



Convegno Nazionale
**Una convenzione da rinnovare:
la medicina generale per la Casa della Salute**



**Relazione introduttiva
di Massimo Cozza**
Segretario nazionale FPCGIL Medici
Nicola Preiti
Coordinatore naz.le Medicina Generale FPCGIL Medici

Bologna, venerdì 23 febbraio 2007, ore 9
Centro Congressi Hotel Europa, via Boldrini n 11

INTRODUZIONE

L'evoluzione dei bisogni assistenziali e delle cure primarie, indirizzate alla appropriatezza ed alla sostenibilità del sistema, pongono oggi lo sviluppo del territorio al centro del SSN.

Questo settore necessita del maggiore sforzo, prima di tutto culturale, e della maggiore determinazione per un cambiamento di fondo delle cure primarie, e quindi nella organizzazione e nei compiti, nelle funzioni, nelle responsabilità di ogni soggetto coinvolto nella assistenza territoriale.

La sopravvivenza stessa del SSN con i suoi principi di universalità, equità e solidarietà, si gioca per buona parte sullo sviluppo del territorio.

Questo non è innescato automaticamente dalla deospedalizzazione, ma ha bisogno di una progettualità specifica, di un intervento mirato ed adeguato alle necessità assistenziali attuali ed emergenti. E' per noi fonte di soddisfazione avere una Ministra che ha dimostrato questa sensibilità e che si sta muovendo coerentemente su questa strada, avendo posto lo sviluppo del territorio come un obiettivo fondamentale del suo mandato. Fare delle cure primarie il "Secondo Pilastro" della sanità pubblica è vitale per l'assistenza territoriale e per tutto il sistema. Per avere risultati adeguati c'è bisogno del concorso di tutti, a partire dalle istituzioni nazionali e locali, e non deve mancare l'apporto del sindacato. Certamente si tratta di portare avanti una progettualità complessiva che interessa in primo luogo il sindacato confederale, e chi come i pensionati rappresentano una parte rilevante degli utenti. Fondamentale è però il coinvolgimento e la condivisione di tutti gli operatori della sanità pubblica impegnati in prima linea, dai medici agli infermieri. C'è bisogno di stimolare la partecipazione responsabile ed integrata di tutte le figure professionali finalizzata ad avere il cittadino ed i suoi bisogni al centro del sistema. Dal cittadino-assistito si deve partire ed a questo si deve arrivare.

IL TERRITORIO OGGI

Oggi il territorio sta uscendo dal cono d'ombra dell'ospedale e ciò mette in risalto, oltre all'importanza, anche i problemi che lo caratterizzano. E' in atto un recupero della capacità di risposta ai nuovi bisogni assistenziali, quali la crescita delle patologie croniche, l'invecchiamento della popolazione, il miglioramento tecnologico (diagnostico e terapeutico), che consente di avvicinare alle concrete condizioni di vita gli interventi sanitari (ambulatori, day hospital, residenze sanitarie assistite, assistenza domiciliare integrata). C'è la possibilità di fornire risposte adeguate a minor costo. E di trovare maggiori risposte ai bisogni, ed alcuni bisogni se non trovano risposta nel territorio non la possono trovare da nessuna altra parte.

Nel territorio ci sono le potenzialità per fornire gli ormai necessari interventi integrati multiprofessionali, con la presa in carico del paziente, intesa come gestione dei suoi bisogni e dei necessari percorsi assistenziali. C'è la capacità di intercettare i bisogni di salute e di integrazione sociale, che solo il territorio può realizzare. C'è la possibilità di consentire una maggiore partecipazione democratica delle istituzioni locali e delle realtà sociali, a partire dalle associazioni degli utenti. Dovrà, inoltre, diventare il luogo prioritario per l'assistenza ai cittadini non autosufficienti, per i quali finalmente la finanziaria 2007 istituisce il fondo specifico, che andrà adeguatamente finanziato. Il territorio risulta in definitiva indispensabile per due funzioni fondamentali: le prestazioni che può erogare direttamente, e la gestione dei percorsi assistenziali che possono prevedere anche tragitti ospedalieri.

