

# La rivoluzione copernicana della sanità che verrà

**C**ovid-19 ha reso evidente la necessità di un potenziamento della medicina territoriale. Sette i miliardi da spendere in cinque anni con il Recovery plan per una riforma della sanità di prossimità con la creazione di case della comunità e ospedali di comunità, il potenziamento dell'assistenza domiciliare e della telemedicina, e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari. "È il momento di una rivoluzione copernicana della sanità", ha commentato il presidente della Fnomceo, Filippo Anelli, che ha coinvolto tutto il Comitato centrale e le organizzazioni sindacali a partecipare come interlocutori al piano di rinnovamento.



Intervista a  
**Filippo Anelli**  
Presidente  
Federazione nazionale  
ordini dei medici  
chirurghi e odontoiatri

**Presidente Anelli, cosa mettere al centro di questa rivoluzione auspicata?**

Il binomio professionista sanitario/cittadino. Questi due soggetti sono legati da un rapporto fondato su quella stessa fiducia che porta il cittadino a scegliere liberamente il medico a cui affidarsi, un valore importante per il cittadino e anche per l'intero Paese. È dimostrato infatti che la continuità nell'assistenza medica comporta un miglioramento degli indici di sopravvivenza: e, se non c'è salute, non ci può essere il lavoro. La professione medica ha dunque un ruolo strategico e con la pandemia da covid-19 è diventata un punto di riferimento importante evidenziando al contempo l'urgenza di un nuovo rapporto del medico con il proprio paziente. La rivoluzione copernicana vuole essere una rivalutazione di questo ruolo in una società che, negli ultimi vent'anni, ha sempre visto il medico o come una figura protesa verso l'impresa, quindi che "fa" soldi, oppure come un prestatore d'opera che serve solo a fare la ricetta al bisogno. Quando invece per le sue competenze ha una funzione sociale e anche di stabilizzatore democratico importante quale garante di diritti che gli deve essere riconosciuto. Accanto a diritti fondamentali della salute e della vita, troviamo il diritto all'autodeterminazione che il cittadino esercita attraverso il consenso informato e il diritto all'uguaglianza secondo cui deve essere garantita la salute a chiunque è sul territorio italiano, senza distinzione di sesso, di razza, di ceti sociali e di lingua, anche ai migranti nelle stive delle navi. Poi abbiamo il diritto all'equità nell'accesso ai servizi sul territorio: la sanità in Calabria non è la sanità in Veneto e a distanza di anni ci troviamo di fronte ancora a grandi disuguaglianze, ma chi nasce in Calabria non deve per questo essere penalizzato. E, infine, i diritti alla libera scelta e alla libera ricerca che sono principi essenziali per il nostro vivere civile. La nostra società è fondata sui diritti e garantirne l'espressione significa difendere la nostra Costituzione fondata sulla democrazia.

