

Colleghe, Colleghi,

Grazie di essere qui, sempre più numerosi, per questo appuntamento giunto alla 75° edizione.

Grazie ai rappresentanti politici, ai dirigenti e ai funzionari delle Istituzioni nazionali, regionali e locali (Ministero, Regioni, Sisac), al Presidente della FNOMCEO Filippo Anelli, al Presidente della CAO Raffaele Iandolo, ai numerosi Presidenti di Ordine, al Presidente dell'ENPAM Alberto Oliveti, ai rappresentanti delle altre sigle sindacali e associazioni professionali, ai rappresentanti di Farindustria, Assogenerici, Assosalute, Federfarma oggi presenti.

Questo Congresso non è stato pensato solo come momento di proposizione di idee, di discussione, di ragionamenti, di confronti ma di fatto per descrivere il programma, gli obiettivi, le soluzioni che FIMMG vuole dare alla Medicina Generale di questo Paese.

Dare soluzioni alla Medicina Generale significa dare risposte non solo a dei professionisti, ma anche a dei cittadini e ad un sistema di assistenza che partendo dal territorio permette all'Italia di essere considerata uno dei paesi al mondo con il miglior rapporto costo beneficio nell'assistenza dei cittadini, grazie ad un fantastico strumento: il nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Questa relazione quindi non può che partire dal futuro, primo tema da affrontare per assicurare che quanto fino ad oggi ci è sembrato ordinario, quotidiano, quasi banalmente dovuto nella sua "scontata" presenza, ovvero la scelta per tutti i cittadini italiani di un medico di fiducia, possa domani essere ancora garantito.

La carenza di medici di medicina generale non è solo un problema di numeri, di borse, di tempi di accesso.

Infatti, per ottenere questo c'è bisogno di una profonda riflessione su come motivare la scelta dei giovani medici verso la nostra Disciplina perché ne siano attratti, perché si sentano gratificati, perché possano sempre pensare di ricavarne un pieno riconoscimento sociale, semplicemente farli sentire in serie A, o meglio in Champions League, questo deve essere l'obiettivo.

I giovani medici sono il nostro futuro ma sono anche il futuro del Servizio Sanitario Nazionale di questo Paese.

I concetti di equità, solidarietà e universalità, scolpiti nella nostra Costituzione, non possono pertanto essere messi in discussione per una carenza che, ormai è chiaro, non è di numeri ma è di investimenti, non solo reddituali ma soprattutto motivazionali, culturali, e appunto di riconoscimento sociale.

In questi ultimi due anni abbiamo lavorato per cercare di portare su tutti i tavoli politici, istituzionali, scientifici la nostra autorevolezza più che la semplicistica autorità, una autorità che ci potrebbe anche derivare dall'essere solidamente da anni il primo Sindacato/Associazione professionale medica per numeri, per proposte, per uomini.

Proprio per questo prestiamo i nostri migliori uomini ad altri compiti, poiché riteniamo che la rappresentanza della Medicina Generale non possa che ritenersi in prima battuta la rappresentanza del semplice essere medico e di questo, pubblicamente, voglio ringraziare Filippo Anelli e Alberto Oliveti.

Tenere da parte le proprie origini per rappresentarle al meglio nell'interesse collettivo è tipico della FIMMG e fa parte del modello educativo dei dirigenti di questo Sindacato perché fa parte dell'operare quotidiano di ogni singolo Medico di Famiglia.

Il messaggio che vogliamo dare ai giovani è proprio questo: essere medico di medicina generale significa essere centrale nell'assistenza non per una posizione gerarchica ma per una posizione di vicinanza e contiguità fisica e relazionale con colui che è il vero centro della proposta assistenziale: il nostro paziente.

Recentemente ho ascoltato un attore, Enrico Bertolino, che si chiedeva: se ognuno di noi pensasse di lanciarsi da un aereo con un paracadute, da chi si farebbe piegare quel paracadute?

Ebbene FIMMG crede profondamente che tutta la Medicina Generale abbia ogni giorno il compito di piegare un paracadute ai propri pazienti, perché loro ce lo permettono, perché loro ci scelgono, perché loro si fidano.

Può apparire banale, ma nel rapporto tra il paziente e il Servizio Sanitario Nazionale, ogni giorno, noi pieghiamo il paracadute, con le nostre azioni professionali riferite alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione.