LA RETE 24 ORE SU 24

La crescita del territorio evidenzia anche i suoi problemi: Come rafforzarlo? Come organizzarlo? Quali assetti istituzionali? Quale organizzazione del lavoro? Come renderlo di qualità? Come incrementare la sua autorevolezza e capacità attrattiva? Come ricollocare al suo interno la medicina generale, gli specialisti ambulatoriali, i pediatri, i medici del 118 e gli stessi dirigenti medici territoriali? Il dibattito è aperto. E' aperto non solo in Italia ma in tutta Europa come dimostra il recente rapporto dell'Osservatorio europeo delle cure primarie.

E nella disparità e frammentazione dei modelli organizzativi più o meno sperimentali, non emerge ancora un profilo definito ed adeguato della assistenza territoriale, ed in essa della medicina generale. Un punto di partenza condiviso è però fondamentale: la realizzazione di una rete integrata territoriale pubblica che garantisca per 24 ore su 24 la continuità assistenziale ai cittadini, e che veda l'ospedale ottimizzare la sua attività per le prestazioni di urgenza-emergenza da codice rosso, e per i ricoveri per acuti che hanno necessità di alta tecnologia, complessità ed alta assistenza. La rete territoriale dovrà integrare e rimodulare diverse strutture e funzioni, tenendo fermo il principio della gestione pubblica.

NO ALL'APPALTO AL PRIVATO

L'introduzione di forme di privatizzazione quali il voucher per l'assistenza domiciliare come avviene in Lombardia, oppure l'appalto al privato di pezzi del territorio, anche se in forma cooperativistica, rischiano infatti di compromettere l'universalità e l'equità dell'accesso. E soprattutto, dal nostro punto di vista categoriale, che fine fa il ruolo e la funzione del medico di medicina generale e degli altri medici convenzionati, quale ruolo nel governo clinico, che fine fa l'autonomia professionale, costretta a muoversi negli spazi angusti degli interessi legati al profitto del gestore privato? In questo ambito dobbiamo porre fine al meccanismo delle esternalizzazioni dei servizi sanitari, e contrastare tutte quelle iniziative, come i nuovi iniqui ticket sulla specialistica e sul pronto soccorso, che allontanano il cittadino dalla sanità pubblica e lo spingono verso il privato.

DALLA AUTOREFERENZIALITA' ALLA RETE

Se vogliamo arrivare all'obiettivo di una assistenza territoriale pubblica in grado di dare le risposte giuste, 24 ore su 24, c'è però bisogno di un cambiamento profondo della medicina convenzionata, oggi cristallizzata ad un vecchio territorio, e sostanzialmente autoreferenziale. Senza una ridefinizione della medicina convenzionata non può esistere una assistenza territoriale moderna. La tendenza dei medici di aggregarsi fra loro è positiva, e da valorizzare nel giusto senso dell'integrazione. Ma la strutturazione del territorio non può consistere nei medici di famiglia che si organizzano tra loro, i pediatri fra loro e gli specialisti ambulatoriali fra loro, senza un livello di coordinamento e di integrazione con le altre realtà distrettuali. Non si risolve per noi il problema rendendo ad esempio gli studi dei medici di famiglia sempre più autosufficienti con segretarie, infermieri, specialisti, diagnostica di base, se non si crea a livello distrettuale una rete territoriale organizzata ed integrata.

LA CASA DELLA SALUTE

Si tratta di mettere in comunicazione i servizi territoriali e gli stessi studi dei medici di famiglia, e di rendere visibili ed utilizzabili strutture di riferimento per i cittadini, dove si possono recare 24 ore su 24 per il primo soccorso, nonché durante il giorno per le prestazioni generali e specialistiche, e per l'assistenza socio-sanitaria. In questo quadro la Casa della Salute può rappresentare un modello appropriato. Certamente il cittadino sarà facilitato nell'accesso sapendo che in uno stesso luogo può trovare la risposta ai suoi diversi bisogni di salute. Quanti cittadini, soprattutto nelle grandi città, in assenza del medico di famiglia, oggi neanche conoscono il recapito della guardia medica, o non si fidano, e si recano direttamente in Ospedale? C'è però da considerare che la Casa della salute non va intesa solo come edificio ma soprattutto come rete integrata all'interno del Distretto. Infatti, in particolare nelle zone montane che costituiscono circa il 50% della nostra nazione, è più facile per il cittadino accedere allo studio del medico di famiglia situato nel paese. L'importante è che quel medico sia collegato con la Casa della salute, e che il processo di informatizzazione sia effettivamente realizzato.

