

Ospedali di comunità e medici, che cosa sta succedendo?

La fragilità della sanità territoriale e l'impiego illegittimo e inopportuno dei medici ospedalieri. L'intervento di Mario Sette e Michele Poerio

La pandemia da Covid 19 ha rappresentato uno stress test eccezionale per il Servizio sanitario nazionale. Se, da una parte, si è vista quanto sia stata importante la presenza di un servizio sanitario pubblico e universale nell'arginare i danni della pandemia, dall'altra però si è rivelata tutta la fragilità di un sistema (soprattutto quello territoriale) sottoposto negli ultimi decenni, a ripetuti tagli nel finanziamento, che ne hanno indebolito la struttura e impedito le innovazioni necessarie.

Con le risorse messe a disposizione dal Piano nazionale di ripresa e resilienza si è avuta l'occasione per tentare di ricostruire e innovare il nostro sistema di welfare sociosanitario, ma tali risorse sono risultate fin da subito insufficienti. Con la pandemia era emersa chiaramente la necessità di concentrare le risorse per potenziare la prevenzione e la rete dei servizi sociali e sociosanitari nel territorio e domiciliari, in modo da costruire la risposta più appropriata alla domanda di salute e di cure che proviene dai crescenti bisogni legati alla diffusione delle malattie croniche e delle varie forme di non autosufficienza, connesse con l'invecchiamento della popolazione, e che peraltro riguardano proprio le persone più esposte agli stessi rischi da Covid-19. Abbiamo affermato ripetutamente che i sistemi di welfare devono essere oggetto di un profondo rinnovamento culturale. È necessaria una transizione da un sistema sanitario focalizzato sulla patologia a un sistema centrato sulla salute.

Il rinnovamento del welfare sociosanitario doveva avere come leva principale proprio il potenziamento dell'assistenza territoriale, il cui compito – presidiare la salute delle persone e delle comunità – è stato riscoperto dopo anni di disattenzione proprio in occasione della pandemia.

La CONFEDIR (Confederazione dei dirigenti pubblici e privati, quadri ed alte professionalità-presente al CNEL in rappresentanza dei dirigenti e quadri), ha da subito denunciato l'insufficienza delle risorse messe a disposizione dal PNRR.

La dotazione finanziaria prevista dal PIANO per la Missione 6 è destinata esclusivamente alla costruzione delle infrastrutture e alle tecnologie, e non prevede alcuna copertura per la spesa del personale occorrente, lasciando un vuoto economico che le Regioni stanno tentando di colmare a scapito della dirigenza ospedaliera.

Assistiamo da mesi ai tentativi, perpetrati da diverse Amministrazioni regionali, di impiegare i Dirigenti Medici ospedalieri presso le neonate strutture territoriali del Piano Nazionale di

Ripresa e Resilienza, specificamente nelle Case della Comunità e negli Ospedali di Comunità. Tali provvedimenti, attuati mediante l'adozione di ordini di servizio unilaterali, mirano a tamponare le profonde e strutturali lacune di personale del territorio.

La Confederazione ha espresso ed esprime la più ferma contrarietà a questa deriva organizzativa, ribadendo che i medici ospedalieri non hanno e non devono avere l'obbligo di prestare servizio nella medicina territoriale.

Dal punto di vista strettamente tecnico-giuridico, l'imposizione del servizio territoriale alla dirigenza ospedaliera si scontra frontalmente con il quadro normativo vigente e con la disciplina contrattuale di settore.

La normativa di riferimento sui modelli di sviluppo dell'assistenza territoriale, sancita dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, definisce in modo tassativo la composizione delle équipe multiprofessionali destinate alle Case della Comunità. Tale decreto stabilisce che tali strutture debbano avvalersi di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni e, in generale, di professionisti ordinariamente operanti sul territorio, escludendo qualsiasi obbligo in capo alla dirigenza medica ospedaliera. L'utilizzo coatto e unilaterale dei medici ospedalieri al di fuori della loro ordinaria sede di lavoro contrattuale viola, pertanto, la normativa speciale della dirigenza sanitaria e altera i presupposti giuridici del conferimento degli incarichi dirigenziali.

