

L'ULTIMO MIGLIO...

Introduzione

Il contesto

Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale

I professionisti della sanità

La Medicina Generale e l'Assistenza Primaria (Primary Care)

Il prossimo Accordo Collettivo Nazionale

Conclusioni

Introduzione

Signor Ministro, Onorevoli Presidenti, Signori Assessori, Autorità tutte, Illustri Ospiti, Colleghe e Colleghi Congressisti, Vi do il benvenuto e Vi ringrazio per la presenza che testimonia l'attenzione ai temi che sto per trattare.

Questo è il settimo Congresso nazionale della FIMMG che ho l'onore di celebrare come Segretario e quindi la mia settima relazione.

Rileggendo le precedenti, in ciascuna delle quali ho cercato di mettere a fuoco alcuni dei mille argomenti che riguardano il pianeta sanità in generale e l'Assistenza Primaria in particolare, ho ritrovato immutato il filo logico che ha guidato la politica della FIMMG nazionale in tutti questi anni: la consapevolezza della necessità di un cambiamento radicale e l'ostinazione nel perseguirlo, lo sforzo di formulare proposte costruttive, il testardo tentativo di sostenere un confronto con tutte le Istituzioni, nazionali e regionali.

Il lavoro è stato faticoso, gli ostacoli da superare numerosi e difficili, i risultati alterni, ma anno dopo anno siamo riusciti ad avvicinarci al traguardo desiderato, tanto che siamo arrivati all'ultimo miglio in fondo al quale lo intravediamo, ultimo miglio che si presenta accidentato, cosparso d'insidie e tutt'altro che facile da percorrere.

Di questo ultimo miglio tratterò alla fine di questa relazione.

Prima di tutto voglio ringraziare i molti colleghi della FIMMG che sono specificamente impegnati su fronti diversi, tutti importanti, ciascuno dei quali richiederebbe spazio adeguato in questa relazione.

Purtroppo riesco solo a ricordare il loro lavoro di approfondimento, interlocuzione e azione su temi importantissimi quali l'emergenza sanitaria, la continuità dell'assistenza, l'assistenza ai naviganti, la medicina dei servizi, la tutela legale e assicurativa, i rapporti con le associazioni di cittadini, il volontariato nella protezione civile, il centro studi, le politiche generali dei professionisti in Confprofessioni, il progetto dei confidi, gli ordini dei medici, la comunicazione, la previdenza e l'assistenza, le politiche fiscali, la politica del farmaco, la medicina fiscale, l'assistenza nelle carceri, la digitalizzazione della sanità, la formazione continua e specifica in Medicina Generale. Su ciascuno di questi temi ci sarebbe molto da dire riguardo alle posizioni e aspettative della categoria, ma è impossibile approfondirli in questa occasione.

La FIMMG è orgogliosa di potersi avvalere di una così articolata e qualificata squadra di colleghi che contribuisce ad assicurare al Sindacato larghezza di vedute e profondità di visione, consentendogli di intervenire sempre in modo informato, competente e costruttivo.

Tre soli temi voglio ricordare perché di particolare attualità.

Lo sforzo del settore dei medici fiscali impegnati nella creazione del polo unico della medicina fiscale nell'INPS, una soluzione che comporta una razionalizzazione dell'impiego delle risorse necessarie ai controlli dei dipendenti pubblici e privati assenti per malattia e che ulteriori benefici potrà dare attraverso il previsto perfezionamento professionale degli addetti.

L'entusiasmo e la forte volontà di progresso che ispira il settore speciale dei medici in formazione specifica, giovani colleghi impegnati nell'orientamento e nella specializzazione della loro preparazione verso i temi e le specifiche della Medicina Generale, e già capaci di esprimere progettualità costruttive per migliorare il Tirocinio in Medicina Generale e rendere più veloce ed utile l'inserimento nella professione.