DAL CARICO DI LAVORO ALLA BUROCRAZIA

Questo processo non funziona se non c'è anche ad una ridefinizione del medico di assistenza primaria, oggi carico di una attività non più sostenibile. Si è incrementato il lavoro professionale specifico, ma soprattutto è cresciuto in modo esponenziale il carico burocratico necessario allo svolgimento della attività. Se il lavoro viene fatto in modo coscienzioso, quando si hanno 1500 assistiti, è come salire sulle montagne russe il lunedì mattina e scendere il venerdì sera. Si pensi che un medico di Assistenza Primaria (con 1500 assistiti) ha fisicamente a disposizione per ogni paziente 1,6 minuti a settimana. E' lo stesso tempo di 20 anni fa, ma le incombenze anche burocratiche sono cresciute, e continuano a crescere in modo esponenziale. Anche da ciò deriva che un cittadino debba sacrificare mezza giornata per essere visitato dal proprio medico di fiducia. L'assistenza domiciliare diventa una chimera, presente in tutti i documenti ma non a casa del cittadino. Cittadino spesso lasciato solo a perdersi in rivoli burocratici per ottenere una semplice prestazione specialistica o diagnostica di base. E il medico, tra l'altro, non può neanche svolgere attività di ricerca e di formazione, né assumere ruoli di responsabilità. Le potenziali maggiori risposte assistenziali del territorio si vanificano, non per l'insufficienza della singola prestazione professionale, ma per incapacità del sistema di dare una risposta integrata, molteplice ed organica. Un tempo era l'ospedale che con le sue modalità si prendeva in carico il paziente: ci si ricoverava per 15/20 giorni e si veniva dimessi con ciclo diagnostico terapeutico concluso. Oggi questa modalità è superata dal nuovo modello di ospedale che garantisce il ricovero per acuti e non più la convalescenza o la cronicità, ma se non si rafforza contemporaneamente il secondo pilastro territoriale, il sistema crolla addosso allo stesso cittadino. Analogo ragionamento si può fare per la continuità dell'assistenza. Si è finalmente capito che non la si ottiene con un'etichetta: chiamando una figura professionale medico di continuità assistenziale. E' sempre il sistema quindi che deve garantirla, e non il singolo, sviluppando risposte orizzontali nel tempo e con il susseguirsi dei diversi interventi, e verticali con il differenziato coinvolgimento dei vari livelli di organizzazione sanitaria e sociale. Oggi persiste una sostanziale separazione dei medici (anche se in associazioni varie) operanti nello stesso Distretto, e con una frammentazione delle categorie: medici di assistenza primaria, di continuità assistenziale, di 118, specialisti ambulatoriali, pediatri. Da ciò derivano difficoltà di collegamento e di integrazione tra le varie figure professionali, e tra queste e gli altri livelli del sistema quali il Distretto e l'ospedale.

LA VALORIZZAZIONE DELLA PROFESSIONALITA' E' NEL SISTEMA

Una risposta autoreferenziale della singola professione a questi problemi non è più sostenibile: si inseguono prestazioni aggiuntive che spesso rimangono un'etichetta nell'impossibilità di essere svolte appieno. Ci si fa carico impropriamente di attività burocratiche, e si inseguono assistiti, anche a spese di altri medici a cui si impedisce l'accesso alla professione, per poter alla fine portare a casa quello stipendio che invece dovrebbe essere legato esclusivamente allo svolgimento della attività professionale, ed alla sua qualità. Per noi è necessaria invece una risposta di sistema, dove il medico ridefinisca le sue funzioni per una integrazione e valorizzazione all'interno di una rete territoriale organizzata sulle 24 ore. In primo luogo i medici hanno bisogno di tempo: per fare i medici, per formarsi ed aggiornarsi, per formare gli altri, per fare ricerca, per alzare la testa e guardare al proprio lavoro, per controllare e verificare la loro attività, per relazionarsi con gli

altri operatori e con tutti i livelli aziendali, per differenziare le loro attività. Noi vogliamo restituire al medico il tempo della sua professione.

