



#GiovaniMediciPerlaSanità

Il Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.), dai più conosciuto come Associazione Italiana Giovani Medici, è un'associazione no profit diventata ormai da tempo il principale riferimento nel panorama nazionale per i medici under 40. Il S.I.G.M. nasce nel 2008 dalle robuste radici del Segretariato Italiana Medici Specializzandi (S.I.M.S.) per fornire un contributo qualificante alla formazione dei giovani medici, ai profili etici e sociali della professione medica, alla crescita intellettuale, professionale, deontologica delle nuove classi mediche; il tutto promuovendo virtuose e operose relazioni fra le professionalità mediche Italiane e di ogni nazionalità, fra i medici e la società civile; il S.I.G.M. svolge, inoltre, attività nei settori dell'educazione medica generale e specifica, della formazione medica e della ricerca scientifica, della salute globale e cooperazione sanitaria.

L'Associazione Italiana Giovani Medici(SIGM), con il lancio di campagne nazionali quali #WeLoveSSN, #SvoltiAMOlASANITÀ e gli appuntamenti annali del #GiovaniMediciDay, ha più volte posto sotto i riflettori della politica la preoccupante situazione della Sanità italiana che, soprattutto a causa dei propri storici e immutati assetti, penalizza i giovani professionisti della salute e, in tal modo, reca danno al futuro della tutela della salute dei cittadini.

Con il presente documento intendiamo fornire un contributo alla realizzazione del programma politico attraverso topic ritenuti prioritari dalla nostra comunità di giovani medici per la sostenibilità e rilancio del nostro SSN.

Associazione Italiana Giovani Medici (S.I.G.M.)

www.giovanemedico.it

E-mail presidente@giovanemedico.it

Mob. 347-4930649

Introduzione: la sanità vista dagli occhi dei

#GiovaniMedici

Il quadro generale per le giovani generazioni di operatori sanitari, medici e non medici, è altamente sconcertante e non offre né prospettive di crescita professionale né di inserimento nel Servizio Sanitario Nazionale. Il disagio che ne consegue è alla base del continuo incremento di giovani professionisti, formati a spese dello Stato e della comunità italiana, che scelgono la via dell'emigrazione presso altre realtà che offrono maggiori gratificazioni professionali ed esistenziali. Ciò sta ingenerando un grave impoverimento di un settore strategico per il Sistema Paese quale quello della Salute che, in una prospettiva di crescente competitività tra i sistemi assistenziali dei vari Paesi dell'Unione Europea (instaurata dalle Direttive Comunitarie su assistenza transfrontaliera e su mobilità e qualificazione professionale), richiede interventi strutturali e modificazioni profonde di carattere organizzativo e culturale a tutti i livelli. Eppure i margini per il rilancio del sistema salute sono ampi, ma occorrono scelte coraggiose per superare gli schemi attuali. Basti pensare come in altri contesti l'investimento nella valorizzazione delle risorse umane, nonché in formazione, innovazione e ricerca sanitaria abbia fatto del sistema salute un volano di ricchezza e di occupazione, mentre in Italia la Salute continua ad essere considerata come una voce di costo che intacca progressivamente ed inesorabilmente il Prodotto Interno Lordo (PIL).

1978 - 2018: Siamo pronti a festeggiare i 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale, parte di un completo sistema di welfare che, alla fine degli anni '70, ha contribuito in modo determinante a far entrare l'Italia nel 21° secolo come un Paese ai primi posti per sopravvivenza, nutrizione e protezione per il rischio della salute, e in posizione intermedia per sviluppo economico e capitale umano; un po' peggio per il livello di disuguaglianze. Questi decenni hanno visto problematiche e sfide affrontate e vinte che portano oggi il nostro Servizio Sanitario Nazionale, nonostante tutto, a essere ancora uno dei sistemi sanitari

con i migliori risultati nel contesto europeo e internazionale. Secondo una recente classifica di Bloomberg, stilata su dati forniti da Banca Mondiale, Fmi e Oms, il sistema sanitario italiano è il terzo al mondo in termini di efficienza, alle spalle di Singapore e Hong Kong e davanti a Giappone, Corea del Sud e Australia.