La recente costituzione di NetMedica Italia funzionale alla realizzazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) per il supporto che fornirà nella condivisione delle informazioni assistenziali, e comunque utile da subito a coinvolgere e a sviluppare la Continuità Assistenziale grazie alla fruibilità dei dati clinici dei pazienti. Abbiamo vicino in questo percorso Federsanità ANCI, con cui è stata costituita una Fondazione allo scopo di realizzare un cloud integrato per un modello finalmente valido di comunicazione tra la Medicina Generale e il livello specialistico territoriale e ospedaliero.

Continuiamo naturalmente ad occuparci di questi argomenti e di tutti quelli ricordati con il massimo impegno, ma molti di essi sono inscindibilmente connessi alla sopravvivenza stessa della figura del medico di medicina generale e di come lo si voglia intendere, e questo sarà il tema fondamentale che dovremo affrontare nel prossimo futuro.

Il contesto

La crisi economica, politica, istituzionale e conseguentemente sociale è sotto gli occhi di tutti, ampiamente riportata in questi mesi dai media.

Solo il futuro potrà dirci se si tratta solo di una crisi o piuttosto del drammatico inizio di una progressiva decadenza; tutto dipenderà dalla capacità di cambiare, di evolvere, che tutto il Paese saprà mettere in campo.

Purtroppo l'impressione è che siamo ancora lontani da svolte produttive. Per quanto si voglia essere ottimisti, partiti ed istituzioni appaiono ancora e prevalentemente impegnati rispettivamente in lotte di potere e di competenze, che antepongono alla tutela degli interessi dei cittadini.

Chi, come il nostro Sindacato, appartiene alla società civile ed è impegnato a contribuire con proposte innovative, almeno per quanto riguarda i settori di competenza, vede partiti, singoli politici e istituzioni distratti, sempre occupati da altre priorità.

Eppure in vari settori della società civile, stimolati dalla condizione di crisi, ci sono fermento e voglia di cambiamento.

Usando una metafora, testimone del nostro assoluto riguardo dei rispettivi ruoli, istituzioni, partiti e politici sono paragonabili a quei genitori che impegnati nel lavoro o nei fatti loro, non ascoltano i figli e finiscono per perderli, nella migliore delle ipotesi, o per essere da loro rinnegati.

Speriamo che si ravvedano in tempo.

Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale

I tagli al finanziamento del SSN, lineari o mirati che siano, sono apparentemente il peggior danno della crisi sul sistema di tutela della salute, diritto costituzionale dell'individuo e della popolazione.

Noi non possiamo schierarci che in opposizione a simili tagli, soprattutto se lineari, e abbiamo ringraziato pubblicamente il Ministro Lorenzin quando si è appresa la determinazione con cui nel Consiglio dei Ministri ha difeso il ripristino dell'attuale livello di finanziamento. Una riduzione ulteriore del finanziamento, con l'attuale *governance*, sarebbe sicuramente insopportabile e avrebbe potenziato l'effetto, già in atto, di aumentare la spesa privata per la sanità in alcuni settori della popolazione e di condannarne altri a rinunciare alle cure.

Sarebbe stato un danno incalcolabile per i cittadini, sia in considerazione dell'importanza fondamentale che l'assistenza sanitaria assume soprattutto nei momenti di crisi economica, sia per i benefici indotti dal servizio sanitario in termini di innovazione tecnologica, di composizione del PIL, di occupazione e molto altro ancora. Si sarebbe accelerato ed autoalimentato un meccanismo perverso ed inarrestabile di depotenziamento progressivo del Servizio.

Ma non possiamo indugiare troppo nel sollievo per il mancato pericolo, perché la situazione è e resterà gravissima!

Sarebbe sbagliato pensare che questa stabilizzazione sia il segnale di un'inversione di tendenza e che dal prossimo anno si possa sperare in un salvifico incremento delle risorse disponibili, sia perché non vediamo ancora la fine di questa crisi economica, sia perché i problemi di sostenibilità del SSN hanno radici precedenti e più profonde della crisi stessa.