**La rivoluzione copernicana vuole essere una rivalutazione del ruolo della professione medica nella società.**

**Quali i pilastri per la riqualificazione di una sanità territoriale?**

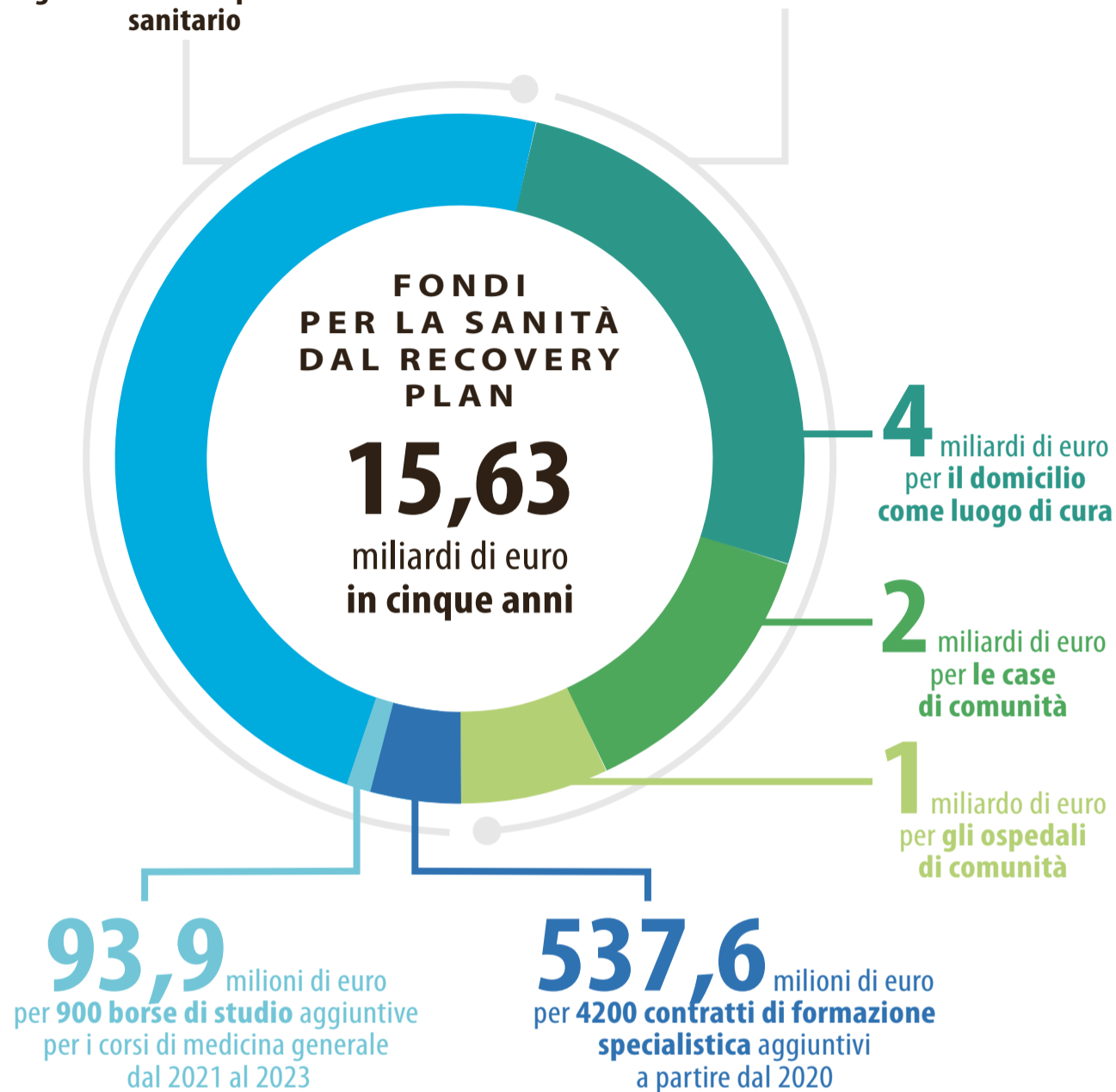
Il Piano nazionale di ripresa e resilienza è finalizzato a colmare alcune criticità italiane. Per la missione "salute" sono previste azioni di rafforzamento sia del sistema ospedaliero sia, in particolare, della rete dell'assistenza territoriale. Mentre le prime includono perlopiù progetti di carattere strutturale o infrastrutturale, quindi mettere in sicurezza gli edifici ospedalieri e dotarli di attrezzature tecnologiche e informatiche adeguate ai nostri tempi, le seconde richiedono una riqualificazione non solo strutturale ma soprattutto di sistema. Investire sei miliardi di euro per costruire le case di comunità e un miliardo per costruire gli ospedali di comunità significa anche avviare una riforma del sistema in cui i medici di medicina generale, finalmente, lavoreranno in team multiprofessionali e multidisciplinari. Andranno necessariamente definite nuove modalità di lavoro senza perdere quella prossimità che ha sempre caratterizzato la medicina generale e che il piano prevede come un obiettivo fondamentale. Siamo ancora legati all'idea del medico di famiglia di settant'anni fa che, con la sua borsa, andava a fare la visita domiciliare. Ma nel frattempo sono nate trenta professioni sanitarie che bisognerà garantire ai nostri cittadini. La riforma del titolo V della Costituzione, varata vent'anni fa, non è riuscita a modificare il sistema e creare una sinergia tra le varie professioni sanitarie. Credo che il denaro del Recovery fund servirà a mettere in moto questo processo di rinnovamento.

