



Colleghe, Colleghi, graditi Ospiti,
benvenuti al 78° 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, 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, grazie alle azioni di contenimento e controllo della pandemia messe in campo dal nostro Paese, prima fra tutte la copertura vaccinale del personale sanitario, vede una numerosità in presenza maggiore dello scorso anno.

Entrare nello specifico dell'interesse rappresentativo di FIMMG senza considerare che il ruolo dei medici di medicina generale non sia avulso dalla necessità di rappresentare in questo Paese la difesa del ruolo dei professionisti intellettuali di area medica, richiede che parte della mia relazione sia congiunta a quella degli altri componenti di Alleanza per la Professione Medica.

APM si propone oggi come intersindacale che raccoglie al suo interno 7 sigle sindacali, ANDI, CIMO, CIMOP, FIMMG, FIMP, SBV e SUMAI rappresentative di oltre 100.000 medici e odontoiatri, operanti nella dipendenza pubblica e privata, nella medicina convenzionata e accreditata come liberi professionisti.

Insieme abbiamo già presentato a Roma, il 28 luglio 2021 presso l'Hotel Nazionale in Piazza di Montecitorio, un manifesto di rilancio del Servizio Sanitario Nazionale e del ruolo dei medici chirurghi e degli odontoiatri con un'iniziativa di confronto e dialogo sui temi della sanità.

Nel manifesto APM denuncia il mancato ascolto e coinvolgimento della professione medica durante la stesura del PNRR e la mancanza di investimenti sulla categoria nelle scelte del Piano, con il rischio concreto di bruciare le risorse messe a disposizione, creando un SSN "zoppo", pieno di strutture con solo professioni sanitarie ma senza medici.

Eppure la pandemia ha chiaramente dimostrato che "non si fa sanità senza i medici" come confermato dall'elevata percezione dei cittadini nel ritenere prioritario il rapporto diretto con il medico.

APM vuole quindi apertamente manifestare l'evidente distanza fra sanità reale e sanità virtuale. La prima basata sul vero bisogno di assistenza clinica, quella concretamente nota ai medici che ogni giorno, sul campo, mostrano resilienza e capacità di assicurare la migliore assistenza e cura ai cittadini italiani.

La seconda invece quella di una sanità decisa a tavolino che esclude sistematicamente i professionisti della salute dalle scelte programmatiche.

I medici italiani, garanti del rispetto dell'Art. 32 della Costituzione, sono da sempre pronti a mettere a disposizione del Paese tutte le necessarie competenze per il rilancio della sanità ma sono altrettanto stanchi arrabbiati e sfiduciati per l'assenza di ascolto.

Se la “sanità pubblica” continua ad essere marginalizzata perché le procedure, la programmazione e gli interventi non sono coerenti con i reali bisogni di assistenza sanitaria, emerge sempre di più la nuova sanità “sostitutiva” fatta di committenza, assicurazioni, fondi sanitari e task shifting.

APM chiede, pertanto, che le risorse della missione 6 del PNRR non siano finalizzate a creare “cattedrali nel deserto” ma siano utilizzate in modo appropriato ascoltando le proposte dei professionisti e dei medici in particolare. Il nostro obiettivo principale è garantire l’offerta sanitaria di cui davvero ha bisogno il cittadino attraverso l’attuazione del PNRR che veda, in prima linea, anche i medici come protagonisti del cambiamento.

Fimmg, nel sottolineare la grande capacità di ascolto di questi temi da parte del Ministro Speranza, chiede interventi immediati, già nella prossima Finanziaria, finalizzati alla partecipazione della Medicina Generale al potenziamento del Territorio.

Potenziamento del territorio che trova una complessità nella discussione a più parti- Ministero, Agenas, Conferenza delle Regioni, singole Regioni- in cui la regia del Ministero deve rimanere una garanzia di sintesi di interessi che, negli anni, hanno troppo differenziato l’offerta di Cure Primarie sui nostri territori per errori di programmazione e di rinnovi contrattuali tardivi e troppo spesso collegati ad Atti di indirizzo vetusti rispetto all’evoluzione rapida delle necessità assistenziali.

