



**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

**29 FEBBRAIO 2012**

## INTRODUZIONE

Si è tergiversato fin troppo con l'assistenza territoriale. E non per una carente elaborazione culturale o perché manchino le norme.

L'assistenza territoriale imperniata sul distretto, prevista dalla 833/78, definita dalla 502/92 e dettagliata dalla 229/99, è stata abbondantemente declinata nell'assetto, nelle funzioni e nella organizzazione.

Eppure sono passati 20 anni dalla 502 e i caratteri strutturali dell'assistenza territoriale non si sono in sostanza modificati. Tuttavia non è venuta meno l'esigenza della organizzazione territoriale dei servizi. Anzi, oggi è divenuta indispensabile.

Fondamentalmente il processo di deospedalizzazione non è stato compensato dallo sviluppo delle funzioni, dei servizi e del ruolo dell'assistenza territoriale.

Il territorio non può più essere una specie di supporto delle funzioni ospedaliere, o un banale filtro. Non è la serie B dell'assistenza, e potrebbe non avere nulla da invidiare all'ospedale in termini di professionalità e di capacità di risposta sanitaria efficace. Anzi alcune risposte di salute sono oggi possibili esclusivamente nel territorio.

Insomma non serve solo a completare ed adeguare l'offerta ospedaliera. Senza di esso non regge più neanche l'offerta ospedaliera e quindi si compromette il sistema sanitario nel suo complesso.

Lo sviluppo della tecnologia e dell'informatica - unita all'incremento delle patologie croniche (1/5 degli italiani ha più di 65 anni) ed alla contrazione delle risorse - per un verso rendono opportuno e per un altro obbligano ad una accelerazione della riorganizzazione dell'offerta sanitaria complessiva.

Ci troviamo quindi una sanità "in cerca di autore". E le contraddizioni saltano agli occhi: file ai pronto soccorso, ricoveri in sovrannumero in barella, liste d'attesa, limitazione dell'accesso, assistenza ridotta alla prestazione, dimissioni precoci senza rete, ecc..

Si restringe culturalmente l'offerta sanitaria all'aumento delle prestazioni nel numero (e nei costi) ma non necessariamente negli effetti di produzione di salute.

### *L'inversione della logica assistenziale*

Questa proposta, che si inquadra nell'ambito delle linee guida della contrattazione della CGIL "Assistenza continua" h24 nel Distretto socio sanitario", muove da una diversa visione della logica assistenziale.

Oggi il sistema, comprese le sue storture, è orientato alla prestazione. Si rincorre la domanda di prestazioni illudendosi che fornire prestazioni sia uguale a fornire salute. Non è così.

Non ci si ferma a valutare le ripercussioni in termini di salute di quella prestazione. Se sono tutte necessarie e se sono quelle giuste dal punto di vista della salute. O se sarebbero necessarie altre per quel paziente, e se perfino sono dannose.

Il sistema sanitario appare vittima della acritica rincorsa delle prestazioni.

Anche il cittadino è spesso convinto che le liste d'attesa debbano essere eliminate attraverso le prestazioni: ma dopo che la prestazione è stata eseguita, non ci si chiede se ha prodotto salute, e quindi se era necessaria, o se invece ha solo alimentato la spirale delle prestazioni fine a se stesse. Il sistema produce prestazioni e induce la domanda.

Neanche quando scoppiano le contraddizioni: liste d'attesa, barelle, spesa farmaceutica, costi sanitari insostenibili, il sistema pensa a cambiare il suo assetto. Non si sofferma a guardare la sua logica, se è un sistema concentrato sugli obiettivi di salute o è distratto, passivamente ed attivamente, sulla produzione di prestazioni.

La reazione è primordiale: tagli lineari dei servizi e delle prestazioni (giuste e sbagliate), compressione del personale con blocco turnover, precarietà e tickets.

