% della spesa sanitaria pubblica. Oppure: il 62% degli aumenti della spesa militare è pagato con i finanziamenti destinati alla spesa sanitaria pubblica. Tutto questo succede non solo in Italia, ma non per questo si deve essere taciti consenzienti.

La garanzia del diritto alla salute per tutti passa dalla qualità dell'assistenza,

dall’organizzazione dei servizi, dalle risorse investite, dall’autonomia professionale e dalla responsabilità pubblica di tutti. Difendere e rafforzare il SSN, pubblico e universalistico è compito di tutti i cittadini che contribuiscono, direttamente o indirettamente, anche con le imposte al bene comune. Questo principio va insegnato in famiglia, a scuola, ovunque. Bisogna essere educati (anche) alla salute per tutti.