Piegare paracadute potrebbe sembrare un compito semplice ma ha bisogno di una formazione qualificata e qualificante non di meccanismi di sanatoria, ha bisogno di un investimento sui formatori e sui formandi con verifiche di qualità degli esiti formativi, ha bisogno di una scuola e di maestri riconosciuti che permettano di definire il diploma come diploma di specialità in Medicina Generale.

Solo mantenendo queste qualità potremo continuare a garantire i principi del Servizio Sanitario Nazionale, e potremo raccogliere al meglio le sfide di aumento delle responsabilità associate ai sempre più pressanti concetti di appropriatezza e sostenibilità, che partano dal concetto assistenziale e non solo economico.

Oggi è fondamentale che però questo riconoscimento di ruolo sia soprattutto evidente nel rapporto con la politica e possiamo esprimere soddisfazione per il clima stabilito con il Ministro Giulia Grillo che per esempio ha ritenuto di dare continuità di azione politica, e La ringraziamo per questo, al provvedimento per il raddoppio del numero delle borse per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.

L'azione del Ministro ha trovato un, non trascurabile, terreno fertile in quello che rappresenta il nostro interlocutore naturale, le Regioni, che hanno accettato di far utilizzare 40 milioni di euro dei Fondi di Piano che sarebbero comunque stati nella loro disponibilità, e hanno addirittura aggiunto borse finanziate direttamente dal Fondo regionale.

FIMMG sta lavorando pertanto per la ricerca di meccanismi contrattuali e di relazione politico-istituzionale che migliorino proprio questo, l'investimento fiduciario tra Medicina Generale-Regioni, condizione necessaria se vogliamo raggiungere l'efficientamento del Sistema, in presenza di risorse appena sufficienti e che comunque dovranno essere accresciute.

Le risorse - dove per risorse possiamo intendere quelle umane, quelle reddituali, quelle di organizzazione - sono al centro di questo Congresso che cade durante le fasi di discussione del Documento di Economia e Finanza, ma che ricerca risposte per un ruolo

anche in altri ambiti come i rapporti con l'INAIL e ENI per contenuti di ruolo della Medicina Generale nella prevenzione delle malattie professionali, con la sanità digitale, con il mondo delle cooperative.

E', però, troppo ghiotta l'occasione per le autorevoli presenze politico-istituzionali, ma anche vista la numerosità dei nostri delegati, per non sottolineare una proposta di FIMMG sul tema di provvedimenti di finanza pubblica.

Siamo particolarmente soddisfatti della presenza del Vice Ministro dell'Economia, Massimo Garavaglia, che avrà una grande responsabilità per quanto ci aspettiamo dalla prossima Legge Finanziaria.

Abbiamo contezza di come nel recente passato sia stato uno dei protagonisti, insieme a tutta la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni coordinata da Antonio Saitta e, oggi presente insieme ad altri compagni di percorso come gli assessori Arru e Gallera, che ovviamente ringrazio, del percorso di avvicinamento tra FIMMG e le Regioni, culminato con la firma dell'ultimo ACN.

Queste presenze già di per sé possono descrivere il progetto o meglio l'obiettivo che FIMMG si propone: essere interlocutore, come voce dei professionisti, nella necessità di identificare nuovi meccanismi di finanziamento per l'area convenzionata che pongano sullo stesso tavolo con richieste coerenti Ministero dell'Economia, Regioni e Professionisti.

Meccanismi che in futuro debbano impattare sul Fondo Sanitario Nazionale solo per la parte di miglioramento reddituale dei Professionisti, mentre possano impattare sulla fiscalità generale, con meccanismi di decontribuzione o defiscalizzazione, per gli investimenti che ogni singolo medico potrà fare per la dotazione di personale e l'acquisizione di strumentazione diagnostica.

Come abbiamo dichiarato sul Corriere della Sera, è arrivato il momento di "lasciare scendere il medico dal calesse", è arrivato il momento di uscire dalle contraddizioni che ritroviamo nella discussione economico - finanziaria sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

Sappiamo tutti che il finanziamento della Sanità collegato al PIL porta continuamente alla revisione dei modelli assistenziali, rischiando nel tempo di mettere in crisi i LEA o di doverli continuamente adattare in questo Paese.

Sappiamo tutti che negli ultimi anni la voce di spesa a maggiore incremento nelle Aziende Sanitarie è stata quella dell'esternalizzazione dei servizi.

Appare poco comprensibile però che nell'ambito delle esternalizzazioni venga poi poco o niente considerato l'esterno/interno per eccellenza, il Medico di Medicina Generale.