Allora che cosa mette a rischio di sostenibilità il nostro SSN, che consideriamo in prima fila nel panorama internazionale? L'invecchiamento della popolazione? L'aumento delle malattie croniche e degenerative tipiche delle società ricche? Il progresso della tecnologia ed i suoi costi? Certo questi sono fenomeni importanti, da tenere nel massimo conto, ma sono anche l'essenza della sfida che un sistema di tutela della salute deve

affrontare in termini di evoluzione dei bisogni di assistenza, in parte sono il risultato stesso dell'efficacia della sua azione. E non sono un fenomeno improvvisamente comparso, sono decenni che se ne conoscono l'esistenza e i risvolti.

Il problema vero è che l'Italia ha fatto esattamente il contrario di quanto preconizzato nella legge istitutiva del SSN, la Legge 833 del '78. La prevenzione è stata dimenticata o quasi, tutti gli investimenti sono stati orientati a far crescere gli ospedali come funghi, il territorio è stato considerato residuale, il tutto in una logica assistenziale di attesa dell'evento indesiderato.

Errore grave, ma che può essere compreso nel contesto culturale esistente fino agli anni '80, non più da oltre venti anni. I problemi di sostenibilità del nostro SSN sono quelli che ne impediscono l'evoluzione per adattarsi al mutamento dei bisogni ed alle nuove tecnologie. Il SSN guarda ancora troppo a come è fatto piuttosto che a ciò che deve fare.

Il mondo cambia e nessuna soluzione, nessun sistema, per quanto pregevole, può immaginare di rimanere tale per sempre.

Per questo motivo furono particolarmente appropriati gli auspici del Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano che meno di un anno fa ebbe ad affermare:

"Il servizio sanitario nazionale ha fatto del nostro paese uno dei paesi più avanzati. Bisogna non regredire, bisogna non abbandonare quella scelta, non abbandonare quella postazione che è titolo di civiltà per il nostro Paese ma bisogna effettivamente sapere intervenire in modo puntuale, con grande attenzione selettiva".

"Io ritengo - ha aggiunto il Presidente Napolitano - che la prospettiva debba essere quella di proseguire nel prossimo futuro secondo quella visione che è una visione di selezione attenta degli interventi di riduzione e contenimento della spesa, attraverso provvedimenti che siano davvero di innovazione e di razionalizzazione del sistema, senza nulla togliere alla sua logica ispiratrice, senza nulla togliere ai diritti che abbiamo riconosciuto via via a tutti i cittadini ma chiedendo, anche in ragione della loro capacità effettiva di reddito, della loro effettiva capacità economica, ai cittadini che sono in condizioni di dare maggiori contributi di darli, anche al finanziamento di un sistema sanitario pubblico e, in larga misura, anche però fondato sul privato, un privato che deve sottostare a regole più severe e a controlli più oculati di quanto non si sia fatto per lungo tempo".

Nè ulteriori finanziamenti, né l'attuale gestione ragionieristica salveranno il nostro SSN, ma solo una profonda riflessione sulla struttura del finanziamento e sulla governance.

Per quanto riguarda il finanziamento è ora di cercare soluzioni chiare e durature:

- quanto deve provenire dalle "tasse", cioè da una contribuzione proporzionale al reddito;
- quanto è necessaria la partecipazione alla spesa dei cittadini al momento del ricorso alle prestazioni e se è necessaria di che entità e in che modo; e ancora,

quali devono essere i criteri e i meccanismi di esenzione; crediamo debba essere superato l'attuale sistema, francamente iniquo;

- quanto e se, i Fondi integrativi opportunamente regolamentati possono contribuire a convertire almeno parte della spesa sanitaria privata a meccanismi collettivi solidaristici; spesa sanitaria privata, spesso a rischio di inappropriato consumismo, ma sempre più spesso necessaria per rispondere a carenze di assistenza, soprattutto in malati gravi e non autosufficienti, fino a diventare una ulteriore causa di impoverimento delle famiglie.

Per quanto riguarda la gestione, si sente la mancanza di una programmazione ponderata ed articolata, e soprattutto i Livelli Essenziali di Assistenza sembrano mostrare tutti i loro limiti. La FIMMG ritiene che debbano essere profondamente rivisti sia nel contenuto che nella forma.

