volerelaluna LA POLITICA PUNTOACAPO

Il diritto alla salute e la riforma che non c'è

Autore: Maurizio Bonati

«Io credo sia importante trovare un accordo in base al quale i medici di medicina generale svolgano una parte del loro orario all'interno delle Case di Comunità. È questo che hanno chiesto le Regioni». Dice il ministro della Salute Orazio Schillaci, al Festival dell'Economia di Trento il 23 maggio, a proposito del decreto legge in discussione. Gli risponde Filippo Anelli presidente dell'Ordine dei medici: «Se tutti i 40mila medici di famiglia garantiranno come previsto 4 ore a settimana per le Case di Comunità, la presenza sarà garantita più che a sufficienza». Quindici giorni dopo, alla Festa dell'Innovazione di Venezia da organizzata *Il Foglio*, il ministro era ancora ottimista («Troveremo una quadra»), ma dopo quasi due mesi dalla presentazione di un testo di dieci articoli, **la riforma della medicina territoriale non avrà futuro dopo che Fratelli d'Italia, Lega e Forza Italia hanno preso le distanze dal ministro e dal decreto legge attuativo**. Viene quindi meno l'ipotesi della cosiddetta dipendenza residuale per i medici di medicina generale (MMG), per la formazione specialistica in medicina generale e per il cambio di remunerazione. **Il tentativo di intervenire in modo organico sul ruolo dei MMG, sul loro rapporto con il Servizio sanitario nazionale e sulla nuova organizzazione dell'assistenza territoriale è quindi fallito** sebbene "una quadra" sulle ore da garantire nelle Case *della* Comunità previste dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) bisognerà trovarla per renderle operative. Sarà quindi una contrattazione con le organizzazioni sindacali nell'ambito della convenzione inserendo un Atto di indirizzo o attraverso una norma, sotto forma di emendamento, a sancire l'impegno per i MMG di svolgere almeno 6 ore settimanali nelle Case *della* Comunità. È quanto avvenuto in Veneto con l'accordo tra Regione e sindacati dei MMG che prevede che i MMG garantiscano la presenza nelle Case di Comunità dal lunedì al venerdì, nella fascia oraria compresa tra le 8 e le 20, fino a un massimo di 6-10 ore aggiuntive settimanali, remunerate a 60 euro lordi l'ora. In queste fasce operative, i medici presenti nelle Case di Comunità potranno assistere non solo i propri assistiti, ma tutti i cittadini che accederanno alle strutture. Il tutto a confermare l'approccio prestazionale del servizio, da parte di un operatore privato (a questo punto apparentemente già oberato), con una retribuzione aggiuntiva, per espletare non solo il lavoro per cui è già retribuito (assistere i propri assistiti), ma anche una ulteriore prestazione non meglio definita ("tutti i cittadini che accederanno alle strutture").

Situazione esclusivamente di scontro politico si direbbe, quando il ministro della Salute a Cagliari ha chiuso l'incontro *Tutto per l'Italia*, organizzato da Fratelli d'Italia di Camera e Senato, ribadendo che «le Case di Comunità saranno operative, in tutto il Paese, troveremo una soluzione e gli accordi con gli operatori sanitari», con l'assicurazione della piena disponibilità a trovare le intese necessarie da parte dei rappresentanti della Fimmg, della Fimp (pediatri) e della Federazione nazionale infermieri. Qualche giorno dopo a Genova al Forum G19+2 il ministro ribadiva «Noi siamo pronti. La sanità territoriale, in particolare, costituisce uno dei pilastri di questa trasformazione: le case della comunità, gli ospedali di comunità, le centrali operative territoriali, il rafforzamento dell'assistenza

domiciliare sono strumenti fondamentali per sviluppare un modello di presa in carico più efficace, soprattutto per i pazienti fragili e cronici». Comunque, un ministro fiducioso, ma sfiduciato, a sottolineare che la fiducia è una cosa seria, come la salute, non basta averla, bisogna costruirla, darla, difenderla per poter anche riceverla. L'ennesimo utilizzo dei decreti legge dimostra l'incapacità tecnica e politica di affrontare grandi temi che necessitano di aggiornamento e adeguamento per rispondere ai bisogni essenziali della popolazione, in questo caso il diritto alla salute. L'ultimo Piano Sanitario Nazionale è stato quello 2006-2008 e da allora lo strumento fondamentale della programmazione previsto dall'art. 53 della legge n. 833 è stato sostituito da atti e provvedimenti di settore inefficaci e che cronicizzano le disuguaglianze nel Paese, anche per la separazione della programmazione sanitaria da quella sociale. La mancanza di una progettualità condivisa per definire le basi per una riorganizzazione dell'assistenza territoriale, all'interno della maggioranza governativa, ma anche dello stesso Ministero (dove il sottosegretario farmacista pare più interessato alla comunità dei farmacisti e delle farmacie private, agli interessi dei sindacati di categoria ostili al progetto che alle Case *della* Comunità) indica che la visione non è lungimirante e la tecnica di intervento è quella delle toppe e dei cambi di direzione inappropriati. Una modalità di operare in un contesto organizzativo, di sistema, che genera sfiducia e disuguaglianze.

