

SCENARI | L'Unione nazionale ambulatori, poliambulatori, enti e ospedalità privata (U.A.P.) chiede coerenza

Sanità, regole e realtà: il nodo che non si può più ignorare

Dal 31 marzo, tutte le strutture sanitarie e i professionisti sono obbligati a trasmettere in formato digitale i documenti clinici, affinché ogni informazione sanitaria sia tracciabile, condivisa e accessibile nel percorso di cura del cittadino. Ma questo Fascicolo Sanitario Elettronico non riflette le ultime evoluzioni di politica sanitaria. Come quella che attribuisce un ruolo sempre più ampio alle farmacie. Le funzioni sono cresciute, le regole non sono state aggiornate. Ma se si amplia il ruolo di un soggetto, bisogna anche adeguare le regole che lo riguardano. In caso contrario si crea una disparità: da una parte chi è sottoposto a controlli stringenti e a obblighi completi, dall'altra chi opera nello stesso ambito con vincoli diversi. È una questione di equilibrio, bisogna rimediare

di Giulio Terzi

C'è un punto molto concreto da cui partire per capire che cosa sta accadendo nella sanità italiana: il Fascicolo Sanitario Elettronico. Dal 31 marzo, tutte le strutture sanitarie e i professionisti sono obbligati a trasmettere in formato digitale i documenti clinici, affinché ogni informazione sanitaria sia tracciabile, condivisa e accessibile nel percorso di cura del cittadino. È un passaggio importante, perché significa responsabilità, trasparenza e continuità dell'assistenza. Ma proprio qui emerge una contraddizione che non può essere ignorata. Negli ultimi anni, alle farmacie è stato attribuito un ruolo sempre più ampio attraverso la cosiddetta "farmacia dei servizi": prestazioni, esami, attività che entrano a pieno titolo nel percorso sanitario delle persone. Tuttavia, mentre queste funzioni sono cresciute, le regole non sono state aggiornate con la stessa velocità. La disciplina del Fascicolo Sanitario Elettronico è rimasta indietro e oggi non riflette più questa evoluzione. Il risultato è semplice da capire: chi è una struttura sanitaria deve rispettare obblighi precisi, trasmettere dati, garantire tracciabilità e assumersi piena responsabilità; chi svolge attività sempre più vicine a quelle sanitarie, invece, non è ancora inserito nello stesso sistema di regole. Non è una questione tecnica. È una questione di equilibrio. Se si amplia il ruolo di un soggetto nella sanità, bisogna anche adeguare le regole che lo riguardano. In caso contrario si crea inevitabilmente una disparità: da una

parte chi è sottoposto a controlli stringenti e a obblighi completi, dall'altra chi opera nello stesso ambito con vincoli diversi. Il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato ha più volte sottolineato il valore

capacità del sistema di garantire controlli e coerenza.

Dire che la refertazione è affidata a un medico non basta. La sanità non è solo il momento finale di una prestazione. È



Mariastella Giorlandino leader della UAP

delle farmacie come presidio di prossimità, come punto di accesso vicino ai cittadini. È un'esigenza reale, soprattutto in un sistema che deve rafforzare la sanità territoriale. Ma la vicinanza, da sola, non può sostituire le regole. Perché la qualità dell'assistenza non dipende solo dal fatto che un servizio sia facilmente accessibile. Dipende da come è organizzato, da chi lo eroga, dalle responsabilità che lo accompagnano e dalla

insieme delle condizioni che rendono quella prestazione sicura, appropriata e pienamente integrata nel percorso di cura. Oggi, invece, si sta creando una situazione ambigua: le funzioni si allargano, ma le regole restano parziali. E quando le regole non tengono il passo, si generano squilibri. A questo si aggiunge un ulteriore elemento che i cittadini comprendono molto bene: quello economico. Le strutture sanitarie accreditate sostengono

costi elevati per garantire standard, personale qualificato, tecnologie e sicurezza. Eppure, in alcuni casi, il sistema finisce per riconoscere condizioni più favorevoli ad altri soggetti che non sono sottoposti agli stessi oneri. Anche questo contribuisce a creare una sanità a doppia velocità.

L'Unione nazionale ambulatori, poliambulatori, enti e ospedalità privata (U.A.P.) non mette in discussione la necessità di rafforzare i servizi sul territorio. Al contrario, ritiene che sia una priorità. Ma proprio per questo chiede coerenza: stesse funzioni devono corrispondere a regole comparabili.

