

71° Congresso
Nazionale

FIMG
Federazione Italiana
Medici di Famiglia
allegati
CONFESSIONI
professionali salute bene persone

Metis
SOCIETÀ SCIENTIFICA DEI MEDICI
DI MEDICINA GENERALE



Un medico per la persona, la famiglia, la società

5 - 10 ottobre 2015

Complesso Chia Laguna - Domus de Maria (CA)

RELAZIONE

del Segretario Generale Nazionale
Giacomo Milillo

Illustri Ospiti, Colleghe e Colleghi Congressisti, ringrazio per la Vostra presenza e per l'attenzione che vorrete dedicare a questa relazione.

Ogni Congresso della FIMMG è un'occasione per riesaminare ciò che si è fatto durante l'anno, per tracciare l'attività del successivo e per calibrare le strategie a medio e lungo termine dell'Associazione.

Quello passato è stato un anno molto intenso, durante il quale abbiamo dovuto affrontare i temi specifici della Medicina Generale, ma anche quelli comuni all'intera professione, da sempre fortemente intrecciati fra loro nella visione che FIMMG ha dell'azione di politica sindacale.

Sullo sfondo un Paese confuso, che deve ancora fare i conti con una crisi economica che si alimenta di nuove tematiche nazionali e internazionali, con un percorso di riforme faticosamente avviato, di cui si stentano a vedere gli effetti.

La politica resta chiusa in se stessa, attenta a curare i suoi equilibri di potere e sembra quasi che si rivolga alla gente, in una partita prevalentemente mediatica, solo perché il consenso è uno degli strumenti di competizione capace di spostare potere fra partiti o fra correnti di partito.

Condizione questa che rende estremamente difficoltoso un rapporto e un confronto con la politica e le istituzioni, che appaiono spesso introverse, evasive e incapaci di fornire risposte positive o negative chiare, perché sono fundamentalmente incerte sulla possibilità di realizzare ciò per cui dovrebbero impegnarsi.

Per quasi 10 anni abbiamo cercato di spiegare le nostre proposte, come è testimoniato da tutte le relazioni che si sono succedute in questo periodo, ma quanti politici ed amministratori hanno anche solo cercato di valutarle? Le risposte ricevute dimostrano che la maggior parte non lo ha fatto, che ha continuato a comportarsi e a reagire sulla base di preconcetti consolidati e di analisi obsolete, come se noi non avessimo detto niente o peggio come se una categoria che è così prossimale ai cittadini non ne esprimesse indirettamente le aspettative e i bisogni. Paradossalmente abbiamo sentito e continuiamo a sentire qualcuno

accusarci di non voler cambiare o chiedere pubblicamente se la Medicina Generale voglia essere dentro il SSN e quindi dentro i SS.SS.RR..

La falsa percezione che si potrebbe avere in tale situazione è di non essere riusciti a cambiare nulla, di essersi agitati per nulla, di essere nella famosa condizione del criceto che continua a correre nella sua ruota. In realtà non corriamo, ma faticosamente avanziamo su un terreno melmoso in salita.

La Ri-Fondazione, la riforma, l'evoluzione della Medicina Generale, chiamatela come volete, è uno degli esempi più emblematici di ciò e parlandone affronterò il primo dei tanti temi: quello del rinnovo dell'ACN.

Abbiamo cominciato nel 2007 e negli anni abbiamo dovuto affrontare la difficoltà di spiegarla, le resistenze di una parte del nostro stesso mondo, della politica e delle istituzioni, in particolare di quelle regionali.

In occasione di ben due rinnovi convenzionali (2008 e 2010) che, per fornire un po' di ossigeno alla categoria, abbiamo avuto l'intelligenza di cogliere, contro la volontà degli altri sindacati, siamo riusciti a introdurre i semi del cambiamento.

