

Gusci vuoti nella sanità territoriale

ELISA MANACORDA

Sulla carta, dovevano essere il pilastro della sanità territoriale. Il luogo fisico dove i cittadini avrebbero trovato un'équipe multiprofessionale composta da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri di famiglia o comunità, medici specialisti ambulatoriali come cardiologi, geriatri, neurologi, guardia medica, professionisti della riabilitazione, e poi ancora psicologi, assistenti sociali, e così via. L'obiettivo dichiarato era quello di alleggerire ospedali e Pronto soccorso, e garantire ai cittadini servizi di prossimità. Nella realtà, le Case della comunità previste dal Decreto ministeriale 77/2022 e finanziate da Bruxelles con due miliardi di euro nell'ambito della Missione 6 (Salute) del Pnrr, rischiano di essere soprattutto contenitori vuoti.

Secondo gli accordi presi tra il governo italiano e la Commissione europea avrebbero dovuto essere pronte entro il 30 giugno 2026. Ma la situazione, come commenta **Nino Cartabellotta**, presidente della Fondazione **Gimbe**, è molto diversa. «Al 31 dicembre 2025, delle 1.715 Case della Comunità programmate solo 66 risultavano pienamente operative. Si tratta del 3,9% del totale, un dato molto lontano dal target Pnrr che prevede almeno 1.038 Case della comunità attive entro la data stabilita».

Il resto delle strutture esiste solo sulla carta: meno della metà (il 45,5% a livello nazionale) presenta infatti «almeno un servizio dichiarato», spesso limitato a pratiche amministrative o sportelli di prenotazione, e con divari territoriali drammatici. Si passa da Regioni virtuose come la Toscana a territori come la Basilicata o la Provincia autonoma di Bolzano, dove a quella data non risultava attiva alcuna struttura.

Davanti a quello che si prospettava come un mezzo fallimento, e con una scadenza alle porte, il ministro della Salute

Orazio Schillaci ha cercato di spargliare le carte. E a fine aprile, durante una riunione straordinaria dei governatori alla Conferenza delle Regioni, ha presentato, in modo piuttosto inaspettato, una bozza di riforma della Medicina generale. Un decreto legge – la cosiddetta “riforma Schillaci” – per «garantire la piena operatività delle Case della Comunità».

Operatività significa non solo strutture, ma anche personale sanitario, tecnico, amministrativo. Per questo, tra i punti cardine della riforma c'era l'obbligo, per i medici di medicina generale, di prestare servizio nelle Case della comunità fino a 6 ore settimanali. Ma c'era anche dell'altro. Ovvero il passaggio alla dipendenza, su base volontaria, per i giovani medici appena formati, che sarebbero stati assunti dallo Stato per operare esclusivamente dentro le Case della comunità, garantendo anche la notte e i festivi.

La levata di scudi è stata immediata. A non convincere i medici è innanzitutto il metodo: una riforma calata dall'alto, senza concertazione con le parti, con uno strumento – il decreto legge – che interviene in urgenza su un contratto di lavoro già firmato, come sottolinea a **L'Es**

nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo). Non a caso, già nel triennio 2022-2024 la Conferenza delle Regioni e il Comitato di settore avevano modificato l'accordo collettivo nazionale dei medici per permettere loro di lavorare nelle Case della comunità su base oraria (fino a 4 ore per medico). Il quadro contrattuale e legale, quindi, era già pronto e attivo. Tornare al punto di partenza è sembrata una forzatura istituzionale.

Nel merito, invece, la questione è più complessa. A fare infuriare i medici, che oggi sono liberi professionisti convenzionati con il Ssn, è stato soprattutto il passaggio al rapporto di lavoro dipendente. Con i vantaggi (tutele contrattuali, ferie pagate, malattia) che raccolgono consensi soprattutto tra i giovani medici spaventati dai costi di gestione di uno studio privato, ma anche gli svantaggi che ne derivano: tra questi, la perdita dell'autonomia organizzativa e del rapporto personale con i propri assistiti. I cittadini che si recano nelle Case della comunità trovano infatti il medico che fa quel turno, non necessariamente quello che hanno scelto. A gravare sul piatto del "no alla riforma Schillaci" è stato poi l'ingresso pesante di Fondazione Enpam, l'ente previdenziale della categoria, decisamente maldisposto all'ipotesi di perdere miliardi di contributi che sarebbero finiti nelle casse dell'Inps.

