

FINANZIATE DAL PNRR, SONO STATE INAUGURATE LE STRUTTURE CHE COLLEGANO MEDICI DI BASE E OSPEDALI. MA FUNZIONANO?

BENVENUTI NELLE CASE (SEMIVUOTE) DI COMUNITÀ

Le circa 800 realizzate, quasi tutte al Nord, sono scatole vuote senza dottori e infermieri. Così la sanità di prossimità resta uno slogan, mentre le liste d'attesa interminabili e il pronto soccorso intasati rimangono una triste realtà. Ma ci sono anche virtuose eccezioni

di **Eugenio Arcidiacono** e **Riccardo Liguori**

Se si dà un'occhiata solo ai numeri, la prima impressione è: non è andata poi così male. A fronte dell'obiettivo

finanziato con 2 miliardi di euro dal Pnrr di realizzare entro il 30 giugno 1.038

Casi di comunità sul territorio nazionale, ne sono state inaugurate circa 800, nella maggior parte dei casi ristrutturando vecchie sedi delle Asl. Ma la realtà è molto diversa. Stiamo parlando di strutture pensate per far fronte alle gravi criticità emerse durante la pandemia da Covid-19, con medici di base introvabili e pronto soccorso intasati.

E la tanto decantata sanità territoriale, cerniera tra i medici di famiglia e gli ospedali. Nelle nuove Case di comunità, aperte

7 giorni su 7, i cittadini dovrebbero trovare vicino alle loro abitazioni dottori e infermieri per poter fare esami, medicazioni, terapie, monitoraggio dei parametri, ma anche screening e prevenzione ed evitare così di ricorrere alla sanità privata o, peggio ancora, di non curarsi proprio.

Il condizionale è d'obbligo perché quasi tutte queste strutture al momento sono scatole vuote. «Si parla di circa una settantina di Case della comunità che garantiscono tutti i servizi previsti e sono quasi tutte concentrate al Nord. Nelle restanti, al momento si fa davvero poco», spiega **Mario Braga**, vicepresidente dell'organizzazione Medici nel mondo Italia che ha appena presentato un report sulla sanità italiana, da cui risulta un Servizio sanitario pubblico sempre più fragile e diseguale, a fronte di un settore

privato che prospera (12 miliardi di euro di ricavi nel 2023, con una crescita del 15,5% rispetto al periodo pre-pandemico). «Non era difficile prevedere che andasse così, se si pensa che i fondi del Pnrr possono essere usati esclusivamente per strutture e tecnologie (spesa in conto capitale), non per assumere personale (spesa corrente)», aggiunge Braga. Personale significa medici e infermieri di cui da anni la nostra sanità soffre di una grave emorragia, tanto che siamo costretti a importarli dall'e-



stero. Partiamo dai medici: «Dentro le Case di comunità operano oggi figure diverse, spesso confuse tra loro», spiega **Pina Onotri, segretario generale dello Smi** (Sindacato medici italiani) e medico di Medicina generale a Roma. «Ci sono i nuovi medici "a ruolo unico", assunti dal Servizio sanitario nazionale senza avere uno studio ➔ proprio sul territorio; ci sono i medici che un tempo facevano la guardia medica notturna, oggi ri-

convertiti a coprire turni diurni nelle nuove strutture; e infine ci sono i medici di famiglia convenzionati come me, chiamati a turni aggiuntivi obbligatori fino a sei ore settimanali, oltre al lavoro nel proprio studio. Il disegno doveva prevedere una struttura di secondo livello, in cui

il medico di base si prende cura dei pazienti con il supporto di specialisti, prestazioni infermieristiche avanzate e sportelli sociali. Di tutto questo oggi non c'è nulla». Il risultato è che il medico si ritrova in una struttura magari nuovissima, ma dove mancano segreteria, infermieri, con ausili diagnostici minimi, ridotto a svolgere un servizio di guardia medica diurna per adempimenti burocratici, ricette e certificati di malattia, senza alleggerire quindi per nulla gli ospedali.

Questa è una delle ragioni che ha spinto lo Smi a non firmare l'intesa raggiunta lo scorso 23 giugno dalla Sisac (Struttura interregionale sanitari convenzionati, l'organismo che negozia per conto delle Regioni i contratti dei medici di famiglia). Sotto accusa è finita l'obbligatorietà del servizio fino a sei ore settimanali, una modalità che, secondo lo Smi, snatura la figura del medico di famiglia, storicamente un libero professionista convenzionato che assume in proprio il rischio d'impresa. «In più, contestiamo la possibilità di spostare il medico da una Casa di comunità all'altra, senza però riconoscere le tutele dei dipendenti, come la copertura per gli infortuni in itinere o i diritti previdenziali e legali», aggiunge la dottoressa Onotri. **Il tutto per 38,72 euro lordi l'ora, che scendono a circa 15 euro netti.**