Figura 1 – I migliori sistemi sanitari nazionali per efficienza e aspettativa di vita. Anno 2014

Rank 2014	Rank 2013	Country	Efficiency score	Life expectancy	Health-care cost as percentage of GDP	Health-care cost per capita (US\$)
1	2	Singapore	78.6	82.1	4.5	2,426
2	1	Hong Kong SAR	77.5	83.5	5.3	1,944
3	6	Italy	76.3	82.9	9.0	3,032
4	3	Japan	68.1	83.1	10.2	4,752
5	8	South Korea	67.4	81.4	7.0	1,703
6	7	Australia	65.9	82.1	9.1	6,140
7	4	Israel	65.4	81.7	7.0	2,289
8	19	France	64.6	82.6	11.8	4,690
9	12	United Arab Emirates	64.1	77.0	3.2	1,343
10	14	United Kingdom	63.1	81.5	9.4	3,647
11	-	Norway	63.0	81.5	9.1	9,055
12	15	Mexico	59.1	77.1	6.3	618
13	20	Ecuador	58.4	76.2	6.7	361
14	5	Spain	58.1	82.4	9.9	2,808
15	9	Switzerland	57.9	82.7	11.4	8,980

Fonte: Bloomberg, disponibile su: <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-2014-countries>

La speranza di vita alla nascita è, probabilmente, l'indicatore che più di tutti si è avvicinato al risultato massimo potenzialmente raggiungibile in questo periodo storico, ma anche al maggior livello d'integrazione e uguaglianza nel Paese, in una misura più intensa di quanto non sia accaduto al miglioramento delle condizioni economiche e sociali di vita. Tuttavia, il taglio brutale dei finanziamenti degli ultimi anni in materia di pubblica amministrazione ha comportato misure di razionamento anche in sanità, dal taglio dei servizi e il blocco del turn-over, all'aumento esponenziale della partecipazione del cittadino

alla spesa (portando gli importi dei ticket a un livello superiore al prezzo praticato dal privato per le stesse prestazioni). Sebbene lo stato di salute degli italiani sia complessivamente ancora buono¹, ciò sta portando all'evidenziazione di variazioni ingiustificate nei risultati di salute sempre maggiori tra macro aree geografiche, tra singole regioni. In alcune regioni, infatti, la mancanza di razionali scelte programmatiche, organizzative e gestionali ha, nel corso degli anni, determinato scenari finanziari problematici e di difficile ricomposizione con conseguenze nell'offerta, nell'accesso e nella qualità dei servizi erogati. La Sanità del futuro è compatibile con l'universalità delle cure solo a patto di un radicale recupero di efficienza, in un contesto di immutata efficacia e maggiore senso di responsabilità da parte di professionisti, politica e cittadini. In questo, il modello di regionalizzazione spinta e mal calibrata che abbiamo subito negli ultimi anni in sanità e, allo stesso modo, una rappresentazione professionale della medicina inadeguata che ha schiacciato al ribasso la competizione con le altre professioni sanitarie sicuramente non ha aiutato.

Per garantire un SSN sostenibile, in grado di prendersi cura anche della salute delle prossime generazioni è necessario ispirarsi a principi di appropriatezza delle cure, costo/efficacia, riduzione al massimo degli sprechi, gestione manageriale basata su una valutazione trasparente dei risultati, finora troppo spesso trascurati da una politica politicante che ha preferito scelte condizionate dagli interessi di parte ad azioni coraggiose e trasparenti (accountability), supportate dall'evidenza scientifica, da valori etici condivisi e da una forte cultura dell'appropriatezza organizzativa e della value based healthcare² (es. chiusura dei punti nascita sotto i 500 parti/anno, implementazione dei percorsi integrati di cura, razionalizzazione dei centri di emodinamica, etc.).

¹ Rapporto Osservasalute: www.osservatoriosullasalute.it

² Gray, J. A. (2013). The shift to personalised and population medicine. *The Lancet*, 382(9888), 200-201.

Solo avendo riguardo per la sostenibilità del SSN, attraverso la rimozione di sprechi, inappropriatezza (tecnico-professionale e organizzativa), inefficienza, clientele e malaffare, nonché aumentando al contempo la “produttività” interna del sistema salute, sarà possibile creare la necessaria ricchezza (non solo materiale ma anche ideale) per garantire spazio all’innovazione per tutti (si pensi alla velocità di immissione nel mercato di nuove tecnologie sanitarie, farmaci o *device*, e ai costi connessi) nonché un futuro alle giovani professionalità all’interno di un SSN pubblico, equo, universale e solidale.

