

- **Narrazione sintetica dei fatti di un anno difficile, ma importante**
- **Sostenibilità del sistema - Realizzazione della Assistenza Primaria - Ruolo della Medicina Generale**
- **La FIMMG e i Rapporti Istituzionali**
- **L'Accordo Collettivo Nazionale**
- **Guardare avanti...**
- **Informatizzazione**
- **Formazione**
- **Agenzia Italiana del Farmaco**
- **ENPAM**
- **Fisco**
- **Società di servizio**
- **Settori**
- **Conclusioni**

Signor Viceministro, On. Sottosegretario, Signori Assessori, Illustri Ospiti, Signor Presidente, Signori Congressisti, ringrazio per la Vostra presenza e per l'attenzione che state per riservare a questa relazione.

Narrazione sintetica dei fatti di un anno difficile, ma importante

Quello trascorso è stato un anno difficile, denso di avvenimenti che ci hanno portato al sofferto, anche troppo sofferto, traguardo della firma dell'Accordo Collettivo Nazionale, che è entrato in vigore il 29 luglio scorso con la sua approvazione da parte della Conferenza delle Regioni.

Nel Congresso 2008 a Villasimius la tensione era fortissima. Da oltre un anno e mezzo tutti i sindacati della Medicina Generale e della Pediatria, condividendo la volontà e la prospettiva del cambiamento da noi richiesto, chiedevano l'apertura delle trattative per il rinnovo rapido di una convenzione leggera, o ponte, che portasse alla categoria un minimo ristoro economico a convenzione scaduta da oltre 3 anni, in previsione di una successiva riapertura a breve termine delle trattative per costruire la convenzione definitiva del cambiamento. Tutto ciò per gettare le basi di quella Ri-fondazione che necessariamente comprende tra i suoi obiettivi identitari più specifici proprio la attenzione e sensibilità ad una sostenibilità di impianto del SSN e che prevede, tra gli strumenti per la realizzazione di tali obiettivi, per la vera Ri-fondazione, spunti di innovazione istituzionale, organizzativa, logistica, tecnologica e strumentale, come condizione inesorabile per lo svolgimento di una professione aderente ai nuovi bisogni della popolazione, permettendo così di realizzare obiettivi di Assistenza Primaria.

Il Governo aveva già provveduto a deliberare la copertura economica necessaria al rinnovo, ma, nonostante l'intervento del Ministro Sacconi per stimolare un inizio e una conclusione rapida delle trattative, dalle Regioni veniva proposto, proprio la sera precedente alla giornata politica del Congresso, un testo di integrazione all'atto di indirizzo considerato inaccettabile dalla FIMMG e da tutti gli altri sindacati presenti.

Ad un passo dalla dichiarazione unitaria dello stato di agitazione della categoria, nella sede stessa del Congresso, ancora una volta l'intervento diretto del Ministro Sacconi permise, nella notte e nelle prime ore della mattina successiva, di trovare con le Regioni una soluzione accettabile.

Il cerimoniale del Congresso fu sconvolto tanto che, in ordine allo stravolgimento generale degli avvenimenti, ho ritenuto fosse inopportuno dare lettura della relazione predisposta, densa di contenuti tecnici e politici

relativi alla Ri-fondazione, per affrontare, con un intervento estemporaneo orientato sulla drammatica contingenza che si imponeva, gli argomenti riguardanti le difficoltà e le conflittualità che durante i primi giorni del Congresso avevano reso critici i rapporti con la SISAC e con le Regioni.

Alla base di quelle difficoltà e di quei conflitti si evidenziava un atteggiamento di diffidenza delle Regioni nei confronti degli obiettivi di cambiamento da noi identificati quali prioritari.

Risultava ormai evidente alla componente più propositiva della categoria (nella quale includo FIMMG, FIMP e SUMAI) che, per poter procedere con efficacia verso un reale ed autentico cambiamento, si sarebbe reso necessario un accordo che, senza aggravare la condizione operativa dei medici, potesse fornire alle Regioni la prova concreta della nostra volontà di procedere in modo coerente alle proposte formulate.

Su tali premesse nasce il preaccordo del 22 dicembre 2008, attraverso un percorso impegnativo, non privo di momenti conflittuali, superati anche grazie all'armonia che in quel periodo caratterizzava i rapporti fra i sindacati della medicina convenzionata.

Con il preaccordo la categoria, a fronte di garanzie economiche, previdenziali e assicurative, si assumeva alcuni importanti obblighi, quali l'adesione alle forme organizzative, il flusso informativo e la ricetta *on line* che, seppur non immediatamente realizzabili, costituiscono indispensabili premesse al processo della Ri-fondazione e rappresentano garanzie di efficacia ed efficienza per investimenti strutturali che Governo e Regioni si propongono di realizzare.

Alla vigilia della firma, nonostante l'inasprirsi della conflittualità interna alla categoria, la FIMMG ha saputo essere coerente e confermare la propria credibilità firmando il preaccordo.

I successivi ritardi, dovuti sia alle difficoltà sollevate da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze relativamente all'aumento del contributo previdenziale sia alla complessità a trasferire il preaccordo nell'articolato definitivo, sono stati alla base dell'inasprirsi di polemiche e del diffondersi della sensazione, anche fra gli iscritti FIMMG, che la firma definitiva dell'accordo avrebbe potuto comportare danni alla categoria.

Si è creato un clima sempre più teso e difficile fino alla firma del nuovo ACN del maggio 2009, in cui le difficoltà sembravano soprattutto legate ai rapporti con la parte pubblica: incomprensioni, glossari tanto diversi da ostacolare in maniera significativa la condivisione, in sintesi un complessivo clima politico di reciproca diffidenza. Ciò ha sicuramente

contribuito a creare, anche all'interno della FIMMG, un'atmosfera non costruttiva.

Questo è stato un momento davvero difficile, anche drammatico, tanto da rendere necessario un chiarimento, una “resa dei conti”, rispetto alla quale ognuno ha dovuto affrontare e chiarire le proprie appartenenze, le proprie convinzioni, con senso di responsabilità e di lealtà nei confronti del Sindacato. Alla fine la FIMMG ne è uscita sicuramente coesa e rafforzata nei punti di incontro, ma non vi nego che si è trattato di un momento critico, di prova, reso particolarmente delicato dalla specificità della fase di passaggio verso un importante cambiamento, che prevedibilmente ha comportato paure, preoccupazioni, l'ansia che il nuovo potesse comportare perdite, difficoltà eccessive, compromissione del rapporto di fiducia con i pazienti, inadeguatezze professionali.

Il risultato finale è stato comunque positivo sia per la FIMMG che per la parte pubblica, infatti entrambe con l'accordo si sono impegnate al cambiamento, secondo un paradigma che si può sintetizzare in modo estremo nella frase “la Medicina Generale si impegna a cambiare, ma solo nel momento in cui sarà messa nelle condizioni di farlo”.

La categoria ha giustamente preteso a gran voce adeguate garanzie, in particolare che lo sviluppo organizzativo e il finanziamento della Medicina Generale non fossero compromessi o congelati in attesa di futuri investimenti, che la congiuntura economica non fa apparire raggiungibili a breve.

Questa è stata una importante lezione che ci ha confortato nella convinzione che i grandi cambiamenti si possono realizzare solo attraverso piccoli passi, concreti e determinati, orientati nella giusta direzione, e proprio perché non puntiamo a vincere le battaglie ma la guerra, tutte queste difficoltà hanno portato ad un rafforzamento e ad una visione positiva di quelle che sono le prospettive della categoria. E lo dico non per ottimismo al di là della realtà, ma perché sono ben consapevole del contesto generale difficile in cui ci troviamo, non solo come categoria.

Il percorso compiuto e quello che ci attende sono complicati dalla crisi economica che caratterizza il contesto mondiale in generale e la nostra economia in particolare. Crisi che da un lato limita le risorse da investire nel cambiamento, ma dall'altro sollecita il cambiamento stesso, proprio per garantire la sostenibilità di un sistema sanitario che deve affrontare le sfide importanti dell'aumento della speranza di vita della popolazione e dell'aumento dei malati cronici e non autosufficienti.

Alla crisi economica si aggiunge peraltro, forse comunque connessa alla crisi stessa, l'attuale acuta problematicità del confronto tra Governo e Regioni che sta attraversando uno dei momenti più delicati.

Sostenibilità del sistema – Realizzazione della Assistenza Primaria – Ruolo della Medicina Generale

La nostra categoria appartiene in termini di politica sanitaria al mondo dell'Assistenza Primaria che è stata inizialmente la cenerentola di tutti gli ambiti assistenziali. Poi si è diffusa la convinzione che per necessità di garantire appropriatezza e sostenibilità al sistema si dovesse spostare l'assistenza verso il territorio, che il medico di medicina generale fosse il fulcro, il gatekeeper, senza però che ci fosse una chiarezza definitiva di ruoli, compiti e funzioni.

Oggi si pone il problema in termini molto più cogenti: la mancata realizzazione dell'Assistenza Primaria diventa esiziale alla sostenibilità dell'intero sistema sanitario italiano, e comporterebbe il venir meno di una parte significativa di un Welfare Social System che si qualifica per l'ambito delle garanzie che vuole assicurare ai cittadini.

Pertanto è improcrastinabile avviare, con investimenti a breve e medio termine adeguati, un profondo cambiamento della Medicina Generale che, pur meritoria per il contributo fino ad ora fornito alla tutela della salute dei cittadini, deve trovare un nuovo assetto capace di garantire una efficace ed efficiente presa in carico dell'assistenza del cittadino in un atteggiamento di iniziativa.

Rinviare tale processo di rinnovamento significa continuare ad erogare in strutture di secondo livello prestazioni ad alto costo in modo inappropriato o, in alternativa, razionare progressivamente e drasticamente le prestazioni garantite dai livelli essenziali di assistenza, trasferendole sempre più a carico dei cittadini.

A tal proposito, da uno studio presentato nel 2008 condotto dal CERGAS Bocconi e dal Laboratorio di Ricerca della FIASO (Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere) dal titolo *“Un modello per il governo del territorio delle Aziende sanitarie”* che ha rilevato tra il 2003 e il 2006 oltre 300 indicatori di costi e di attività di 13 ASL italiane rappresentative di oltre 5 milioni di residenti, emerge l'attuale sbilanciamento dell'intero sistema assistenziale a favore del livello ospedaliero, come dimostrato dall'entità dei costi sostenuti per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera, di gran lunga superiori a quelli sostenuti per l'erogazione dei servizi di

Assistenza Primaria. Tale dato viene confermato anche dal dettaglio delle componenti di costo dell'assistenza specialistica, la cui erogazione dei servizi a livello ospedaliero è pari al 53% del totale dei costi. A fronte di tali cifre, colpisce l'esiguità cui corrispondono i costi pesati per residente relativi alla Medicina di famiglia (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) pari a 96 euro.

Tutto ciò è in linea con i dati riportati nel Rapporto CEIS Sanità 2008, Università di Roma Tor Vergata, "La Sanità delle Regioni. Bilancio e prospettive a sette anni dalla riforma del titolo V e alla vigilia del federalismo fiscale" di cui si riproducono alcuni stralci nel box sottostante.

BOX. "La Sanità delle Regioni. Bilancio e prospettive a sette anni dalla riforma del titolo V e alla vigilia del federalismo fiscale". Rapporto CEIS Sanità 2008.

La spesa sanitaria

Il progresso nelle cure e nello sviluppo di nuove medicine ha contribuito ad un continuo miglioramento nello stato di salute goduto dai Paesi OECD negli ultimi decenni. Allo stesso tempo, la spesa sanitaria non è mai stata così alta, continuando ad assorbire una percentuale del PIL crescente.

A fronte di un perdurante vincolo di bilancio pubblico, aggravato dalla scarsa crescita economica, la crescita della spesa sanitaria è oggetto di preoccupazione a causa della sua influenza determinante sui conti pubblici anche al fine di evitare la prospettiva, messa in luce dall'OECD, che prevede una spesa media in Italia nel 2050 del 9,7% del PIL.

Secondo l'OECD, a politiche invariate, la componente pubblica della spesa sanitaria, inclusa quella per gli anziani non autosufficienti, potrebbe raddoppiare nell'arco di pochi decenni, in Italia come in molti altri Paesi. La crescita osservata e prevista della spesa sanitaria, dunque, induce a forti preoccupazioni i *policy makers*, che si trovano a dover affrontare una siffatta situazione a fronte di budget pubblici sempre meno consistenti.

La porzione di PIL allocata nel 2006 alla spesa sanitaria (totale) varia considerevolmente tra i Paesi: dal 15,3% degli Stati Uniti a Paesi come l'Italia, che pur collocandosi nella media dell'OECD con una spesa al 9,0% del PIL (media OECD pari a 8,9% così come nell'anno precedente), resta al di sotto dei suoi principali partners dell'Unione Europea come Francia e Germania.

In particolare la spesa sanitaria pubblica Italiana è pari al 6,7% del PIL nel 2007 in leggera riduzione rispetto ai livelli 2006 (6,8%).

Nel periodo di tempo 1982-2007, la spesa sanitaria si è trovata costantemente al di sopra del livello di finanziamento del SSN, per cui si è assistito alla cronica formazione di risultati di esercizio negativi dalla nascita del SSN ad oggi.

Le spese per ricovero nei Paesi OECD

Elemento che accomuna i sistemi dei diversi Paesi è il rilevante assorbimento di risorse dell'assistenza ospedaliera.

La spesa per prestazioni erogate in regime di degenza costituisce, in tutte le realtà considerate, una quota piuttosto rilevante della spesa sanitaria totale. I Paesi che destinano una quota maggiore di spesa sanitaria alla spesa ospedaliera sono Islanda, Svizzera e Italia in cui, nel 2006, la spesa per degenza è pari rispettivamente al 56,6%, 46,2% e al 45,20% della spesa sanitaria totale. Viceversa risorse minori vengono destinate all'assistenza ospedaliera da Portogallo, Svezia e Stati Uniti (rispettivamente 20,7%, 25,0% e 25,9% della spesa sanitaria totale)

L'onere complessivo della spesa ospedaliera così stimata è pari nel 2007 al 42,1% della spesa sanitaria pubblica totale e ammonta a circa € 43,4 mld., imputabile per l'80,3% circa alle strutture pubbliche e per il restante 19,7% a quelle accreditate.

Il sistema di assistenza specialistica

L'assistenza specialistica ambulatoriale riveste una importanza fondamentale all'interno del Sistema Sanitario italiano: tra la spesa convenzionata è seconda alla sola assistenza farmaceutica ed è certamente il tipo di assistenza più utilizzata con la peculiarità, peraltro, di svolgere prestazioni di diversa natura e complessità. La spesa sanitaria specialistica totale si stima compresa fra i € 11,5 e 12,0 mld., imputabile per il 70,0% circa, come dimostrato anche dal dato OECD, alle strutture pubbliche e per il restante 30,0% a quelle private accreditate, nonostante queste ultime costituiscano circa la metà delle strutture totali.

Secondo i dati OECD la spesa specialistica in Italia è pari al 2,7% del PIL nel 2006 in crescita dello 0,3% rispetto al 2001. La quota di spesa specialistica su PIL maggiore si osserva nel 2006 negli Stati Uniti (6,9%).

La spesa specialistica pubblica e privata in Italia costituisce una quota rilevante della spesa sanitaria totale: 30,1% nel 2006 e 29,0% nel 2001. I Paesi in cui la percentuale di spesa ambulatoriale sul totale di spesa sanitaria è maggiore sono ancora gli Stati Uniti.

La crescita della spesa per l'assistenza di base è sufficientemente omogenea tra le Regioni, e comunque inferiore ai ritmi di crescita della spesa sanitaria complessiva.

Risulta evidente dunque la necessità di un vero spostamento di risorse sul territorio per poter realizzare efficacemente un cambiamento strutturale della Assistenza Primaria. Già la stessa proposta di intesa Stato Regioni presentata dal Governo a fine settembre, che appropriatamente prevede l'aumento della percentuale di spesa sanitaria dedicata all'assistenza territoriale al 55% del totale, dovrebbe anche definire specifici indicatori per evitare che nei bilanci aziendali e regionali la percentuale diventi, come in passato, solo apparente.

La FIMMG e i Rapporti Istituzionali

La FIMMG attualmente rappresenta una categoria che ha dimostrato di sapersi meritare il rispetto, sia da parte delle istituzioni governative sia da parte delle Regioni, e questo grazie al fatto anche di non aver mai assunto delle posizioni politiche pregiudizievoli ed ideologiche, ma di aver sempre contato sulla forza degli argomenti, dei fatti, sulla lealtà e su un consolidato senso di responsabilità.

Pertanto anche questa volta, di fronte alla necessità di un cambiamento così significativo rispetto alle prospettive e soprattutto rispetto alla sostenibilità del SSN, la FIMMG si presenta come interlocutore di riferimento e fattivo sia dell'ambito istituzionale governativo sia delle Regioni.

Nell'ambito istituzionale i rapporti con il Governo sono costanti e articolati, come più volte confermato dal Viceministro Fazio. Lo testimonia la partecipazione della FIMMG ai seguenti tavoli di lavoro e/o Commissioni:

- Tavolo farmaceutico;
- Consultazione per la definizione dell'atto di intesa Stato Regioni per l'impiego del Fondo del Piano sanitario nazionale, in particolare per quanto riguarda la continuità assistenziale 24h;
- Unità di crisi per l'influenza A;
- Elaborazione di linee guida per l'integrazione ospedale/territorio;
- Gruppo di lavoro professione/università sulla formazione in Medicina Generale;
- Gruppo di lavoro per gli interventi in Abruzzo;
- Tavolo di programmazione della rete per la terapia del dolore.

Nell'ambito dei rapporti con le Regioni, con tutte le difficoltà e la delicatezza del momento, va sottolineato che sono già avviati i lavori per il rinnovo del secondo biennio in un clima totalmente diverso rispetto a quello tormentoso che aveva caratterizzato i rapporti nel precedente accordo. Un clima di condivisione, di lavoro collaborativo, in cui il glossario si fa sempre più comune, in cui i presupposti sono sicuramente più lineari, e quindi più costruttivo. Pertanto si prefigura la prospettiva, spero di non essere eccessivamente ottimista, di un lavoro snello, efficace e

che in breve tempo potrebbe portare dei buoni risultati, quelli che noi auspichiamo.

Siamo oggi in attesa che l'atto di indirizzo per il rinnovo del secondo biennio 2009 sia approvato dal Comitato di settore. Credo che sia la prima volta che a così breve distanza dalla firma di un accordo le Regioni decidano di avviare le trattative per il successivo. Il Presidente del Comitato di Settore Romano Colozzi aveva chiarito le sue intenzioni in tal senso il giorno stesso della presentazione dell'ultimo accordo, e ad oggi sta mantenendo la promessa. Credo che questa sia la migliore dimostrazione del nuovo rapporto che si è creato fra categoria e Regioni, un rapporto di maggiore reciproca fiducia, di condivisione della volontà di offrire alla Medicina Generale l'opportunità di realizzare i cambiamenti richiesti, magari confrontandosi sui modi, sui tempi, ma con la reciproca consapevolezza della necessità di garantire al SSN un'Assistenza Primaria sempre più efficace ed efficiente.

L'Accordo Collettivo Nazionale

La FIMMG in questo rinnovo si pone alcuni obiettivi minimi fondamentali e si augura di poter chiudere l'accordo entro la fine dell'anno, per poter avviare con calma, dopo la tornata elettorale delle Regioni, la definitiva nuova convenzione 2010-2013.

Avremmo così recuperato il cronico ritardo e questo sarebbe di per sé un grande risultato.

Nella stesura del prossimo accordo, quello che inizierà a porre basi concrete del cambiamento, i contenuti di un ruolo appropriato del medico di medicina generale richiederanno una diversa organizzazione della sua attività, nella prospettiva di realizzare un vero lavoro di squadra. Così come già delineati nel documento della Ri-fondazione e nelle successive versioni, i prossimi passaggi per l'effettiva realizzazione di questo cambiamento saranno:

- **l'introduzione graduale dell'Accesso Unico all'area della Medicina Generale e quindi l'identificazione di un'unica figura professionale per i medici di medicina generale di assistenza primaria, di continuità assistenziale e della medicina dei servizi, che svolgono le loro attività in forma oraria e forma fiduciaria;**
- **la conferma delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) ed una più articolata definizione delle Unità Complesse di Cure**

Primarie (UCCP), prevedendo fra queste ultime anche forme omogenee per categoria, cioè costituite da soli medici di medicina generale, in modo da ottenere due risultati fondamentali:

- 1. offrire un percorso più graduale e più esteso di evoluzione dalle attuali forme associative ed organizzative (nuclei, unità e gruppi di cure primarie, équipe) presenti nelle diverse realtà regionali, verso le forme più complesse che prevedono l'integrazione di altri medici specialisti convenzionati;**
 - 2. avviare al più presto il processo di integrazione fra medici di famiglia e medici di continuità assistenziale in un lavoro di squadra;**
- **il perfezionamento della figura del Referente/Coordinatore della AFT o UCCP, individuando un nucleo iniziale di compiti sostenuti da uno specifico compenso orario;**
 - **l'avvio della ristrutturazione del compenso in modo da cominciare a distinguere la parte relativa all'onorario professionale da quella destinata ai fattori di produzione, individuando anche sedi e dinamiche diverse di negoziazione;**
 - **l'impostazione di una politica condivisa del personale di studio, che accanto alla figura del collaboratore di segreteria e dell'infermiere, possa prevedere anche l'inserimento dell'Operatore Socio-Sanitario, promuovendo per tutti l'esigenza di orientare, sia pure con gradualità, una formazione specifica ai compiti che dovranno svolgere nell'area della Medicina Generale;**
 - **l'ulteriore sviluppo del processo di informatizzazione della Medicina Generale, favorendo investimenti strutturali e formazione specificamente orientata allo sviluppo della Information and Communication Technology (ICT), considerandola un'opportunità di maggiore integrazione dell'attività professionale individuale nell'ambito di reti di assistenza più ampie. Ciò consentirà un efficace ed appropriata complementarietà tra diversi livelli di assistenza e differenti competenze professionali.**

Guardare avanti...

La realizzazione dei nostri traguardi potrà essere garantita solo attraverso un presupposto che ritengo irrinunciabile, cioè un approfondimento culturale e scientifico, di cui mi sono fatto promotore da qualche anno avendo cura che potesse svolgersi anche avvalendosi del contributo di professionalità appartenenti ad ambiti diversi dal nostro. Sono nate così alcune collaborazioni, prima con la Dottoressa Mazzeo e con il Professor Guzzanti, poi con il Professor Cicchetti e il Professor Meloncelli, fino alla costituzione, sostenuta dalla Pfizer nella fase di avvio, del GISAP – Gruppo Indipendente per lo Studio dell'Assistenza Primaria – di cui io stesso sono membro.

Questo gruppo ha fino ad ora lavorato ad una sistematizzazione della materia ed all'individuazione della maggior parte dei temi che devono essere oggetto di approfondimento, realizzando, come prima iniziativa, un volume dal titolo "L'Assistenza Primaria in Italia dalle condotte mediche al lavoro di squadra" che è stato presentato il 15 luglio scorso nell'Auditorium del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, alla presenza del Ministro Sacconi e del Viceministro Fazio e che nel pomeriggio sarà presentato a questo Congresso.

Il GISAP è nato su iniziativa e stimolo della FIMMG, ma è importante sottolineare che da essa si distingue nettamente, che ha voluto inserire nel nome l'aggettivo Indipendente proprio per sottolineare la sua autonomia da qualsiasi gruppo di interesse, pur naturalmente chiamandoli tutti a dialogare fra loro.

Questo gruppo di lavoro continuerà a lavorare e consentirà, attraverso la produzione di documenti, di proposte, di analisi e di studi, di avviare e approfondire una serie di tematiche indispensabili per la verifica dell'applicabilità dello sviluppo dell'Assistenza Primaria, ed in essa della Medicina Generale. Verranno affrontate tematiche cruciali, come quelle che approfondiremo nel pomeriggio e che riguardano in particolare l'integrazione socio-sanitaria, le residenzialità come forma fondamentale di Assistenza Primaria e il ruolo dei medici di medicina generale in questo tipo di assistenza, la formazione dei medici di medicina generale, l'integrazione con le altre professionalità.

Indubbiamente, il mio compito per raggiungere un vero cambiamento per la categoria è quello di garantire una duplice attenzione, di pari grado, di pari importanza tanto ai rapporti politici di carattere istituzionale della categoria, quanto a quelli più capillari, quelli delle sezioni, delle province, quelli dei colleghi che ogni giorno incontrano tutta la realtà

italiana nella sua diversità. Quindi sarà di altrettanto irrinunciabile importanza prestare grande attenzione al coinvolgimento capillare della categoria, parlare al cuore dei medici di medicina generale, senza però dimenticare che i grandi cambiamenti, le ri-fondazioni come quella a cui ambiamo noi, non si possono ottenere se non si costituiscono dei cambiamenti di tipo culturale e di profonda attenzione ai contenuti.

In questo Congresso si è scelto di dare ampio spazio ai temi dell'innovazione, sia di tipo organizzativo che tecnologico, considerandoli strategici per la sostenibilità del sistema sanitario, oltre a trattare temi di rilevanza per la categoria quali quello della previdenza e del fisco. Si considerano di seguito alcuni aspetti significativi di questi temi.

Informatizzazione

I medici di medicina generale si sono impegnati con l'ultimo accordo alla realizzazione del flusso informativo e alla spedizione della ricetta on line. Anche per quanto riguarda il certificato INPS non hanno assunto posizioni pregiudizialmente contrarie ed anzi hanno offerto tutte le loro competenze per la realizzazione di un sistema efficiente ed efficace.

Chiedono però con fermezza di essere messi nelle condizioni di adempiere a questi compiti senza dover sostenere di tasca propria gli investimenti necessari, chiedono regole chiare ed uniformi, chiedono di non essere esposti ad intimidazioni attraverso leggi che impongano obbligatorietà non realizzabili e che prevedano penalizzazioni devastanti quali la perdita del rapporto convenzionale.

Prima di criminalizzare il comportamento dei medici, che nel settore stanno sviluppando competenze specifiche da anni, è opportuno che Governo e Regioni identifichino una indispensabile sede di coordinamento delle progettualità e dell'impiego delle risorse in campo.

Non possiamo che denunciare il comportamento di alcuni membri del funzionariato del Ministero dell'Economia e delle Finanze che, nascondendosi dietro il timore di presunte rivendicazioni economiche, di fatto rifiutano il confronto con la categoria e disperdono risorse in sperimentazioni destinate a fallire e si ostinano a impiegare classificazioni quali l'ICD9-CM, universalmente ritenuta inadatta all'Assistenza Primaria e facilmente sostituibile con altre. Fra l'altro tale specifica rigidità comporterà l'inevitabile fallimento dell'iniziativa, sia perché contiene alcuni elementi

fortemente ostacolanti l'attività quotidiana del medico, sia perché la maggior parte dei cittadini opporrà il suo personale ed esplicito rifiuto alla trasmissione dell'informazione, come la legge consente, sia perché, infine, i dati raccolti non consentiranno di ottenere le informazioni desiderate e necessarie.

Scriveremo al Ministero dell'Economia e agli altri Ministeri interessati per mettere in evidenza i dettagli dei problemi, non con spirito ostativo, ma con l'intenzione di favorire processi che riteniamo fondamentali anche per lo sviluppo professionale della nostra categoria.

Riteniamo infatti che un'informatizzazione diffusa ed un flusso di dati di buona qualità sia presupposto indispensabile a quel processo di rendicontazione necessario a far emergere e perfezionare l'attività misconosciuta e preziosa dei medici di medicina generale, come anche a fornire una approfondita conoscenza dei bisogni assistenziali, della domanda, importante per la clinical governance, a livello periferico e per la definizione dei finanziamenti a livello regionale e nazionale.

Formazione

La nostra categoria, di fronte alla mancata assunzione in carico del problema nell'ambito del corso di laurea da parte dell'Università, ha sviluppato autonomamente, al suo interno, l'analisi dei propri compiti, del sapere, saper fare e saper essere necessario allo specifico contesto ed alle particolari metodologie e criteri da adottare.

La maggior parte dei medici di medicina generale è autodidatta ed ha cercato nelle iniziative spontanee delle organizzazioni della Medicina Generale risposte alle proprie esigenze formative. Il risultato è ancora caratterizzato da una disomogeneità eccessiva. Il futuro della Medicina Generale richiede invece una formazione omogenea su tutto il territorio nazionale.

Signor Viceministro, Signori Assessori, l'attuale situazione della formazione in Medicina Generale ha assoluto bisogno di un riordino che garantisca un insegnamento della disciplina fin dai primi anni del corso di laurea in medicina e che, pur nel rispetto delle autonomie regionali, garantisca una formazione specifica post laurea sostanzialmente omogenea a livello nazionale nei programmi, non più orientati sull'organo e sulla patologia, ma sulla persona e sui suoi problemi sanitari e sociali, sulle esigenze della collettività e del servizio sanitario.

La FIMMG propone di creare un organismo nazionale che sappia rilevare le esperienze che autonomamente si vanno realizzando nel territorio, cogliere gli elementi positivi e restituire indirizzi di contenuto ed organizzativi. Soprattutto è necessario un organismo che accrediti direttamente i medici di medicina generale abilitati all'insegnamento della Medicina Generale sia nei corsi di laurea che nella formazione specifica post laurea.

Agenzia Italiana del Farmaco

Il pensiero della FIMMG rispetto al pianeta farmaco non ha subito variazioni: il farmaco costituisce la principale tecnologia di cui il medico di medicina generale dispone per prevenire e curare. Resta di fondamentale riferimento il criterio dell'appropriatezza, non intesa come mera applicazione dei risultati dell'EBM, ma fondata sulla verifica dei risultati ottenuti in termini di tutela della salute.

Dopo anni di difficoltà, di dialogo e collaborazione con l'AIFA oggi guardiamo con fiducia le opportunità di partecipazione che l'Agenzia del farmaco ci offre, che verranno presentate nel dettaglio nella sessione di domani. In particolare, la FIMMG esprime pieno apprezzamento per orientamento attuale dell'AIFA e la sua attenzione agli scenari internazionali.

ENPAM

La previdenza è un aspetto cui la categoria guarda con molta attenzione, essendo costituita da una popolazione che raggiungerà a breve l'età pensionabile in gruppi sempre più numerosi. Il numero complessivo dei medici candidati ad assumere la convenzione in Medicina Generale tenderà a diminuire, come anche il numero dei medici di medicina generale attivi, e sarà necessario affrontare il problema di mantenere costante il volume complessivo della contribuzione.

Abbiamo un ente solido che con il suo patrimonio e una corretta gestione può garantire la copertura delle pensioni anche nei momenti in cui ci sarà il ricambio più numeroso.

Chiediamo al Governo di aiutarci a sostenere questo impegno e questa tranquillità che la categoria si è costruita con le proprie forze e che intende continuare a consolidare anche attraverso l'aumento della contribuzione nella misura più appropriata. Nei prossimi anni intendiamo

programmare e realizzare aumenti graduali della contribuzione in occasione di ogni rinnovo contrattuale, incrementi concordati con gli altri sindacati, con l'ENPAM stesso e con il Governo.

Il medico italiano, soprattutto quello convenzionato, si è sempre fatto carico della propria responsabilità in campo previdenziale e assistenziale e intende sviluppare ulteriormente questa prospettiva studiando le modalità per garantire a noi, quando saremo “grandi”, sempre maggiori supporti, anche in caso di ridotta autosufficienza.

Ringraziamo il Presidente Eolo Parodi che fra mille difficoltà ha saputo conservare un livello elevato di garanzie.

Fisco

La FIMMG è costantemente impegnata nella ricerca di una definizione di un trattamento fiscale meno iniquo e più equilibrato rispetto a quello degli altri professionisti.

L'imposizione dell'IRAP sui redditi convenzionati dei medici di medicina generale rappresenta la più grossa iniquità fiscale. Non ci stancheremo di ripetere civilmente che le spese per i fattori di produzione, per noi, non rappresentano un'opportunità di aumento dei guadagni, ma una loro riduzione e un aumento della qualità del servizio erogato ai cittadini. Riferisco con soddisfazione rispetto all'impegno profuso che gli approfondimenti fatti con l'Agenzia delle Entrate e i contenziosi avviati in diverse Regioni ci stanno dando ragione, anche in sede di giudizio avanzato.

Così come possiamo considerare un nostro successo il fatto che dal 2010 gli Studi di Settore che ci riguardano saranno modificati in modo da tenere conto della nostra specificità.

Società di servizio

La sostenibilità organizzativa necessaria alla realizzazione di obiettivi di Assistenza Primaria prevede obbligatoriamente il lavoro in squadra e la fornitura dei fattori di produzione dovrà trovare modalità di gestione adeguate.

La FIMMG pertanto guarda con attenzione a tutte le forme organizzative, comprese quelle societarie, che si dimostrino capaci di implementare e supportare il lavoro in squadra, auspicando e promuovendo

una chiara regolamentazione nonché l'individuazione e l'adozione di procedure di accreditamento, a garanzia dell'assistenza erogata.

In tal senso va interpretata anche l'attenzione che la FIMMG da anni sta rivolgendo al mondo della cooperazione medica.

Settori

Questa relazione non sarebbe completa se non avesse alcuni riferimenti ai diversi Settori della Medicina Generale rappresentati dalla FIMMG, all'interno dei quali operano dirigenti di valore che, oltre a tutelare l'interesse dei colleghi, contribuiscono alla progettualità del Sindacato, e sanno rispettare i suoi valori.

Il Settore della Continuità assistenziale e della Medicina dei Servizi sono certamente i settori storici con cui l'interazione è quasi quotidiana, perché ci accomuna una identica visione del futuro professionale.

Il Settore dell'Emergenza territoriale, i cui professionisti, pur essendosi più volte distinti per professionalità ed efficienza in un'attività piena di rischi, si trovano a vivere una situazione di particolare disagio, paragonabile a quella del precariato, e chiedono, e la FIMMG con spirito solidale si associa alla richiesta, che Governo e Regioni si esprimano sulla volontà di affidare tale servizio a personale dipendente o convenzionato.

Il Settore dei Medici Fiscali, attualmente liberi professionisti non convenzionati, chiamati singolarmente ad operare in base a criteri eterogenei sul territorio nazionale, chiede con forza una organizzazione professionalizzante della propria attività, che attraverso una convenzione con l'INPS potrebbe anche avere costi inferiori ed efficienze maggiori. L'INPS ha mostrato attenzione alle loro proposte, ed è in programma un incontro a breve, appena l'Ente avrà portato a termine una riorganizzazione delle proprie attività ed avrà definito il suo fabbisogno professionale, per esplorare le possibili soluzioni.

Il Settore dei Medici penitenziari, trasferito recentemente dalle competenze del Ministero di Grazia e Giustizia a quelle del SSN nell'area della Medicina Generale per garantire anche alle persone in stato di detenzione l'erogazione delle prestazioni previste dai LEA, dovrà trovare una collocazione nell'ACN in un apposito Capitolo, equiparabile alla medicina dei servizi, che tenga conto delle specifiche modalità organizzative ed erogative, salvi i diritti acquisiti garantiti dalla legge.

Il Settore dei Medici che garantiscono assistenza ai naviganti ha recentemente rinnovato la sua convenzione con grandissimo ritardo, e il pagamento degli emolumenti è bloccato da diversi mesi.

Infine il Comparto dei Medici in formazione, che a tutt'oggi ricevono una borsa di studio pari alla metà degli altri specializzandi, per i quali ci stiamo impegnando a garantire una migliore formazione e la possibilità di adeguare le loro entrate prevedendo attività assistenziali retribuite nell'area della Medicina Generale.

Conclusioni

Ogni giorno, su tutto il territorio nazionale, i medici di medicina generale operano nell'interesse dei loro assistiti sforzandosi di sostenere nel migliore dei modi il crescente carico di lavoro. Questi medici, che ogni tanto, lanciano segnali di sofferenza per l'eccesso di burocrazia, perché si sentono lesi nella dignità quando vengono loro negati i margini di autonomia propri del libero professionista convenzionato, che in casi estremi arrivano a minacciare azioni sindacali, non tradiranno mai i loro assistiti.

Fin dal giorno successivo al terremoto in Abruzzo, non su specifica richiesta delle istituzioni, e nonostante fossero loro stessi segnati dalla tragedia del terremoto, hanno saputo attivarsi immediatamente e organizzarsi per non far mancare la loro opera.

Grazie a tutti i colleghi che ogni giorno fanno con impegno il loro lavoro, che così contribuiscono a tenere alto il valore della Medicina Generale.

Ma, nella nostra epoca che non è quella dei nobili medici condotti, la buona volontà dei medici non potrà bastare a fare la propria parte per realizzare compiutamente il compito che è loro proprio, cioè quello di realizzare obiettivi di Assistenza Primaria.

La sostenibilità del sistema sanitario italiano rende indispensabile e improrogabile la realizzazione di una vera Assistenza Primaria fondata su presupposti economici, organizzativi e relazionali.

Questo traguardo richiede pertanto da parte di tutti un coraggioso processo di innovazione, sia di tipo tecnologico che organizzativo.

L'innovazione tecnologica deve, attraverso un largo ed appropriato impiego della Information and Communication Technology, rendere funzionale ed efficiente il sistema informativo del SSN in modo da poter

effettivamente valutare i bisogni di tutela della salute, le risorse necessarie a soddisfarli, introdurre procedure di governance e offrire prestazioni appropriate e tempestive.

L'innovazione organizzativa deve offrire a tutti i professionisti del territorio le condizioni per poter operare al meglio e soprattutto per poter acquisire strumenti e collaborazioni ormai indispensabili ad un'attività professionale che da solista non può più garantire tutto ciò che serve e soprattutto che a breve servirà, ma che deve necessariamente aprirsi alla collaborazione con tutte le altre figure professionali coinvolte.

La Medicina Generale deve essere all'altezza delle innovazioni, non arroccarsi e chiudersi in difesa, non riproporre vissuti e argomentazioni che stanno diventando obsoleti perché superati dai fatti.

Il mondo professionale sta cambiando: una cronica conflittualità fra categorie di medici e fra medici ed altri professionisti va gradualmente affievolendosi, ma potrebbe cambiare di segno. Il numero dei medici sta diminuendo, la disputa orientata ad appropriarsi sempre più di compiti esclusivi diventa anacronistica, presto potremmo ritrovarci a discutere per attribuire ad altri i compiti che siamo riusciti a conquistare.

La Medicina Generale deve saper evolvere sul piano culturale, avere la forza e il coraggio di non sentirsi disciplina cenerentola, non solo affermando il proprio valore, ma sempre più dimostrando il coraggio di esplicitare e confrontare i propri contenuti con quelli elaborati da altre organizzazioni professionali e parti sociali.

Si ringraziano per il contributo fornito alla relazione:

Mario Stella, Carmine Scavone, Mauro Ucci, Saverio La Bruzzo, Bruno Cristiano, Alberto Oliveti, Vittorio Boscherini, Silvestro Scotti.

Un particolare ringraziamento a Maria Concetta Mazzeo, Carmela Fidelmina Le Rose, Anna Ceccarelli.