

Colleghe, Colleghi, graditi Ospiti,

benvenuti al 77° Congresso Nazionale FIMMG.

Grazie a tutti Voi, ai rappresentanti politici, ai dirigenti e ai funzionari delle Istituzioni nazionali, regionali e locali, al Presidente della FNOMCEO Filippo Anelli, al Presidente della CAO Raffaele Iandolo, ai Presidenti di Ordine, al Presidente dell'ENPAM Alberto Oliveti, ai rappresentanti di altre associazioni professionali, alla rappresentanza dei cittadini e delle associazioni dei pazienti, Cittadinanzattiva, oggi presenti e a tutti quelli che, seppur non presenti, ci hanno partecipato vicinanza e sostegno in occasione di questo Congresso.

Dopo il dovuto ringraziamento a chi è qui, permettetemi di ringraziare le migliaia di Medici di Medicina di famiglia, Medici di Continuità Assistenziale, Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale, Medici di Medicina dei Servizi, Medici penitenziari, Medici fiscali, Medici del personale marittimo che possono essere oggi collegati con noi per questo Congresso che è, al contempo, quasi intimo per il numero inusuale di presenze per un congresso FIMMG, ma nazionale per la possibilità di partecipare via web sia ai lavori scientifici che a quelli politici.

Questo Congresso è nato come una sfida, una sfida ad un nemico invisibile che sta cambiando radicalmente le nostre abitudini di vita ma a cui andava opposta una risposta in presenza, in ossequio alla necessità di garantire che alcune attività, fondate sulla relazione personale e sul contatto, debbano essere comunque possibili, naturalmente in sicurezza.

Ed il valore della relazione umana, del contatto interpersonale è uno dei nostri valori fondamentali, la caratteristica peculiare, se non esclusiva, dei Medici di Medicina Generale.

La rinuncia, da parte del Sindacato maggiormente rappresentativo e più numeroso dell'area medica, alla possibilità di un confronto in presenza, anche se in maniera numericamente limitata, sarebbe stato come ammettere una sconfitta.

Sarebbe stato accettare un'amputazione del nostro ruolo, se avessimo rinunciato alla possibilità di discutere tra noi, guardandoci negli occhi, su quali possano essere le soluzioni per fare in modo, come dice il titolo di questo Congresso, di portare la Medicina Generale oltre la pandemia.

Ma il grazie più forte, più sentito va a quelli che io voglio definire in questa relazione come gli assenti-presenti ossia a tutti quei colleghi che oggi non hanno potuto essere qui perché travolti dal Covid-19.

Questi Colleghi molti, troppi, lasciano un segno di presenza così profondo da rappresentare una cicatrice insanabile del nostro essere rappresentanti di questa categoria professionale.

Sono stati mesi bui.

Da allora e ancora oggi ci interroghiamo su cosa avremmo potuto fare e non abbiamo fatto. Questa domanda, credo, ci resterà irrisolta per tutta la vita.

Sarei però ingiusto se non ricordassi che ci sono state delle azioni che hanno fatto rinascere una fiammella, una speranza nel buio profondo di questo dolore.

Come raccogliere 5 milioni di euro grazie a donazioni che, nel momento di massima crisi nell'approvvigionamento dei Dispositivi di protezione individuale, ci hanno permesso di acquistarli per mandarli nelle zone a rischio e ai colleghi in difficoltà: come non ringraziare Antonio Gaudio e Cittadinanzattiva per la fattiva vicinanza; come non

sottolineare la vicinanza di ognuno di quelle migliaia di cittadini che versando anche solo un euro ci hanno confermato, per l'ennesima volta, il valore che danno al proprio medico di famiglia tanto da volersi caricare il problema di prendersi cura di noi.

Ancora oggi molti pazienti quando ci chiamano ci chiedono: Dottore come state?

Quasi che il mondo si fosse capovolto, dimostrando un'attenzione che non può essere correlata solo al rapporto professionale ma è figlia di una relazione personale, umana, e direi unica, nel suo genere, nel SSN: in un'unica parola "familiare".

Come non riconoscere al Ministro Speranza, la sua vicinanza, anche in questi termini.

Perché durante quel periodo, in cui le cose dovevano essere sequenziali, anzi ovvie, come quella che un'azienda sanitaria dovesse proteggere tutte le proprie risorse umane, comprese quelle della Medicina Generale, è invece stato necessario intervenire con una legge, per ottenere -come un diritto nostro e come un dovere per i direttori generali- che anche i medici convenzionati fossero protetti.