La programmazione per principi, che spetta al Ministero della Salute, spesso diventa un semplice invito alle Regioni e appare assolutamente insufficiente, anche perché ogni Regione poi interpreta a proprio piacimento tali indicazioni. Il risultato è che la maggior parte delle Regioni, ancora oggi, dopo dodici anni dalla Riforma del Titolo V della Costituzione, è concentrata sulla gestione dell'emergenze e non ha saputo esprimere una programmazione compiuta. Neppure l'ASSR prima e l'Agenas poi hanno saputo o potuto vicariare queste insufficienze.

Preoccupa fortemente, inoltre, il fatto che la Conferenza delle Regioni sappia essere sempre unanime nelle decisioni che si contrappongono al governo nazionale (soprattutto quando si tratta di chiedere finanziamenti, perché disavanzo significa compromettere la rielegibilità) per poi singolarmente percorrere strade così diverse fra loro, molto spesso giustificate più dalle esigenze di consenso clientelare della giunta di turno che da differenze di bisogni della popolazione. Ad ogni cambio di maggioranza regionale si assiste all'altalena dei gruppi di interesse, chi sale e chi scende.

Certamente le competenze regionali per quanto riguarda la sanità devono essere profondamente riviste, limitandole sempre più a funzioni gestionali e di perfezionamento di una programmazione nazionale forte. Anche solo per questo motivo vale la pena modificare la Costituzione. Qualche volta mi chiedo quale sia il costo assorbito dalle strutture regionali per gestire l'assistenza sanitaria e quale sia il valore aggiunto di queste gestioni. Parlo di gestioni politiche, non solo amministrative. Ventuno centri decisionali, invece di uno, con inevitabili rispettive clientele, per un settore in cui le decisioni politiche potrebbero in futuro essere concentrate in Europa.

Europa, una parola troppo spesso dimenticata nelle politiche sanitarie dei ventuno feudi decisionali regionali, come se, invece di concentrarsi in una politica sanitaria unitaria che rappresenti l'asse portante di un sistema sanitario nazionale considerato tra i migliori al

mondo per il rapporto costo/beneficio, l'obiettivo fosse quello di frammentarlo nelle diversità, per distruggerne le caratteristiche fondanti, come la difesa di una spesa pubblica che è, invece, investimento, visti i risultati e che sono invece le peculiarità che dovremmo portare in Europa.

Prendiamo ad esempio il tanto doloroso riordino della rete ospedaliera, impostato correttamente su uno schema di HUB e SPOKE. E' possibile realizzarlo su una dimensione regionale? Come è possibile garantire alla popolazione italiana le vere eccellenze e concentrazione di competenze, tecnologie e ricerca in modo sostenibile con una programmazione regionale? La mobilità viene considerata un fenomeno negativo perché tali sono le ripercussioni sul sistema di finanziamento delle Regioni. E a breve avremo a che fare con la mobilità transfrontaliera. Ma è sbagliata la mobilità dei cittadini o è sbagliato il sistema di finanziamento?

Che senso ha moltiplicare i centri trapianti o i centri oncologici sul territorio nazionale, comunque i centri di particolare eccellenza? Con le risorse risparmiate da una moltitudine di "HUB" inadeguati ed esuberanti si potrebbero costruire superHUB concentrati in pochissime sedi di eccellenza e ricerca, e sostenere le spese di mobilità e comunicazione dei cittadini. Sono certo che in Italia saremmo capacissimi di raggiungere livelli internazionali di eccellenza, richiamando pazienti anche dall'estero. Naturalmente i grandi HUB dovrebbero essere programmati, finanziati e gestiti direttamente dallo Stato, in attesa che si arrivi all'Europa. Il livello degli SPOKE può giustamente essere affidato alla gestione regionale, purché coerente e scientificamente coordinata dall'HUB.

Crediamo che il SSN italiano abbia bisogno di un Ministero della Salute forte, responsabilizzato anche nella gestione dei finanziamenti, ma non succursale del Ministero dell'Economia. Anzi le competenze del Ministero della Salute dovrebbero essere allargate all'assistenza sociale.