Il prodotto è inadeguato e costoso: invece di agire sull'assetto della macchina si degrada il prodotto tanto da peggiorarne ancor di più la sua qualità.

### ***La riconversione dei piccoli ospedali***

La riforma delle cure primarie riguarda naturalmente il territorio, ma ha delle ripercussioni anche sulla rete ospedaliera con una necessaria ridefinizione della stessa.

Ci occupiamo in questa sede soltanto delle funzioni da conferire ai piccoli ospedali che riteniamo strategici dal punto di vista delle cure primarie.

Per sincronizzare le risorse tra ospedale e territorio servono aziende protagoniste, che organizzano attivamente i servizi ospedalieri e territoriali in modo convergente verso le esigenze di salute dei cittadini. In grado di promuovere anche l'integrazione con i servizi sociali, i Comuni, le attività economiche e sociali. Cioè tutto quello che c'è intorno all'azienda.

Ecco perché, per prima cosa, vanno ripensate le funzioni delle piccole strutture ospedaliere di territorio al di sotto dei 100/120 PL.

Assistiamo spesso ad una difesa irrazionale di queste strutture, utili solo ad una politica di basso cabotaggio, piuttosto che ai cittadini.

Già la legge 412 fin dal 1991 aveva assegnato alle Regioni il compito di riconvertire, accorpate o disattivare questi presidi. Nelle Regioni si è fatto, a volte poco e a volte molto, ma il processo non è concluso. Oggi questa idea è stata opportunamente ripresa e va portata a risultato.

Questi piccoli ospedali sono spesso uno spreco di risorse, inadeguati alla risposta assistenziale necessaria ai pazienti. Sono a volte anche pericolosi per chi si ricovera e per chi vi lavora, per la mancanza di risorse strumentali e multi professionali necessarie ad una moderna funzione ospedaliera, per il basso numero di prestazioni rese. Insomma non sono più ospedali veri e propri e non sono neanche validi presidi territoriali.

Ma non si tratta di chiudere, desertificando ancor di più il territorio, bisogna dare nuova vita a queste strutture tenendo in considerazione esclusivamente le necessità dei cittadini.

Quindi superare la funzione ospedaliera classica in questi presidi, e conferire ad essi compiti e funzioni territoriali nell'ambito della complessiva organizzazione dei servizi a livello distrettuale. In questo modo possono diventare insomma i nuovi nodi dell'offerta territoriale.

La logica è quella di portare assistenza ed servizi il più vicino possibile alla residenza del cittadino. Non di lasciare strutture depauperate che danno solo l'illusione dell'ospedale.

## *Servizi Territoriali*

E' qui che si impone una vera e propria rivoluzione dell'assistenza perché su questo versante si registrano i maggiori limiti e ritardi del Sistema.

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.

Bisogna ammettere un ritardo culturale anche da parte nostra, sindacale e medica, per non essere riusciti a sviluppare almeno un'idea evolutiva della professione medica nel territorio.

Questo ha certo prodotto qualche rendita di posizione ma ha contribuito ad appannare la figura, il ruolo professionale e forse anche il futuro del medico che opera nel territorio e nelle cure primarie.

Insomma qualche privilegio per pochi è pagato a caro prezzo da tutti. Ma oggi i privilegi rischiano perfino di divorare se stessi oltre che il sistema.

In questi anni, se vogliamo guardare all'essenza della questione, possiamo dire che si è cambiato molto per non cambiare nulla: solo maquillage.

Siamo in sostanza fermi ad un modello professionale, ed a un ruolo, nell'ambito del sistema, molto più vicino al medico della mutua del secolo scorso (nonostante telefonino e computer, e a volte segretaria) che al medico Wonca, lo specialista delle cure primarie. E questo vale per tutti i medici convenzionati.

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 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.

Interventi normativi, contrattuali e professionali devono essere coerentemente finalizzati a fortificare la prospettiva della figura del medico di cure primarie in questa ottica.

