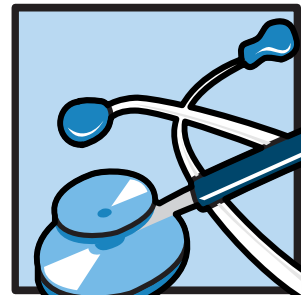


Parte il confronto sul riordino tra il ministro e i sindacati dei professionisti del territorio

# Cure primarie, nuovo round

Sul tavolo Patto per la salute, assistenza "h24" e forme associative



**S**print alle forme associative complesse. Largo alle reti per migliorare la presa in carico dei cittadini, soprattutto cronici e non autosufficienti. Piena integrazione tra sociale e sanitario. Sono questi i cardini intorno ai quali ruoterà il riordino delle cure primarie contenuto nel Patto per la salute (v. pag. 6-7). L'obiettivo per il momento è tracciare le linee guida. Una cornice da riempire di contenuti: prima con un accordo Stato-Regioni che riscriverà l'art. 8 del Dlgs 502/1992 e poi con la nuova convenzione.

La necessità di una riforma dell'assistenza primaria è tornata alla ribalta proprio nei giorni scorsi, quando a Roma è scoppiato il "bubbone" pronto soccorso (v. pag. 8). Non a caso il ministro della Salute **Renato Balduzzi** ha convocato i sindacati dei medici del territorio mercoledì 29 febbraio. Un primo round per sondare le posizioni e le proposte delle varie sigle. Non si parte da zero. Lo stesso Balduzzi ha ricordato il progetto "Assistenza h24" lanciato nella primavera 2009 dall'allora sottosegretario al Welfare **Ferruccio Fazio**. Che, da ministro, ha creduto fortemente nel rilancio del territorio, tanto da arrivare a una prima ipotesi di riscrittura dell'art. 8. «La speranza - ha detto Balduzzi - è quella di arrivare in tempi molto brevi a chiudere finalmente questo capitolo, per avere una medicina di



base che sia davvero "di base" per tutti i cittadini». E che serva anche a decongestionare realmente il pronto soccorso, arrivati al collasso.

Il ministro ha incassato la disponibilità dei medici di famiglia della Fimmg e dei pediatri Fimp. **Giacomo Milillo**, segretario Fimmg, rivendica almeno parzialmente la paternità del progetto. «Sono anni che sottoponiamo alle istituzioni questo tema», ha spiegato. «L'obiettivo è creare aggregazioni funzionali superando le divisioni tra medici di famiglia e medici di continuità assistenziale per offrire un servizio h24. Siamo pronti ad aprire gli studi anche nel week-end. Ma per la diffusione a regime il percorso è lungo: potrebbe essere necessario anche un anno».

Cerca spazio anche la Simg di **Claudio Cricelli**, che chiede di non essere esclusa dai tavoli: «Va realizzato quanto prima un modello di intensità di cure e complessità assistenziale adeguato a sostenere la nuova organizzazione del lavoro, migliorando l'efficienza e la valutabilità del Ssn. Condizione preliminare perché si possa prevedere l'apertura degli studi per 12 e 24 ore». Critico lo Snam, che per bocca del presidente **Angelo Testa** respinge l'ipotesi di «case della salute e grupponi vari non attuabili per questioni economiche e inutili - aggiunge - perché non migliorerebbero l'assistenza». Testa rilancia la proposta di «postazioni filtro sul territorio e nei pressi dell'ospedale». E invita anche a «parlare delle

differenze tra medicina del territorio e medicina delle città, non assimilabili nelle dinamiche assistenziali e con criticità che possono richiedere soluzioni agli antipodi».

Disposti a "trattare" i pediatri. **Giuseppe Mele**, presidente Fimp, conferma il sì ad aggregazioni funzionali monoprofessionali e "apre" sulle forme multiprofessionali, previste nella bozza di Patto in discussione. Da cui, per altro, è stata cancellata l'ipotesi di un abbassamento dell'età pediatrica a sei anni. Ma le Regioni non hanno affatto abbandonato l'obiettivo di assicurare che i più piccoli abbiano la priorità della presa in carico su tutto il territorio nazionale. Le strategie allo studio prevedono incentivi ad hoc (già oggi i

pediatri ricevono 17 euro in più per ogni assistito "under 6") e un percorso formativo mirato, analogo a quello della medicina di famiglia.