Per quanto riguarda l'aziendalizzazione della sanità, la FIMMG non è in grado di esprimere un giudizio generale, perché di vere aziende ne ha viste poche. L'impressione è che poche aziende abbiano potuto godere del vero mandato e degli strumenti necessari ad esercitarlo, sempre compresse da vincoli di sistema e da mandati politici del governo regionale di turno.

I professionisti della sanità

Medici, veterinari, farmacisti, infermieri, tecnici, assistenti sociali, tutti professionisti individualmente depositari delle competenze necessarie ad erogare assistenza. Competenze maturate in anni di studio e di lavoro dopo l'Università. Questo è il vero grande patrimonio del SSN italiano.

Gente che lavora, che si assume responsabilità, che per quanto oppressa dalla burocrazia non potrà mai essere ridotta a semplice esecutore, perché per essere professionista della sanità, in qualunque ruolo, bisogna farsi carico personalmente, anche solo per il tempo contingente, della persona che si ha davanti.

E' difficile oggi, per tutti questi professionisti e soprattutto per quelli che lo fanno con impegno e dedizione, lavorare con serenità. Ogni decisione presa in scienza e coscienza, magari con qualche sofferenza dovuta alla sensazione di non poter fare di più, può rivoltarsi contro sotto forma di colpa da risarcire e da espiare. Il problema della responsabilità professionale coinvolge ogni istante della vita dei professionisti della sanità e richiederebbe la stessa attenzione riservata ai magistrati nel delicato esercizio delle loro funzioni.

Sia chiaro, è sacrosanto che il cittadino abbia diritto ad un risarcimento per i danni eventualmente subiti, ma non è accettabile che la richiesta risarcitoria sia sistematica e rappresenti quasi un tentativo d'indennizzo sociale ed economico alla disgrazia della malattia, fra l'altro con procedure che comportano una condanna morale del professionista prima ancora che siano accertati i fatti. La maggior parte delle cause finiscono con l'assoluzione, ma quei professionisti hanno già scontato la pena ingiustamente.

E' umiliante, inoltre che tutto ricada sulla testa dei professionisti, quando la loro attività è esercitata in contesti e con strumenti che sempre più spesso vengono decisi da altri cui sono gerarchicamente sottoposti.

Anche i medici di medicina generale e i medici convenzionati in generale sono esposti a questi problemi e sono spesso costretti a ricorrere a comportamenti ascrivibili alla cosiddetta "medicina difensiva", che tanti danni indirettamente comporta alla sostenibilità del SSN, e in qualche caso alla salute stessa dei cittadini, ma il fenomeno è davvero drammatico e ha raggiunto livelli di insostenibilità per chi lavora in ospedale o nelle aziende pubbliche.

Per questo la FIMMG esprime tutta la sua solidarietà ai colleghi che operano negli ospedali e che negli ultimi anni sono stati fortemente danneggiati e umiliati come professionisti, sempre più condizionati nella loro attività da un sistema gerarchico che risponde alla politica e all'economia.

Probabilmente l'attività dei medici strutturati, ma forse anche degli altri professionisti della sanità, non è compatibile con l'attuale profilo giuridico del pubblico dipendente italiano. Non è sufficientemente tutelata e valorizzata l'autonomia che insieme alla responsabilità sono gli elementi fondamentali della professione.

La FIMMG è solidale con la loro richiesta di avere un'area contrattuale specifica nell'ambito del pubblico impiego, e un contratto collettivo di lavoro che parta dalle loro specificità.

La sanità italiana deve essere liberata dalle pastoie del pubblico impiego così come attualmente previste e non può aspettare una riforma legislativa e culturale che richiederà molto tempo. La Sanità deve essere liberata dall'ipocrisia della forma, dietro la quale si nasconde la sostanza dei meccanismi clientelari che nulla hanno a che fare con gli interessi di salute della popolazione.

I professionisti della sanità devono avere luoghi e tempi per condividere, fra loro e con chi gestisce, gli obiettivi e i percorsi in cui sono coinvolti. In questo si sostanzia la vera integrazione professionale. Magari cominciando col definire sul piano nazionale Livelli Essenziali Organizzativi.