Ma su questo va detto e non nascosto che l'emanazione di una legge dello Stato non sempre garantisce la sua dovuta applicazione.

Noi per questo oggi chiediamo con forza

che siano rimossi dai loro incarichi i direttori generali che non assolvono a un dovere di legge

a un dovere che rimane qualora fossero medici, anche un dovere etico e deontologico rispetto ad altri Medici

chiediamo al Governo

che ci sia una commissione di inchiesta perché non si continui a far finta di niente rispetto alla tutela di un settore strategico come il nostro,

rispetto al dover gestire anche per noi la sicurezza nell'attuale fase endemica del SARS-CoV-2.

Pensare di poter gestire pazienti asintomatici o pauci-sintomatici -e quindi di difficile inquadramento diagnostico- senza mettere in condizione questi medici di avere le giuste protezioni ci appare inimmaginabile e credo sia arrivato il momento di non fare più sconti a nessuno.

Da anni sosteniamo il nostro ruolo in autonomia ma con responsabilità: ebbene se le aziende non sono capaci di organizzare i fabbisogni di tali dispositivi per la Medicina Convenzionata trasferiscano a noi le risorse e noi ci occuperemo di garantire in sicurezza i Colleghi come abbiamo fatto nei periodi più critici.

Questo mi permette anche di ringraziare il Commissario Arcuri e, contestualmente Filippo Anelli, nell'impegno profuso per creare, in accordo con il Ministro, una distribuzione in emergenza di Dispositivi di Protezione Individuale, durante il lockdown, attraverso gli Ordini, garantendo anche alla Medicina Generale dotazioni di mascherine adeguate per caratteristiche e numero.

In continuità con questo impegno, oggi viene anche garantita, attraverso uno specifico protocollo di intesa tra FNOMCeO e Protezione Civile, la possibilità di un acquisto a costi contenuti dei Dispositivi di Protezione Individuale.

Sarebbe veramente paradossale che mentre i medici aspettano che la governance delle aziende sanitarie si ricordi di loro, che quegli stessi medici debbano aspettare senza poter agire con ciò che è sempre stata la nostra forza:

autonomia,

ruolo,

responsabilità,

tutti concetti che hanno trovato sempre nell'adattabilità resiliente di questa categoria le risposte migliori.

Qualcuno oggi sembra dimenticare che la riduzione del coinvolgimento e dei decessi nella medicina di famiglia, ma anche la migliore organizzazione dell'accesso agli ospedali e a tutte le strutture sanitarie, sono figlie di un triage telefonico ideato, gestito e realizzato dalla medicina di famiglia mentre, in prima battuta, si orientava la richiesta di triage sulle centrali operative del 118 che ben presto non riuscivano a reggerne l'impatto.

Al ministro Speranza dobbiamo anche una risposta apparentemente economico-contrattuale ma in realtà di investimento fiduciario sulla Medicina Generale, ovvero il riconoscimento immediato degli arretrati contrattuali e l'adeguamento dei nostri emolumenti al valore previsto per l'ACN 2016-2018 grazie all'Art. 38 del Decreto Liquidità (DL 8 aprile 2020, n. 23).

Nei commi di quell'articolo, seppur in maniera embrionale, si leggono obiettivi di investimento di tipo organizzativo in quello che rappresenta, in questo momento, il sogno di questi medici di famiglia -e quindi di questo sindacato- di rendere strutturale la nuova unità elementare di cure di prossimità, quel famoso microteam di cui parliamo da anni inascoltati.

Ebbene il microteam assume ruolo in quell'articolo,

diventa il soggetto capace di rispondere, nell'arco della giornata, alle richieste del cittadino

offrendo una capacità di presa in carico a maggiore specificità assistenziale grazie all'azione

non più del solo medico ma del medico e del suo team, composto da figure diverse e specifiche per caratteristiche e funzioni assistenziali,

un team consolidato dall'estensione della fiduciarità riconosciuta al medico e trasferita anche ai collaboratori presenti nel suo studio.