1) FABBISOGNO&PROGRAMMAZIONE

L'attuale fase di stallo e di esubero numerico in termini di professionisti della salute è figlia di una cattiva gestione e programmazione degli accessi al corso di laurea in medicina e chirurgia. È noto, infatti, come la mancata applicazione di politiche di programmazione sanitaria abbia divaricato negli ultimi anni la forbice tra numero di neolaureati e posti di formazione e inserimento post-lauream, con un intricato nodo da sciogliere per il Ministero della Salute, quale il reperimento di nuove risorse per risanare il capitolo di spesa destinato alla formazione medica post laurea (scuole di specializzazione e corsi di formazione specifica in medicina generale).

Proposta: *Programmazione quali-quantitativa di medici secondo il dato epidemiologico e demografico e nel rispetto dei nuovi modelli organizzativi.*

La proposta è fornire una stima "integrata" dei fabbisogni regionali e nazionali, anche attraverso le segnalazioni espresse dalle Associazioni di categoria, che tramite un approccio bottom- up e una verifica top-down a partire dal Ministero della Salute con coinvolgimento attivo di Regioni, predisponga una adeguata documentazione che attraverso proiezioni a 10 - 15 - 20 anni tenga conto dello scenario epidemiologico, degli assetti organizzativo-manageriali dei vari SSR nonché dei mutamenti occupazionali in seno alla Professione in un'ottica di integrazione funzionale con le altre professioni sanitarie.

Il superamento della programmazione sul dato storico passa attraverso modifiche che permettano alle Regioni di dotarsi di un sistema standardizzato per la definizione del fabbisogno di professionalità mediche espresso dal SSR. Occorre, difatti, rivedere in basso l'attuale contingente annuo di accessi alle Scuole di Medicina, per compensare le iscrizioni in sovrannumero conseguenti ai ricorsi e gli errori di programmazione commessi in passato, riassorbendo l'attuale gap tra numero di laureati e possibilità di accesso alla formazione *post lauream* (scuole di specializzazione e corsi regionali di formazione specifica di medicina generale).

Inoltre, è necessario rimodulare la distribuzione delle risorse in risposta agli attuali e ai futuri scenari di salute ed è indispensabile dotare il sistema salute di un maggiore contingente di medici generalisti, ma anche di specialisti orientati al trattamento delle cronicità ed alla riabilitazione. In tale prospettiva, appare di

strategica importanza integrare la formazione specialistica con la formazione specifica di medicina generale, destinando parte delle risorse sulla formazione degli specialisti delle cure primarie, creando un'osmosi culturale e professionale che è presupposto imprescindibile per l'implementazione di un qualsiasi sistema integrato delle cure.

2) FORMAZIONE MEDICA DI BASE E SPECIALISTICA

Per difendere il concetto di sanità intesa come bene universale in un Paese come l'Italia che, strutturalmente, non dispone di ulteriori risorse da investire, né finanziarie né tecnologiche ma che, invece, dispone di un preziosissimo capitale umano, è necessario che la formazione e l'accesso al lavoro dei giovani medici siano concetti di manifesto e condiviso valore intrinseco. La sfida da vincere nel campo della formazione medica, a nostro avviso, non lascia più spazio al perenne confronto tra Università versus SSN, bensì riguarda la necessità di riuscire a mettere a sistema il meglio che possano esprimere i due ambiti, al pari di quanto avviene nella maggior parte dei modelli formativi in adozione in Europa.