Non possono continuare a sussistere i vecchi recinti nei quali rimanere asserragliati. Il mondo è cambiato ed anche i medici convenzionati si devono adattare ed evolvere, per avere un futuro.

Già oggi gli effetti negativi di queste contraddizioni si ripercuotono profondamente anche nella attività professionale degli stessi medici: oberati dalla burocrazia, affaticati dietro le aumentate esigenze assistenziali dei cittadini, con scarse relazioni con la comunità, impossibilitati alla gestione e controllo delle patologie croniche, impossibilitati ad offrire quell'accesso universale necessario anche al proprio ruolo, in forti difficoltà nell'essere reperibili, nel rispondere alle urgenze e nell'offrire un'adeguata assistenza domiciliare.

Sembra incredibile ma oggi si fa la fila anche dal proprio medico di famiglia, altro che accesso diretto ed illimitato. E la fila spesso serve non per essere visitati, ma per poter accedere ad altre prestazioni. Basterebbe questo per convincersi che la situazione è mortificante per il medico e inadeguata per i cittadini.

## LA PROPOSTA

### *Interventi sulle figure professionali mediche*

#### **1) Abolizione del medico di guardia medica**

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.

La guardia medica fu istituita nel 1978 quando non c'era internet e neanche i cellulari, i medici di famiglia lavoravano completamente isolati e con compiti limitati e non si poteva chiedere a questi di essere sempre reperibili 24 ore al giorno per sette giorni a settimana.

Per ovviare a questo inconveniente e dare un riferimento medico certo ai cittadini nel territorio, la notte ed i giorni festivi e prefestivi, fu istituita la guardia medica.

I medici d'altra parte iniziavano la loro gavetta dalla guardia medica e dopo pochi anni passavano a fare i medici di famiglia o gli specialisti.

Oggi non è più così, le comunicazioni hanno cambiato epoca, i medici di famiglia hanno una mole enorme di incombenze professionali e burocratiche in più e l'organizzazione di fatto ha solo introdotto le associazioni.

I medici di guardia sono rimasti sostanzialmente negli stessi ambulatori, spesso degradati, isolati ed insicuri con le stesse possibilità di intervento di 30 anni fa (la borsetta), costretti a rimanere "in guardia" per tutta la vita.



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: i medici di famiglia, nonostante gli sforzi, non riescono più a rispondere adeguatamente alle moderne esigenze assistenziali e professionali. Intanto i medici di guardia medica sono sottoutilizzati e lavorano solo per 24 o 12 ore settimanali.

c) Non esiste alcuna specializzazione in medico di guardia, i medici che fanno questa attività hanno gli stessi titoli dei medici di famiglia. Non si studia insomma per diventare portieri di notte della sanità, si studia e ci si specializza per fare i medici di medicina generale. Farli fare solo la guardia medica è come utilizzare un pilota di formula 1 solo per parcheggiare la macchina.

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 le richieste assistenziali correnti, le aumentate possibilità di risposte sanitarie, l'incremento delle incombenze amministrative e normative, rendono 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, che a fronte di una media di 1.129 assistiti per medico di famiglia, circa 1/3 dei medici ha meno di 1.000 scelte e 2/3 hanno invece più di 1000 assistiti. E vi è 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' chiaro che le attività territoriali devono compensare anche la riduzione del compenso legata alla riduzione del numero degli assistiti. Innestando 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.

Un medico sarebbe retribuito per i suoi assistiti, per le attività e le funzioni svolte su di essi, e per quello che fa a livello distrettuale e territoriale.

Rimane scontato che i diritti acquisiti non si toccano e che le attività territoriali, compresa la guardia medica, sarebbero distribuite in tutto il pool anche nel rispetto delle attitudini, delle funzioni attualmente svolte, della evoluzione professionale e di carriera, e di altri criteri atti ad accompagnare l'evoluzione del sistema senza squilibrarlo.