Vorrei per un attimo ricordare le caratteristiche contrattuali di questa figura sempre sostenute e difese da FIMMG.

Parliamo di un libero professionista convenzionato, ovvero di un lavoratore autonomo che rende coerente un concetto di autonomia professionale con un dovere convenzionale di responsabilità pubblica.

Oggi sul piano assistenziale si promuovono modelli non più di attesa ma sempre di più, per le necessità dettate dall'invecchiamento e dal conseguente aumento di cronicità nella popolazione, di medicina di iniziativa.

E' evidente che, a questo punto, bisogna rendere coerente la necessità di realizzare la medicina di iniziativa con la capacità di iniziativa di questi professionisti anche sull'organizzazione e sull'offerta utile a raggiungere obiettivi di salute collegati ad obiettivi reddituali coerenti, concordati in sede convenzionale.

Fondamentale per questi processi è l'identificazione degli indicatori di processo e di esito sulle singole azioni messe in campo da una medicina di famiglia che guarda a un futuro libero ma responsabile, autonomo ma non anarchico, organizzato singolarmente ma disponibile alle organizzazioni più complesse, sostenuto e supportato dalla società scientifica.

L'Accordo Collettivo Nazionale di domani rappresenta la tela su cui disegnare questi aspetti. Ma questa tela ha bisogno di una cornice composta da provvedimenti legislativi, da azioni finanziarie, da scelte politiche che recuperino anni di depressione motivazionale di una categoria.

In questi anni è stato evidente, come ogni volta che la Medicina Generale si è proposta come soggetto autorevole, venisse riesumata l'immagine iconografica del dottor Guido Tersilli, di sordiana memoria.

Molte volte ci siamo chiesti a cosa serva, a chi serva, perché tirare fuori costantemente la maschera di una Medicina di famiglia marginale e che fu, quando basterebbe solo considerare l'evoluzione contrattuale dal pagamento a notula al pagamento a quota capitaria, per capire che si parla di due mondi completamente diversi, ancora più lontani se oggi abbiamo chiesto di inserire, nell'art. 1 dell'ACN, meccanismi di incentivazione reddituale connessi agli obiettivi di salute del nostro assistito.

Forse che i difetti di programmazione sul ricambio generazionale della Medicina Generale e la conseguente carenza di medici che oggi affrontiamo, fossero utili a giustificare l'eventuale assenza di quella offerta non facendo, così, percepire una perdita di valore al cittadino?

Forse che l'insieme di provvedimenti limitativi della libertà professionale e prescrittiva di un medico - ricordiamolo, esclusivi di questo Paese in tutta Europa - relativamente a farmaci o a percorsi di appropriatezza diagnostica servano a fare apparire quel medico di famiglia complice di un meccanismo economico mai influenzato da doveri di assistenza?

Non vogliamo crederlo ma se fosse così, non ci stiamo.

Nell'ultimo anno, nei rapporti con AIFA, abbiamo chiarito le nostre intenzioni rispetto ad un abuso che si è fatto in questo paese di piani terapeutici a prescrizione esclusivamente specialistica.

Abbiamo chiesto a gran voce i flussi di dati sull'appropriatezza prescrittiva di questi piani terapeutici.

Abbiamo chiesto a gran voce i flussi di dati sulla sicurezza, nell'uso di questi farmaci, ragione, che a questo punto dovremmo dire "apparente", di queste limitazioni.

Non ci sono e siamo convinti che queste informazioni non siano disponibili, possibile che nessuno si è preoccupato di strutturarne la raccolta e la valutazione?

Possibile che non ci siano evidenze finalizzate a dimostrare appropriatezza specialistica e sicurezza di tali cure e il loro andamento nel tempo?

Se il nostro rapporto di fiducia con il paziente è il fulcro su cui può far leva la nostra responsabilità collegata alla disponibilità alla misurabilità degli atti per l'uso appropriato e sostenibile delle risorse, non possiamo accettare che possa esser messa in discussione la nostra capacità professionale.

Praticare cure sicure e soprattutto portare quelle cure il più vicino possibile alle mutevoli esigenze di un paziente è il nostro ruolo.

Liberarci da quegli orpelli burocratici che offendono non la Medicina Generale in quanto tale ma chiunque consideri che in quel medico è espresso il senso più profondo di questa professione, è il ruolo di una politica che voglia motivarci.