Poi il blocco per forza di legge della contrattualistica, il cui scadenario, in perenne ritardo, eravamo riusciti a normalizzare. Ciò nonostante nel 2012 il traguardo della legge Balduzzi che nell'articolo 1 introduce i capisaldi del cambiamento dell'assistenza primaria in Italia, impegnando ad esso le Regioni (comma 1) e modificando l'art. 8 del D.Lsg 502/92 e smi in modo da porre le premesse ad una riscrittura dell'ACN ispirato alle nostre proposte. Quella legge prevede la chiusura degli accordi entro 6 mesi dalla pubblicazione. Per raggiungere il risultato della trasformazione in legge del decreto Balduzzi abbiamo dovuto affiancare alla volontà del Ministro una nostra presenza costante e determinata in tutti gli ambienti politici e istituzionali coinvolti, compreso il Parlamento.

Ho spesso usato l'espressione "traguardo", ma tale sarebbe stato in un Paese normale, in cui almeno le istituzioni avessero il decoro di rispettare le leggi. Ma siamo in Italia, e qui il Titolo V della Costituzione autorizza la Conferenza delle Regioni a sentirsi organo legiferante del tutto autonomo ogniqualvolta ravvisi una qualsiasi convenienza, come

ampiamente ha dimostrato assumendo decisioni unilaterali sui contenuti contrattuali e avviando una aggressione anticostituzionale ai sindacati attraverso il tentativo, in gran parte fallito, di non riconoscere a dei lavoratori i diritti costituzionali di rappresentanza.

Quindi la legge Balduzzi è stata solo un passo in avanti nel faticoso percorso che la FIMMG ha intrapreso per garantire ai cittadini e ai professionisti di domani un'assistenza primaria a misura di uomo e non di tecnocrate.

Nonostante le scadenze di legge è solo del 2014 il primo atto di indirizzo, denso di provocazioni nei confronti della categoria e fondato su una interpretazione distorta della norma. Poi l'apertura di un tavolo di trattativa, nominale, che, in realtà, pretendeva che i sindacati si limitassero a prendere atto delle decisioni della Conferenza delle Regioni, sottoscrivendole.

La posizione della FIMMG è stata di assoluta fermezza. Non abbiamo fatto il minimo passo indietro. Per la prima volta abbiamo prodotto una nostra piattaforma negoziale, rendendo chiari e leggibili i nostri intenti, frutto di un approfondimento degli aspetti giuslavoristici della Convenzione e dei contratti e rafforzando la nostra consapevolezza del valore costituzionale degli stessi, che non può essere ignorato né dai Governi (come ha sentenziato recentemente la Corte Costituzionale), né dalle Regioni, nonostante il Titolo V (come ha sentenziato la Corte di Cassazione a sezioni riunite nella causa FIMMG/provincia di Bolzano).

A questo punto di totale "impasse" normativo/contrattuale è doveroso sottolineare gli interventi del Ministro Lorenzin e del Sottosegretario De Filippo che si è autorevolmente e concretamente adoperato per la definizione di un accordo (quello famoso del 4 marzo) fra i sindacati ed il Comitato di Settore, accordo rispettoso delle legge e delle prerogative negoziali. Accordo successivamente smentito e vanificato con inaudita arroganza dalla Conferenza delle Regioni e dal suo "governo ombra" funzionariale.

Abbiamo dovuto quindi ricorrere ai muscoli là dove le ragioni non venivano ascoltate, decidendo una mobilitazione nazionale della Medicina Generale nel maggio scorso, che con campagne sui media e sui social, manifesti provocatori nelle strade delle principali città (*"Io non vado con il primo che capita"*) e con la proclamazione dello sciopero del 19 maggio

2015 apriva una stagione di lotta sindacale con la quale ci proponevamo di far comprendere ai cittadini quale grave danno un governo della sanità delle Regioni, senza azioni di sintesi nell'interesse nazionale, poteva e stava per procurare ai loro interessi di salute.

Ci ha fermato solo l'intervento del Capo del Governo che, sollecitato da alcuni parlamentari, attraverso il Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei Ministri De Vincenti ed il Ministero della Salute, ci ha fornito garanzie fondamentali sulla tutela dell'autonomia professionale dei medici che le Regioni volevano ridurre in totale subordinazione, senza neppure proporre in cambio le garanzie proprie della dipendenza.