Oggi tutto questo appare come una colpa o un difetto della Medicina Generale, come se la programmazione e la negoziazione contrattuale la facessimo da soli.

Permettetemi a questo punto un passaggio che ho aspettato a fare pubblicamente e, credetemi, questo rinvio mi è costato emotivamente e razionalmente.

Ma era troppo importante farlo in maniera istituzionale, non reattiva ma come richiesta di una presa di posizione che stigmatizzi il raccolto falsato e pregiudiziale che qualcuno vuole dare rispetto a quello che siamo, ovvero i medici di fiducia dei cittadini italiani.

Si scrive in una bozza della Commissione salute delle Regioni:

“Anche il contributo, in termini di vite umane, fornito dalla medicina generale e sul quale il SSN riconosce il valore del sacrificio, avvenuto soprattutto durante la prima ondata della pandemia, è stato soprattutto dovuto ad un modello che non era in grado di fornire strumenti, spazi e organizzazione adeguati in termini di sicurezza e di indicazioni operative per questi professionisti.”

La domanda è:

Chi avrebbe dovuto fornire quegli strumenti, quegli spazi e quell'organizzazione in termini di sicurezza e indicazioni operative?

Forse qualcuno dimentica che nella fase della prima ondata, dove già c'erano i modelli che oggi si prospettano come soluzioni, l'unica risposta è stata la loro chiusura all'accesso dei pazienti?

Forse si dimentica che, mentre saltavano le centrali operative 118 e si contagiavano interi ospedali per accessi non controllati nei PS, i medici di famiglia si sono assunti la responsabilità di porsi come primo contatto a qualunque problema sanitario e prima dell'accesso a qualunque altro presidio, attraverso una risposta con triage telefonico?

Potrei a questo punto citare altri esempi di come, autonomamente e con profondo senso di responsabilità, la Medicina Generale italiana ha messo in campo quegli strumenti, quelle indicazioni operative, quei modelli assistenziali come gli Ambucovid di Reggio Emilia, o le applicazioni digitali che favorivano il contatto a distanza tra paziente e medico e tra medici e piattaforme regionali.

Non in contrapposizione, perché ritengo inutile contrapporsi al pregiudizio, ma solo per portare invece in luce i fatti ed **il giudizio**, quello dei nostri assistiti, quello dei nostri malati, quello dei cittadini, vorrei citarvi le risposte e i numeri di due indagini indipendenti, svolte da soggetti autorevoli come la dr.ssa Ghisleri con Euromedia Research e il dr. Pagnoncelli con IPSOS a due semplici domande:

Che valutazione dai alla fiducia verso il tuo medico di famiglia e verso il Sistema della Medicina Generale? (Euromedia Research)

Che valutazione dai della risposta alla pandemia rispetto agli attori coinvolti? (IPSOS)

Nel primo caso, il 77,5% dei cittadini afferma di avere fiducia nel proprio medico di famiglia e nella Medicina Generale.

Nel secondo caso, tra tutti gli attori considerati, il medico di medicina generale, unico soggetto singolo, confrontato con i modelli assistenziali organizzati, come ospedali, o con i modelli decisionali politico funzionariali, come Regioni e Stato, risulta essere primo con il 34% dei cittadini che esprime un voto tra 8 e 10: un cittadino su 3 giudica quindi eccellente la risposta della Medicina Generale alla pandemia e, comunque, in termini assoluti il 71% degli intervistati la rappresenta con voti da 6 a 10, pertanto superiore alla sufficienza.

Sarebbero questi i medici fannulloni e passacarte descritti?

Sarebbe questa la percezione da parte dei nostri assistiti di un fallimento del nostro ruolo e della nostra funzione e della nostra presenza anche durante la pandemia?

