

# il manifesto

**FILIPPI (FP CGIL)**

## Case di comunità, affare per i privati

■ L'accordo sulla riforma della Sanità ancora non c'è: la Campania minaccia di votare contro in conferenza Stato - Regioni, obbligando così il governo ad assumersi la responsabilità del riparto dei fondi, che a Palazzo Santa Lucia denunciano come iniquo. Il ministero va di fretta perché è in ballo il Pnrr. Andrea Filippi, segretario nazionale della Fp Cgil Medici, ripercorre le tappe della riforma arrivando alla domanda: «Senza fondi ordinari sulle assunzioni, stiamo investendo in strutture e servizi che finiranno al privato convenzionato?». **POLLICE A PAGINA 6**



# Case di comunità, un affare per il privato

Filippi (Fp Cgil): «Dopo due anni di pandemia, nel Def arretrano i finanziamenti su scuola e salute per finanziare gli armamenti»

ADRIANA POLLICE

■ «Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale»: era uno dei temi sul tavolo della Conferenza Stato - Regioni del 13 aprile ma l'appuntamento è saltato. L'accordo sulla riforma della Sanità ancora non c'è: la Campania minaccia di votare contro obbligando così il governo ad assumersi la responsabilità del riparto dei fondi, che a Palazzo Santa Lucia denunciano come iniquo. Il ministero va di fretta perché è in ballo il Pnrr. Andrea Filippi, segretario nazionale della Fp Cgil Medici, riavvolge il nastro per rifare il percorso della riforma arrivando alla domanda: «Senza fondi ordinari sulle assunzioni, stiamo investendo in strutture e servizi che finiranno al privato convenzionato?».

**Quali sono i punti su cui si basa la riforma?**

Il Pnrr destina nella missione 6 risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale, in particolare strutture e digitalizzazione. Il ministero ha delegato Agenas a formulare una proposta: il cosiddetto dm 71, un decreto ministeriale sulla

falsa riga del dm 70 per la riorganizzazione della rete ospedaliera. Per la messa a terra del dm 71 serve la riforma delle cure primarie e della medicina generale. Il tutto dovrebbe essere supportato da fondi ordinari per il personale, che non è finanziato dal Pnrr.

**Qual è la proposta sul tavolo?**

Nel dm 71 c'è l'architettura dell'assistenza, basata su presupposti condivisibili: creare servizi sociosanitari inseriti nel territorio, incentrati sui distretti. Assi portanti le case di comunità, gli ospedali di comunità, i consultori, l'assistenza domiciliare o Rsa per la non autosufficienza. Sarebbe ovvio far governare il sistema ai distretti invece si inventano le Centrali operative territoriali, sul modello del 118: un doppio del distretto che aggiunge nuovi costi.

**Chi lavorerà nelle case di comunità?**

Nel piano Agenas sono previste le funzioni dei servizi standard divise in tre categorie: obbligatorie, facoltative e fortemente raccomandate. Nel primo gruppo ci sono le funzioni infermieristica, Oss, medica, assistenziale, laboratoristica, diagnostica. Con figure professionali come l'assistente socia-

le e lo psicologo, manca invece il sociologo. Ma gli standard di personale individuati, obbligatori per tutte le regioni, sono solo due: gli infermieri devono essere uno ogni 2mila/3mila abitanti; per la continuità assistenziale un medico ogni 100mila abitanti. Significa che se una regione non ha fondi le altre professionalità può eliminarle. Si creerà una disegualianza grave nell'offerta di salute attraverso la sperequazione tra gli standard di personale individuati. E ancora: un infermiere ogni 2mila/3mila abitanti è una forchetta enorme, uno standard buffo. Mentre il secondo standard è del tutto insufficiente.

**Come si farà a far funzionare i servizi sanitari?**

Si prevede di impiegare i medici di base che oggi sono negli studi e sono già insufficienti. Le regioni hanno chiesto che i medici di medicina generale vengano assunti nelle case di comunità come dipendenti del Servizio sanitario nazionale, il ministero ha detto no e ha proposto la riforma delle cure primarie: i medici restano negli studi e stipulano convenzioni con le case di comunità, organizzandosi se vogliono in Aggregazioni funzionali territo-

riali. Dovranno lavorare un minimo di 38 ore a settimana: 6 ore nelle case di comunità, 5 ore nei progetti regionali, le altre 27 nei loro studi. Un medico di base con 1.800 assistiti lavora già oltre le 38 ore settimanali: nelle case di comunità farà delle guardie, sottraendo tempo ai suoi pazienti, senza prendere in carico quelli sul territorio ma tamponando le emergenze. Le case di comunità hanno bisogno di un medico fisso che sviluppi un rapporto con l'utenza, non una girandola di medici di turno in turno. Così è un ibrido che peggiora l'offerta.

**Con quali fondi si assumerà il personale?**

Con il Pnrr creano le strutture e con la riforma integrano edifici e servizi. Alle regioni dicono ve la dovete cavare con i soldi che già avete: chi lo può fare perché non in deficit e lo vuole fare, può usare il riparto del fondo sanitario nazionale per assumere personale, chi non ha i soldi o non lo vuole fare non assumerà senza conseguenze perché mancano gli standard. La legge di bilancio non ha sbloccato il tetto di spesa del personale sanitario, che resta quello stabilito nel 2018 più il 15%, un differenziale che

copre le briciole. Per l'assistenza territoriale, in deroga al tetto di spesa, le regioni se possono e se vogliono hanno per i prossimi 3 anni fino a 1 miliardo per il personale: si tratta dei fondi (2 miliardi all'anno per 3 anni) stanziati nella legge di bilancio dell'anno scorso che devono servire a coprire il deficit creato dalla pandemia. Com'è possibile che le regioni, con i fondi già stanziati, coprano il deficit, stabilizzino i precari as-

sunti per il Covid e assumano i medici per le case di comunità?

#### Qual è la soluzione?

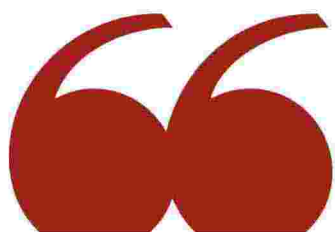
Le regioni hanno l'obbligo di realizzare le strutture del Pnrr, perché è un adempimento europeo. Saranno costrette ad accreditarle al privato, questo temiamo che accadrà. Segnali già ci sono: il piano di riforma sanitaria regionale della Lombardia apre all'accreditamento delle case di comuni-

tà al privato. Il medico che decide di aprire una coop o una srl potrà farsi dare l'appalto del servizio dal distretto gestendo in proprio il team. Non ci sono soldi per il personale pubblico a causa dei tetti di spesa eppure le uscite per gli accreditamenti privati aumentano vertiginosamente. Il blocco è solo sul pubblico. Che in questo modo si ottenga un risparmio è da vedere: il privato convenzionato è un affare per i tanti che ci

vogliono guadagnare ma non per il cittadino e neppure per i lavoratori, che avranno contratti peggiori.

#### Ma il governo non aveva promesso più fondi al pubblico dopo il Covid?

Nel Def il fondo sanitario nazionale viene diminuito dello 0,6% annuo sul Pil: da 131 a 128 miliardi, un taglio da 3 miliardi in 3 anni. Dopo due anni di pandemia, arretrano i finanziamenti su scuola e salute per finanziare gli armamenti. Una decisione che grida vendetta.



*I governatori devono realizzare le strutture del Pnrr ma senza fondi per le assunzioni. La Lombardia ha già aperto agli accreditamenti*



La prima Casa di Comunità a Milano foto di Davide Bertani / Regione Lombardia