Dopo 50 anni la legge n. 833, complessiva dell'intero e complesso Servizio Sanitario Nazionale, necessita di un ampio aggiornamento. Ancora una volta, si prospettano interventi che arrivano in ritardo, non condivisi, parziali e settoriali. Ci vollero trent'anni e una partecipazione e disponibilità trasversali tra tutti i partiti politici per stilare una norma così rivoluzionaria come la legge n. 833 del 1978 per attuare quanto sancito al comma 1 dell'articolo 32 della Costituzione della Repubblica Italiana: **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**. 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 quelli di singoli individui. La salute? È una parola, ma non solo. **Salute è anche un progetto, una finalità, un obiettivo da raggiungere e mantenere, specie se deve essere per tutti. Una visione e approccio che non sono quelli del Governo e del ministro della Salute** che con l'avvicinarsi del 30 giugno, la scadenza imposta dal Pnrr, perché partano le Case *della* Comunità, continua imperterrito affermando che «oltre a essere pronte dal punto di vista infrastrutturale. Su questo siamo assolutamente in linea con i numeri e con i tempi. Sono anche pronte per accogliere e curare i pazienti. È molto importante che all'interno delle Case di Comunità operino dei team multidisciplinari, dove una figura fondamentale irrinunciabile è rappresentata dal medico di medicina generale. Una volta che le Case di Comunità saranno partite, penso che avremo poi più tempo per poter pensare a cambiamenti anche più impattanti […]- Io sono molto fiducioso […] io sono

ottimista». Un cambiamento impattante sarà quello di negoziare e acquistare prestazioni sanitarie da un soggetto privato (qualche ora in Casa *della* Comunità da parte dei MMG). È la prassi anche del passato con gli incentivi alla medicina associata, per le segretarie, per l'utilizzo di risorse informatiche e per il carico burocratico che hanno stravolto un modello di assistenza di base, di prossimità, di vicinanza… di territorio.

Comunque, **il Ministero dovrà trovare i fondi necessari e la Corte dei Conti valutarne la copertura finanziaria**. Non facile poiché le misure per la sanità della legge di bilancio 2026 prevedono un investimento di 2,38 miliardi di euro per il 2026, 2,63 miliardi per il 2027 e 2,63 miliardi annui a partire dal 2028. Saranno inoltre stanziati 238 milioni di euro ogni anno per rafforzare i programmi di prevenzione e diagnosi precoce e 450 milioni di euro annui per l'assunzione di personale sanitario da parte delle aziende e degli enti del servizio sanitario nazionale. Non molti in considerazione dei bisogni e degli investimenti per la sanità che fanno gli altri Paesi europei. Nel 2023, la spesa diretta delle famiglie (*out-of-pocket*) raggiungeva il 23,6%, superando di quasi 9 punti percentuali la media europea. **Nessun riferimento alle Case *della* Comunità che da 1.715, dopo l'intesa con la Ue, sono state fissate in un numero minimo di 1.038; i fondi destinati alla loro realizzazione, poi, sono quelli del Pnrr per nuove strutture o riconversione di quelle esistenti** (come ospedali, poliambulatori, locali di Asl). È infatti frenetica, in questo periodo, l'apposizione di targhe e cartelli all'ingresso di poliambulatori esistenti, anche in aree ospedaliere, con la dizione "casa di Comunità". **L'idea prevalente è infatti quella che le Case della Comunità siano Case di Comunità, cioè sia lo standard a prevalere (il "di" invece del "della"), che il bene comune da perseguire come primario sia la sanità e non la salute, e che quindi le Case *della* Comunità siano poliambulatori**, siano delle Case della Sanità e non sempre in modo efficiente.

All'inizio del mese di giugno, quindi a meno di un mese dalla scadenza Pnrr, l'Agenas ha rilevato l'apertura di 781 CdC con almeno un servizio attivo, il 75% dell'atteso finale, ma solo 204 (20%) hanno presenza medica conforme al DM 77/2022 e 216 presenza infermieristica. **Mancano quindi oltre 2.500 medici e quasi 7.000 infermieri** a tempo. Il termine più ricorrente nel testo del progetto di riforma è "Comunità", in particolare Casa *della* Comunità: **"il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento"**. È uno degli elementi essenziali del disegno attuativo del DM 77/2022. **Ma di quale Casa c'è bisogno, per quali bisogni, per quale Comunità, con quale funzionalità?**

Il contesto di attuazione, privilegiato e di riferimento, della legge n. 833 del 1978 era e **avrebbe dovuto essere il territorio e la prevenzione**, ai vari livelli, una delle caratteristiche qualificanti. Purtroppo al territorio è stato sostituito l'ospedale, la prevenzione è marginale e di scarsa efficienza, come la pandemia Covid-19 ha dimostrato, al pubblico è, troppo spesso, subentrato il privato nelle sue varie forme,

all'efficacia e appropriatezza degli interventi le prestazioni. Tuttavia il Servizio ha sinora tenuto, ma le disuguaglianze sono diventate talmente ampie che è necessario intervenire proprio per garantire quei diritti e quei valori di un Servizio Sanitario Nazionale pressoché unico.