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.

Ne deriverebbe un sistema sinergico e non competitivo con benefici per la spesa sanitaria e per l'autonomia professionale del medico.

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.**

Negli ultimi anni anche le convenzioni nazionali, con la loro parte generale sovrapponibile per le diverse figure convenzionate, hanno teso ad un riavvicinamento tra i convenzionati per la medicina generale, per la pediatria di libera scelta e per la specialistica ambulatoriale.

Della unificazione del medico di famiglia con quello di guardia medica per arrivare al medico di medicina generale abbiamo detto sopra, ma non basta.

Ora si tratta di fare il passo finale, concludere questo processo per arrivare ad un ruolo unico per tutti i professionisti convenzionati: medicina generale, specialistica ambulatoriale, pediatria di libera scelta.

Arrivare cioè alla figura unica del medico di cure primarie.

Naturalmente ognuno continuerebbe a fare il proprio lavoro ma tutti con una unica convenzione e lo stesso ruolo: quello di medico di cure primarie.

In altri termini non avremmo più figure staccate e chiuse ognuna nel proprio recinto, contrattuale e professionale, ma avremmo medici di cure primarie che fanno gli specialisti ambulatoriali, o i pediatri o i medici di medicina generale come se lavorassero in diversi reparti ma di uno stesso ospedale. Il substrato della loro attività sarebbe però 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.

Questo non significa naturalmente che qualcuno debba subordinarsi a qualche altro: le varie parti si devono esprimere in concerto e non da solisti.

Alcuni strumenti, utili alla bisogna, in un quadro organico di riforma, come le unità complesse cure primarie e le aggregazioni funzionali sono peraltro già previste nell'accordo collettivo nazionale; ma "stranamente" stentano a decollare.

La completa unificazione della figura del medico di medicina generale e la nascita del medico di cure primarie sono il presupposto professionale all'integrazione con il resto.

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.

Ed è indispensabile per avere una continuità assistenziale tra diverse prestazioni necessarie al paziente. Cioè una continuità assistenziale verticale.

Così si struttura l'assistenza territoriale, si forniscono le premesse perché si possa garantire la molteplicità degli interventi assistenziali necessari ai cittadini, si razionalizzano gli esami e le prestazioni limitando la loro escalation.

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

I modelli organizzativi sono innumerevoli, ma prima di tutto l'organizzazione va allocata, strutturata fisicamente e ricondotta all'unità. Oggi questo è possibile anche nel territorio, che per sua natura è diffuso, grazie all'informatica.

L'obiettivo è mantenere la ricchezza della diffusione dei servizi territoriali, ma eliminare la loro dispersione.

Bisogna allora individuare il centro di coordinamento, il luogo fisico dove ricondurre l'organizzazione e d'altra parte implementare lo sviluppo informatico. Il cittadino non deve essere costretto a pellegrinare tra i servizi in cerca di prestazioni ma deve avere un unico punto di accesso ed una guida sicura.

### **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, che non hanno bisogno di una risposta ospedaliera. 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, etc.) 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.



## OBIETTIVI FONDAMENTALI

### *1) Presa in carico e continuità della assistenza*

Sono due funzioni indispensabili per implementare la qualità del sistema e razionalizzare prestazioni e costi. Ma per quanto se ne possa dire, e se ne è detto tanto, rimangono ad oggi una chimera.

Soprattutto perché non si vuol prendere atto che sono due funzioni del sistema, e non di una o due singole figure professionali.

Bisognerebbe arrivare ad una strutturazione di queste funzioni in modo che sia la medesima organizzazione con la definizione dei compiti e dei ruoli di ognuno e di tutti, a determinare il risultato.

I suddetti interventi, sul ruolo professionale e sulla organizzazione dei servizi territoriali, creano le giuste condizioni per rendere questi obiettivi concreti e realizzabili.

