

MANOVRA, RETROMARCIA SULLE NORME DI ADESIONE ALLO SCIOPERO. SUL CONDONO PIANTEDOSI ATTACCA, SCONTRO CON L'OPPOSIZIONE

“Meno visite private in ospedale”

Il ministro Schillaci: stop alla libera attività dei medici in caso di liste d'attesa pubbliche troppo lunghe

PAOLO BARONI, PAOLO RUSSO

Meno visite private in ospedale e più assistenza domiciliare: lo prevede il ministro della Salute Schillaci. Dalla Manovra scompaiono le misure sugli scioperi. - PAGINE 2-6

Orazio Schillaci

“Potenziare l'assistenza domiciliare. Pronti a sospendere l'intramoenia”

Il ministro: “Con liste d'attesa troppo lunghe stop all'attività privata dei medici negli ospedali”

L'INTERVISTA
PAOLO RUSSO

ROMA

Case di comunità per superare la divisione tra cure mediche e accudimento senza senso per i grandi anziani e assistenza domiciliare capillare insieme a politiche per l'invecchiamento attivo. Sono queste le carte sulle quali punta il ministro della Salute, Orazio Schillaci, per vincere la sfida lanciata alla sanità dall'invecchiamento della popolazione. E sulle liste di attesa lancia il guanto di sfida: «stop momentaneo all'attività libero professionale dei medici negli ospedali quando lo sbilanciamento dei tempi a favore del privato nega il diritto alle cure».

Con 4,6 milioni di over 80 e i centenari raddoppiati a 23.500 in 15 anni, siamo un Paese di grandi vecchi. Come si vince la sfida dell'assistenza sanitaria senza mandare in default le casse dello Stato?

«Se abbiamo tutti questi centenari, significa che il nostro Servizio Sanitario Nazionale qualcosa di buono lo sta facendo. L'Italia è la seconda nazione al mondo per longe-

vità. Ma la sfida vera non è solo vivere più a lungo, è vivere meglio. Questo è l'obiettivo che ci siamo dati al G7 Salute di Ancona: invecchiamento attivo. Per centrarlo serve un cambio di paradigma: meno ospedali, più territorio. Le Case della Comunità non sono un'infrastruttura fine a sé stessa, ma il luogo dove sanità e sociale si incontrano davvero. Per un grande anziano non autosufficiente questa distinzione non ha senso: ha bisogno di cure mediche e accudimento insieme, inscindibilmente. Dobbiamo puntare sull'offerta di servizi concreti, come insegnano i Paesi del Nord Europa. Stiamo potenziando l'assistenza domiciliare integrata, che deve diventare davvero capillare. La sostenibilità non è solo questione di quanti soldi mettiamo, ma di come li spendiamo. Se continuiamo ad avere un serbatoio pieno di buchi, non basta aprire i rubinetti delle risorse».

Tra caro-rette, liste di attesa e giungla dei rimborsi, le Rs restano un miraggio per molti anziani non autosufficienti. Come favorirne l'accesso a

chi ne ha più bisogno?

«Le recenti sentenze della Cassazione e del Consiglio di Stato hanno creato aspettative fraintese. Molte famiglie credono che le Asl debbano coprire il 100% delle rette Rsa, ma non è così. Il pieno rimborso sanitario è previsto solo per i non autosufficienti più gravi, dove è impossibile scindere la componente sanitaria da quella sociale. Servono criteri più chiari, un Isee sanitario più evoluto, che consideri non solo reddito e patrimonio ma anche composizione del nucleo familiare e grado di disabilità di chi ne fa parte. Serve creare criteri più equi di accesso, rafforzare le Rs pubbliche e migliorare il sistema di accreditamento di quelle private, con control-



Peso: 1-8%, 3-70%

li rigorosi. La dignità degli anziani non può dipendere dal codice postale o dal conto in banca».

Il peso dell'accudimento degli anziani ricade sui caregiver familiari, in difficoltà a conservare il lavoro, e il 41% finisce per ammalarsi. Come sostenere questo pilastro del welfare?

«I caregiver familiari sono l'architrave invisibile del nostro welfare. Senza di loro, il SSN sarebbe già collassato. L'Italia ha una delle legislazioni più avanzate in Europa con la legge 104, che prevede fino a due anni di aspettativa retribuita. È un diritto importante che dobbiamo far rispettare con più rigore, anche e soprattutto nel settore privato, dove troppo spesso si creano pressioni indebitate. Ma non possiamo lasciare sole le famiglie. Per questo stiamo potenziando l'assistenza territoriale: Case della Comunità, Ospedali di Comunità, ADI rafforzata. L'obiettivo è creare una rete che affianchi i caregiver, che li sollevi da alcuni compiti sanitari che possono e devono essere svolti da professionisti».