È fuori discussione che ci dobbiamo interrogare, e lo stiamo facendo, su come rispondere all'altro 29% che reputa insufficiente la risposta della categoria.

Ma siamo sicuri che il fallimento sia della categoria e non degli strumenti messi a sua disposizione?

Qual è stata l'eccellenza?

Ancora una volta, forse, la fiduciarità, la prossimità anche comunicativa e di accesso e la relazione di una medicina antropocentrica e personalizzata sono le soluzioni più apprezzate?

Ma sia chiaro che a differenza di altri, noi non intendiamo giudicare un SSN che nella difficoltà ha fronteggiato qualcosa di imprevedibile grazie a tutti gli attori che, parafrasando Hemingway, si sono detti “ora non è il momento di pensare a quello che non hai. Pensa a quello che puoi fare con quello che hai.”

Confrontando la posizione della Commissione salute delle Regioni con quella dei cittadini, mi rimane a questo punto una domanda:

Perché?

Perché inserire un passaggio per il quale non riesco a trovare un aggettivo senza farmi travolgere dalla rabbia non solo per il lavoro svolto e non riconosciuto ma soprattutto per il mancato RISPETTO della MEMORIA?

Forse qualcuno sperava in una reazione scomposta, provocata abilmente, per sottolineare la mancata volontà della Medicina Generale di partecipare al cambiamento, all'evoluzione dell'SSN, potendo affermare che siamo i soliti che dicono no a tutto?

Nessuna difficoltà a ragionare, partecipare, cambiare, evolvere e integrarsi con il modello previsto dal PNRR a patto, però, che descriva nelle proposte e negli investimenti un **vero** modello di potenziamento del Territorio e non un arretramento dall'attuale rapporto fiduciario e di scelta del cittadino, dalla prossimità dell'offerta e da un modello che promuova una domiciliarità avanzata, forte della conoscenza familiare, sociale, culturale ovvero di percorsi di cura che partano dalla persona.

Nelle prime giornate di questo Congresso e, paradossalmente, nella tavola rotonda su digitalizzazione e umanizzazione delle cure è venuta fuori una frase: “la persona come luogo di cura”.

Noi crediamo che **questa** sia la strada, utile per le cure a distanza grazie a telemedicina, teleconsulto, device, diagnostica on bed, strumenti che saranno parte del nostro lavoro ma che devono servire

soprattutto a liberare tempo di cura, tempo di relazione diretta con l'assistito.

Solo così la persona diventa il luogo di cura a prescindere da quelli che siano, analogici o digitali, gli strumenti.

Se ragioniamo sul modello di nuova rete territoriale, dobbiamo esprimere con chiarezza - e le posizioni pregiudiziali presenti nei documenti proposti non ci tranquillizzano- se il sistema delle Case di Comunità sia un sistema che potenzia il territorio integrandosi all'esistente e non sostituendolo.

La casa di comunità può essere l'hub funzionale del confronto, in presenza o a distanza, del medico di famiglia, come specialista della persona che si coordina con le altre figure professionali per organizzare i percorsi assistenziali per i pazienti a particolare complessità e ne ricava disponibilità in strumenti e personale che però a loro volta siano il potenziamento degli spoke rappresentati dai nostri studi di prossimità presenti sul territorio. Solo così potremo parlare di vero potenziamento, di vero investimento.

Sembra invece che la discussione, più che riferirsi al contenuto della risposta ai bisogni assistenziali dei nostri pazienti, si limiti a ragionamenti di mera edilizia sanitaria e su un sottinteso disinvestimento nel territorio, grazie alla diminuzione del numero di medici disponibili per numero di pazienti e, conseguentemente, all'impoverimento dell'offerta di prossimità.

Tutto questo determinerà l'aumento dei carichi di lavoro e di pressione assistenziale su quei pochi medici visto l'andamento di invecchiamento della popolazione assistita e conseguentemente del numero di cronici.