Il punto, in fondo, è semplice. Non si può costruire una sanità moderna ampliando i ruoli senza aggiornare allo stesso tempo le responsabilità. Non si può chiedere a qualcuno di rispettare tutto e consentire ad altri di operare con meno vincoli nello stesso ambito. Il recente esito referendario ha espresso chiaramente una domanda di qualità, serietà e trasparenza. I cittadini non chiedono scorciatoie. Chiedono servizi accessibili, ma anche affidabili. Chiedono un sistema che funzioni, non un sistema che si adatti a interessi particolari.

Per questo il nodo non è la farmacia in sé, né la prossimità territoriale. Il nodo è la coerenza delle regole. E il Fascicolo Sanitario Elettronico, oggi, lo dimostra con grande chiarezza: quando le funzioni cambiano ma le regole restano indietro, il sistema perde equilibrio. È su questo equilibrio che bisogna intervenire. Non per fermare l'innovazione, ma per renderla giusta, sostenibile e davvero al servizio dei cittadini.

SANITÀ/ Agenas, personale e servizi in 66 su 1.715

Case di comunità, operativo solo il quattro per cento

La nuova assistenza territoriale comincia a prendere forma. Tuttavia, l'obiettivo di comporre per intero, entro la scadenza del prossimo 30 giugno, il puzzle fatto di Case di comunità, Ospedali di comunità e Centrali Operative Territoriali sembra molto arduo da raggiungere. Il monitoraggio realizzato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) sull'attuazione del Dm 77/2022 mostra infatti importanti ritardi, specie nella realizzazione delle Case e degli Ospedali di comunità.

Al 31 dicembre 2025, delle 1.715 Case di comunità da mettere a regime entro il 2026 (ma di queste solo 1.038 rientrano nel target minimo Pnrr), appena 66 sono pienamente

operative: garantiscono, cioè, tutti i servizi previsti e hanno la completa dotazione di personale medico e infermieristico (24 ore su 24 per 7 giorni alla settimana se si tratta di Case di comunità hub e 12 ore per 6 giorni per quelle spoke). Sono invece 781 quelle che hanno attivo almeno un servizio; c'è poi un gruppo di 265 strutture a metà strada con almeno 5 servizi già attivi.

Dall'analisi emergono forti squilibri territoriali con una maggiore concentrazione delle strutture al Nord. Delle 66 Case di comunità pienamente operative, 22 si trovano in Lombardia, 15 in Emilia-Romagna, 6 nel Lazio, 5 in Piemonte, 4 in Liguria, 3 in Veneto, 2 rispettivamente in

Molise, Sicilia, Toscana e Umbria, 1, rispettivamente, in Abruzzo, Marche e Valle d'Aosta.

Nonostante i ritardi e la frammentazione, comincia a emergere un'immagine di cosa saranno concretamente le Case di comunità una volta a regime. In 609 strutture sono già presenti servizi di cure primarie, in 667 ambulatori specialistici, in 714 servizi infermieristici, in 715 il servizio di prenotazione collegato al Cup, in 697 lo sportello per l'integrazione con i servizi sociali. E ancora: servizi diagnostici di base (573), guardia medica (498), punto prelievi (651), consultori per minori (485), vaccinazioni (522) e screening (606),

servizi per salute mentale (334) e dipendenze (164), neuropsichiatria infantile (306).

Quello del personale resta il nodo decisivo: solo 204 hanno la presenza medica prevista e 216 quella infermieristica. C'è poi il paradosso di 219 strutture con tutti i servizi obbligatori attivi, ma senza la presenza del personale secondo gli standard indicati. Proprio su questo aspetto si concentra il sindacato dei medici di medicina generale Fimmg. "Le nuove Case di comunità non saranno delle 'scatole vuote' se verrà data piena e corretta applicazione all'Accordo collettivo nazionale della medicina generale". Se ciò avverrà, ci sarà disponibilità "per ciascun

turno di lavoro di quasi tre medici di famiglia", ha affermato il segretario nazionale Silvestro Scotti. Dal report Agenas emerge un ritardo anche per gli Ospedali di comunità: dei 594 previsti sono attivi 163. Anche in questo caso sono forti le disparità territoriali.