Attenzione alle scorciatoie, si guardi il SSN dai guru dell'organizzazione e dagli "advisory" che hanno in tasca le soluzioni strutturali e organizzative giuste, cui tutti devono aderire con fede. Possono ammazzare più gente di un chirurgo improvvisato.

Grande attenzione, infine, deve essere riservata alla formazione dei futuri professionisti della sanità. Basta con una formazione di base e specialistica fatta su misura per le esigenze dell'Università e degli universitari. Fa gridare allo scandalo che non potendo aumentare il finanziamento delle Università, queste, in barba alle esigenze del sistema sanitario, invece di accorciare la durata delle scuole di specialità, abbiano ottenuto che sia ridotto il numero delle borse di studio. Bene il provvedimento della Legge di stabilità che accorcia la durata dei corsi da 5 a 4 anni e speriamo che i perfezionamenti, peraltro necessari, che verranno introdotti nell'iter parlamentare, non vanifichino l'intenzione. Dopo la formazione di base, la specializzazione ed il Corso di Formazione in Medicina Generale potrebbero essere svolte anche combinando alla formazione periodi di lavoro come gli esperti internazionali insegnano, in ospedale o sul territorio, con certificazioni di attività svolte.

La Medicina Generale e l'Assistenza Primaria (Primary Care)

Dovrebbe essere arrivato il momento di decidere una volta per tutte come dovrà essere sviluppata l'Assistenza Primaria nel nostro SSN. Certamente, questo sarà uno dei contenuti fondamentali del Patto per la Salute, sempre che le Regioni non esprimano altre pregiudiziali.

L'argomento è vasto e richiederebbe uno spazio eccessivo per essere esplicitato in modo sistematico in questa relazione. In altre sedi siamo sempre stati disponibili ad offrire il nostro contributo.

Procediamo quindi solo per enunciazioni che richiamano il nostro punto di vista.

La Medicina Generale non coincide con l'Assistenza Primaria, anche se per noi rappresenta una componente fondamentale e centrale.

L'Assistenza Primaria è orientata a garantire tutta l'assistenza sanitaria e sociale necessaria e possibile in condizioni di prossimità, non solo fisica ma anche culturale, alla comunità e agli individui che la compongono.

Una delle caratteristiche fondamentali che deve avere l'Assistenza Primaria è quella di erogare le prestazioni al più basso livello di complessità organizzativa possibile, quindi deve poter contare su un altissimo grado di flessibilità orientata alle esigenze dell'individuo.

Un'altra caratteristica importante è che le risposte appropriate alle esigenze del cittadino devono essere "compiutamente soddisfatte" per la maggior parte nel più breve tempo possibile e, possibilmente, in un'unica sede.

Non esiste un confine netto fra Assistenza Primaria e quella cosiddetta di secondo e terzo livello. Possono essere individuate fasce marginali fra i livelli che devono essere oggetto di oculata e graduale conversione.

L'integrazione professionale, anche con gli altri livelli di assistenza, deve avvenire prevalentemente in sede di "back office". In altre parole il cittadino non deve essere costretto ad interpretare e trasmettere le richieste e le risposte di ciascun operatore, ma deve avere un interlocutore prevalente con cui dialogare.

Su ciascun delle affermazioni appena esposte ritengo ci possa essere un'ampia condivisione, ma attenzione, non è facile realizzare il combinato disposto di tutte le affermazioni. Riuscire ad arrivare al risultato finale richiede tempo, impegno costante e una coerenza che è difficile immaginare nelle realtà politiche di ventuno Regioni diverse.

Non basta dunque immaginare il risultato finale, ma è di fondamentale importanza procedere per step successivi, se si vuole fare una programmazione credibile e sostenibile.

La FIMMG è pronta e disponibile a sedersi ad un tavolo per definire ogni passaggio, mentre non accetta e combatterà ogni demagogica scorciatoia, da qualsiasi parte politica provenga, che sia finalizzata a raccogliere consenso in prospettiva elettorale.