***Proposta:** Occorre potenziare le reti formative integrate, che vanno aperte anche al territorio, oltre che agli ospedali nonché adottare indicatori per valutarne le reali capacità formative ad opera di uno o più soggetti indipendenti (l'Osservatorio Nazionale della Formazione Medica Specialistica per la parte degli standard formativi, attraverso l'azione puntuale e strutturata degli osservatori regionali, e l'Age.Na.s, per il monitoraggio degli indicatori di performance delle strutture aderenti), rendendo pubbliche le performance formative e chiudendo quelle scuole di specializzazione che non documentino standard adeguati.*

3) FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE

La necessità di una valorizzazione della formazione specifica in medicina generale italiana (FSMG), affidata attualmente a corsi gestiti dalle singole Regioni e Province Autonome, è ormai stata da più parti riconosciuta. Emblematico come, dopo oltre 30 anni dall'avvio dei primi corsi di FSMG, non si sia ancora giunti ad una definizione di un core curriculum del corso a livello nazionale. In gran parte dei Paesi sviluppati, la formazione dei medici di medicina generale è

una specializzazione universitaria, alla pari delle altre branche della formazione medica post-laurea. La mancanza nella medicina generale italiana, e di riflesso nell'ambito delle cure primarie, delle risorse e delle strutture finalizzate alla ricerca proprie dell'Università, fa sì che la cultura trasmessa dai corsi di FSMG sia di fatto cristallizzata su modelli di cure primarie non più attuali, rispondendo così solo in parte alle nuove istanze poste ai Sistemi Sanitari dai mutati scenari demografici, epidemiologici e sociali. La distanza della formazione dei medici di medicina generale dal mondo universitario si riflette inoltre nella quasi completa assenza di insegnamenti di medicina del territorio dai programmi della formazione di base delle Scuole di Medicina e Chirurgia, cosicché, a fronte di una crescente importanza che va acquisendo l'assistenza territoriale nei nuovi assetti della moderna assistenza, i giovani medici italiani mancano di un'adeguata formazione nell'ambito delle Cure Primarie. Tutto ciò si traduce in una difficoltà ad abbondare gli attuali modelli prevalenti di assistenza, basati su una medicina ospedale-centrica, centrata sulla malattie e le acuzie, per sviluppare nuovi paradigmi, basati sul lavoro in team multi-professionali e multidisciplinari, frutto di politiche intersettoriali tra i diversi servizi, basati sull'analisi del contesto e orientati alla gestione long-term del paziente, della sua famiglia e della sua comunità, centrati non solo sulla diagnosi e cure delle malattie, ma declinati anche sulle dimensione di promozione della Salute, prevenzione, riabilitazione e palliazione.

Proposta: La proposta del S.I.G.M. è di evolvere la formazione specifica in medicina generale dagli attuali corsi di formazione regionali a Scuole di Specializzazione Universitarie in Medicina Generale e Cure Primarie.

L'istituzione di tale scuola dovrebbe realizzarsi attraverso un'integrazione Università-rete formativa territoriale, che produca l'incontro tra due mondi finora non dialoganti, mediante la diffusione e l'integrazione del meglio delle esperienze già prodotte nel campo della formazione in cure primarie, tanto in campo universitario che dei corsi regionali.

Questo può essere raggiunto attraverso la diffusione dell'esperienza già maturata in ambito universitario dalla Scuola di Medicina di Comunità e Cure Primarie e la sua integrazione con le reti formative già utilizzate dagli attuali corsi regionali di FSMG, creando così un sinergismo virtuoso capace di produrre effetti positivi per

quanto concerne la cultura delle Cure Primarie, tanto nel mondo universitario, con particolare riferimento alle ricadute sulla formazione medica di base dei medici e dei professionisti sanitari, tanto sulla formazione post-laurea dei futuri medici di medicina generale.

4) SFRUTTAMENTO&PRECARIATO

4.1) Alcune criticità: prestazioni mediche di neoabilitati all'esercizio della professione, giovani specialisti e di medicina generale talvolta gratuite o con tariffari lesivi la dignità professionale da parte di guardie turistiche, punti di soccorso privati e per manifestazioni pubbliche; ma anche prestazioni professionali occasionali eseguite in condizioni non a norma con strumenti non adeguati alle prevedibili condizioni di emergenza. Ed infine il meccanismo evidentemente mirato ad eludere le assunzioni, con un sempre più facile ricorso all'utilizzo, talune volte obbligato, dei medici con partita IVA.