Altro strumento, in continuità con quanto partito proprio un anno fa a questo Congresso, è il comma dello stesso articolo che sottolinea la necessità di investimento di risorse verso una mini tecnologia,

quella dei pulsiossimetri, che non era altro che un'ennesima provocazione su un investimento che oggi rimane fermo nonostante fosse contenuto nella legge finanziaria dell'anno scorso: mi riferisco ai famosi 236 milioni di euro.

Ebbene Ministro, appare paradossale, che nonostante una legge finanziaria di stanziamento,

nonostante una legge che prevede che una parte di quel finanziamento possa essere utilizzato per dare migliori capacità di cura, anche a distanza in periodo Covid, alla medicina di famiglia, a tutt'oggi quelle leggi restino inascoltate.

Siamo certi che nella Sua replica ci saranno risposte a questo tema che sappiamo caro a Lei quanto a noi.

Abbiamo però bisogno che questa fase di disinvestimento e di stallo, guarda caso quando si parla di Medicina Generale, trovi una fine.

E noi ci appelliamo a Lei, perché il Governo e le Regioni, nei loro diversi modelli organizzativi decentrati, chiariscano una volta e per tutte quale ruolo vogliano dare alla Medicina Generale:

non vogliamo più accettare che questa valorizzazione sia sempre descritta nella volontà di tutti ma mai realizzata nella pratica della vita quotidiana di questi medici e dei cittadini che essi assistono.

Temi come

la sanità digitale e il suo sviluppo, oggi finalizzata a far riprendere le cure ai nostri assistiti sia di primo che di secondo livello, ricordando a noi e agli altri che la telemedicina trova particolare utilità e forza nei sistemi retti dal rapporto fiduciario,

l'investimento verso una Medicina Generale che si dota di personale per costituire i microteam per migliorare il processo assistenziale e ridistribuire i carichi di lavoro aumentando efficacia ed efficienza,

e infine l'investimento sui professionisti con la qualificazione di una quota capitaria che oggi non appare più sufficiente né a motivare i medici già presenti nel processo, né i giovani che dovrebbero aspirare ad entrarci

qualificazione che dovrà sottolineare il merito, la produttività, la capacità organizzativa, l'erogazione di servizi assistenziali aggiuntivi allo standard ovvero

capace di produrre salute per i nostri assistiti ed economia di scala per il Servizio Sanitario Nazionale

qualificazione che deve far riattivare la leva tipica di un sistema libero professionale, ossia la competitività tra i professionisti rispetto al valore di una scelta fatta dal cittadino che non sia semplicemente numerica ma pesata sulla qualità di assistenza erogata.

Per tutto questo serve che ci sia attenzione verso la Medicina Generale rispetto agli investimenti quali il Recovery Fund e, se si decidesse di richiederli come speriamo, del MES, il Meccanismo Europeo di Stabilità.

La garanzia rispetto a tali investimenti potrebbe essere rappresentata proprio dalle caratteristiche tipiche della libera professione convenzionata ovvero la capacità di investimenti che possono essere di periodo, di situazione, di necessità adattandosi alla esigenza dell'obiettivo di salute senza creare debito pubblico diretto.

Essere attori delle soluzioni significa accettare le sfide.

Noi rilanciamo, vogliamo la diagnostica nei nostri ambulatori, vogliamo il superamento dei piani terapeutici, vogliamo un collegamento con la sanità

digitale che crei quell'integrazione vera, cosiddetta "ospedale-territorio", anche se avrebbe più senso dire "territorio-ospedale".

Ma non possiamo fermarci qui.

Analizzare i contesti senza fare valutazioni di autocritica, ci porterebbe ad essere accusati di autoreferenzialità.

Proverò a descrivere quali siano le criticità che oggi finiscono per deprimere i modelli produttivi di una categoria, deprimendone le motivazioni.

Un dibattito parlamentare che mette continuamente in discussione, con decine di emendamenti, il destino, il futuro, la consistenza stessa della Formazione per diventare Medico di Medicina Generale, non appare la soluzione ai nostri problemi anzi dissuade i giovani dall'identificarsi in una figura che in ogni momento potrebbe essere resa equipollente ad altre discipline che, per carità, mantengono le proprie peculiarità di accesso ma mai le concedono a chi si è formato in Medicina Generale e ambiscono invece a creare la possibilità, con modelli di formazione conseguentemente discutibili, di accedere al ruolo di Medico di Famiglia.