Per esempio, abbiamo condiviso come traguardo finale la realizzazione delle Unità Complesse di Cure Primarie - UCCP (terribile nome di assonanza sovietica impostoci dalla SISAC), che comprendono le cosiddette Case della Salute, Utap, Cap, ecc., ma non abbiamo mai voluto accettare chiavi in mano ciò che ciascuna Regione potrebbe inventarsi per dar corpo ad una semplice denominazione, spesso in dispregio del buon senso e dei vincoli convenzionali esistenti.

Esiste il gravissimo rischio che in queste sedi di Assistenza Primaria vengano trasferite logiche organizzative e gestionali identiche a quelle che hanno caratterizzato gli ospedali che oggi si devono chiudere; sarebbe il colpo definitivo alla sostenibilità del SSN.

Esiste il chiaro pericolo che modelli pensati in Regioni cosiddette "virtuose" negli ultimi dieci anni, siano venduti alle altre Regioni come soluzioni con garanzia di

“virtuosità”, ma ciò è drammaticamente falso. Al di là del fatto che nella maggior parte dei casi si tratta di idee e non di esperienze concrete e compiute, quante Regioni si salverebbero dal disavanzo se dovessero rispettare una simile programmazione?

Prima devono essere messi a punto gli aspetti funzionali. Poi, ottenuti i risultati di una vera integrazione professionale, modificando il modo di lavorare di ciascuno e avvalendosi di strumenti ormai irrinunciabili quali la digitalizzazione vera della sanità per avvicinare i servizi al cittadino, si potrà pensare a collocare i professionisti in sedi, comunque chiamate, ma finalmente funzionali alle esigenze dell’assistenza e dei professionisti che la devono garantire.

La FIMMG attribuisce grande importanza al prossimo Patto per la salute e chiede ufficialmente al Ministro Lorenzin un preciso impegno a valutare, prima della sua stesura definitiva, i contributi dei sindacati più rappresentativi dei professionisti della sanità.

Il prossimo Accordo Collettivo Nazionale

Affrontiamo ora nel merito l’ultimo miglio cui ho accennato all’inizio, naturalmente sperando che non si tratti dell’ultimo miglio verde che in alcuni stati americani termina con l’esecuzione capitale.

Il prossimo ACN rappresenta per la FIMMG un traguardo importante, cui si è dedicata in questi ultimi sette anni. L’occasione di una profonda riforma delle norme che hanno regolato e condizionato la Medicina Generale nei trenta anni precedenti.

L’abbiamo chiamata Ri-fondazione della Medicina Generale ed è stata pensata partendo da un’analisi di tutte le criticità che avevano contribuito ad una progressiva emarginazione di fatto della Medicina Generale dal SSN, portandola su un percorso di declino invece che di progresso. Era ormai diventato evidente che la Medicina Generale, al di là delle dichiarazioni ufficiali, nella testa di gran parte dei decisori tendesse ad essere considerata un problema piuttosto che un’opportunità.

A difenderci un baluardo costante nel tempo: il rapporto di fiducia individuale continuato nel tempo, il cui valore ci è riconosciuto dall’80% della popolazione in tutti gli studi demoscopici, soprattutto nelle fasce di popolazione che hanno più bisogno di assistenza e che dispongono di meno risorse per autogestirsi.

Ma non è solo la gente che ci vuole e ci stima, naturalmente con le dovute eccezioni, lo dimostrano anche indicatori diversi: è appurato che i sistemi sanitari che prevedono il medico di medicina generale con lista di assistiti dimostrano un’efficienza superiore; negli Stati Uniti offrono incentivi economici e utility a chi si impegna a fare il medico di medicina generale perché si sente la mancanza di questa figura; la categoria dei medici di medicina generale è quella che meno è esposta a contenziosi con gli assistiti.

Il rapporto di fiducia fra medico e assistito non è solo un elemento importante di umanizzazione dell'assistenza sanitaria, è anche uno strumento di formidabile potenza; basti ricordare che le campagne di prevenzione, da quelle vaccinali a quelle di screening, ottengono adesioni fino a dieci volte superiori quando vi è impegnato il medico di medicina generale.