Da anni il S.I.G.M. effettua un lavoro di profondo monitoraggio di queste forzature contrattuali mediante la raccolta e la trasmissione agli organi competenti delle rilevate forme contrattuali anomale. Anche il pieno appoggio alla recente campagna anti-sfruttamento nata dal web e la forte richiesta di far entrare la categoria dei camici bianchi nel cosiddetto "equo compenso" rappresentano una tangibile testimonianza di un impegno che dovrebbe essere sostenuto dall'intera classe medica, soprattutto a livello ordinistico, con la componente sindacale a volte impegnata più a tutelare i colleghi ormai professionalmente affermati o in procinto di pensione (vedasi età media delle rappresentanze sindacali e dei consigli degli Ordini dei medici) che a ragionare in maniera prospettica per chi rappresenta il futuro ed il presente della nostra categoria professionale.

Proposta: equo compenso per i giovani medici con ripresa di un tariffario etico. In relazione a quanto sopra esposto e viste le mancate tutele per i giovani camici bianchi da parte dei colleghi seduti sugli scranni rappresentativi, facendo seguito alla protesta anti-sfruttamento, il S.I.G.M. è impegnato nel cercare di far rientrare la categoria medica tra quelle interessate dall'equo compenso. Inoltre, al fine di limitare le speculazioni da parte di privati e privati convenzionati, è già a lavoro

per la stesura di un tariffario etico che verrà trasmesso agli Ordini locali, nella speranza di una urgente legittimazione, per fornire un reale strumento di difesa della dignità professionale per tutti i Giovani Medici che, in un regime di ricatto salariale, sono costretti ad accettare incarichi professionali indignitosi per qualsivoglia professionista e lesivi dell'immagine di tutti i Medici. Tale strumento verrà affiancato da un sistema di segnalazione on-line con funzione di raccogliere eventuali richieste lavorative anomale e trasmetterle agli Organi competenti, al fine di bloccare lo sfruttamento e l'abuso delle volgari forme contrattuali a cui si fa sempre più frequente ricorso.

4.2) Mancata adozione di adeguati provvedimenti legislativi per far fronte all'emergenza del precariato nel Servizio Sanitario Nazionale, non assicurando e salvaguardando i diritti fondamentali del lavoratore, né dando ai medici stabilità e certezze.

Proposta: sblocco del turn-over e ridurre il precariato 2.0 riducendo l'uso e l'abuso di contratti libero professionali all'interno delle aziende del S.S.N.

5) PERFORMANCE&MERITOCRAZIA

5.1) Il sistema di progressione di carriera che si fonda prevalentemente, se non esclusivamente, sul criterio dell'anzianità di servizio e non del merito o delle capacità professionali, con possibilità di accedere ai ruoli di responsabilità in maniera sempre più difficoltosa e differita in avanti nel tempo. Senza indicatori di performance concordati, chiari e trasparenti, si continuerà a lasciare il dirigente medico in posizioni particolarmente vulnerabili nell'esercizio della propria funzione o peggio, a prescindere dagli esiti raggiunti, vittima di eventuali ripercussioni sul suo incarico. Troppo spesso accade oggi che a valutazioni positive dei Dirigenti Medici non consegua alcuna progressione di carriera o che, al raggiungimento degli obiettivi di budget, vengano premiati allo stesso modo colleghi che hanno ottenuto valutazioni differenti. La scarsa trasparenza ed accountability vanno a discapito della meritocrazia e della valorizzazione delle giovani generazioni di professionisti.

Proposta: *Le Aziende devono poter investire su quei Dirigenti Medici realmente meritevoli e produttivi e non definiti tali per autoreferenzialità. Dirigenti Medici valutati, quindi, in base alle loro performance e a prescindere dalla sola discriminante dall'anzianità di servizio. Per fare ciò vanno definiti indicatori di performance e va quindi ampliato ed aggiornato quanto già previsto e di fatto in essere dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro 8/6/2000 garantendo altresì l'analisi comparata delle competenze. Fondamentale poi il monitoraggio continuo di queste ultime e della performance per una progressione di carriera meritocratica e trasparente nel SSN. Infine l'accesso alla dirigenza medica dovrebbe avvenire attraverso concorsi regionali a graduatoria unica e suddivisi per singola specialità, tramite i quali i medici specialisti scelgono la sede carente in ordine di graduatoria.*

5.2) Nonostante la normativa vigente sia chiara, medici pensionati (ex ospedalieri o convenzionati) si contendono troppo spesso con giovani medici spazi occupazionali in seno al regime di convenzionamento: emblematico il caso della specialistica ambulatoriale, caratterizzata da meccanismi di valorizzazione dei medici pensionati a discapito dei giovani.