Poi le elezioni regionali hanno fermato i giochi, e solo nei giorni scorsi la riorganizzazione della Conferenza delle Regioni ha costituito la Commissione salute e il Comitato di settore, nonché il vertice della SISAC.

La ripresa della negoziazione dovrà prevedere la riformulazione dell'atto di indirizzo, resasi necessaria anche alla luce della sentenza della Cassazione, che legittima la reintroduzione di un significato economico nel rinnovo convenzionale ma soprattutto la necessità, in un paese di diritto, della negoziazione sindacale come unico meccanismo attraverso cui determinare l'evoluzione di una area contrattuale. La FIMMG sarà sulla stessa posizione fino ad ora tenuta, disponibile a spiegare e negoziare, ma fermamente determinata a introdurre con la riscrittura dell'articolato un forte cambiamento della Medicina Generale, premessa indispensabile ad una vera assistenza primaria.

Il percorso contorto, faticoso e poco concludente che ho fin qui raccontato, non è solo la nostra storia, perchè è purtroppo quella di tutta la sanità.

Il nostro SSN, apprezzato a livello internazionale, per l'Italia invece che una risorsa sembra essere diventato un problema e l'incapacità di gestirlo rischia di rovinarlo in modo irreparabile.

Da anni tutti sono consapevoli degli interventi necessari per conservarlo all'altezza delle esigenze emergenti: riorganizzare la rete ospedaliera orientandola all'acuzie, potenziando i centri di eccellenza, chiudendo i piccoli ospedali mentre contemporaneamente si rafforza e si riorienta l'assistenza primaria. Ma non si è riusciti a farlo. Si è lasciato che

l'inappropriatezza organizzativa accumulasse i debiti ai quali oggi provvediamo con tagli più o meno lineari, che stanno riducendo i livelli di assistenza garantiti alla popolazione.

L'Italia non è riuscita a formulare e perseguire un progetto coerente di gestione e perfezionamento del SSN perché non esiste un centro di responsabilità primario di programmazione e verifica. Il Titolo V ha creato le condizioni per l'involuzione del nostro "SSN" in tanti piccoli "SSR" incoerenti tra loro e senza alcuna programmazione unitaria ma intenti a guardarsi l'ombelico piuttosto che le grandi emergenze, quali l'immigrazione di massa, a cui stiamo assistendo e che stanno creando dinamiche di discussione europea sui modelli di ospitalità assistita, che necessitano di unione di forze e disponibilità, non di divisioni, egoismi e distinguo.

Come si può pensare di gestire politiche come quella vaccinale, pensando di definire 21 piani regionali diversi, quando la globalizzazione e i forti movimenti migratori ci proporrebbero politiche internazionali in questo senso, vista anche la ricomparsa in Europa di malattie scomparse nel nostro Paese grazie al caro vecchio SSN. Anche in questo abbiamo un piano vaccinale nazionale pronto, che ci ha visto protagonisti nella proposta insieme ad altre società scientifiche e professionali che, nonostante il parere favorevole espresso dal Consiglio Superiore di Sanità, giace in Conferenza delle Regioni. E verrebbe facile la polemica sul perché, se si tratta di sanzionare i medici il parere del Consiglio Superiore di Sanità diventa immediatamente efficace, mentre per i temi che mettano i medici in condizione di curare meglio i loro pazienti questo stesso organismo, per le Regioni, non è altrettanto autorevole.

Il problema rimane che ogni Regione vuole fare e rifare ad ogni cambio di gestione politica in funzione delle rispettive clientele, conservando o addirittura aumentando centri di alta specializzazione (emodinamiche, centri trapianti, ecc.), indipendentemente da una razionale programmazione nazionale, a quello servono le economie? Quelli non sono sprechi? Quella non è inappropriatezza?