? Non permettere ai programmi del Corso di Formazione in Medicina Generale di adeguarsi alle nuove e sfidanti richieste del SSN per questo ruolo, a quei temi che citavo prima, come la diagnostica nei nostri studi, la capacità di presa in carico del paziente con patologie croniche, la sanità digitale o la semplice organizzazione del personale e delle prestazioni da esso erogabili all'interno del microteam, quale livello motivazionale potrà mai dare ai nostri giovani?

Forse il Parlamento potrebbe impegnare meglio il suo tempo a ragionare su come accelerare l'ingresso dei nostri giovani nel mondo del lavoro, rendendo il Corso di Formazione in Medicina Generale, un corso di Formazione-Lavoro e riconoscendogli nella denominazione, una volta e per tutte, quello che è il diritto di nomenclatura di una disciplina:

Specializzazione in medicina generale

e, conseguentemente programmandone i numeri e le risorse per le borse in coerenza con i fabbisogni.

Fabbisogni che non sono legati ad una maggiore richiesta/offerta di Medici di Medicina Generale quanto piuttosto al notevole ricambio generazionale, totalmente trascurato fino a pochi anni fa e ancora oggi

affrontato con soluzioni di finanziamento tampone da definire ogni anno, insufficienti alle carenze che ormai sono presenti sul territorio e che il Covid-19 potrà solo accelerare.

Impensabile non considerare l'età media, lo stato di salute della popolazione professionale dei MMG soprattutto quando questa stessa popolazione deve sfidare un nemico invisibile che può fare particolarmente paura ad un professionista anziano, portatore di malattie croniche e quindi con fattori di rischio maggiori.

Non immaginare soluzioni di “scambio generazionale”, come lo chiama Alberto Oliveti, superando il concetto di “patto”, per dare dinamicità al trasferimento tra medici anziani e quelli giovani con scambi reciproci di competenze, di responsabilità, di aiuto, di energia sarebbe non solo colpevole ma, come è accaduto per l'Ospedale, realizzerebbe anche nel territorio la mancanza della progressiva crescita delle generazioni professionali che si succedono con un'osmosi di competenze e valori che arricchiscano tanto il Medico anziano che quello più giovane.

Impossibile poi non affrontare, in questa sede ed in questo momento, il tema della vaccinazione antinfluenzale.

Anni di faticose campagne vaccinali e di counselling sui pazienti, di lavoro sugli esitanti, oggi sembrano spazzate via con una corsa al vaccino da parte dei nostri pazienti spinti più dalle paure che, in molti casi dalla necessità, ai quali comunque dobbiamo dare risposte e dobbiamo porci il problema di che tipo di risposta dare.

? Confrontarsi con posizioni che affermano che per vaccinare di più servano più punti di accesso è veramente la soluzione?

? Non avere ancora sistemi sincroni tra chi vaccina e chi deve monitorare l'uso delle dosi vaccinali e la garanzia degli aventi diritto all'accesso alla vaccinazione, ci permette davvero di avere punti di accesso non fiduciari, erogatori di una vaccinazione occasionale in assenza di informazioni cliniche personali sui fattori di rischio?

Noi crediamo di no. Crediamo invece che una programmazione più efficiente delle gare regionali, una sintesi successiva in Conferenza delle Regioni con una

eventuale distribuzione solidale, ove necessaria, avrebbe creato meno problemi a medici e pazienti.

Nessuno mette in discussione le difficoltà del periodo, l'impegno sostenuto dai Dipartimenti di prevenzione, dalle singole Regioni e dal Governo in un momento di emergenza sanitaria come quella che abbiamo vissuto e stiamo vivendo ma nessuno potrà negare che la programmazione e la realizzazione della campagna vaccinale antinfluenzale di quest'anno era parte di quel problema e insieme ne era soluzione.

Ma il problema è un altro: su ogni azione, investimento, ristrutturazione dei modelli di offerta assistenziale del territorio, quello che viene sempre più spesso messo in discussione è il ruolo del medico e molte volte del medico di medicina generale.

Sembra quasi che qualcuno in questo paese abbia deciso un task shifting funzionale senza soprattutto consultare i cittadini affermando con chiarezza che cosa si vuole faccia un medico, faccia un infermiere, faccia un farmacista piuttosto che confonderli nei ruoli in un europeismo funzionale di facciata perché sempre mono direzionale.