### *2) Coordinamento della gestione delle patologie croniche*

Il peso delle patologie croniche non può essere abbandonato sulle spalle di una figura professionale. Ancora una volta, è il sistema che si deve far carico della funzione.

Una buona parte della salute dei cittadini è oggi legata alla corretta gestione delle patologie croniche: ci si può ammalare di meno, avere una evoluzione meno grave della patologia, avere meno complicanze, limitare le riacutizzazioni, ottenere recuperi più rapidi, ridurre le disabilità, ecc.

Quindi più salute e meno costi sanitari (meno farmaci, meno esami, meno ricoveri), con una adeguata organizzazione.

Questo si può ottenere solo con la gestione attiva delle patologie e delle popolazioni a rischio e collegando le varie parti ed i vari interventi sociali e sanitari: prevenzione, domiciliarità, residenzialità, pianificazione degli interventi diagnostici e terapeutici, ospedalizzazione, controllo della evoluzione delle patologie, ecc.

Il medico di cure primarie da noi descritto si trova obiettivamente al centro della gestione delle patologie croniche, e si trova in connessione con il resto del sistema sanitario. E' così che può dispiegare tutta la propria professionalità.

Ipotesi di privatizzazione della gestione delle cure primarie, del loro appalto e subappalto a cooperative o società di servizi, come quella dei CREG lombardi, sono inaccettabili.

Portano alla perdita del ruolo del medico di famiglia, alla estromissione dalla sua funzione primaria, al superamento della organizzazione territoriale pubblica della assistenza sanitaria.

Introducono elementi di grave perturbazione del sistema anche in relazione agli interventi specialistici ed ospedalieri.

Si verrebbe a creare in sostanza un sistema di gestione sanitaria privata che non solo utilizzerebbe le risorse pubbliche direttamente assegnate, ma condizionerebbe indirettamente anche la gestione delle altre risorse sanitarie e dei percorsi assistenziali, sia dal punto di vista economico, sia dal punto di vista della evoluzione dei servizi diagnostici e terapeutici.

### ***3) Riduzione dei ricoveri***

E' evidente che il raggiungimento degli obiettivi precedenti produca una contrazione della necessità di ricoveri ospedalieri.

Le barelle non servono più e se permangono la causa è da ricondurre solo a tagli inappropriati di posti letto e/o a disfunzioni organizzative intraospedaliere.

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.

### ***4) Razionalizzazione dell'apparato burocratico-amministrativo.***

Infine non servirebbe più una organizzazione amministrativa per ogni servizio, ma sarebbe sufficiente l'organizzazione amministrativa dei servizi centrati nelle strutture territoriali.

Ne consegue non solo un funzionamento più fluido, adeguato ed efficiente dei servizi e delle loro relazioni; ma anche un front-office dei servizi più rispondente alle esigenze del cittadino, che si troverebbe davanti sempre un sistema e non un singolo operatore. Il tutto evidentemente a costi sensibilmente inferiori e ottimizzati. Con risorse meglio orientate verso l'assistenza, visto che si limiterebbe la loro dispersione sulla burocrazia che sta intorno alla prestazione e al servizio.

## CONCLUSIONI

Una sanità che produce salute, che blocca la spirale di prestazioni, e crea le condizioni per la sostenibilità del sistema, rende oggi compatibili i diritti universali dei cittadini con le risorse.

Ma è necessaria una determinata azione riformatrice, anche le cure primarie hanno bisogno della loro liberalizzazione dai privilegi.

La riforma dovrebbe interessare contemporaneamente le figure professionali e l'assetto strutturale del distretto e degli altri servizi sanitari territoriali, per dare coerenza ed unitarietà al sistema.

Infine riteniamo che quanto proposto ponga solide basi per valorizzare ruolo e professionalità dei medici che lavorano nel territorio, e per costruire a questo livello una organizzazione sanitaria moderna, integrata, sostenibile.