Il potere di veto per competenza costituzionale da parte delle Regioni nei confronti del Governo ha comportato ritardi e immobilità. Ricordo che dal 2011 al 2014 il Patto della Salute addirittura è saltato perché la Conferenza delle Regioni non riteneva adeguato il

finanziamento proposto e con il Patto sono rimaste ferme anche tutte le azioni di riforma e riorganizzazione che erano necessarie alla razionalizzazione dell'impiego delle risorse, compreso il nostro ACN. Il risultato è che con il tempo le risorse sono ulteriormente diminuite mentre sono aumentati i debiti e la riorganizzazione è ancora da fare.

La rete ospedaliera invece di essere razionalizzata è stata resa asfittica dal blocco del turnover, la riforma della assistenza primaria non è ancora partita, la formazione professionale dei medici e dei professionisti sanitari è nel caos e risponde a dinamiche perverse indipendenti dalle esigenze del SSN, la compartecipazione alla spesa è ancora iniqua e supera spesso il costo stesso della prestazione nel privato, la digitalizzazione si dimostra improvvida, avventurosa e problematica, l'assistenza farmaceutica vede cambiare ogni anno il suo sistema di regolazione.

A tal proposito non posso fare a meno di denunciare che il contributo della Medicina Generale al sistema regolatorio è stato cancellato nell'AIFA per far posto ancora una volta a farmacologi e tecnocrati regionali.

Il livello di realizzazione dei LEA è in calo anche nelle Regioni considerate eccellenti, l'OCSE ha confermato la tendenza all'aumento delle differenze di assistenza fra le varie Regioni.

A ciò bisogna aggiungere che alcuni livelli di assistenza come la LTC, di fondamentale importanza, sono ancora alla preistoria. In Italia ci sono circa 800.000 badanti pagate direttamente dalle famiglie, una quantità di operatori superiore a quella che il SSN impiega.

Infine, tutti sappiamo che per effetto dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento dei malati cronici sta per esplodere la richiesta di assistenza sanitaria, conseguentemente il finanziamento del SSN sarà sempre meno in grado di soddisfare le esigenze, anche se si riuscissero a mettere in atto tutte le migliori razionalizzazioni e non dovesse essere ulteriormente ridotto.

Ma sopra ad ogni difficoltà campeggia il difetto di governance del sistema, che deriva dalla mancata volontà di mettere tra le priorità del sistema paese la sanità, considerata costo da assoggettare a tagli di spesa e non meritevole d'impegno programmatico, in questo vuoto

dobbiamo, come medici, assumere un ruolo propositivo, disponibili a ricostruire un quadro generale di riferimento, cui posporre le reciproche peculiarità, avendo cura di inserirle successivamente in maniera congruente.

Di fronte ad un tale dissesto la Conferenza delle Regioni e il Governo nell'ultimo Patto per la Salute ricorrono per l'ennesima volta a provvedimenti estemporanei e di emergenza, fino a generare il mostro rappresentato dall'operazione "appropriatezza", che prevede il sanzionamento del medico che non pratica la medicina amministrativa. Non mi dilungo in analisi sull'incongruenza dei provvedimenti perché abbondantemente evidenziata nel dibattito mediatico che si è sviluppato nei giorni scorsi.

Una trovata che non risolve i problemi economici del SSN perché sono stati contabilizzati solo 106 milioni di euro di risparmio, che per di più, dati i ritardi nella entrata in vigore, non saranno conseguiti e si tradurranno in costi applicativi, ma tutto ciò presenta il "vantaggio" di aver trovata la strada per poter scaricare sui medici tutta la responsabilità degli sprechi, che ci si guarda bene da analizzare compiutamente e correttamente, sollevando da ogni responsabilità politici ed amministratori.

La classica goccia che ha fatto traboccare il vaso della sopportazione di tutta la categoria medica, che ha deciso la mobilitazione generale, con azioni di informazione ai cittadini sul pericolo imminente che il diritto alla tutela della salute non sia più garantito in Italia in modo universale, equo e solidale al contrario di quanto ipocritamente si vuole far credere possa avvenire con provvedimenti simili.