Per tutti, invece, l'ultimissima versione del riordino contempla il rafforzamento della retribuzione di risultato e l'obbligatorietà dell'adesione ai sistemi informativi regionali. Anche su questo fronte il cantiere è aperto: sempre mercoledì, in un incontro successivo, i sindacati riprenderanno con Balduzzi il confronto sulla ricetta elettronica.

A proporre una mini-rivoluzione dell'assistenza territoriale è la Fp-Cgil Medici. Nel documento che consegnerà al ministro (si veda articolo in basso) si chiede l'istituzione di un ruolo unico dei medici delle cure primarie. Senza distinzione per l'accesso tra medici di base, pediatri e specialisti ambulatoriali. Con l'abolizione tout court della guardia medica e la creazione di centri territoriali strutturati dotati di diagnostica. Idea in linea con le richieste dei medici dell'emergenza Fimeuc. Perché il riordino delle cure primarie possa davvero sgravare il pronto soccorso, è la tesi, occorre intervenire a 360 gradi. Compresa l'assistenza socio-sanitaria domiciliare e la riabilitazione.

**Barbara Gobbi  
 Manuela Perrone**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## LA PROPOSTA DELLA FP CGIL

### «Ruolo unico per tutti i convenzionati»

**A**ddio alla guardia medica e largo ai «medici delle cure primarie»: camici bianchi inclusi in un ruolo unico che lavorino nei servizi territoriali come se operassero in reparti diversi di uno stesso ospedale. Obiettivo: assicurare l'effettiva continuità assistenziale nelle 24 ore da parte dello stesso pool di medici di quel territorio per sette giorni a settimana.

A proporre quella che definisce «una vera riforma delle cure primarie» è la Fp Cgil medici, settore medicina convenzionata, in un documento di 12 pagine appena consegnato al ministro della Salute. Che parte da una constatazione condivisa: «Il processo di deospedalizzazione non è stato compensato dallo sviluppo delle funzioni, dei servizi e del ruolo dell'assistenza territoriale». Nonostante il disegno del distretto, previsto dalla legge 833/1978, definito dal Dlgs 502/1992 e dettagliato dal Dlgs 229/1999. E nonostante i proclami, i tentativi e le rotte indicate dalle ultime convenzioni.

«Il territorio non può più essere una specie di supporto delle funzioni ospedaliere», spiega **Nicola Preiti**, coordinatore Fp Cgil medici - medicina convenzionata. «Anzi, alcune risposte di salute sono oggi possibili esclusivamente sul territorio. Gli ultimi eclatanti fatti relativi al pronto soccorso romani lo dimostrano. Ci troviamo davanti a una "Sanità in cerca d'autore", caratterizzata da un aumento delle prestazioni nel numero e nei costi ma non necessaria-

I punti principali del documento	
<b>INTERVENTI SULLE FIGURE PROFESSIONALI</b>	sificata in base alle rispettive attività. Come se si lavorasse in diversi reparti di uno stesso ospedale.
<b>ABOLIZIONE DEL MEDICO DI GUARDIA MEDICA</b>	
Bisogna far diventare i circa 13mila professionisti che oggi fanno questo lavoro medici di medicina generale a tutti gli effetti e a tempo pieno, ossia «medici delle cure primarie».	
<b>AMBITI DI SCELTA DEI MEDICI DI FAMIGLIA E DEI PEDIATRI COINCIDENTI CON L'ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE</b>	
Va superata la dicotomia organizzativa tra i servizi territoriali e gli ambiti di scelta del medico di famiglia e del pediatra. Il medico non deve essere più di famiglia, ma del luogo, delle famiglie in quel territorio definito.	
<b>RUOLO UNICO PER I MEDICI DEL TERRITORIO: IL NUOVO MEDICO DELLE CURE PRIMARIE</b>	
Bisogna arrivare a un ruolo unico per tutti i professionisti convenzionati: medicina generale, specialistica ambulatoriale, pediatria di libera scelta. Arrivare cioè alla figura unica del «medico delle cure primarie», strettamente legata al territorio di competenza e diver-	
<b>INTERVENTI SULL'ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE</b>	
<b>CENTRI TERRITORIALI</b>	Il luogo della strutturazione dell'assistenza territoriale deve restare il distretto, che insieme ai centri territoriali dovrebbero rappresentare i nodi di riconduzione dei saperi e di coordinamento della gestione dell'assistenza. Alternative territoriali reali, visibili e accessibili aperte nelle 24 ore con assistenza medica e infermieristica, con una postazione di emergenza e capacità di fornire primo soccorso.
<b>INFORMATIZZAZIONE</b>	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 e con i servizi specialistici ospedalieri. Bisogna far muovere le informazioni, e non il paziente.

mente negli effetti di produzione di salute».