DALLA GUARDIA MEDICA AL NUOVO MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Le risorse professionali che mancano ci sembrano a portata di mano: sono quella parte di medici, già oggi impegnati nell'area delle cure primarie, ma male e sottoutilizzati. Si tratta di circa 13.000 medici di Guardia Medica che lavorano 24 o 12 ore settimanali, e che sono costretti a fare solo i medici di guardia spesso a vita: ma non esiste alcuna specializzazione in medico di guardia, non si studia per diventare portieri di notte della sanità, si studia e ci si specializza per fare i medici di medicina generale. E' come se condannassimo un chirurgo a fare soltanto le medicazioni a vita. E' anomalo utilizzare questi medici in questo modo, ed è disfunzionale per il sistema, ed in primo luogo per gli stessi medici di famiglia. Non si possono sigillare questi medici nella guardia medica in una posizione di subordinazione interna alla categoria. C'è non solo frustrazione per loro, ma anche ingiustificato spreco di energie professionali. Crediamo quindi che sia ora di sdoganare i 13.000 medici della continuità assistenziale, utilizzandoli a tempo pieno per tutte le attività delle cure primarie. Sarebbero così finalmente medici di medicina generale a tutti gli effetti ed i carichi di lavoro sarebbero ridistribuiti, consentendo un impegno professionale di qualità, e di conseguenza garantendo una migliore assistenza territoriale nelle 24 ore. Questo è un grande obiettivo della FPCGIL Medici, che naturalmente potrà richiedere una certa gradualità. Ma sia chiaro che questo sdoganamento non può avvenire negli studi dei medici di famiglia. Non si possono destinare gli attuali medici di guardia, a un servizio di supporto degli attuali medici di famiglia nella loro attività, in modo asimmetrico ed impropriamente subordinato.

LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE E' GARANTITA NEL DISTRETTO Ecco allora l'importanza, anche in questo ambito, del ruolo delle reti e della sua organizzazione nel distretto e nelle strutture territoriali, quali la Casa della salute. E' a questo livello che dovrà essere garantita l'effettiva continuità dell'assistenza nelle 24 ore, e quindi il coordinamento e la valorizzazione di tutti i medici impegnati nelle cure primarie. Solo dall'integrazione multiprofessionale può derivare la continuità assistenziale, orizzontale e verticale, necessaria ad una assistenza territoriale moderna, ed a garantire la molteplicità degli interventi necessari. Si dovrebbero realizzare dei veri e propri punti di primo soccorso h 24, dove possibile nella Casa della salute, che, con le attuali risorse informatico-tecnologiche (es. teleconsulto, teleriferazione), potrebbero effettivamente lasciare ai PS ospedalieri i casi che necessitano di quel livello di assistenza. Il servizio di emergenza territoriale (118) dovrebbe trovare anch'esso la sua integrazione a questo livello territoriale, in sinergia con i dipartimenti di emergenza-urgenza dell'ospedale e con le altre risposte che il territorio fornisce. Il servizio del 118, anche alla luce della recente istituzione della scuola di specializzazione, per una migliore qualità del servizio, dovrà però vedere in tutte le Regioni il passaggio alla dipendenza dei medici che ancora vi lavorano con un rapporto di convenzione.

UNA RISPOSTA ALLA BUROCRATIZZAZIONE

Anche lo sgravio dalle attività burocratiche potrebbe trovare una risposta nella Casa della salute. Le attività di segreteria, la gestione dell'accesso, dei percorsi diagnostici e terapeutici, i trattamenti infermieristici, riabilitativi, nonché le prestazioni in assistenza domiciliare integrata, day hospital, e nelle residenze sanitarie assistite, e le prestazioni sociali e socio-assistenziali avverrebbero così un supporto amministrativo autonomo, che libererebbe il medico dalle incombenze burocratiche e, contemporaneamente, produrrebbe l'uso ottimale delle risorse mediche e specialistiche, nonché delle risorse infermieristiche e amministrative. Ecco la reale "presa in carico" dell'assistito: c'è un sistema che gestisce i bisogni assistenziali e sociali sulla base delle indicazioni medico-sanitarie.

Per questo la rete territoriale integrata, a partire dalle strutture della Casa della salute, deve essere anche la casa dei medici di famiglia e degli altri medici convenzionati. Certamente bisognerà mantenere una parte importante dell'attuale patrimonio costituito dagli studi dei medici di famiglia distribuiti in modo diffuso in tutto il territorio nazionale, ma altrettanto chiaro deve risultare che nelle strutture territoriali del Distretto, a partire dalla Casa della salute, dovrà essere svolta una parte della attività ambulatoriale del medico di famiglia e del pediatra. La contiguità fisica con tutte le professionalità del territorio, laddove possibile, potrà consentire la strutturazione del polo assistenziale territoriale e garantire la multidisciplinarietà dell'intervento.