Vogliamo, tuttavia, tentare finalmente una definizione condivisibile di questo termine: "appropriatezza" e non considerarlo sia a livello nazionale che nei più remoti e periferici centri di spesa dei SSR una specie di mantra, usato in maniera tautologica per chiudere ogni confronto su atti che, "gratta-gratta", sono solo provvedimenti amministrativi che limitano pesantemente i contenuti professionali e le caratteristiche di autonomia, intesa come garanzia per l'utenza, del servizio fornito.

Appropriatezza in campo sanitario non fa rima con estemporaneità o defianziamento. Appropriatezza significa capacità di analizzare l'esistente alla luce di un progetto di sistema e rendere congruenti tutte le variabili di quel progetto per approssimarsi,

quanto più possibile, agli outcome sperati ed attesi. Non significa scambiare liste di proscrizione scientificizzate ad arte ed imposte sulle baionette delle sanzioni con l'appropriatezza derivante dalla conoscenza, dalla condivisione di un progetto complessivo, dalla personalizzazione dell'approccio e dal saper mettere al centro dell'agire l'umanizzazione dell'atto diagnostico terapeutico. La categoria ha sul tema della distorsione del termine appropriatezza, fatta dalla parte pubblica, una occasione irripetibile di consenso se sarà capace di staccarsi dal particolare e proporre una visione completa, a 360 gradi, di ridisegno del pianeta sanità pubblica in Italia, dal quale tutti possano trarre una prospettiva di impegno e di miglioramento. Solo così sarà possibile rimettere, come doveroso, al centro dell'agenda del Governo la sanità e sottrarla alla attuale esclusività del Ministero dell'economia e delle Finanze.

Il Governo e il Parlamento, con o senza Senato, devono essere posti da noi nelle condizioni di doversi assumere la responsabilità di aderire ad un progetto coerente di gestione, di perfezionamento dell'organizzazione e delle regole di finanziamento del sistema sanitario italiano.

In questo ambito deve trovare spazio anche una compiuta regolamentazione dei Fondi Sanitari Integrativi quali strumenti di tutela e di corretta finalizzazione della spesa sanitaria privata dei cittadini. FSI che se non adeguatamente governati rischiano veramente di diventare sostitutivi e aprire la strada ad una sanità delle assicurazioni, spingendo il sistema sanitario italiano in una direzione opposta rispetto a quella che ne ha motivata la nascita.

La FIMMG aderisce convinta alla mobilitazione dei medici lanciata dalla FNOMCEO e si adopererà su tutto il territorio nazionale per aumentare la consapevolezza dei cittadini sul pericolo di dover rinunciare alla pubblica tutela della salute, e lo farà facendosi parte attiva, insieme alle altre componenti della professione, di una proposta di riordino complessivo della sanità pubblica in Italia, portando anche il contributo di tutte le elaborazioni e gli approfondimenti che dal 2007 ha prodotto. Per una battaglia tanto importante la FIMMG non si pone limiti di sacrifici e di sforzi né tantomeno di mezzi, tra questi anche quello dello sciopero unitario.

La FIMMG rileva con soddisfazione come anche le professioni sanitarie non mediche e le associazioni dei cittadini abbiano assunto posizioni critiche e di protesta, simili a quelle dei medici, verso questo “modello di governance” del sistema sanitario.

Quello del conflitto con le professioni sanitarie non mediche è un altro problema attribuito ai professionisti che invece dipende dal malgoverno, anche intenzionale, delle Regioni, che l'Esecutivo non ha saputo o potuto gestire correttamente. Problema annoso e sempre rinviato che si è riacutizzato con l'approvazione nella legge di stabilità 2015 del comma 566 che recita *“Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.*

Questo comma oltre ad essere inutilmente allarmante per i medici nella sua formulazione ha un altro e più sostanziale difetto: rimette alle sperimentazioni regionali, concordate con le università, la definizione di ruoli e funzioni di tutti i professionisti sanitari, indirettamente anche quelle dei medici.