Ma forse dobbiamo pensare che questa desertificazione, combinata a questo aumento del carico e della complessità assistenziale, in assenza di investimenti in termini di personale e strumenti, sia l'ennesimo tentativo di arrivare ad un fallimento annunciato della capacità di contenimento della sola medicina di famiglia, rispetto alla numerosità di bisogni che verranno espressi da una popolazione con tali caratteristiche?

Perché in un modello di potenziamento si persegue un potenziale fallimento?

Perché in un modello di potenziamento si prevede per l'esercizio della funzione di Medico di medicina generale il mero possesso della laurea e dell'abilitazione, titoli che, invece, per le leggi europee vigenti, non sono compatibili con l'esercizio della medicina generale?

Quale burocrate può pensare di affrontare un investimento che ci viene dall'Europa agendo in contrasto con le Leggi europee necessarie all'esercizio della Medicina Generale? Come si può pensare che sia proprio il sistema pubblico a non rispettare quelle Leggi?

E, ancora, non possiamo non porre alle Regioni la domanda delle domande: che fine hanno fatto i 235 milioni da investire in diagnostica negli studi della medicina di famiglia? Forse qualcuno sta già pensando di investirli negli hub?

Quindi, quello che il Ministro aveva pensato per potenziare lo spoke, finanzierà gli hub in aggiunta al finanziamento del PNRR?

Se mettiamo insieme tutti questi elementi appare che l'unica risposta che renda possibile la realizzazione di questa proposta, sia cedere il passo dell'assistenza territoriale ad una lenta ma progressiva privatizzazione dove addirittura il rischio iniziale d'impresa se lo caricano lo Stato e i cittadini che ne pagheranno il debito in assistenza e in tassazione.

Basterebbe guardare a cosa sta succedendo in Portogallo, il paese più citato da tanti esperti, come modello proposto per la sua validità per un'offerta regolata da una Medicina Generale dipendente, organizzata in case della salute.

Paese che oggi si trova il rischio che di un SSN non sostenibile, in concorrenza di una privatizzazione fuori controllo, e costretto a ricercare soluzioni legislative che recuperino questa deriva.

Questo non significa che FIMMG non consideri il rapporto con il privato come parte di possibili soluzioni per un aumento dell'offerta in capo alla medicina territoriale grazie proprio ad un ruolo che i medici di famiglia potrebbero avere, orientando in maniera pubblicistica, in

accordo con le Aziende sanitarie, azioni assistenziali in favore dei fondi complementari.

Il medico di famiglia diverrebbe in tal modo il garante di un'appropriatezza unitaria tra le prestazioni erogate dai fondi rispetto a quelle erogate dall'SSN creando economia di scala tra i due sistemi.

E non solo. Se questi fondi, nel contribuire al ruolo di medici di famiglia, investissero prevalentemente sulle dotazioni di personale e diagnostica, questi strumenti nell'unicum dello studio di medicina generale sarebbero funzionali anche nei confronti degli altri assistiti realizzando in tal modo l'obiettivo dell'equità di cura, base del nostro SSN.

Al Ministro e alle Regioni pertanto diciamo che siamo pronti alla discussione, siamo pronti al coinvolgimento non solo come rappresentanza sindacale ma anche come rappresentanza di professionisti intellettuali che nei 75 anni di storia di questo sindacato hanno fatto parte della democrazia negoziale e hanno contribuito con le loro proposte ai valori che ancora oggi rendono il nostro SSN forse il migliore al mondo, proprio grazie alle sue unicità che qualcuno oggi vuole fare apparire difetti.

Lo strumento per noi rimane la Convenzione, non ne riconosciamo altri.

