

MEDICI DI FAMIGLIA

Schillaci si arrende Naufraga un'altra riforma della sanità

DANIELE COEN

Dopo alcuni giorni di tira e molla, il ministro della Salute, Orazio Schillaci, ha ritirato la proposta di decreto che avrebbe dovuto regolamentare la medicina territoriale e che aveva ricevuto l'adesione di tutti i presidenti di regione. Questa decisione è dovuta principalmente alla preoccupazione di non aprire un fronte con gli ordini dei medici e i loro sindacati, fortemente avversi alle proposte del ministro.

Il decreto affrontava, con una serie di proposte concrete, la riorganizzazione della medicina extraospedaliera, quella che da decenni i governi dicono di voler riformare senza mai essere riusciti a produrre nulla di sostanzialmente innovativo. Le conseguenze di questa più volte mancata riforma sono sotto gli occhi di tutti: una crescente difficoltà per i cittadini ad accedere alle cure e la centralizzazione delle stesse negli ospedali che si trovano a dover gestire un carico eccessivo di visite ed esami ambulatoriali.

Le Case di comunità

La strada scelta dal governo Draghi nel maggio 2022 e, subito dopo, confermata dal governo Meloni per riformare la sanità territoriale vede come elemento centrale le Case di comunità (Cdc), che dovrebbero essere circa 1.700 in tutta Italia, alla cui realizzazione sono stati desti-

nati approssimativamente due miliardi di euro del Pnrr. A oggi ne sono state aperte meno di 800 e gli ultimi dati indicano che solo una settantina di queste ha attivato tutti i servizi previsti. Nonostante questi gravi ritardi, il dado è tratto ed è troppo tardi per tornare indietro, anche perché le Cdc, almeno in teoria, non sono una cattiva idea.

Il progetto è infatti quello di riunire sotto uno stesso tetto tutti gli operatori della medicina "di base": medici di medicina generale (mmg) e specialisti, pediatri di libera scelta, infermieri domiciliari, assistenti sociali, psicologi e un minimo di diagnostica strumentale. Si propone che tutte queste componenti siano presenti nello stesso edificio e collaborino nel modo meno burocratico possibile per garantire l'assistenza alle persone con malattia cronica e alle fasce più fragili della popolazione. Bello, ma non così semplice. Il primo problema è che i fondi del Pnrr sono destinati a costruire e attrezzare le Cdc, ma non ad assumere il personale per farle funzionare. Il secondo è che i mmg (o perlomeno i sindacati che li rappresentano) sembrano poco interessati a lavorare all'interno delle Cdc.

Il "decreto Schillaci"

È a questo punto che è entrato in gioco il decreto Schillaci che mirava a rendere operative le Cdc nonostante la grave carenza di medici in quasi tutte le regioni italiane. Dando per scontato che solo una piccola parte di questi professionisti sposterà il proprio studio all'interno delle Cdc, è evi-

dente che, nell'ambito dell'interazione multiprofessionale prevista nelle nuove strutture, non si possa fare a meno della figura del mmg.

Il decreto si articolava su due percorsi paralleli: da una parte la «convenzione riformata» come modello ordinario, dall'altra una forma di «dipendenza selettiva» per le funzioni da svolgere all'interno delle Cdc. Per «convenzione riformata» si intendeva, oltre all'assistenza fiduciaria agli assistiti in carico, la partecipazione alla rete territoriale di riferimento, l'utilizzo di sistemi informativi comuni, la presa in carico strutturata dei pazienti cronici e fragili e la partecipazione a programmi di verifica e monitoraggio.

Il documento ministeriale recitava testualmente: «Questa disposizione rende esplicito il passaggio da un modello fondato prevalentemente sulla disponibilità individuale del singolo professionista a un modello che richiede una presenza organizzata, verificabile e territorialmente programmata, coerente con la centralità operativa delle Case della comunità».

Praticamente gli stessi obiettivi si pone anche il progetto di «dipendenza selettiva» che mirava a superare le difficoltà poste dalla carenza numerica dei



Peso: 30%

mmg e dall'opposizione degli ordini e delle sigle sindacali. Questa disposizione «persegue una finalità chiara: assicurare che le funzioni territoriali più complesse e continuative possano essere presidiate da professionisti stabilmente inseriti nell'organizzazione del servizio, senza tuttavia convertire in modo generalizzato l'intero sistema convenzionale»

Ora la situazione è tornata al punto di partenza, e come al solito si cerca di porre toppe

dell'ultimo momento: si «chiederà» ai medici di medicina generale di lavorare 6 ore alla settimana nelle Cdc. Questo, ovviamente, sarà oggetto di contrattazione ed è molto probabile che i medici risponderanno di no, o condizioneranno la cosa alla volontarietà dei singoli. In ogni caso, una sarabanda di medici differenti che girino nelle Cdc è cosa molto diversa dal progetto che, pur con evidenti criticità, si voleva realizzare.

E così la situazione, ora è questa: il governo ha proposto, at-

traverso un proprio ministro, un importante decreto di riordino della medicina territoriale che ha raccolto l'adesione di tutti i presidenti di regione, che ora potrebbero decidere di muoversi in ordine sparso. I partiti della maggioranza lo hanno fatto naufragare per schermaglie e interessi di parte che nulla hanno a che fare con la salute dei cittadini. Gli unici che, come sempre, ne pagheranno le conseguenze.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Peso: 30%