Quello che sembra mancare però è soprattutto una visione strategica del ruolo delle Case della comunità e del personale sanitario che dovrebbe abitarle. «Il punto non è se i medici vogliono o non vogliono fare delle ore aggiuntive in queste strutture. Il punto è: cosa ci vanno a fare?», si chiede Anelli. In altre parole: oltre ai camici bianchi, dove sono gli infermieri, i tecnici, gli psicologi, le ostetriche? Chi si occupa delle pulizie, chi risponde al telefono, chi apre queste strutture il mattino e le chiude la sera? Sono le Regioni a dover definire quali servizi e attività erogare concretamente, e trovare le risorse. Negli Accordi integrativi regionali, ad esempio quelli di Veneto, Puglia o Emilia Romagna, ci sono già le ore settimanali da svolgere nelle strutture territoriali, i compensi aggiuntivi e la quota per assistito. Altre Regioni sono rimaste indietro. Il rischio, in mancanza di accordi, è che le Case della comunità diventino un

doppione di quello che già c'è: gli studi dei medici di famiglia.

La sollevazione dei medici ha alla fine sortito l'effetto sperato. La riforma Schillaci è stata congelata a tempo indeterminato dalla stessa maggioranza di governo che l'aveva partorita. Scontrarsi frontalmente con quasi 40.000 medici di base infuriati signifi-

cava incendiare il dibattito pubblico e scontentare i territori. Molti presidenti di Regione hanno capito che nei piccoli comuni l'obbligo di entrare nelle Case della comunità avrebbe svuotato gli studi medici, scatenando la rabbia dei sindaci e dei cittadini.

Dopo l'accantonamento del decreto Schillaci, la contrattazione è ripartita. Il 17 giugno la Conferenza delle Regioni ha emanato l'Atto di indirizzo con le nuove linee guida, sfociato il 23 nell'ipotesi di accordo tra la Sisac (l'organismo tecnico che rappresenta le Regioni italiane nei rapporti con i medici) e i sindacati Fimmg e Fmt. Il testo mette al sicuro il regime della convenzione, ma fissa paletti organizzativi rigidi: si introduce l'obbligo per i medici di famiglia di prestare servizio nelle Case della comunità fino a un massimo di 6 ore settimanali, ma con turni di almeno tre ore continuative e un compenso di 38,72 euro l'ora.

Il braccio di ferro iniziato con il "blitz" di Schillaci ad aprile si è quindi concluso a un soffio dalla scadenza del Pnrr con un compromesso contrattuale. Restano però due problemi

medici di base, cifra destinata ad aumentare entro il 2028 a causa di una massiccia ondata di pensionamenti. E non si trovano nemmeno gli infermieri: ne servirebbero 70.000 solo per coprire i buchi attuali nei reparti e attivare l'assistenza territoriale. I 15 miliardi della Missione 6 non sono sufficienti a cambiare in meglio il Ssn, come sottolinea Anelli.

Servono altre risorse: un Piano Mar-

shall della sanità per rimettere in moto il processo che nel 1978 ha portato alla copertura universalistica. Senza professionisti, fa eco Cartabellotta, le Case della comunità possono anche aprire: ma non curano nessuno. **TE**

Ben lontane dal target fissato dal Pnrr, le Case della comunità operative sono 66 su 1.715. Dovevano decongestionare pronto soccorso e ospedali, ma restano sulla carta

La tregua con i medici dopo il flop del decreto e il ritiro della riforma del ministro Schillaci. Restano i nodi sulle carenze di organico e sulla capacità delle Regioni di adeguarsi al nuovo sistema

EMILIA ROMAGNA

L'inaugurazione Casa della comunità Mengoli - Bologna

LE ATTESE

Pazienti in attesa del turno in una struttura sanitaria pubblica