Una convenzione che premi il merito, che consideri lo spoke della Medicina Generale diversificabile, flessibile ma partendo dai contenuti organizzativi che sarà capace di darsi in termini di strumenti umani e tecnologici, digitali e di rete, di relazione intraprofessionale ed extra professionale, in presenza e a distanza, intervenendo negli hub che vediamo come snodo di una infrastruttura potente oltre che una struttura, rendendosi così capace di rispondere anche alle differenti caratteristiche dei nostri territori.

Non possiamo poi non soffermarci sul tema della Convenzione in discussione in queste settimane.

È difficile dovendo pensare alla Convenzione di domani, a cui, voglio sperare, pensiamo tutti, parte professionale e parte istituzionale, non immaginarla come un progetto che metta insieme il PNRR e una

seria volontà di confronto delle Regioni con una categoria che si dichiara oggi disponibile ad un cambiamento evolutivo che la porti al centro dell'investimento politico sulla sanità territoriale.

Abbiamo però un ostacolo: stiamo ancora discutendo una Convenzione che guarda al passato, il triennio 2016-2018, impostata sull'applicazione della Riforma Balduzzi e sui conseguenti provvedimenti e i coerenti atti di indirizzo. Non è possibile non farsi delle domande:

Le unità complesse di cure primarie cosa sono? un superspoke? l'hub casa di comunità?

Quando parliamo della presenza nelle UCCP della medicina di famiglia di cosa parliamo?

Di una presenza sostitutiva dei medici di continuità assistenziale, in questa convenzione già definiti per una pre-evoluzione verso il ruolo unico come medici di medicina generale a ciclo orario?

O piuttosto manteniamo le due offerte come differenziali ma fortemente interconnesse, rendendo la presenza del medico di famiglia quella dello specialista della persona, responsabile della presa in carico dei suoi pazienti a maggiore complessità nei processi di assistenza interprofessionale?

Se la casa di comunità viene prospettata come un modello in cui si crei un confronto e, conseguentemente, un progetto assistenziale condiviso e coordinato con le varie figure presenti, non può essere solo un momento di presenza oraria che garantisca una sorta di sottoprodotto di un pronto soccorso.

Deve invece essere il prodotto che crea le basi culturali e di intensità assistenziale che previene il pronto soccorso, non lo sostituisce.

Questi temi seppur accennati si cominciano a vedere nelle bozze del contratto 2016-2018 di cui stiamo discutendo, ma ciò non basta.

Serve che le Regioni si assumano, all'atto della firma, insieme a noi, la responsabilità di affermare che quella firma non sia un punto di arrivo ma la partenza di questa evoluzione, di questo cambiamento e

che, senza soluzione di continuità, prosegua la discussione per il triennio successivo.

Serve trovare risposte anche finanziarie già nel provvedimento di quest'anno poiché il triennio contrattuale di cui si parla sarà quello 2019-2021 per il quale siamo già in ritardo.

Su queste basi FIMMG è pronta ad andare avanti e a confermare, a chi avesse dubbi, che la Convenzione è l'atto da cui tutti i medici di medicina generale si debbano sentire dipendenti e che quindi si chiarisca quello che è esigibile ma si chiariscano anche quelle che sono le responsabilità e le tutele di chi ha la governance.

Lo abbiamo già detto in una frase con meno parole: siamo già dipendenti della Convenzione e della scelta dei nostri assistiti.

In merito alla Formazione in medicina generale potrei chiuderla facilmente rispondendo ad Erika, che mi ha preceduto, con una sola parola: idem.

Non posso però non prospettare soluzioni al tema che ulteriormente ci preoccupa rispetto ad una deriva privatistica: la carenza di medici, figlia di clamorosi errori di programmazione e di disinvestimento motivazionale.

Era così difficile calcolare i fabbisogni di una categoria legata numericamente al volume della popolazione?

Era così difficile far svolgere nei tempi previsti i bandi, i concorsi, l'inizio dei corsi per il Corso della Medicina Generale?