Nel corso degli ultimi lustri tentativi di "aggiustamento" sono stati fatti, e tutti si sono dimostrati inefficaci, con Patti per la Salute, decreti legge, atti di indirizzo, bozze, accordi collettivi nazionali, progetti Agenas, standard ministeriali… ultimamente, e ancora in corso, con il Pnrr, il DM 77 e le Case *della* Comunità. Interventi che si sono caratterizzati anche per il lessico usato, e di volta in volta cambiato: cure primarie, assistenza primaria, medicina territoriale, medicina di prossimità… Espressioni usate come sinonimo, ma che non lo sono perché rimandano a contesti, approcci e finalità differenti. Così **fare riferimento al medico di medicina generale, al medico di famiglia, al medico delle cure primarie, al medico di/della comunità rimanda ad un modello/disegno/concezione dell'organizzazione delle cure primarie differente a seconda del termine utilizzato**. Basti pensare al termine ormai improprio, ma forse da recuperare nelle funzioni, di "medico di famiglia". Uno dei capisaldi della scelta del "proprio medico di riferimento" era imperniata su una scelta fiduciaria oggi non più garantita stante la carenza di MMG (tra il 2019 e il 2024 il calo è stato di oltre 5 mila unità, in particolare nelle province del Centro-Nord più abitate), l'eccessivo numero di assistiti per ciascun MMG in alcune zone, **gli orari che in molti casi non superano le 18 ore settimanali, l'eccessiva burocratizzazione del Servizio. Il "medico di famiglia" rimanda, nella storia, ad una scelta fiduciaria di un'intera famiglia, a un prendersi cura di una "comunità" famigliare. Dell'accogliere in ambulatorio, ma anche nell'"andare verso", quindi anche a casa, se e quando necessario**. Non conoscere il contesto di vita famigliare del proprio assistito limita la "presa in carico", e ancor di più se è la famiglia a essere "presa in carico". Mandati diversi che vanno definiti e aggiornati, perché è cambiata la popolazione di cui "prendersi cura", **sono cambiati i bisogni, ma non dovrebbe cambiare la garanzia del diritto alla salute per tutti in quanto bene comune**.

Ci vuole quindi un impegno multiprofessionale, partecipato e condiviso, un lavoro che richiede tempo, fiducia e trasparenza, che non si limiti a interventi di inefficace manutenzione, anche perché alcuni dei danni arrecati e cronicizzati sono di grande entità. Per esempio, **richiedere che i MMG siano dipendenti dell'amministrazione pubblica e non più liberi professionisti convenzionati, implica ridisegnare ruoli, competenze e retribuzioni di tutto il personale del Servizio Sanitario, ma non solo.** Se i MMG diventeranno dipendenti pubblici, l'Enpam la prima cassa di previdenza privata del Paese, con un patrimonio di oltre 30 miliardi di euro e ogni anno 4 miliardi di contributi, rischierebbe il fallimento. Soldi che servono a pagare pensioni dei medici ("portafoglio di copertura delle passività" dell'Enpam), ma non solo, anche gli investimenti nel Paese. L'Enpam con il "portafoglio di *performance*" genera rendimenti di lungo termine investendo, soprattutto in Italia ma non solo, con 12,8 miliardi (il 46% delle attività),

compresi 3 miliardi in titoli di Stato. Con il passaggio dei MMG al servizio pubblico il rischio per l'Enpam è di perdere il 40% dei contributi, la ripercussione interessa l'intera economia italiana. Gli investimenti di fondi di *private equity* e di *venture capital* fatti da Enpam negli ultimi dieci anni sottoscrivendo 1,9 miliardi di euro a sostegno della crescita delle imprese, la partecipazione a startup, la proprietà di immobili e infrastrutture (6,27 miliardi di euro – il 22,5% del patrimonio – gestiti con fondi immobiliari e fondi infrastrutturali), i versamenti all'erario (1,8 miliardi di euro negli ultimi dodici anni) sono alcuni elementi non secondari che vanno affrontati, sebbene la maggioranza dei cittadini ignori e di cui dovrebbe essere informata.

Garantire il diritto alla salute implica oggi implicata intervenire contemporaneamente su più fattori (determinanti) biologici, sociali, ambientali ed economici. Fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo, di una comunità o di una intera popolazione. Offrire e garantire opportunità di salute alla popolazione è responsabilità dei politici attraverso iniziative di *governance*, di politiche sociali, di politiche macroeconomiche e di azioni a sostegno dei valori culturali e sociali. Ma è responsabilità dei tecnici, non solo degli operatori della salute. Responsabilità condivise anche con i beneficiari, quindi tutti. Un'utopia? Forse, ma necessaria.