Limitare un medico, seppur di una sola categoria, significa limitare l'essere medico. Significa incastrare quel professionista intellettuale in un percorso precostituito di gerarchie professionali.

Diventerebbe a quel punto paradossale, ribellarsi ad un task shifting verso altre professioni sanitarie se abbiamo permesso che all'interno della stessa professione medica, rispetto alla libertà di cura, ci siano blocchi non giustificati o almeno dimostrati.

Speriamo, e siamo fiduciosi, che il lavoro di questo ultimo anno con AIFA cominci a produrre qualche effetto anche nella discontinuità direzionale determinatasi in questi ultimi mesi.

Non siamo, però, disponibili a ricominciare da capo.

Abbiamo bisogno subito di risposte di sistema a quella capacità di iniziativa che è cardine della nostra proposta e, se non le avremo, saremo pronti a scendere in piazza insieme ai cittadini che sono i veri danneggiati da questa inazione.

La presentazione dell'ultimo Documento di Economia e Finanza ci ha fatto assistere ad una scelta significativa (per qualche verso neocostituzionale, se pensiamo agli articoli 81 e 97 della nostra Costituzione) sottolineata e riassunta con un'affermazione importante ovvero l'eliminazione della povertà in questo Paese.

Abbiamo però bisogno di comprendere quale quota dell'aumento del deficit sarà disponibile per l'offerta sanitaria, considerando oltretutto che quando si investe in sanità visto il volume di azioni economico finanziarie di questo settore, si aumenta anche il PIL di questo Paese: ergo un aumento dell'investimento in sanità non produce solo deficit e conseguentemente tanto meno produce aumento del rapporto deficit /PIL.

Potremmo investire deficit in aree della sanità capaci di produrre un maggior PIL rispetto al deficit necessario a quel finanziamento, con addirittura la riduzione di quel famoso rapporto, ottenendo anche aumento dell'occupazione.

Le recenti notizie relative alla manovra impongono alcune riflessioni, che non possono che partire da due evidenze.

La prima è che la spesa sanitaria pubblica italiana è ben lontana dai livelli dell'EU (occidentale o originaria): del 15-30; ne segue che la quota di spesa sanitaria finanziata dal settore pubblico in Italia è anch'essa inferiore a quella dell'EU occidentale, risultando più vicina a quella dei Paesi EU dell'area orientale.

La seconda è che il gap si è profondamente allargato negli ultimi 10-15 anni, perché la crescita della spesa sanitaria pubblica è stata di molto inferiore a quella dei Paesi dell'EU occidentale (circa un terzo) allargando continuamente la forbice.

Un prezzo pagato, essenzialmente, alla necessità di contenere il disavanzo per ridurre il debito pubblico.

Il fatto che sia stato deciso di alzare la soglia del deficit, dovrebbe generare la legittima aspettativa di un incremento significativo, essendosi "rilassato" il vincolo finanziario.

Possiamo, al momento, ragionare soltanto per scenari. Se il rifinanziamento fosse il miliardo di cui si è parlato sarebbe inferiore all'1% del Fondo Sanitario Nazionale attuale, non solo sarebbe meno della metà di quanto richiesto dalle Regioni, ma sarebbe anche del tutto insufficiente per tenere il passo degli altri Paesi, allargando di conseguenza ancora la forbice verso di essi.

La crescita media nei Paesi dell'EU Occidentale, negli ultimi 10 anni, è stata, infatti, superiore al 3% annuo e, se si confermasse ancora il trend, per stare al passo degli altri dovremmo attenderci un rifinanziamento di oltre 3 miliardi.

D'altra parte, l'obiettivo dichiarato del governo è quello di perseguire tassi di crescita più elevati (peraltro necessari per sostenere macroeconomicamente la crescita del disavanzo).

In tal caso, va detto che se il rifinanziamento della Sanità fosse inferiore al tasso di crescita del PIL, si genererebbe anche una diminuzione dell'incidenza della Sanità pubblica sul PIL, e questo non potrebbe che essere letto come un segnale di insufficiente impegno della politica per la Sanità.

L'altra questione essenziale è l'allocatione del rifinanziamento, quale che sia la cifra disponibile, oggi le voci di spesa in competizione sono numerose: abolire i ticket, come è stato ipotizzato, assorbirebbe tutte o gran parte le risorse, anche nelle ipotesi più favorevoli; considerando l'avvento delle terapie innovative e, in generale, dell'innovazione, la questione di fondo rimane quale sarà la parte dell'investimento riservato all'assistenza primaria; non si deve dimenticare che oggi rispondere ai nuovi bisogni di una popolazione longeva passa necessariamente per l'investimento nella presa in carico dei pazienti.