LA SCOMMESSA DELLA INFORMATIZZAZIONE

Il resto lo potrà fare l'informatizzazione ed il collegamento in rete del sistema. Così potranno dialogare le varie parti e condividere le informazioni, e soprattutto si potrà portare l'assistenza a casa del cittadino e rendere ogni intervento adeguato (si pensi ad esempio alla cartella clinica elettronica), in un territorio per sua natura disperso.

RIDEFINIZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI DEL MEDICO

Ma c'è un altro intervento necessario per rendere aderente il medico al suo territorio. Si deve procedere alla ridefinizione degli ambiti territoriali.

Bisogna far coincidere l'ambito di scelta del cittadino con l'ambito territoriale della organizzazione sanitaria aziendale. Oggi gli ambiti territoriali anche nelle città piccole sono troppo ampi. In sostanza si intrecciano due sistemi che non si sovrappongono: la competenza dei distretti e delle strutture socio-sanitarie, rigidamente territoriali, mentre gli assistiti dei medici di famiglia possono ricadere su più territori. Rendere ogni operatore professionista di quel definito territorio, significa dare una dimensione fisica, su cui costruire un sistema in grado di conoscere e seguire il singolo cittadino nei suoi percorsi diagnostico-terapeutici, di prevenzione e di

riabilitazione, comprese le urgenze e le emergenze gestibili senza ricorso all'ospedale, nell'ambito delle stesse prestazioni ospedaliere. All'interno del Distretto bisogna pertanto dare la stessa definizione territoriale agli assistiti ed ai medici di medicina generale ed ai pediatri.

IL DISTRETTO

Il Distretto diventa il centro di coordinamento e di gestione di tutta l'assistenza territoriale, all'interno del quale insistono le diverse strutture sanitarie, a partire dalla casa della salute, che diventano i punti di riferimento di singole zone territoriali, e all'interno delle quali si articolano in modo funzionale i dipartimenti. All'interno della nuova organizzazione delle cure primarie, dovranno trovare la giusta integrazione e valorizzazione non solo i medici di medicina generale, ma anche gli specialisti ambulatoriali, i pediatri e gli stessi dirigenti medici territoriali.

Questo produce integrazione, senso di appartenenza al territorio ed alle sue problematiche, responsabilità su tutte le fasi assistenziali, e può consentire una complessiva partecipazione al governo clinico. In caso contrario sarebbe un apparato burocratico che distoglie dalla attività professionale, dà qualche medaglia ma non migliora l'assistenza ai cittadini. I ruoli di responsabilità e di coordinamento generale delle cure primarie devono essere possibili e consentiti a tutte le figure professionali.

SUPERARE L'ATTUALE MECCANISMO DI SCELTA E REVOCAMa il nuovo ruolo della medicina generale, integrata e valorizzata nel distretto, passa anche attraverso il superamento dell'attuale meccanismo di scelta – revoca degli assistiti, che troppo spesso condiziona negativamente la professionalità del medico. Se il medico continua ad essere retribuito solo in base al numero degli assistiti, continuerà ad essere fortemente condizionato nella sua attività e, paradossalmente, porta un maggiore guadagno per il medico che investe minori risorse per il suo lavoro. E' questo un altro laccio che, a nostro avviso, trattiene nel passato il medico di assistenza primaria e risulta inadeguato: compromette la funzione di gatekeeper, costringe il medico in una funzione a volte di ordinatore di una spesa che non controlla, induce una perturbazione nei rapporti con i colleghi-concorrenti. Influisce negativamente sulla appropriatezza delle cure e delle stesse liste d'attesa. La diversa organizzazione del lavoro e delle funzioni, compresi i ruoli di governo da parte del medico di famiglia, non potranno essere affrontate compiutamente se non si scioglie questo nodo. Mentre è tecnicamente semplice far assumere questi ruoli a professionisti con rapporto orario, riducendo la specifica attività professionale; per i medici di famiglia (e pediatri) è necessario ridurre questa forma di attività ad una parte della propria attività professionale (ad esempio 2/3). La restante parte in tal modo consentirebbe di dedicarsi effettivamente a diverse attività distrettuali, ivi compresa la formazione, la ricerca, l'audit ed il coordinamento. In tal modo, inoltre, i compensi si legano alla attività realmente svolta, si porta la competizione fra i medici sulla qualità e sulle prestazioni, e non sulla conquista dell'assistito dalla cui scelta oggi discende il reddito.

