



**FP CGIL Medici**

# **IL MEDICO DELLE CURE PRIMARIE**

UNA VERA RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE  
PER RENDERE COMPATIBILI DIRITTI E RISORSE

A cura di Nicola Preiti  
Coordinatore Nazionale FP CGIL Medici - Medicina Convenzionata

SINTESI

MARZO 2012

## INTRODUZIONE

L'assistenza territoriale ha la necessità di essere strutturata nella organizzazione delle sue diverse parti, ed orientata alla piena connessione dei servizi anche ospedalieri. Ma si deve ricondurre a sintesi.

Il nodo irrisolto rimane la relazione e l'integrazione organizzativa delle figure professionali mediche operanti nel territorio, in primis i medici convenzionati (di famiglia, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, continuità assistenziale) fra loro, con le altre figure professionali, a partire dagli infermieri, e con gli altri servizi territoriali e sociali organizzati nei distretti.

Esiste una pluralità di regole, contratti e norme con due sistemi che presentano intersezioni, ma lontani da una unitarietà strutturale ed organizzativa necessaria alla definizione del profilo dell'assistenza in un sistema specifico del territorio.

Bisogna convincersi che i medici convenzionati non hanno più senso al di fuori dei servizi territoriali e che i servizi territoriali e distrettuali senza i medici convenzionati, sono profondamente inadeguati.

Già oggi gli effetti negativi di queste contraddizioni si ripercuotono profondamente anche nella attività professionale degli stessi medici.

## LA PROPOSTA

### *Interventi sulle figure professionali mediche*

#### **1) Abolizione del medico di guardia medica. Riduzione del massimale.**

Fra i vari interventi, riteniamo ineludibile abolire la guardia medica (continuità assistenziale) come servizio autonomo. Bisogna far diventare i circa 13.000 professionisti, che oggi fanno questo lavoro, medici di medicina generale a tutti gli effetti ed a tempo pieno. E quindi, come vedremo, medici delle cure primarie.

E' oggi anomalo utilizzare questi medici in questo modo ed è disfunzionale per il sistema. C'è non solo frustrazione per la loro professionalità, ma anche ingiustificato spreco di risorse, ed un servizio spesso inadeguato alle esigenze dei cittadini.

Questa condizione di arretratezza di ruolo ed organizzativa non regge più per tre ordini di motivi:

- a) La necessità di avere un sistema di cure primarie con un'organizzazione integrata per garantire la continuità dell'assistenza e la presa in carico h24 per sette giorni a settimana.
- b) Lo squilibrio dei carichi di lavoro all'interno della categoria.
- c) Non esiste alcuna specializzazione in medico di guardia, i medici che fanno questa attività hanno gli stessi titoli dei medici di famiglia.

E' quindi inaccettabile avere medici di medicina generale che fanno soltanto la guardia medica.

Bisogna allora sdoganare questi circa 13.000 medici utilizzandoli a tempo pieno per fare tutte le attività della medicina generale. Sarebbero così finalmente medici di medicina generale a tutti gli effetti.

Il sistema avrebbe maggiori risorse professionali senza incremento di numero, ma grazie solo alla ottimizzazione dell'utilizzo delle professionalità già presenti.

L'attuale ordinamento va pertanto modificato per arrivare alla equa redistribuzione dei carichi di lavoro tra e con gli attuali medici di famiglia.

Si deve allora partire dal presupposto che sono letteralmente ingestibili 1500 assistiti per un singolo medico di famiglia. E la distribuzione delle scelte è anche sperequata all'interno della categoria.

Risulta infatti dall'Annuario statistico del SSN del 2009, presentato dal Ministero della Salute in questi giorni, un dato eclatante: il 23,7 % dei medici ha in carico oltre 1500 assistiti, cioè oltre il massimale. Lo squilibrio è evidente.

Non si può pensare che si possa svolgere tutto e bene avendo fisicamente a disposizione solo un minuto e mezzo a settimana per paziente. Soprattutto se abbiamo nel sistema altri professionisti a disposizione, con gli stessi titoli, ma tenuti colpevolmente ai margini.

Pertanto siccome i medici di guardia medica sono oggi circa 1/3 dei medici di famiglia, abbassando il massimale a 1000 ci sarebbero gli assistiti per tutti i circa 59.000 medici. Questo abbassamento del massimale appare necessario per offrire cure migliori, per recuperare un effettivo ruolo di medico di fiducia del paziente, per rendere tutti i medici con lo stesso titolo uguali.

Si libera così del tempo necessario per le attività dei centri territoriali e quindi per arrivare alla completa gestione dell'assistenza territoriale insieme alle altre figure professionali operanti nel territorio, a partire dagli altri medici convenzionati.

Coerentemente con l'abbassamento del massimale si dovrebbero modificare i meccanismi di accesso.

L'accesso dovrebbe essere unico e sempre a tempo pieno, sulla base delle esigenze del sistema. Il meccanismo dovrebbe eliminare irrazionali barriere e consentire un innesto di forze nuove nel settore.

E bisogna innestare un nuovo principio sulla retribuzione: essere pagati per quello che si fa e non (solo) per il numero di scelte che si hanno in carico.

Questo riassetto delle funzioni professionali può avvenire solo nelle strutture distrettuali pubbliche riorganizzate. Queste possono garantire l'integrazione di tutti i professionisti della medicina generale e degli altri convenzionati impegnati nelle cure primarie, senza subordinazioni interne alla categoria.

## **2) Ambiti di scelta dei medici di famiglia e pediatri coincidenti con l'organizzazione territoriale.**

Va superata la dicotomia organizzativa tra i servizi del territorio e gli ambiti di scelta del medico di famiglia e del pediatra. Da una parte abbiamo un criterio geografico, dall'altra un criterio legato alla scelta delle persone, seppure con limiti.