Non ci è sembrato che il triplicarsi dell'offerta dei posti nelle scuole di specializzazione abbia avuto la stessa sorte o le stesse difficoltà, quasi come se l'offerta didattica dell'Università fosse estensibile senza limiti mentre l'offerta didattica del territorio che, notoriamente, è ampiamente diffusa, fosse invece incapace di sostenere lo sforzo pur riconosciuto nell'aumento delle borse.

Andando alle soluzioni, oltre a quelle di lungo periodo già espresse da Erika vanno considerate quelle che servono per le risposte immediate a partire dal prevedere l'applicazione del comma 2 bis dell'Articolo 24 introdotto dal D.Lsg. 277/2003 nel D.Lgs. 368/1999

per tutti i giovani che si sono impegnati come medici USCA e medici vaccinatori.

“2-bis. La durata del corso di cui al comma 1, può essere ridotta per un periodo massimo di un anno e comunque pari a quello della formazione pratica di cui all'articolo 18, se tale formazione è impartita o in ambiente ospedaliero riconosciuto e che disponga di attrezzature e di servizi adeguati di medicina generale o nell'ambito di uno studio di medicina generale riconosciuto o in un centro riconosciuto in cui i medici dispensano cure primarie. Le Università notificano l'attivazione di tali periodi di formazione al Ministero della salute e al Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca.”

La sola applicazione e introduzione nei bandi regionali di tale normativa, permetterebbe ai vincitori del concorso, in possesso di tali titoli, la riduzione a 2 anni del periodo necessario al conseguimento del diploma, recuperando i ritardi accumulati e parificando il diritto, oggi usufruito da chi il corso lo sta svolgendo ottenendo crediti formativi dalle suddette attività, con chi, vincitore del concorso successivo, abbia svolto le medesime attività non vedendosele riconosciute.

Rispetto allo sviluppo, per tutta la Medicina Generale, in formazione e in attività, dei percorsi formativi utili alla digitalizzazione, all'evoluzione della diagnostica di primo livello e on bed, alla organizzazione del lavoro in team, richiediamo che sia finalizzata a tali scopi anche parte dei fondi previsti nel PNRR per la formazione del personale impegnato in questa riforma, ritenendo il nostro coinvolgimento in tal senso una risposta positiva e inclusiva rispetto al ruolo della futura Medicina Generale, che deve mantenere i suoi principi per noi fondanti: fiducia, prossimità, domiciliarità.

Fiducia, prossimità e domiciliarità: tre parole che esprimono relazioni umane e professionali, ambiente naturale, sociale e culturale, luoghi di cura forti del concetto basale di una società ovvero quello di vita e di famiglia, di persona non di malattia.

Abbiamo di fronte sfide importanti, confronti a tutto campo, necessità di metterci in discussione ma anche di mettere in discussione chi vuole cambiare senza il nostro contributo.

Veniamo, come tutto il Paese, da un periodo difficile per tutti noi medici di famiglia, di continuità assistenziale, del 118, in Formazione, della medicina penitenziaria, della medicina fiscale e della medicina dei naviganti.

Un periodo di forte burnout, non solo per le quotidiane responsabilità professionali, ma anche per la gratuità di certi attacchi.

Un periodo da cui vogliamo, DOBBIAMO uscire anche con un sorriso.

Concludo perciò il mio intervento alleggerendolo con un momento di ironia, forse provocatoria, ma allo stesso tempo di stimolo rivolgendomi alla platea della Medicina Generale, alle Istituzioni, ai cittadini.

Mi viene in soccorso Massimo Troisi con sua battuta che potrebbe ronzare in testa a qualcuno: ma tra un giorno da leone e cento da pecora non se ne potrebbero fare cinquanta da orsacchiotto?

Ebbene la risposta per noi è no.

Questo è il momento dell'orgoglio di quello che siamo.

Questo è il momento dei leoni.

I leoni della FIMMG.

Perché FIMMG c'è e ci sarà.