In vista della trattativa per il rinnovo del contratto che regola il lavoro dei medici di famiglia, lo Smi chiede di eliminare l'obbligatorietà delle sei ore di servizio nelle Case di comunità, di ripristinare la convenzione oraria interna su base volontaria con pieni diritti (ferie, tredicesima e Tfr), di istituire una scuola di specializzazione universitaria in Medicina generale e di introdurre tutele per la maternità. Altrimenti, le Case di comunità rischiano di essere la pietra tombale della figura del medico di famiglia, specie nelle aree interne, dove i posti disponibili restano vuoti perché nessuno accetta più di andarci a lavorare. Ma ancora più a tinte fosche è il quadro degli infermieri che **nel progetto delle**

Case di comunità, sono una figura specifica: l'infermiere di comunità, appunto. Leggiamo chi è dal sito della Regione Lombardia: «È un professionista sanitario che si prende cura delle persone e delle loro famiglie direttamente nel loro ambiente di vita, ovvero a casa, nelle scuole, nelle comunità.

«L'infermiere di famiglia e comunità ha un approccio proattivo, concentrandosi sulla prevenzione delle malattie, sulla promozione della salute e sul supporto alle persone con bisogni cronici». Insomma, non si va solo alla Casa della comunità, ma è la Casa della comunità che viene a casa tua per capire come stai. In quest'ottica si inquadra il coinvolgimento anche degli enti del Terzo settore.

Tutto bellissimo, se fosse la realtà. Che è invece quella fotografata dal dottor Braga: «Le stime dicono che a fronte di una carenza di circa 60 mila infermieri, di questi almeno 10 mila mancano nelle Case di comunità». Riassumendo: il progetto resta molto valido, ma per renderlo operativo occorre assumere tanti nuovi infermieri e anche nuovi medici, trovando un inquadramento meno confuso per quelli di base. Servono insomma tanti soldi senza nessun Pnrr come coperta. Ma se la priorità in questo momento è aumentare al 5% del Pil le spese militari, quanti ne resteranno per le Case di comunità? ■



**IL
PUNTO**

Le Case di comunità sono una sfida importante per il futuro della sanità pubblica. Per non sprecare questa occasione scaturita dal Pnrr non basta costruire nuovi edifici o cambiare il nome di strutture esistenti: serve una rivoluzione culturale. Da anni, come associazione Prima la comunità, sosteniamo che la salute non coincide solo con le cure mediche. Le condizioni di vita, le relazioni, il lavoro, la casa, l'istruzione, la possibilità di partecipare alla vita sociale incidono sul benessere di ciascuno. Per questo, la risposta ai bisogni non può essere affidata solo ai servizi sanitari, ma deve coinvolgere tutti gli attori presenti su un dato territorio. La Casa della comunità che abbiamo in mente funziona quando, chi vi entra, oltre alle prestazioni trova un luogo dove i diversi servizi dialogano tra loro, in un'ottica di prevenzione e coesione sociale. Medici, infermieri, assistenti sociali, scuole, volontari e associazioni devono poter lavorare insieme, evitando che le persone siano costrette a cercare da sole risposte diverse per problemi che spesso sono strettamente collegati. Occorre partire dall'ascolto dei bisogni reali dei cittadini, soprattutto di chi vive situazioni di fragilità o rischia di restare ai margini. Se la Casa della comunità saprà mettere in rete le risorse già presenti sul territorio e costruire percorsi condivisi tra istituzioni e società civile, diventerà un punto di riferimento stabile per la vita della comunità, oltre che un modo più efficiente di usare le risorse economiche. Dove la vera novità sarà il modo di lavorare: collaborazione, partecipazione e responsabilità condivisa. Solo così le Case di comunità potranno diventare il cuore della salute di un territorio e contribuire a rendere il Servizio sanitario nazionale più vicino alle persone e più capace di rispondere ai bisogni di oggi.

DON VIRGINIO COLMEGNA
presidente Prima la comunità



**MARIO
BRAGA**
MEDICI
NEL MONDO



PINA ONOTRI
SINDACATO MEDICI
ITALIANI



La Casa della comunità di Villa Tiburtina, a Roma, inaugurata a febbraio.



LA NUOVA STRUTTURA NATA A TORINO DA UN OSPEDALE IN ROVINA

Sopra, la nuova Casa di comunità Ridotto di via Cigna a Torino, nata ristrutturando l'ex ospedale Astanteria Martini, dismesso da decenni. Sotto, da sinistra, l'interno della struttura e l'accettazione di quella di Villa Tiburtina, a Roma. Nell'altra pagina, la Casa di comunità Savena-Santo Stefano di Bologna.



Peso: 32-85%, 33-100%, 34-96%, 35-29%