Proposta: *Necessario definire nuove modalità di assegnazione degli incarichi nella specialistica ambulatoriale convenzionata, rivedendo gli articoli 22 e 23 dell'ACN ed eliminando buona parte delle priorità ivi elencate. Proponiamo inoltre di valutare l'opportunità che anche questi incarichi vengano assegnati tramite concorso. Si chiede infine che al tavolo di rinnovo dell'ACN venga prevista una rappresentanza dei giovani medici.*

6) CURE PRIMARIE

I cambiamenti demografici e sociali che investono le società occidentali impongono una riforma radicale dell'assistenza sanitaria territoriale mediante lo sviluppo di Cure Primarie basate sulla capacità di produrre risposte integrate tra i diversi attori che agiscono sul territorio, al fine di far fronte alla crescente complessità nella presa in carico dei cittadini. Tale complessità rende sempre più

sfumato il confine che separa la dimensione sanitaria dei problemi che affliggono la popolazione, dalla dimensione sociale, culturale ed economica. Ciò fa sì che la risoluzione dei problemi sanitari non possa essere attribuita alla sola competenza dei servizi sanitari, peraltro spesso già frammentati al loro interno. Per fronteggiare il carico posto ai sistemi socio-sanitari è quindi necessaria un'integrazione dei servizi, capaci di erogare risposte multidisciplinari e interprofessionali, che prevedano inoltre il coinvolgimento attivo e la responsabilizzazione dei cittadini e delle comunità di riferimento. La sfida della sostenibilità dei sistemi sanitari passa certamente per una gestione sostenibile delle patologie croniche, in rapido aumento, ma anche per la realizzazione di un sistema di Cure Primarie capace di intervenire in modo efficace sui determinanti socio-economici di malattia, capace di agire per creare e promuovere politiche che producano salute all'interno della comunità e capace di contrastare le disuguaglianze in salute.

Tale sfida può essere assolta solo promuovendo la nascita di Cure Primarie in cui tutti gli attori coinvolti agiscano in modo coerente e coordinato, mediante una forte integrazione orizzontale.

Proposta: favorire lo sviluppo di Cure Primarie basate su dinamiche di lavoro intersettoriale, integrate e coordinate, al fine di risolvere la frammentazione orizzontale tra i servizi territoriali e verticale tra assistenza territoriale, intermedia o ospedaliera. Per far sì è necessario superare gli ostacoli che impediscono al SSN di produrre risposte coordinate, anche mediante una revisione del convenzionamento che ne regoli l'ambito di autonomia affinché, pur tutelandone gli aspetti realmente funzionali a fornire flessibilità al Sistema, impedisca che venga compromessa la necessità del Sistema Sanitario di far agire di concerto le sue parti al fine di fornire risposte coordinate e coerenti per produrre risultati ottimali nell'ambito delle Cure Primarie. Indispensabile valorizzare gli operatori che lavorano sul territorio anche mediante lo sviluppo di indicatori capaci di misurare non solo la capacità di gestione della malattia da parte del singolo operatore, ma anche di misurare la capacità di produrre salute all'interno della comunità da parte del lavoro in team degli operatori delle Cure Primarie. L'applicazione di indicatori prodotti da una cultura ospedaliera fatica infatti a

misurare in modo adeguato quanto prodotto dal lavoro svolto nel contesto delle Cure Primarie.

Scoraggiare iniziative che favoriscano la frammentazione dell'assistenza territoriale, a cominciare dai modelli di assistenza che prevedano la frammentazione dei percorsi assistenziali dei pazienti affetti da patologie croniche, mediante il loro affidamento a soggetti terzi, non facenti parte dei team operanti in modo integrato nell'ambito delle Cure Primarie. Se ciò infatti potrebbe apparentemente tradursi in un apparente iniziale miglioramento dell'assistenza al malato cronico, rispetto al modello frammentato di Cure Primarie attuale, di fatto comporterebbe un aumento della frammentazione dei processi di cura, che si tradurrebbe, nel medio e lungo termine, da una parte in una minore capacità di agire sui fattori di rischio distali di salute, dall'altra in un progressivo deterioramento delle competenze degli operatori dei team di cure primarie.