Sul piano contrattuale, l'ultimo rinnovo collettivo ha blindato i diritti dei professionisti proprio per porre fine alla prassi illegittima di utilizzare i medici come globetrotter all'interno delle aziende sanitarie, stabilendo che lo spostamento arbitrario tra presidi non è più ammissibile. Un eventuale contributo dei medici ospedalieri alle strutture del territorio non può in alcun modo derivare da un atto d'imperio aziendale; esso deve configurarsi esclusivamente su base volontaria, attraverso lo strumento dell'attività libero-professionale di tipo consulenziale aggiuntiva, da svolgersi rigorosamente al di fuori dell'orario ordinario di lavoro e con oneri a carico dei bilanci delle singole amministrazioni, non certo attingendo ai fondi contrattuali ospedalieri. Il medico, in quanto dirigente di una Pubblica Amministrazione speciale, gode di tutele legali legate alla specificità del proprio incarico e non può essere degradato a un "factotum" dell'organizzazione aziendale.

Sotto il profilo politico ed economico, la tesi dell'obbligatorietà del servizio territoriale per i medici ospedalieri poggia su un grave errore strategico e rischia di decretare il definitivo collasso del sistema delle cure acute.

La dirigenza medica ospedaliera italiana affronta già carichi di lavoro insostenibili, che si attestano su una media di sessanta ore settimanali, a causa di un quindicennio caratterizzato da blocco delle assunzioni, tetti di spesa e tagli lineari che hanno eroso gli organici nei reparti. Dislocare queste risorse già stremate sul territorio provocherebbe un accumulo insostenibile di ore eccedenti, rendendo impossibile la copertura dei turni nei reparti d'emergenza e nei servizi di Pronto Soccorso, che in tutta Italia già versano in condizioni drammatiche per carenza di specialisti e diagnostica. Politicamente questo modus operandi denota l'illusione

di poter attuare una storica riforma della sanità territoriale a costo zero, attuando un mero trasferimento coatto di personale che non risolve il problema ma sposta semplicemente l'emergenza da un settore all'altro, minando l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il persistente modello aziendalista della sanità pubblica, focalizzato sul rigido contenimento dei costi piuttosto che sulla produzione di salute, ha già profondamente mortificato l'autonomia professionale, generando una fuga di massa di medici e ricercatori verso l'estero e il settore privato. Continuare su questa strada, imponendo ulteriori flessibilità coatte, azzererà definitivamente l'attrattività del Servizio Sanitario Nazionale per le nuove generazioni di medici, le quali giustamente richiedono un maggiore equilibrio tra vita e lavoro e il rispetto della propria specificità.

In conclusione, per finanziare e far funzionare correttamente le Case e gli Ospedali di Comunità secondo gli standard previsti, senza cannibalizzare le strutture ospedaliere che hanno già evitato il disgregamento sociale durante la pandemia, lo Stato deve avere il coraggio politico di incrementare il Fondo Sanitario Nazionale in misura strutturale, portandolo ad almeno l'8% costante del PIL, allineando la nostra spesa pro-capite a quella dei grandi Paesi europei.

Il superamento di una sanità ospedalocentrica non si realizza impoverendo gli ospedali o declassando il medico a lavoratore precario senza sede, bensì costruendo una reale connessione tecnologica, professionale e assistenziale tra due mondi che oggi ancora non si parlano.

È impensabile, come per il passato, continuare ad avere un SSN "universalistico" efficiente, ma a bassi costi, per l'enorme crescita dei costi dei farmaci e delle attrezzature, che devono essere garantiti non a scapito, come oggi avviene, del personale che è invece la risorsa principale.

Riteniamo che il SSN può funzionare bene e rispondere alle esigenze dei cittadini solo se mantiene nei fatti i valori della legge n. 833/1978.

Mario Sette, Segretario Generale Confedir e Segretario Generale Direts

Michele Poerio, Past President Confedir e Presidente nazionale Feder.S.P.eV.