LA CONVENZIONE PER IL NUOVO MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Quindi, ricapitolando. Redistribuzione delle attività, e valorizzazione dei medici oggi impegnati nel servizio di guardia medica, come medici di medicina generale a tutti gli effetti. Sgravio delle attività burocratiche. Multiprofessionalità in un sistema organizzativo paritario e soprattutto pubblico, continuità dell'assistenza e presa in carico, ridefinizione degli ambiti territoriali, superamento o attenuazione del meccanismo scelta/revoca. C'è pertanto bisogno di reti e strutture, quali la casa della salute, multiprofessionali, e non di soluzioni ed invenzioni che non aggregano nulla, che non adeguano i ruoli e le funzioni, e sono comunque distinte dagli altri servizi territoriali. Sulla base di quanto detto si dovrebbero superare le attuali figure del medico di assistenza primaria e di guardia medica, arrivando ad una convenzione di medicina generale che riguarda una unica figura professionale, il nuovo medico di medicina generale, con un percorso definito nei possibili sviluppi professionali, ed a tempo pieno senza precariato.

PRECARIATO L'ammodernamento del sistema territoriale non può prescindere dal superamento del precariato, sia nella dipendenza che nell'ambito delle convenzioni. In particolare abbiamo già chiesto al Ministro della Salute e agli Assessori Regionali della Sanità, ed oggi lo ribadiamo con forza, di porre immediatamente fine ad una drammatica situazione di precariato nell'ambito della medicina convenzionata, che vede la perdita progressiva del lavoro di medici sostituti, con oltre 40 anni. Si tratta dei medici iscritti all'università prima del '91 e laureati dopo il '94, che da anni ricoprono temporaneamente incarichi nell'ambito della medicina generale, della continuità assistenziale e del pronto soccorso, ed essendo privi, per ragioni temporali indipendenti da loro, del possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, saranno sempre precari fino alla perdita di ogni possibilità di lavoro, se non gli sarà consentito l'accesso alle graduatorie regionali.

E' poi necessario essere vigili affinché nessun provvedimento restringa i livelli occupazionali in modo svincolato dalle reali esigenze assistenziali. Siamo insomma assolutamente contrari ad un chiusura corporativa delle categorie, ed a qualunque iniziativa delle Regioni che penalizza l'occupazione dei medici che lavorano da anni come sostituti. Su questo fronte il sindacato confederale ha aperto una grande vertenza per tutto il precariato, che ha visto i primi risultati nella finanziaria e nel memorandum sul pubblico impiego. Ed in particolare la FPCGIL Medici e la FPCGIL si sono battuti e si batteranno in tutte le Regioni per il diritto al lavoro dei medici sostituti.

L'INGANNO DEL NUMERO OTTIMALE REGIONALE Emblematica è la vicenda dell'innalzamento del numero ottimale della assistenza primaria che la FPCGIL Medici sta contrastando in tutte le Regioni e con tutti i mezzi sindacali e legali a disposizione. Siamo contrari ad ogni modifica del numero ottimale per molti motivi: si chiude l'accesso a chi ha maturato un diritto, si riducono i medici di famiglia; si riduce la qualità, si riduce il tempo a disposizione del medico, si aumenta il carico di lavoro, si spende di più, ecc.. E' cioè l'antitesi di quanto da noi sostenuto. Quella che era nell'accordo nazionale, un'eccezione eventuale, è stata generalizzata in altre Regioni che hanno voluto seguire il cattivo esempio della Toscana. Ma come si fa a portare l'ottimale da 1/1000 ad 1/1300, determinando il giorno dopo l'esubero del 30% dei medici di assistenza primaria in servizio? Il tempo per riassorbire questo esubero è lunghissimo e poi, chi ha deciso e su quale base che il numero dei medici di famiglia in Italia deve essere ridotto, ed in misura così drastica? Dove è scritto che con il 30% di medici in meno si offre un servizio migliore ai cittadini? Con questa scelta si chiude in sostanza l'accesso all'assistenza primaria per circa dieci anni, a medici che hanno già oggi superato i 45 anni e che, arrivati in prossimità del traguardo, si vedono cambiate le regole e negati i diritti. Dopo 15 -20 anni che stanno in fila nella graduatoria gli si dice: "tu non farai mai il medico di famiglia!" E non è vero che si vogliono aumentare gli assistiti a chi ne ha pochi. Se avessero voluto fare questo bastava ridurre il massimale. Questo sì, avrebbe ridistribuito il lavoro rendendo immediatamente fruibili le scelte. Tuttavia nonostante le nostre sicurezze in merito all'argomento, ci siamo chiesti se forse non eravamo noi obnubilati da un integralismo ideologico, ed abbiamo pensato di chiedere a qualcuno che non fosse parte in causa. Ci siamo quindi rivolti alla massima Autorità in fatto di concorrenza: l'Antitrust. La risposta è stata limpida, e ha accolto in pieno le nostre tesi, ed è stata ribadita a più riprese dall'Autorità. Avevamo pensato che questo bastasse a ripristinare il diritto: non è stato così, alcune Regioni non hanno preso in considerazione le segnalazioni dell'Antitrust ed hanno continuato per la loro strada. Abbiamo quindi promosso ricorsi al TAR ed abbiamo già avuto la sentenza del FVG. Anche in questo caso sono state accolte in pieno le nostre tesi, ed il TAR del FVG, non la CGIL, ha stabilito che gli accordi regionali non hanno titolo per modificare il numero ottimale.