**Già in passato sono state tentate riforme simili, come per esempio nel 2007 il progetto delle Case della salute per le cure primarie e la continuità di cura dell'allora ministra della salute Livia Turco che però non è decollato pienamente per diverse ragioni. Questa volta ce la faremo?**

L'ottimismo non manca. Però guardando al passato le criticità ci sono e ci sono preoccupazioni che anche questa riforma possa essere monca. Oggi abbiamo risorse a sufficienza per costruire le strutture di comunità ma non da investire sulle professioni sanitarie. Ripetuti tagli alla sanità e il blocco del turnover generazionale hanno determinato negli anni un calo importante del numero di professionisti e ora bisogna recuperare. In piena emergenza covid-19 non c'era tempo da perdere: rapidamente abbiamo potuto acquistare altri 5 mila respiratori, per esempio, ma non assumere altri 5 mila anestesisti rianimatori perché mancavano. Per l'emergenza abbiamo aumentato i posti per il concorso di specializzazione medica, tuttavia serviranno cinque e sei anni per formare i futuri medici. Dobbiamo investire sulla formazione quale strumento che qualifichi l'assistenza e dobbiamo anche definire in modo chiaro ruoli e funzioni delle professioni mediche per evitare sovrapposizioni, talvolta inutili e spiacevoli, che possono innescare conflittualità quando invece serve

**8,63** miliardi di euro  
per **innovazione, ricerca,  
digitalizzazione e personale  
sanitario**

**7** miliardi di euro  
per **la sanità  
territoriale**



un ambiente di lavoro sereno. Per la Fnomceo il *task shifting* – cioè l'affidare competenze del medico ad altri professionisti – costituisce oggi un disvalore e significa abbassare il livello di qualità e non offrire le migliori prestazioni ai cittadini.

**Un altro tema dibattuto nella riorganizzazione delle cure primarie è il passaggio dal rapporto convenzionale a quello di dipendenza per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. Un vero o falso problema?**

È un tema interessante e controverso. Sul versante ospedaliero si è aperta invece una querelle in senso contrario con dirigenti medici dipendenti che vorrebbero essere convenzionati. Ritengono che la dipendenza sia un fattore limitante l'esercizio della professione medica che ne condiziona l'autonomia, in quanto può essere "ordinato" di svolgere una prestazione che potrebbe essere contraria ai propri convincimenti di carattere scientifico o, addirittura, di carattere etico. Una delle questioni che abbiamo posto come prioritaria in Federazione è la cosiddetta "medicina amministrata" con una serie di norme che portano sempre di più il medico a essere un prestatore d'opera piuttosto che un libero professionista. Con il con-

**Siamo alla vigilia di una svolta importante per l'assistenza sanitaria territoriale, e la vera sfida è garantire l'organizzazione di team multidisciplinari di professionisti che lavorano in sinergia.**

venzionamento i professionisti possono autogovernarsi, mentre in un'organizzazione di dipendenza si è soggetti a una serie di attività e di figure gerarchicamente sovrapposte che vincolano le scelte. Lo sforzo da fare in generale, anche sul versante convenzionale, è di aumentare il livello delle tutele per i professionisti.