Servono più infermieri ma non se ne trovano, anche se nella manovra ci sono fondi per assumerne 6.000. Dove li pescherete?

«È la vera emergenza. Nell'immediato attingiamo anche dall'estero con protocolli bilaterali. Ma il tema è rendere attrattiva la professione: formazione specialistica universitaria, super-OSS, aumenti contrattuali. Il capi-

tale umano non si crea per legge ma va coltivato».

Le opposizioni accusano il governo di definanziare la sanità perché il Fondo sanitario rispetto al Pil calerebbe nel triennio. Come replica?

«I numeri parlano chiaro: questa manovra prevede il più grande aumento mai registrato, 136,5 miliardi per il 2025, oltre 10 miliardi in più rispetto al 2022. Il confronto con il Pil è metodologicamente scorretto. Durante la crisi finanziaria del 2007-2008, il suo crollo fece aumentare automaticamente la percentuale del finanziamento sanitario, eppure la sanità subiva solo tagli pesantissimi. Quindi la percentuale cresceva mentre il sistema collassava. Ha senso come parametro? Quello che conta davvero è: quante risorse effettive arrivano? Come vengono spese? Abbiamo Regioni che non hanno ancora utilizzato i fondi assegnati per le liste d'attesa. Questo è il vero scandalo, non il rapporto con il Pil».

La piattaforma Agenas dice che solo il 75% delle prestazioni urgenti rispetta i tempi, mentre quelle meno urgenti sono sempre in ritardo. Il suo piano ha fallito?

«È proprio la piattaforma che ci dice che la tendenza in questo ultimo anno si sta invertendo. Chi applica le norme che abbiamo varato sulle liste d'attesa sta ottenendo performance notevoli. La strada è quella dell'organizzazione seria delle agende, del coordinamento fra pubblico e privato

per garantire il più possibile il diritto alla salute di ogni cittadino, soprattutto se fragile o indigente».

L'intelligenza artificiale trova sempre più spazio in sanità e ricerca. Ma c'è l'allarme che possa sostituire i medici o spingere verso derive eugenetiche, come il sogno della Silicon Valley di figli "più intelligenti e sani". Sono pericoli reali?

«L'IA può rivoluzionare la medicina, ma deve restare al servizio del medico, non al suo posto. Può analizzare migliaia di immagini in secondi, ma la decisione clinica finale resta compito del medico. È un alleato, non un sostituto. Sul fronte della ricerca, servono limiti etici chiarissimi. Progettare esseri umani non è scienza, è eugenetica. Innovazione sì, ma nel rispetto della dignità umana. La sanità digitale è democrazia al servizio dell'uomo».

L'ultimo rapporto segna un +10% dell'intramoenia negli ospedali. È accettabile con queste liste d'attesa?

«La libera professione è un diritto, ma non può negare la prestazione pubblica. Il problema nasce quando ci sono più prestazioni a pagamento che in SSN, quando l'attesa pubblica è di sei mesi e l'intramoenia di due settimane. Se lo sbilanciamento nega il diritto alle cure, è verosimile ipotizzare una sospensione temporanea. Il patto è chiaro: prima il pubblico, poi il privato convenzionato. Dove vediamo criticità, interveniamo per garantire equità».

In Piemonte e altrove si appli-

ca la norma che consente ai cittadini di rivolgersi gratuitamente al privato se non ottengono prestazioni nei tempi dovuti. Non c'è il rischio che si intasino anche le liste del privato?

«È una norma che serve proprio a dare una risposta concreta ai cittadini quando il pubblico non riesce a garantire i tempi. Ma credo sia chiaro a tutti che questa non può essere la soluzione strutturale. Abbiamo finanziato l'acquisto di più prestazioni per abbattere le liste d'attesa, ma la priorità resta riorganizzare l'offerta pubblica. Prendiamo il Piemonte: le ASL hanno dato indicazioni precise per effettuare prestazioni in orari non convenzionali – prefestivi, festivi, serali – in base alle esigenze dei territori. I dati ci dicono che funziona: 199.334 prestazioni erogate in questi slot. Un modello da replicare».

“

Orazio Schillaci
Ministro della Sanità

Serve un lsee più evoluto che non si basi solo su reddito e patrimonio ma anche su nucleo familiare e disabilità

I caregiver familiari sono l'architrave invisibile del welfare. Senza di loro il Servizio sanitario sarebbe al collasso

Mancano infermieri e stiamo attingendo anche dall'estero il tema però è rendere attrattiva la professione



Sanità
Il ministro della Sanità Orazio Schillaci rivendica l'ostanzamento di 136,5 miliardi per il 2025 (10 miliardi in più rispetto al 2022). Ma ammette che il vero problema è come vengono spese le risorse



Peso: 1-8%, 3-70%