Dopo aver discusso

dell'infermiere di famiglia nel Distretto a dipendenza,

del farmacista vaccinatore,

? perché non si discute della distribuzione dei farmaci diretta dai sistemi di cure primarie, prevista in Europa?

Noi riteniamo che, con queste rivalutazioni, contraddiciamo i risultati che l'attuale assetto delle professioni sanitarie realizza nel nostro Servizio Sanitario Nazionale, considerato per risultati e spesa tra i primi al mondo forse grazie anche alla coerenza dei ruoli e delle funzioni specifiche offerte, fino ad oggi, ai cittadini nostri pazienti.

Negli ultimi mesi, sulla base del vissuto delle criticità ma anche delle soluzioni proposte, il Ministro Speranza sta sostenendo come riferimento su cui riorganizzare il SSN la prossimità.

Dobbiamo chiederci che tipo di valore però diamo alla prossimità.

La prossimità, infatti, può definire un valore di spazio e un valore di tempo. Qualche anno fa proprio in una relazione congressuale abbiamo sostenuto la

rappresentazione del medico di famiglia per km quadrato invitando a considerare in quale spazio si possa esplicitare un'offerta di medicina di famiglia.

Ma in un ambito di Cure primarie, gli spazi rappresentano anche i tempi per il contatto tra medico di famiglia e i suoi pazienti con una difficoltà per entrambi in dipendenza se l'offerta di assistenza sia domiciliare o ambulatoriale.

Il tema pertanto andrebbe affrontato partendo dalle risposte elementari che si possono dare nei territori più dispersi.

L'Italia è, infatti, caratterizzata da un'offerta di mobilità, da tempi di percorrenza, alternanza di territori rurali e metropolitani, isole e comunità montane, con una diversità tale di logistiche che la risposta alla prossimità non potrà mai essere unica.

Il sistema ha bisogno delle capacità della medicina di famiglia di poter adattare la propria offerta autonomamente ai territori nei quali s'inserisce.

Quella risposta è parte dell'attenzione alla scelta fiduciaria operata dal cittadino verso quel medico ed è sempre stata compensativa nel ridurre disuguaglianze grazie allo spirito resiliente di quella medicina di

famiglia che è capace di effettuare anche 7 ambulatori in 7 frazioni diverse di un unico comune grazie ad un solo medico.

Per prossimità in futuro bisognerà intendere anche la capacità del Territorio di garantire, attraverso l'innovazione, la possibilità di rendere prossima l'offerta dell'ospedale, e di rendere coerente e consolidato il rapporto tra le Cure Primarie e le Cure specialistiche di secondo livello,

tutte necessità particolarmente utili in un periodo in cui si mescolano rifiuto delle cure e riduzione dell'offerta per il timore/contenimento del rischio per il Covid-19.

Per superare questo timore oggi mi si dà l'occasione di annunciare in assoluta anteprima la campagna FIMMG-Cittadinanzattiva "non leviamo il medico di turno" che sarà presentata il 12 ottobre praticamente in continuità con il nostro Congresso quasi a dare ulteriore senso alle continuità di percorso tipiche del rapporto di gestione tra medico e paziente nelle cure primarie particolarmente necessario nei progetti sulla presa in carico delle patologie croniche anche nell'azione della loro prevenzione.

Tale campagna sarà sostenuta nei contenuti da un tavolo di discussione che mette insieme oltre 80 associazioni di malati e società scientifiche e professionali dei Medici.

Ritornando alla definizione di prossimità per noi si deve intendere come la capacità di essere al domicilio,

di essere vicini,

di essere presenti,

di essere aperti in sicurezza per paziente e medico,

di operare scelte di primo livello che devono orientare il paziente nell'uso delle risorse e nell'appropriatezza del loro utilizzo ma garantendo criteri di

equità,

universalità

e solidarietà nell'offerta.

Sono anni che con senso critico, ma senza il senso di realtà, si definisce il Territorio un deserto.

Se fosse così, sperando che domani possa esserci il terreno più fertile, risponderci con le parole del Cardinale Martini: “Essere nel deserto vuol dire accorgersi di chi ai lati della strada è

più disperato di noi,

più solo di noi;

vuol dire vivere la prossimità.

Nel deserto la prossimità è come più immediata, perché si comprende il bisogno di chi è più solo di noi”.

Noi medici di famiglia viviamo questa prossimità.

#FIMMGcè.