In ogni caso credo che la questione più importante sia un'altra: siamo alla vigilia di una svolta importante per l'assistenza sanitaria territoriale, e la vera sfida è garantire l'organizzazione di team multidisciplinari di professionisti che lavorano in sinergia. A oggi questa sfida si presenta ardua, e ci vorrà la saggezza di tutti per poterla affrontare e per trovare i meccanismi che riescano a mettere insieme i vari professionisti senza ledere le proprie legittime aspettative.

**Riflettendo sul senso della prossimità Ivan Cavicchi mette l'accento sul concetto nuovo di comunità nel guardare alle esigenze della comunità piuttosto che a quelle del territorio: "Il territorio è un concetto di spazio, la comunità è un soggetto sociale".**

Cavicchi coglie nel segno, anche lessicale, il significato della parola "comunità". La legge 833 del 1978 che ha istituito il Servizio sanitario nazionale nasceva dall'esigenza di dare spa-

zio e partecipazione alle comunità locali. Allora il meccanismo era quello di creare i cosiddetti comitati di gestione, che sono stati subito archiviati, e di legare i bisogni di salute della comunità con il Servizio sanitario nazionale. Con la modifica del titolo V della Costituzione nel 2001 si era tentato di avvicinare i cittadini allo Stato, trasferendo buona parte delle funzioni alle Regioni; però la vicinanza tra la comunità locale e chi gestiva la sanità di quella comunità all'improvviso si è allargata.

Oggi, i distretti hanno fallito la loro missione perché snaturati e le aziende sanitarie locali sono diventate enormi. Gli aspetti di carattere economico prevalgono sugli obiettivi di salute. E, soprattutto, la partecipazione della comunità è demandata simbolicamente ai sindaci, quando invece è la singola comunità che dovrebbe confrontarsi con i professionisti sanitari e con coloro che gestiscono la sanità per definire insieme gli obiettivi. Per esempio, è plausibile che i bisogni di salute nella città di Taranto, sede dell'ex Ilva, saranno del tutto diversi da quelli di una comunità montana delle Alpi o degli Appennini. Quindi le realtà locali devono avere le possibilità di poter interagire, di poter partecipare, di poter esprimere un'esigenza come pure un giudizio sulla gestione. I bisogni di salute non vengono più espressi né rilevati e il tema della comunità torna a essere centrale. Come in tutte le democrazie, la partecipazione dei cittadini diventa strategica.

**In un'intervista l'ex senatrice Nerina Dirindin considera che le parole chiave per una sanità di prossimità siano vicinanza fisica ed emotiva, ascolto e comunità. "Tutti concetti che forse dovrebbero in qualche modo essere rappresentati dal medico di base e che si sono persi quando la sanità ha iniziato ad accorpare tutti i piccoli centri in grandi distretti". Ci stiamo muovendo nella direzione giusta per recuperarli?**

Mi fa molto piacere questa riflessione di Nerina Dirindin che riprende lo spirito della riforma Bindi. Ritengo però che questi concetti non siano andati persi ma che piuttosto il sistema ne abbia in qualche maniera compromesso l'efficacia.

**Per concludere quali le tre parole che lei reputa oggi fondamentali?**

Fiducia, autonomia, prossimità. Fiducia perché il processo di cura dipende fortemente dal rapporto fiduciario tra medico e paziente e questo lo si può ottenere soltanto attraverso l'esercizio del diritto di libera scelta da parte del cittadino. Autonomia perché senza di essa il professionista sanitario non può tutelare primo tra tutti il diritto all'autodeterminazione del cittadino: autonomia della professione e libertà del cittadino si devono incontrare. Infine, prossimità che si lega al concetto di vicinanza di cui parla Nerina Dirindin. La prossimità è un valore importante, influenzato anche dall'organizzazione orografica del nostro territorio. Abbiamo molti piccoli Comuni dove è impensabile accentrare l'assistenza, e allora proprio lì bisognerà garantire la presenza del medico e rafforzarla con servizi che possano essere erogati da punti di riferimento, come per esempio le case di comunità.

A cura di **Laura Tonon**