Questo vale anche per la stessa guardia medica che ha una organizzazione territoriale distinta da quella dei medici di famiglia, di cui dovrebbero essere la continuità assistenziale.

Comunque, i criteri organizzativi non coincidono, e bisognerebbe ricondurre tutte le figure ad un unico criterio, quello del territorio.

In tal modo si arriverebbe anche a modificare il sistema di scelta/revoca del medico da parte del cittadino. Allentando (almeno) il legame del reddito del medico con la semplice scelta del cittadino.

Il medico non deve essere più di famiglia, ma del luogo, delle famiglie di quel territorio definito: essere il medico di fiducia di un cittadino in un contesto avulso dalle altre figure e servizi nonché dalle problematiche del territorio che lui vive, è oggi inadeguato per il cittadino ed è inutile per il medico.

Insufficiente è la sola integrazione fra simili, cioè fra soli medici di famiglia, se manca quella con il territorio in cui si opera.

### **3) Ruolo unico per i medici del territorio: il nuovo medico delle cure primarie.**

Bisogna arrivare alla figura unica del medico di cure primarie, un ruolo unico per tutti i professionisti convenzionati: medicina generale, specialistica ambulatoriale, pediatria di libera scelta.

Naturalmente ognuno continuerebbe a fare il proprio lavoro ma tutti con una unica convenzione e lo stesso ruolo: quello di medico di cure primarie. Il substrato della loro attività sarebbe il territorio.

La nuova figura del medico di cure primarie dovrebbe essere strettamente legata al territorio di competenza (distretto, centro di salute, ecc), e in grado di svolgere le rispettive attività della medicina generale, specialistica ambulatoriale, in integrazione con gli altri medici, e le altre figure sanitarie, di quel territorio.

E' una necessità per determinare la effettiva continuità assistenziale nelle 24 ore da parte dello stesso pool di medici di quel territorio per 7 giorni a settimana. Cioè per avere una continuità assistenziale orizzontale, nel tempo e verticale per le diverse esigenze del cittadino.

## ***Interventi sulla organizzazione territoriale***

### **1) Centri Territoriali**

Per noi il luogo della strutturazione della assistenza territoriale è quello della 229: **il distretto**. Questo non significa naturalmente che tutto va affastellato nella stessa struttura, ma il distretto ed i centri territoriali, rafforzati dalle strutture ospedaliere riconvertite, di cui dicevamo prima, dovrebbero rappresentare i nodi di riconduzione dei saperi e di coordinamento della gestione dell'assistenza.

Devono essere alternative territoriali reali, visibili ed accessibili aperte nelle 24 ore con assistenza medica ed infermieristica continua. Ci dovranno essere tutti i professionisti del territorio in queste sedi, naturalmente per quota parte della loro attività.

Questi luoghi dovrebbero avere una postazione di emergenza territoriale e capacità di fornire un primo soccorso in tempi rapidi.

Capacità di gestire tutte le urgenze di quel territorio. Capacità di attivare il percorso diagnostico, terapeutico, assistenziale necessario per quel paziente: ad esempio dovrebbero disporre della diagnostica di base (esami ematochimici di routine, ECG e diagnostica radiologica con telerefertazione, trattamento di traumatismi leggeri) accesso preferenziale e diretto a consulenze specialistiche ed alla diagnostica avanzata, fino alla diretta attivazione del sistema dell'emergenza ed al ricovero ospedaliero.

Insomma dovrebbero essere in grado di fornire risposte assistenziali immediate, efficaci e complete alla richiesta di salute del cittadino,

## 2) Informatizzazione

L'implementazione informatica rappresenta l'altro versante dello sviluppo del territorio.

A parte gli obblighi già in essere (*o in fieri*) con la legislazione vigente (certificazione on line, ricetta elettronica, patient summary, ecc), il punto è che senza informatica non ci può essere sistema nel territorio.

Attraverso l'informatizzazione del sistema, il distretto dialoga contemporaneamente con tutte le strutture diffuse sul territorio (studi dei medici di famiglia e dei pediatri, strutture residenziali, servizi sociali, ecc), e con i servizi specialistici ospedalieri.

Si agevolerebbe così anche la possibilità di dare risposte più complesse al cittadino in sede territoriale senza costringerlo a spostamenti.

Far muovere le informazioni, e non il paziente. E' il sistema a fornire quello che serve al paziente in qualunque punto della rete si presenti. Non è più il paziente ad essere costretto a rincorrere prestazioni da un luogo all'altro.

Meno ricoveri e più brevi, perché si ritrova nel territorio la capacità di accoglimento precoce e protetta del paziente dimesso dall'ospedale.

La nuova organizzazione del territorio porterebbe con se anche una nuova e più funzionale modalità di accesso ospedaliero. Il ricovero generalmente avverrebbe su programmazione, attraverso il sistema dell'emergenza, o attraverso i centri territoriali.

Si sgraverebbero così anche i pronto soccorso ospedalieri, che oggi sono obiettivamente al tracollo. Questi servizi riprenderebbero respiro e la loro naturale e specifica funzione.

### Tavola sinottica

<b>INTERVENTI SULLE FIGURE PROFESSIONALI</b>	<b>INTERVENTI SU ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE</b>
Abolizione Medico di Guardia Medica (13.000 medici diventano MMG a tempo pieno)	Centri territoriali distrettuali con riconversione piccoli ospedali < 120 PL
Riduzione del massimale di scelte a 1000 per i medici di famiglia	Ambiti di scelta dei medici coincidenti con organizzazione territoriale
Superamento meccanismo scelta/revoca	Informatizzazione del sistema
Ruolo unico per tutti i medici del territorio: il Medico di Cure Primarie	