La Ri-fondazione, con il ruolo unico, con il lavoro in squadra, con l'eliminazione della concorrenza fra colleghi, con una ristrutturazione del compenso che offra al medico le condizioni e le motivazioni per raggiungere obiettivi di assistenza e infine l'introduzione della rendicontazione (accountability), prima di tutti a se stessi, delle attività e dei risultati, non è la programmazione dell'Assistenza Primaria, né un modello strutturale.

E' il perfezionamento di uno strumento: la Medicina Generale, che può essere adattato a qualsiasi modello erogativo di Assistenza Primaria, ma che afferma e sostiene le condizioni nell'ambito delle quali i medici di medicina generale possono esprimere al meglio la loro funzione.

Tutti i Ministri della Salute che abbiamo conosciuto in questi sette anni, a cominciare dal Ministro Turco, poi il Ministro Fazio, il Ministro Balduzzi e ora il Ministro Lorenzin, hanno compreso le buone intenzioni delle nostre proposte ed hanno cercato, tutti, di sostenerle.

La Conferenza delle Regioni invece le ha sempre ignorate, per essere più precisi le ha francamente osteggiate. Nelle singole Regioni il comportamento è stato come sempre eterogeneo. Solo una Regione, la Toscana, ha attinto ampiamente dalle nostre proposte, proprio nella realizzazione del suo modello di Assistenza Primaria.

Le relazioni sindacali fra FIMMG e Regioni negli ultimi anni si sono fortemente deteriorate, fino a sfiorare la completa rottura. Devo riconoscere all'Assessore Montaldo, Presidente del Comitato di Settore, di essersi adoperato e di essere impegnato nel tentativo di recuperare almeno un confronto finalmente civile e sorretto da un'etica contrattuale, dalla quale noi non abbiamo mai derogato, nonostante atteggiamenti e azioni che ci sono apparsi prepotenti e arroganti da parte della SISAC e di chi, tra le Regioni, si attribuisce in modo autoreferenziale un ruolo di guida rispetto alle altre Regioni nella progettazione della futura Assistenza Primaria.

In questo difficile contesto ci avviciniamo alle trattative per la riscrittura radicale dell'ACN.

Nel momento in cui scrivo questa relazione non conosciamo ancora il contenuto preciso dell'atto di indirizzo, anche se il Presidente Montaldo ne ha illustrato la scaletta ai sindacati rappresentativi. Quella scaletta conteneva elementi di preoccupazione, ma nessuno ostativo di per sé all'avvio delle trattative. Valuteremo il testo definitivo.

Una cosa è certa, non potremo accettare indicazioni e declinazioni applicative che non siano coerenti rispetto al nostro profilo giuridico di liberi professionisti convenzionati. L'eventuale presenza di questi contenuti nell'atto di indirizzo ci costringerebbe a respingerlo prima ancora di iniziare le trattative, così come, nel corso delle stesse, l'introduzione di norme non coerenti con il nostro richiamato profilo giuridico ci obbligherebbero ad interromperle.

Un profilo giuridico che vorremmo fosse dettagliatamente descritto nelle premesse della convenzione perché troppo spesso legali e magistrati ci confondono con i dipendenti pubblici. Un profilo giuridico cui tutte le norme dell'ACN dovranno necessariamente essere coerenti. Questo è il punto più fermo e irrinunciabile che poniamo all'attenzione della controparte.

Conclusioni

La FIMMG lavora per contribuire alla sostenibilità del SSN, per una buona Assistenza Primaria, per la qualità del lavoro dei medici di medicina generale e per offrire ai giovani che ci seguiranno una professione in cui valga la pena impegnarsi, che sappia garantire adeguate soddisfazioni a chi ben lavora; vogliamo lasciare loro la possibilità, così come è stato per le generazioni che li hanno preceduti, di provare gioia per aver aiutata una persona e sofferenza per non esserci riusciti, in altre parole ciò che a questa generazione qualcuno cerca di negare: l'orgoglio di essere medici di medicina generale.

Si ringraziano per il contributo fornito alla relazione i componenti
dell'Esecutivo Nazionale FIMMG

Un particolare ringraziamento va ai colleghi:

Paolo Misericordia, Silvestro Scotti, Stefano Zingoni
e alla Dott.ssa Mina Le Rose