E' chiaro che se così non sarà, se non si deciderà di investire in salute, bisognerà chiarire alla popolazione che potremo avere domani sicuramente meno poveri ma più malati e sappiamo bene come la malattia crei più povertà di qualunque altra azione di mancato investimento.

Vogliamo però essere fiduciosi.

Nel Documento di strategia di riforma di governo collegato al DEF, nell'ambito delle principali linee d'intervento nello specifico della Sanità, si sottolinea, infatti, la necessità di "individuare gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale" di cui noi fortemente sosteniamo di essere parte.

Ci attendiamo, in coerenza con quanto scritto, condizioni anche di finanziamento che permettano anche al sistema convenzionato, con le caratteristiche d'iniziativa, descritte

precedentemente, di dotarsi degli idonei strumenti indispensabili per raggiungere questi standard.

Ci aspettiamo finanziamenti strutturali finalizzati anche alla specificità dei medici operanti nell'ambito del convenzionamento; solo questo renderà possibile il raggiungimento di standard attraverso le caratteristiche di autonoma iniziativa di questi professionisti e rappresenterà chiaramente una scelta per orientamenti contrattuali a cui potremmo lavorare già da subito nel completamento dell'ACN 2018.

La discussione dell'ACN 2018 ha bisogno però di atti di chiarezza sulla volontà delle Regioni di mantenere un modello di sintesi nazionale al contratto di categoria.

Non posso esimermi, a questo punto, di esprimere a nome di FIMMG la mia solidarietà sindacale ai sindacati della dipendenza che si avviano allo sciopero, e ci troveranno al loro fianco se non si considera che in questo paese il blocco contrattuale che abbiamo attraversato TUTTI, ha prodotto danni e ancora ne produrrà.

Dobbiamo invertire la tendenza a considerare in Italia i medici dei privilegiati e gli si deve riconoscere un compenso degno delle responsabilità e del lavoro che svolgono tutti i giorni.

La sintesi di interessi nazionali non rappresenta un ostacolo per noi alle autonomie, ma qualcuno ci deve fare comprendere perché se l'aumento delle autonomie regionali, teso a portare la gestione dei servizi pubblici sempre più vicina ai cittadini, a migliorarne con responsabilità efficace ed efficienza, colleghi l'autonomia a valore e responsabilità, mentre, quando si tratta del medico di medicina generale, l'autonomia sembra diventare disvalore, la responsabilità sembra diventare irresponsabilità.

Nell'ottica di una trasformazione del modello Paese verso autonomie regionali più spinte, l'equilibrio di autonomie tra Professionisti e Regioni (definite in ACN) potrebbe essere la soluzione per mantenere equità, solidarietà e universalità al Servizio Sanitario Nazionale.

Non bisogna dimenticare, infatti, che il medico di famiglia oltre a rispondere ad un Accordo Collettivo Nazionale, risponde anche e soprattutto alla scelta e ai bisogni dei cittadini su tutto il territorio nazionale e, non ultimo, al proprio codice deontologico.

Tutte le derive che possono invece portare a soluzioni inverse ovvero di aumento del controllo e direzione decisionale del professionista medico, a nostro avviso, rappresentano la principale causa dell'indebolimento del rapporto medico paziente.

E', purtroppo, ormai frequente nella cronaca quotidiana l'aumento dell'aggressività nei confronti di questi professionisti.

Dobbiamo chiederci perché il paziente non riconosca più nel medico il soggetto che abbia come unico obiettivo la sua cura, al punto di aggredirlo impedendola.

Va sottolineato positivamente che in questa ultima legislatura si è manifestato un interessamento del Governo e delle forze parlamentari su questo tema, mai verificato prima.

Siamo convinti che quel rapporto medico paziente vada sì protetto sui piani del diritto penale, ma cominci a esser protetto nel diritto del medico di curare e del paziente di esser curato.

Dobbiamo recuperare questa percezione e possiamo farlo solo mettendo insieme con fiducia e con disponibilità le richieste dei professionisti con l'esperienza della politica.

Noi ci vogliamo credere e continueremo a lavorare nell'interesse dei medici di medicina generale, del Servizio Sanitario Nazionale e per noi significa lavorare per i cittadini e per questo Paese.

#FIMMGcè.