CONCLUSIONI

Ci rendiamo conto come non sia facile vincere resistenze e superare contraddizioni. Ma riteniamo sia obbligatorio tentare, anche con soluzioni parziali, ma nella direzione segnata. Dobbiamo quindi fissare un metodo di lavoro su principi chiari. Definiamo una direzione condivisa per la ristrutturazione del territorio, introducendo anche le necessarie modifiche legislative. Recuperiamo appieno il senso del sistema sanitario nazionale, con la ridefinizione del ruolo delle cure primarie da parte del Ministero della Salute e della Conferenza Stato- Regioni, in accordo con il sindacato. In particolare condividiamo la scelta della Turco di dotare il suo Ministero di una forte struttura dipartimentale dedicata proprio alle cure primarie ed alla integrazione socio-sanitaria. Si definisca quindi un atto di indirizzo per il rinnovo delle convenzioni, coerente con l'assetto organizzativo che si vuole dare. Dobbiamo però pattuire vincoli di coerenza da parte delle Regioni nell'applicare l'Accordo Collettivo Nazionale: non si può trattare con la SISAC, organismo regionale, un Accordo Nazionale che poi le Regioni stesse applicano, o non applicano affatto, o comunque reinterpretano in base a scelte autonome, spesso autoreferenziali, nascoste dietro il velo della autonomia organizzativa. Inoltre, a 22 mesi dall'entrata in vigore dello scorso Accordo Collettivo Nazionale, dobbiamo denunciare che solo 11 Regioni hanno siglato gli Accordi locali. Concludendo, i problemi esposti sono di rilievo e le soluzioni non sono semplici. Per la categoria si tratta di modificare l'immagine dell' "io professionale" dei medici convenzionati ed arrivare al nuovo ed unico medico di medicina generale, integrato e valorizzato nella rete territoriale, con la possibilità di poter migliorare la qualità del lavoro. I cittadini avranno la possibilità di usufruire di una rete di servizi, con strutture riconosciute dove recarsi per i suoi bisogni di salute, anche nelle 24 per un primo soccorso, e dove potranno anche richiedere i necessari interventi domiciliari, trovando medici comunque in grado di conoscere le loro storie cliniche, migliorando l'accessibilità e la qualità dell'assistenza. E' allora necessario fare una battaglia culturale e promuovere una serie di iniziative volte a far crescere la coscienza dell'importanza della sfida del territorio nelle istituzioni, nella politica, nelle categorie e nella società. E con il coinvolgimento del Ministero della salute e di tutte le Regioni, del Nord, del Centro, del Sud e delle Isole. Dobbiamo riuscire a coniugare i diritti e le legittime aspirazioni dei medici con una moderna ed adeguata assistenza ai cittadini, che veda il territorio quale luogo riconosciuto di risposta ai bisogni di salute e di valorizzazione degli operatori. La FPCGIL Medici e la FPCGIL mettono a disposizione le proprie idee e le proprie proposte per poter individuare insieme le soluzioni migliori.