Per il sindacato occorre dunque invertire la logica assistenziale, abbandonando l'orientamento alla prestazione e guardando agli «obiettivi di salute». Ma anche rivedendo nel profondo l'assetto dei servizi territoriali. A partire da quel «nodo irrisolto» rappresentato da un modello professionale - si legge nel documento - «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». Più dottor Tersilli che nuovo professionista del terzo millennio.

Chiaro il messaggio (anche a quei sindacati asserragliati su

posizioni opposte): i «vecchi recinti» non reggono più. «Il mondo è cambiato e anche i medici convenzionati si devono adattare ed evolvere, per avere un futuro».

Ciò che la Fp Cgil propone è innanzitutto l'abolizione del medico di guardia medica come servizio autonomo. Pensato nel 1978 «quando non esistevano Internet e telefonini e i medici di famiglia lavoravano completamente isolati», ricorda la proposta, e rimasto identico ad allora: «I medici di guardia sono rimasti sostanzialmente negli stessi ambulatori, spesso degradati, isolati e insicuri con le stesse possibilità di intervento di 30 anni fa (la borsetta), costretti a rimanere "in guardia" per tutta la vita». Un'anomalia disfunzio-

nale non soltanto per loro, «un ingiustificato spreco di risorse»: a fronte di medici di famiglia sempre più oberati, ci sono medici di guardia medica «sottoutilizzati». Eppure la formazione è la stessa.

Che fare, allora? La ricetta del sindacato prevede il loro utilizzo a tempo pieno per svolgere tutte le attività della medicina generale. Calcolando che i medici di guardia medica sono circa un terzo dei medici di famiglia e che il 23,7% dei Mmg ha in carico oltre 1.500 assistiti, secondo la Fp Cgil basterebbe abbassare il massimale a mille per garantire assistiti a tutti i circa 59mila medici. Per compensare la riduzione del compenso, spiega Preiti, «bisognerebbe poi essere pagati per quel-

lo che si fa e non tanto per il numero di scelte», svincolando così il reddito dalla scelta del paziente. Ma il riassetto delle funzioni professionali non può prescindere da quello delle strutture distrettuali pubbliche, le uniche a «poter garantire l'integrazione di tutti i professionisti della medicina generale e degli altri convenzionati impegnati nelle cure primarie».

L'idea del sindacato va ancora oltre. Immaginando un ruolo unico e un'unica convenzione per tutti i professionisti del territorio, che si trasformerebbero in «medici delle cure primarie» con gli ambiti di scelta coincidenti con l'organizzazione territoriale. E affermando la necessità di evitare la dispersione dei servizi territoriali: «Il cittadino

non deve essere costretto a pellegriare tra i servizi in cerca di prestazioni ma deve avere un unico punto di accesso e una guida sicura». Sul territorio devono cioè nascere dei «nodi», compresi i piccoli ospedali che non vanno chiusi ma «riconvertiti», che costituiscano alternative reali all'ospedale e che siano opportunamente integrati, anche informativamente, sotto la regia del distretto. Nodi accessibili 24 ore su 24, dotati di diagnostica di base e capaci di gestire anche le urgenze, con postazioni di 118.

Un modello che permetterebbe, per la sigla, di garantire continuità assistenziale, gestione delle cronicità, riduzione dei ricoveri e razionalizzazione della burocrazia. Senza rinunciare alla preziosa presenza diffusa dei singoli studi: ogni medico potrebbe continuare a lavorare sia nel suo ambulatorio sia nei centri territoriali.

Utopia? Fantasanità? Preiti non crede: «Basta redistribuire le risorse professionali ed economiche nel territorio in maniera più adeguata alle nuove esigenze». Alcune Regioni si stanno già muovendo in questa direzione. Altre sono in netto ritardo, soprattutto al Sud. E altre ancora, per la Fp Cgil medici, stanno sbagliando strada. Come la Lombardia con i Creg, «ipotesi di cure primarie privatizzate - stigmatizza Preiti - esiziali anche per la sopravvivenza stessa della figura del medico del territorio».

**M.Per.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA