

- **Introduzione**
- **Le manovre economiche**
- **La condizione della professione medica**
- **Confprofessioni**
- **Le prospettive della Medicina Generale**
- **L'e-Health**
- **Il Farmaco**
- **La Previdenza**
- **L'emergenza sanitaria territoriale - 118**
- **Conclusione**

Introduzione

Signori Ministri, Onorevole Presidente, Egregio Assessore, Illustri Ospiti, Signor Presidente, Colleghe e Colleghi Congressisti, ringrazio per la Vostra presenza che testimonia l'attenzione ai temi che sto per trattare.

La situazione di crisi, non solo economica, e non solo del nostro Paese, continua ad aggravarsi e si moltiplicano le incognite che il futuro ci potrebbe riservare sia a breve che a medio termine.

E' certo ormai, e questo è confermato dai più qualificati analisti, che non ci troviamo di fronte ad una congiuntura, ma ad un cambio epocale, di portata molto superiore a quello, pur importante, determinato dalla caduta del muro di Berlino.

Dal 2008 siamo costretti a constatare che lo strapotere del mercato e della finanza condiziona a livello mondiale, in modo diretto o indiretto, equilibri politici e sociali, arrivando a stravolgere anche importanti riferimenti culturali: è questo un segnale di forza o di decadenza dell'attuale concetto di mercato?

Non abbiamo la sfera di cristallo, non sappiamo fare previsioni, e anche quelle dei guru più accreditati sono, secondo alcuni, sostanzialmente paragonabili a numeri giocati al Lotto.

Fare previsioni è dunque difficile, ma neppure è utile attendere gli eventi senza un progetto, senza un'ambizione e soprattutto senza essere protagonisti, consapevoli di essere uno degli humus necessari alla dialettica sia sociale che politica nell'ambito sanitario.

Nelle situazioni di crisi infatti, è ormai chiaro a tutti, si offrono anche le opportunità per i cambiamenti e si misura la capacità dei soggetti e delle parti sociali di imboccare vie di involuzione o di evoluzione, quest'ultima come unica chiave di progresso.

La Medicina Generale soffre una crisi propria, aggravata e messa ulteriormente in evidenza da quella economico-politica.

Piccola consolazione per FIMMG è di aver colto fra i primi, nel mondo medico, la necessità assoluta di un cambiamento radicale. Abbiamo cominciato a ragionarci dal 2006, abbiamo oggi convinto la maggior parte della categoria e dei decisori politici, non senza difficoltà.

La Medicina Generale nel terzo millennio, il titolo del congresso, intende proprio testimoniare la fiducia in un futuro di progresso, che non potrà essere raggiunto senza sacrifici, ma che dobbiamo cercare di costruire in modo da assicurare ai colleghi attivi una maggiore soddisfazione professionale e ai pensionati la giusta e meritata pensione.

Negli ultimi anni abbiamo analizzato e discusso le criticità che hanno tarpato le ali alla nostra categoria: concorrenza sulle scelte, divisione in settori, struttura del compenso, scarsità di finanziamenti per i fattori di produzione dell'assistenza, isolamento nella pratica professionale, degenerazione dei metodi e dei contenuti negoziali ed altre minori; tutte hanno creato barriere all'integrazione fra noi e con altri professionisti.

Sulla base di questa analisi abbiamo definito la proposta della "Rifondazione della Medicina Generale" orientata non già a disegnare modelli organizzativi, ma piuttosto condizioni di attività e di relazioni professionali che consentano alla Medicina Generale di passare realmente dalla pratica singola al lavoro di squadra.

Abbiamo lavorato e continuiamo a lavorare per questo, affrontando con caparbietà ogni ostacolo che si presenta sul nostro percorso.

Le manovre economiche

Le manovre economiche che l'Italia ha dovuto approvare determineranno gravissimi danni alla categoria.

Il blocco del rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) fino al 2014, combinato all'aumento dell'IVA, rispetto alla quale noi siamo consumatori finali, esaspera quel meccanismo di strangolamento che denunciavamo da tempo, per effetto della prevalenza della quota capitaria omnicomprensiva nell'attuale strutturazione del compenso. Le spese per sostenere i fattori di produzione dell'assistenza sono destinate ad aumentare in proporzione ancora maggiore rispetto al passato, erodendo una percentuale sempre grande del totale delle entrate, che resterà invece fermo. Più fermo rispetto a quello degli altri, perché la categoria non ha diritto neppure a quel minimo ristoro rappresentato dalla "vacatio contrattuale", che rivendichiamo come atto di giustizia perequativa, che deve valere anche nell'attuale

disgraziata contingenza. Chiediamo a Governo e Regioni di rimediare a questa ingiustificabile penalizzazione.

Il ridotto finanziamento del SSN ridurrà la già scarsa disponibilità delle risorse regionali, che non saranno più in grado di finanziare progettualità importanti negli Accordi Integrativi Regionali.

Per fortuna molto abbiamo fatto da un punto di vista fiscale durante questi anni: continuiamo a confrontarci a livello nazionale con l'Agenzia delle Entrate con risultati positivi, e questo confronto sarebbe auspicabile si sviluppasse anche a livello provinciale.

Quest'anno il Centro Studi della FIMMG ha somministrato un questionario fiscale a 1.600 MMG; da esso si evince che circa il 78% dei colleghi ormai non versa l'IRAP ed il 22% dei colleghi che hanno inoltrato ricorso hanno vinto il contenzioso.

Bisogna ancora fare molto: dei colleghi che versano il tributo, ancora un 40%, non presenta istanza di rimborso e soprattutto in quelle Regioni o Province dove le Commissioni tributarie sono più reticenti c'è necessità, come già accennato, di un confronto dei nostri quadri sindacali con i rappresentanti locali dell'amministrazione finanziaria per meglio far conoscere la particolarità del nostro ruolo di lavoratori autonomi parasubordinati, e questo anche con la disponibilità della Commissione Fisco.

La condizione della professione medica

I medici tutti, dipendenti, convenzionati, liberi professionisti, denunciano situazioni di estremo malessere. Non ho necessità di spiegare a questo uditorio quanto sia devastante verificare la sempre maggiore limitazione della nostra autonomia e contemporaneamente essere chiamati a rispondere di mancati risultati anche se irraggiungibili, o impediti da condizioni organizzative carenti o sbagliate indipendenti dalla nostra volontà. Ed essere condannati sul piano mediatico ancor prima che ogni responsabilità possa essere accertata.

I medici rischiano di essere paralizzati nelle loro decisioni dal timore della ritorsione e sono spinti a mettere in atto tutti i comportamenti che possono allontanare, spostandola su altri soggetti o colleghi, l'onere della responsabilità, con un aumento dei costi ampiamente dimostrato.

Ma con queste affermazioni non voglio descrivere la categoria solo come vittima di una dinamica perversa, perché siamo anche in parte responsabili di questa condizione.

La pleora medica ha avuto un effetto devastante sulla nostra professione ed abbiamo assistito ad un desolante spettacolo di contrapposizione e conflitti fra medici e fra componenti diverse della categoria.

Gli ultimi decenni hanno registrato conflitti fra Ordini e Sindacati, degli Ordini fra loro e dei Sindacati fra loro, senza la minima attenzione a non far emergere all'esterno del nostro mondo le divergenze esistenti anche all'interno delle singole organizzazioni.

Così gira il mondo, dirà qualcuno; è la democrazia, dirà qualcun altro; anche i partiti politici si comportano così. Non prendiamo esempio da loro, non sono certo un esempio di democrazia!

La forza di un'affermazione o posizione di una parte sociale è tanto più forte ed efficace nei confronti delle altre quanto più è univoca.

La sfida della democrazia è proprio quella di trovare e rispettare le regole che consentono di portare a sintesi, ai vari livelli, la risultante delle opinioni di ciascuno, che comporterà necessariamente una parte di scontenti. Altrimenti è il caos, quello che quotidianamente verificiamo sui media.

La difficoltà a vincere questa sfida sta nel fatto che il rispetto di regole e ruoli deve essere liberamente scelto da tutte le parti, perché un'imposizione forzata comporterebbe effetti diametralmente opposti.

La FIMMG, come Sindacato, riconosce il ruolo degli Ordini dei medici, che non è già quello di tutelare gli interessi dei professionisti, ma quella di essere un'autorità di garanzia della professione verso i cittadini e le altre istituzioni. Autorità che è legittima e forte anche dove la partecipazione alle loro consultazioni elettorali è limitata, perché gli Ordini dei medici sono previsti dalla legge.

Al Presidente e al Comitato Centrale della FNOMCeO, invece, proprio in quanto democraticamente rappresentano tutti Presidenti degli Ordini provinciali deve essere riconosciuta una forte autorevolezza in tutte le attribuzioni che sono loro riconosciute da leggi o da legittime delibere. Lo stesso vale per gli Odontoiatri.

Ciascun Sindacato è voce dei propri iscritti, voce che deve esprimersi in modo univoco risultante dai processi democratici che lo regolano, perché possa svolgere la sua funzione di tutela.

Tutte queste voci devono manifestarsi in un dialogo continuo, orientato sempre ad individuare i punti di convergenza, consapevole ciascuna del proprio ruolo e dei limiti della propria dimensione.

Noi riteniamo che questo orientamento abbia cominciato ad affermarsi gradualmente in tutte le organizzazioni del mondo medico, salvo isolate eccezioni. Dimostrazione di ciò sono le sempre più numerose occasioni in cui Ordini e Sindacati hanno prodotto documenti condivisi e sostenuto posizioni coerenti.

Prima fra tutte la reazione agli atteggiamenti aggressivi e offensivi che hanno accompagnato l'introduzione del certificato di malattia on line, ma anche le elezioni dell'ENPAM e dell'ONAOSI e, recente, la compattezza di tutti i Sindacati nei confronti delle ingiustizie contenute nelle manovre economiche.

Il prossimo 13 ottobre, tutti, ripeto tutti, i Sindacati dei medici daranno vita ad una manifestazione che non ha solo il significato della protesta, ma anche quello di testimoniare che i medici convenzionati, dipendenti e liberi professionisti sono pronti a costruire una grande alleanza che, mi auguro in un momento prossimo, arriverà ad esprimersi su alcuni argomenti, con una voce unica.

Confprofessioni

Analogo percorso la FIMMG sta facendo nei confronti delle altre professioni, nell'ambito di Confprofessioni, Confederazione dei Sindacati nazionali dei liberi professionisti, che da anni opera per dare voce unitaria a medici, avvocati, commercialisti, notai e a quanti altri appartengono a questa categoria.

Categoria, quella dei professionisti, che gode di una lunga e prestigiosa tradizione di ruolo nella società, che negli ultimi anni tende ad essere misconosciuta e sopraffatta dagli interessi di altre parti sociali ed in particolare dal mondo delle imprese, che la vorrebbero considerare forza lavoro per la

produzione dei loro utili, ma anche dai politici, che sempre più spesso devono fare i conti con il potere economico della finanza e dell'impresa.

Professionisti che non sempre hanno saputo difendere il valore della loro prestazione intellettuale di fronte all'evoluzione delle esigenze di prestazione professionale. La prevalenza di richiesta di singole prestazioni professionali del passato, oggi è sostituita da quella di servizi professionali continuati nel tempo. Se i professionisti continueranno ad accettare che oggetto di remunerazione sia il servizio, cioè il mezzo utilizzato per mettere a disposizione la loro competenza, e non il contenuto intellettuale dello stesso, finiranno per vedere quest'ultimo totalmente svalutato.

Le attività professionali non sono imprese di capitale economico, ma di prestazione d'opera intellettuale. Certo, i professionisti devono imparare ad utilizzare gli strumenti delle imprese, ma non lasciarsi omologare ad esse.

I professionisti sono a tutti gli effetti una Parte Sociale importante per il Paese quanto, se non di più, di quella rappresentata dai Sindacati confederali, da Confindustria, da Rete Imprese (artigiani e commercianti), dalle associazioni bancarie, ecc.

La FIMMG ha valutato come meritevole di sostegno e partecipazione l'opera svolta in questo senso da Confprofessioni, che sotto la guida del Presidente Gaetano Stella, ha saputo con pazienza e perseveranza raggiungere il recente traguardo di essere riconosciuta ufficialmente come Parte Sociale.

Nella sessione di questa mattina il Congresso ha avuto occasione di approfondire il significato della nostra partecipazione a Confprofessione sul piano politico e sul piano delle opportunità che offre attraverso Fondoprofessione, Cadiprof, l'Ente Bilaterale e, ultimo nato, il sistema dei Confidi.

Le prospettive della Medicina Generale

Dal 2006 abbiamo cominciato a parlare di Ri-fondazione della Medicina Generale come proposta di cambiamento per superare specifiche e argomentate criticità che, di fatto, hanno impedito alla Medicina Generale di evolvere nell'interesse dei cittadini e del sistema sanitario.

Abbiamo formulato critiche, ma anche autocritiche, che con il passare del tempo abbiamo confermato raffinandone i contenuti.

La Ri-fondazione non è mai stata la presuntuosa proposta di voler insegnare a tutti gli altri soggetti come deve essere riformata l'assistenza primaria o le cure primarie, a seconda dei termini preferiti.

E' sempre stata una proposta per offrire alle cure primarie una Medicina Generale più efficace ed efficiente per il sistema e più motivante e gratificante per i professionisti.

L'atteggiamento della FIMMG non è stato quello di mettere in atto furbe strategie per conservare od ottenere presunti privilegi sul piano contrattuale. La FIMMG ha voluto superare queste improduttive dinamiche per cercare un leale e proficuo confronto con le Regioni ed il Governo. Non è stata sempre capita e ha dovuto sottoporsi a prove impegnative sul piano della correttezza nei confronti degli interlocutori e della sostenibilità della politica nella categoria rappresentata, affrontando anche le comprensibili preoccupazioni che quest'ultima manifesta per le incognite che ogni cambiamento comporta.

Ritengo che la FIMMG abbia superato ogni possibile prova e che sia arrivato il momento, da parte delle Regioni e del Governo, di dare risposte chiare e concrete alle nostre proposizioni. Se ciò non dovesse avvenire in tempi ragionevoli, la FIMMG dovrà trarne le necessarie conclusioni, e modificare il suo atteggiamento nei confronti di un mondo che continua a lamentarsi ma che si rifiuta, o si dimostra non capace, di assumere le responsabilità che loro competono e contribuire al cambiamento.

Devo riconoscere che il Ministro Fazio ha sempre riservato ascolto e attenzione ed espresso anche pubblicamente condivisione e sostegno alla volontà del cambiamento della Medicina Generale. Più alternante e disomogeneo è stato l'atteggiamento delle Regioni, che mi pare però abbiano fatto recentemente grandi progressi. Abbiamo trovato nel Presidente della Commissione Salute, Assessore Coletto, un interlocutore attento e volenteroso.

Cogliamo con soddisfazione la centralità della Medicina Generale nel PSN 2011-2013 recentemente approvato anche dalle Regioni e la convocazione del tavolo tecnico per il riordino delle cure primarie in cui sono state concretamente esaminate le possibili modifiche ai principi che devono guidare gli AACCNN contenuti nell'art. 8 della 502/92 e smi. Se saranno

confermate le conclusioni di questo tavolo, in esse ci saranno i fondamenti della Ri-fondazione.

Aspettiamo ora che in tempi brevi vengano compiute le scelte politiche e le azioni necessarie, e che il Ministro voglia informare questo Congresso del Suo orientamento e del percorso che questo provvedimento deve ancora percorrere. Mi auguro che assuma pubblicamente chiari e concreti impegni, perché ogni volta che lo ha fatto ha dimostrato di saperli mantenere.

La Medicina Generale non può sopportare ancora a lungo la concorrenza sulle scelte che la spingono all'isolamento a fronte della sempre maggiore richiesta di integrazione, l'alto tasso di precarietà determinato dalla divisione in settori, una struttura del compenso che la impoverisce facendola credere ricca agli occhi degli altri.

La Medicina Generale vuole essere messa nelle condizioni di lavorare in squadra, ai vari livelli, con una crescita graduale e progressiva. Prima di tutto i medici vogliono lavorare in squadra nella Medicina Generale, poi con tutti i professionisti del territorio per poi essere concretamente nelle condizioni di poter affrontare l'ineludibile integrazione tra ospedale e territorio.

Sia chiaro a tutti, non vogliamo ostacolare la costituzione delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) nella forma che ciascuna Regione deciderà di scegliere in coerenza con il modello organizzativo che prediligerà, ma vogliamo offrire a qualsiasi modello organizzativo una Medicina Generale che possa svolgere al meglio il ruolo che dovrà esserle assegnato in modo condiviso. E ciò è possibile solo comprendendo che le eccellenze professionali dei singoli non si mortificano nel lavoro in squadra, ma trovano l'occasione per esprimersi al meglio e per proporsi traguardi assistenziali più ambiziosi, ma al contempo più attuali e conformi all'aspettativa dei singoli pazienti e della collettività.

La Convenzione nazionale ha bisogno di una revisione complessiva, per affrontarla in modo costruttivo e non radicalmente competitivo fra Organizzazioni Sindacali e Regioni è necessario stabilire alcuni principi fondamentali. Questo è il significato del cambiamento rivendicato, questo è ciò che vogliamo ottenere con la modifica dell'art. 8 della 502/92 e s.m.i.

Il lavoro sarà lungo e faticoso e crediamo opportuno che gli anni che devono passare prima di negoziare i contenuti economici del prossimo ACN

possano essere utilmente impiegati in questo irrinunciabile lavoro preparatorio.

Lo chiediamo esplicitamente a Governo e Regioni.

In sostanza sono tre gli obiettivi fondamentali che perseguiamo:

1. l'accesso e il ruolo unico dei medici di medicina generale per aumentare la nostra flessibilità, rendere possibile il lavoro di squadra e offrire alla categoria prospettive professionalmente motivanti;
2. il consolidamento del ruolo e delle funzioni delle Aggregazioni Funzionali Territoriali come Unità di Medicina Generale, quale superamento del tradizionale associazionismo;
3. la ristrutturazione del compenso per distinguere il legittimo onorario dal finanziamento dell'organizzazione e delle attività e ridimensionare o, meglio superare completamente, la concorrenza sulle scelte;

Il prossimo ACN dovrà anche definire con assoluta chiarezza ruolo e contenuti degli Accordi Nazionali, Regionali e Aziendali, affinché non si realizzino sovrapposizioni e sia garantita una minima coerenza fra i contenuti dei diversi livelli, nel rispetto delle competenze di ciascuno.

Dovrà regolamentare bene la compatibilità con le società di servizio dei medici di medicina generale, non solo per prevenire conflitti di interesse, ma anche per trasformarle in opportunità di sviluppo alla luce del neonato sistema dei Confidi dei professionisti. Opportunità per finanziare investimenti con risorse non provenienti dal Fondo sanitario nazionale, indirizzate a dare sostegno ad un sistema di affidamenti professionali garantiti dal SSN prioritariamente alla categoria.

Dovrà introdurre il nuovo profilo professionale dell'Assistente di Studio del medico di famiglia, di recente inserito nel rinnovo del CCNL degli studi professionali per nostra espressa richiesta, con competenze, capacità e conoscenze appositamente definite sia in campo relazionale comunicativo che gestionale organizzativo e socio assistenziale, la cui formazione può essere autofinanziata dal CCNL stesso. Nuove figure non già introdotte in sostituzione di quella infermieristica, ma al contrario per consentire lo sviluppo della sua autonomia professionale, sollevandola da incombenze pur necessarie al supporto delle attività del medico di medicina generale.

Tutto ciò è necessario ad affrontare le sfide che l'aumento della popolazione anziana, di malati cronici e di non autosufficienti comporta e che richiederà nel terzo millennio una Medicina Generale in grado di offrire, attraverso la presa in carico 24h, il personale di studio qualificato, la tecnologia informatica, l'uso di diagnostica di primo livello, una offerta competitiva nella realizzazione della medicina di iniziativa oltre che in quella, sempre necessaria, di attesa.

In particolare, rispetto alla sfida della cronicità, la Medicina Generale si candida a gestire in modo completo l'intero processo assistenziale dei malati cronici, della domiciliarità e delle cure intermedie, in un'ottica centrata sul bisogno della persona e non della malattia.

Per raggiungere questo traguardo noi abbiamo accettato anche la sfida del CReG (Cronic Related Group), che costituiscono un approccio per malattia apparentemente in contraddizione con il nostro principio olistico, ma che in pratica rappresentano, oltre che un esperimento gestionale da valutare, un terreno di verifica della complessità che a tutt'oggi è poco considerata nei vari livelli di programmazione e organizzazione sanitaria, ancora imbevuta di una cultura universitaria prevalente che continua a occuparsi delle malattie e non dei malati.

L'e-Health

Affrontiamo in modo specifico questo argomento sia perché di grande attualità, sia per il consumo di energie sindacali che ha comportato nell'ultimo anno, e che presumibilmente richiederà anche il prossimo.

Ribadiamo per l'ennesima volta che la Medicina Generale non ha resistenze a questo tipo di innovazione e che, al contrario, da sempre la considera strategica per il futuro dell'assistenza e per la valorizzazione del proprio ruolo professionale.

Proprio per coerenza con questa politica, però, riteniamo indispensabile esaminare e denunciare tutti i problemi che essa comporta e che devono trovare una soluzione per essere superati.

Il coinvolgimento non impositivo dei medici nel processo di innovazione è indispensabile alla concreta realizzazione dell'e-Health. Il processo di digitalizzazione non richiede solo la disponibilità di macchine e di programmi

funzionanti, cosa che si è dimostrata di ardua realizzazione anche per gli enti pubblici, ma anche la verifica della funzionalità e praticabilità di questi da parte di tutti gli attori, medici e non, del processo assistenziale. Il rischio, in assenza delle suddette semplificazioni, è che il tempo necessario a introdurre l'innovazione ne sottragga altrettanto a quello dedicato all'attività professionale. L'innovazione dovrebbe al contrario ricercare automatismi condivisi con gli operatori, che agiscano sulla riduzione del tempo necessario a raggiungere gli stessi risultati o ad aumentarli sensibilmente a parità di tempo impiegato.

È inaccettabile e perfettamente inutile, e quindi perseguibile come falso ideologico, di fronte a implementazioni che hanno bisogno di gradualità nel coinvolgimento tecnico e culturale, attestare che un sistema è sperimentato e funzionante quando non è vero, come hanno fatto e stanno facendo diverse Regioni a proposito della prescrizione on line.

È inaccettabile che costi indispensabili a questa innovazione siano assegnati ai professionisti e i meriti alla pubblica amministrazione. Così come è inaccettabile attribuire agli stessi le maggiori responsabilità su eventi che solo in minima parte possono dipendere da loro.

Neppure è accettabile che non si tenga conto delle dinamiche cui si espongono intere categorie per effetto delle innovazioni imposte in un mercato chiuso e settoriale quale quello di cui discutiamo. Una parte importante dei medici di medicina generale, per esempio, si è trovata e si trova a dover sostenere aumenti di costo esorbitanti per acquisire funzionalità di cui altri hanno potuto usufruire gratuitamente o a bassissimo costo. Questo è un problema cui bisognerà trovare una soluzione, e ci stiamo lavorando.

È vero che le Software house hanno i loro costi, che ormai sono per lo più legati alla comunicazione con i medici sulle procedure di aggiornamento e implementazione dei loro programmi come conseguenza di una frammentazione di procedure e modalità sui vari livelli regionali e aziendali che sta raggiungendo quasi la personalizzazione del singolo software per il singolo medico, in una follia di decentramento applicativo che serve solo a distinguersi, ma che nulla aggiunge alle funzionalità.

È pur vero che le Software house hanno diritto a produrre degli utili adeguati agli investimenti, ma è altrettanto vero che i medici sono i loro veri

clienti finali e hanno il diritto di essere considerati tali in tutte le fasi del rapporto e non solo in quella del pagamento. E se si riescono a garantire alle Regioni costi di licenza e gestione inferiori, perché non si può fare lo stesso nei confronti della popolazione complessiva dei medici loro clienti? Bisogna, pertanto, costruire un nuovo rapporto che chiarisca ruoli di ognuno (medici, Regioni e Software-house) altrimenti la categoria dovrà prendere in seria considerazione, nonostante le difficoltà che comporta, l'ipotesi di garantire direttamente i prodotti necessari ai medici superando il concetto di licenza individuale.

Diverse Regioni stanno offrendo ai loro medici un supporto alla soluzione di questi problemi, altrettanto si sta facendo con alcune Software-house a livello nazionale, ma fino a quando il problema non sarà completamente risolto per tutti i medici di medicina generale, resterà attiva la "vertenza informatica" proclamata dal Consiglio nazionale della FIMMG.

Il Farmaco

La FIMMG riserva sempre grande attenzione al mondo del farmaco, che è sicuramente la tecnologia che utilizza di più nella pratica quotidiana.

A questo proposito, dobbiamo registrare ancora un anno di attenzione dell'AIFA al mondo dell'assistenza primaria. Se i provvedimenti assunti non hanno potuto prescindere da specifiche imposizioni di legge di natura economica, dall'altro esprimiamo un forte apprezzamento per il lavoro compiuto dal gruppo sulle cure primarie. Questo gruppo, che ha visto la collaborazione di diversi medici di medicina generale indipendentemente dalla loro appartenenza ad organizzazioni professionali, è vicino all'approvazione definitiva di un documento che verrà presentato domani.

L'obiettivo fondamentale resta quello dell'appropriatezza, intesa come impiego dei farmaci che garantisca il miglior risultato al minor costo. Di questo obiettivo la categoria da anni ormai ha dimostrato di volersene fare pieno carico.

Ma la ricerca dell'appropriatezza non deve essere intesa solo come contenimento assoluto dei costi, ma per essere correttamente perseguita deve essere declinata ed approfondita da diversi punti di vista.

Un problema non risolto, per esempio, è quello del farmaco innovativo. Se comporta effettivamente dei vantaggi, nel rispetto dei criteri di appropriatezza, deve essere disponibile alla prescrizione diretta dei medici di medicina generale. Se non comporta vantaggi significativi dovrebbe essere escluso dalla rimborsabilità. La prescrizione esclusiva su piano terapeutico redatto dagli specialisti comporta solo una riduzione dell'accessibilità da parte dei malati e un aumento del costo terapia.

Questo limite assurdo deve essere superato, non con un atto di fede, ma con le opportune sperimentazioni e verifiche. Per questo motivo stiamo cercando di realizzare insieme alla Regione Umbria, a un gruppo di Aziende farmaceutiche e sotto la sorveglianza dell'AIFA, un "Laboratorio di Medicina Generale" in cui sia possibile sperimentare la prescrizione diretta dei farmaci innovativi, anche in deroga alle norme regolatorie vigenti, in un contesto capace di rendicontare nel dettaglio sia le procedure che gli esiti a breve, medio e lungo termine. Un laboratorio che vorrebbe aprire la strada a sperimentazioni ben più ampie, gestite direttamente dall'AIFA con i medici di medicina generale.

Un altro tema che non possiamo trascurare è quello dei farmaci generici, facendo attenzione a non assumere un atteggiamento dogmatico, ideologico e pregiudiziale, ma cogliendo le reali opportunità che offrono.

Purtroppo i medici si sentono tirare la giacca da tutte le parti. Certamente dall'industria tradizionale del farmaco che vuole far valere l'impegno nella ricerca e nella qualità del prodotto, ma anche da quelle dei genericisti che hanno scelto di affidarsi a lobby e a norme impositive e non alla valutazione del prescrittore e dell'utilizzatore finale.

Tutto ciò determina una certa confusione nei medici che onestamente vogliono operare al meglio nell'interesse del paziente e del Servizio.

Riteniamo pertanto utile offrire alla categoria un ragionamento che può aiutarla ad orientarsi.

E' indiscutibile che un farmaco per cui è scaduto il brevetto non ha visto scadere la sua efficacia e la sua utilità, ma solo diminuire il suo costo.

Quindi deve continuare ad essere usato ogni qualvolta sia sufficiente ed adeguato alle particolari esigenze del singolo paziente. In questo caso è

doveroso preferirlo ad alternative più costose, magari per caratteristiche aggiunte, ma non necessarie al paziente.

I farmaci a brevetto scaduto devono essere preferiti sempre, dunque, quando possibile. La scelta fra prodotto con brand e farmaco generico, in assenza di elementi specifici di differenza, deve essere stabilita insieme al paziente, informandolo dell'eventuale maggior costo che il primo gli potrebbe comportare, anche in base all'esperienza clinica del medico e a quella del paziente. La scelta sarà comunque indifferente per la spesa farmaceutica pubblica.

Effettuata la scelta, il medico dovrebbe scrivere sempre “non sostituibile” sia che prescriva un farmaco a brevetto scaduto con brand sia che prescriva un generico, perché il vero problema del medico non è decidere da chi farsi tirare la giacca, ma evitare che il delicato processo della prescrizione subisca interferenze per effetto della sostituibilità.

Ciò deve valere soprattutto quando si prescrivono prodotti cosiddetti generici, perché, pur dando per assolutamente verificata la bioequivalenza, nessun prodotto comunque può essere definito identico ad un altro solo perché contiene lo stesso principio attivo. Non possiamo accettare il principio della sostituibilità neppure fra farmaci generici.

Non ci facciamo tirare la giacca né dalla tradizionale industria del farmaco, né dalle lobby pro-genericisti.

Su questi argomenti abbiamo avviato un dialogo con Federfarma che, partendo dalle reciproche esigenze e visioni, cerca di realizzare a livello di rappresentanze quella collaborazione che da sempre caratterizza i rapporti fra singoli professionisti. Perché la FIMMG guarda ai farmacisti come professionisti e non come commercianti.

Il percorso non è facile e rapido, perché se da un lato la disponibilità di Federfarma al dialogo è forse superiore alla nostra, quando si tratta di passare dalle parole ai fatti si assiste a lunghe latenze. Non me ne voglia, per questa affettuosa critica, la Presidente di Federfarma che conosce bene quanto apprezzi la politica sua e del suo direttivo in carica.

La Previdenza

Della previdenza e dell'ENPAM si parlerà molto in questo Congresso. Oltre all'intervento del Vice Presidente Vicario Alberto Oliveti, che abbiamo già ascoltato, questa sera ci sarà un incontro fra il Consiglio di Amministrazione dell'Ente e il Congresso, domani un workshop organizzato da Franco Pagano, Presidente di PrAssIs.

Non voglio in questa sede ripercorrere le polemiche strumentali che hanno colpito duramente l'Ente, che oggi sono ampiamente ridimensionate, salvo strascichi giudiziari che dovranno fare il loro corso, ma che non ci spaventano.

Tengo invece a ribadire il valore positivo dell'ENPAM che, nonostante le difficoltà obiettive di un mercato finanziario instabile e di un'economia in crisi, è riuscito a contenere, almeno fino ad oggi, le possibili e potenziali perdite, a livelli che non incideranno sulle pensioni dei medici.

Vogliamo anche testimoniare, dando voce ai componenti del Consiglio di Amministrazione appartenenti alla FIMMG e agli altri colleghi, l'atmosfera fattiva che si respira nel nuovo CDA. Salvo un'eccezione, oggi rientrata, indipendentemente dall'organizzazione e dalla categoria di provenienza di ciascun componente, il Consiglio di Amministrazione dell'ENPAM è fortemente impegnato in un processo di ammodernamento concreto della governance e della funzionalità della Fondazione.

L'elaborazione di un nuovo Statuto procede, anche se con i tempi che queste modifiche richiedono. Le procedure deputate alla gestione del patrimonio, con particolare attenzione a quello mobiliare, sono definite e saranno attive fra poche settimane. E' cominciato un approfondito riesame dell'organigramma e del funzionigramma della struttura per migliorare la sua efficienza.

Il vero problema della nostra previdenza è dato dai due vincoli che la legge impone per l'approvazione del bilancio tecnico: l'equilibrio a 30 anni e, contemporaneamente, la riserva patrimoniale sempre superiore a 5 annualità del debito previdenziale dell'anno in corso.

Dai primi approfondimenti dei tecnici attuariali risulta che, sia pure con qualche sacrificio in termini di età di pensionamento, rendimento dei contributi e aumento della percentuale di contribuzione, il nostro Ente, in

particolare il Fondo della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, nei momenti di maggior effetto della nostra “gobba” demografica regge bene conservando entità del patrimonio di assoluta garanzia, ma matematicamente inferiori al multiplo di 5 anni delle prestazioni pensionistiche erogate nello stesso anno che la legge prevede.

L’entità dei sacrifici che dovremo affrontare per garantire a tutti noi una pensione dignitosa (comunque sarà sempre superiore a quella assicurata dagli enti pubblici di previdenza), ma soprattutto per evitare l’esproprio del patrimonio, sarà da definire anche in rapporto al tempo che ci verrà concesso per realizzare un bilancio tecnico rispettoso dei vincoli.

Poniamo con forza al Governo questa richiesta di gradualità dei risultati, anche perché sacrifici enormi in tempi brevi comporterebbero una eccessiva ed inutile crescita dell’entità del patrimonio al superamento del prossimo ventennio.

La generazione che oggi prevalentemente compone questa categoria non vuole scaricare sulla prossima generazione i costi della propria previdenza, ma neppure dopo essersi fatta carico da sola dei costi di una previdenza generosa della precedente generazione, fare altrettanto con quella successiva.

La FIMMG, infine, condivide l’orientamento dell’ENPAM a farsi carico, nella misura che le è sostenibile, di un sostegno al sistema Paese, e comprende che il superamento della doppia tassazione dovrà essere rinviato a tempi migliori, ma chiede almeno di non aggravarlo correggendo il provvedimento che porta dal 12,5 al 20% il prelievo sulle rendite patrimoniali.

L’emergenza sanitaria territoriale - 118

Il sistema dell’Emergenza sanitaria territoriale – 118 vive ancora un livello di eterogeneità e confusione che riteniamo inaccettabile.

La Comunità Europea, giustamente, sollecita gli Stati membri ad adottare sistemi di accesso e di selezione delle prestazioni uniformi, efficienti e utilizzabili da qualsiasi cittadino anche se proveniente da uno Stato diverso da quello in cui si trova.

In Italia, invece, ogni Regione improvvisa un proprio modello organizzativo in relazione agli interessi di parti politiche o professionali dominanti.

Io ritengo che il Governo debba farsi promotore di un coordinamento delle Regioni nella scelta di un orientamento uniforme. La Conferenza Stato-Regioni ha invece recentemente approvato un atto di indirizzo che contiene tutto e il contrario di tutto. Un chiaro modo per lasciare che ciascuno faccia come gli pare.

Resta non risolto, e continua a generare conflitti, la provvisorietà dei meccanismi di accesso dei medici alle attività di Emergenza sanitaria territoriale. La specialità è costituita, ma non è assolutamente in grado di formare un numero sufficiente di medici specialisti. Di fatto l'unico modo del servizio di approvvigionarsi di personale medico è quello del convenzionamento, salvo poi cercare di introdurre scorciatoie e sanatorie per trasformare questi ultimi in dipendenti anche quando non sono specialisti, creando una palese e contestabile sperequazione con quanto previsto per tutti gli altri dipendenti che devono già essere in possesso del titolo di specialità.

Noi riteniamo che la specializzazione non sia requisito indispensabile, purché ogni medico che esercita l'emergenza sanitaria sia correttamente formato dalle Regioni, che hanno la potestà di farlo.

Non si tratta di aprire una competizione con gli anestesisti o con i medici specializzati in Medicina d'urgenza, perché non sosteniamo che i medici di medicina generale dell'emergenza 118 debbano avere l'esclusiva. Le caratteristiche e le competenze specifiche di ciascuno devono essere usate al meglio.

E' solo necessaria chiarezza!

Così come deve essere chiaro che, pur in un quadro di integrazione, i medici in servizio di continuità assistenziale non sono medici di riserva del servizio 118, perché svolgono una funzione completamente diversa, come è riconosciuto con chiarezza sia dalle norme europee che dal documento informativo prodotto dall'AGENAS.

Non dimentichiamo infine che il servizio di emergenza 118, non è la propagazione dell'ospedale sul territorio, ma un servizio a se stante di grande importanza.

Fra l'altro, la creazione di un vero servizio di continuità assistenziale, che coinvolga tutta la Medicina Generale, orientato non a soddisfare aspetti consumistici presenti nella domanda dei cittadini, ma a offrire continuità di

assistenza per coloro che ne hanno realmente bisogno fra i quali i cronici e gli oncologici, può servire anche a liberare risorse di personale necessarie per implementare le cure intermedie, una esigenza ormai inderogabile fra un territorio orientato alla gestione delle cronicità ed un ospedale orientato alla gestione delle acuzie.

La chiara programmazione delle funzioni che rispettivamente competono al sistema 118 e alla Medicina Generale è presupposto indispensabile ad una integrazione che non sia solo di facciata.

Conclusioni

Le opportunità per una forte rivalutazione delle Cure Primarie e della Medicina Generale nei prossimi anni ci sono tutte. La stessa sostenibilità del SSN la richiede. C'è l'attenzione e la volontà politica del Ministro della Salute e di molte importanti Regioni. Sta a noi individuare gli strumenti ed i percorsi innovativi da promuovere e sostenere per formulare un'offerta credibile, concretamente realizzabile, utile e gradita al sistema ed ai cittadini.

Non c'è più spazio per l'autoreferenzialità, per atteggiamenti di autoaffermazione di merito e di valore, che dimostrano tutta l'insicurezza di chi li proclama in modo eccessivo.

La resistenza al cambiamento, la difesa rigida delle posizioni del passato, la nostalgia, costano alla categoria più di quanto possano produrre.

Ferma deve essere la nostra identità di medici della persona e non delle malattie, distribuiti e radicati nel territorio, che operano per la tutela della salute dei cittadini attraverso un rapporto di fiducia individuale e continuato nel tempo, fondato sulla reciproca libera scelta.

In questa identità è contenuta la forza e l'utilità della Medicina Generale che non ha ancora trovato spazio per essere utilizzata al meglio e che ha pertanto ampi margini di espansione.

Solo realizzando questo cambiamento potremo affrontare le sfide della continuità dell'assistenza e dei cittadini anziani e portatori di malattie croniche, compresi i non autosufficienti.

Il cambiamento richiede disponibilità, impegno e coraggio, e la nostra categoria, in più parti d'Italia, ha dimostrato di saperle mettere in campo.

Abbiamo comunque bisogno di nuove energie, di creatività, di entusiasmi freschi.

Per questo motivo quest'anno è stata organizzata la prima edizione del Concorso FIMMG "Progetto Giovani" con il quale abbiamo voluto ragionare con i giovani colleghi su problemi e soluzioni relativi al Corso di Formazione, all'accesso e all'inizio dell'attività lavorativa.

E' stata un'esperienza molto gratificante e incoraggiante: sono giunti molti lavori di altissimo livello, fra i quali la Giuria ha dovuto sceglierne solo tre da premiare, ma soprattutto è stato incoraggiante il successo del Convegno dello scorso 8 luglio che ha visto la partecipazione di più di 250 giovani colleghi provenienti da tutta l'Italia, che ci hanno portato proprio l'entusiasmo, la creatività e le energie che cercavamo.

La FIMMG, insaziabile, ha deciso di rendere l'iniziativa un appuntamento annuale.

Perché è giusto che il Sindacato si adoperi per fare spazio ai giovani colleghi, quelli che stanno affrontando la formazione, quelli già formati, quelli che hanno recentemente acquisito il rapporto convenzionale. A loro deve offrire opportunità di lavoro e piena occupazione nei tempi più brevi possibili, a loro deve offrire attenzione e spazi concreti nelle attività sindacali.

I più vecchi offrano alla categoria il valore delle proprie esperienze aprendo ai giovani e insieme riusciremo a creare spazi reali di crescita della Medicina Generale per il futuro.

Si ringraziano per il contributo fornito alla relazione:

I componenti dell'Esecutivo Nazionale:

Stefano Zingoni, Carmine Scavone, Mauro Ucci, Saverio La Bruzzo, Malek Mediati, Silvestro Scotti, Bruno Cristiano, Celeste Russo.

I Colleghi:

Vittorio Boscherini, Fiorenzo Corti, Dario Grisillo, Fabio Lucchetti, Alberto Oliveti.

Un particolare ringraziamento alla dottoressa Mina Le Rose.