Ne nascerà un caos che disegnerà 21 tipi di medico, infermiere, e di altri professionisti sanitari, diversi in ogni Regione, che una Cabina di regia pletorica, come quella prevista, non potrà governare.

La FIMMG ha sempre guardato con attenzione alle professioni sanitarie per il contributo importante che potrebbero dare all'assistenza primaria ed al loro desiderio di progresso e qualificazione. Questa non può che essere di beneficio all'efficacia ed all'efficienza del servizio sanitario, ma la gestione di questo aspetto da parte del Governo, del Parlamento e della Conferenza delle Regioni è stato, a pensar bene, maldestro.

Non è necessaria la contrapposizione fra categorie che comunque svolgono funzioni e ruoli diversi, contrapposizione che, fra l'altro, nei fatti non è vissuta in questi termini nella quotidianità dalla maggior parte dei medici e degli infermieri.

Il progresso delle professioni sanitarie, come è avvenuto in altre parti del mondo, deve essere facilitato e accompagnato in una graduale evoluzione, determinata e senza interruzioni, fermo restando che la confusione delle responsabilità correlate alle funzioni deve essere correttamente ripartita e non prevedere sovrapposizioni che poi tocca alla magistratura dirimere.

Se per essere responsabili di una diagnosi e di una terapia si stabilisce che occorrono almeno 6 anni di formazione universitaria di base ed uno specifico esame di Stato non possono essere individuate scorciatoie. Nessuno mette in discussione queste prerogative tipiche del laureato in medicina, ma si insinua questa ipotesi nella formulazione del comma 566 e si apre genericamente a sperimentazioni regionali che non potranno far altro che combinare guai e confusione.

Ho messo sul “banco degli imputati” Governo e Parlamento, perché anche loro hanno l’obiettivo responsabilità di non aver saputo impedire una politica che tutti sappiamo, ancora una volta, nasce dai deliri tecnocratici ed economicistici regionali ed è mirata a dividere i professionisti fra loro per poter governare sulle loro contrapposizioni.

E’ in questa atmosfera, resa ancora più pesante dalla mancanza di soluzione al vulnus permanente della responsabilità medica, che la FIMMG ha seguito con attenzione le elezioni per il rinnovo del Comitato Centrale della FNOMCEO e del suo Presidente. Lo ha fatto dialogando con gli altri sindacati, ma soprattutto incontrando ripetutamente i 40 Presidenti di Ordine provinciale provenienti dalle sue fila e adoperandosi insieme a loro per evitare che nella esasperazione del mondo medico, acuita dal comma 566 e dal problema della responsabilità medica, potessero attecchire manovre strumentali di pochi individui determinati ad opporsi sempre e comunque, a prescindere dai contenuti, sia in ambito ordinistico che nell’ambito dell’ENPAM.

La FIMMG ha sostenuto idealmente la Presidente Chersevani e il Comitato Centrale eletto e con loro si complimenta per il successo. Il primo periodo di attività non ha deluso, anzi ha registrato nel Consiglio nazionale un consenso più vasto di quello che ne ha determinato l’elezione e recentemente ho potuto con piacere assistere ad un incontro del Comitato Centrale con quasi tutti i sindacati medici, nell’ambito del quale tutti hanno

espresso unanime consenso alla proposta di mobilitazione di tutta la categoria medica sui temi di cui stiamo dicendo.

Subito dopo la FIMMG ha dovuto impegnarsi in un'altra importante tornata elettorale, quella che ha portato al rinnovo dell'Assemblea nazionale dell'ENPAM, del suo Consiglio di Amministrazione e del suo Presidente, in un contesto statutario e regolamentare appena rinnovato. Anche in questo caso la FIMMG ha potuto registrare un consenso ed una partecipazione degli iscritti addirittura superiore alle attese, o meglio alle attese di chi si era fatto influenzare dal maggiore spazio che i media offrono alla contestazione, da chiunque provenga e senza valutazione di merito. Ancora una volta è risultato confermato il famoso detto che dice che fa più rumore un solo albero che cade che tutta la foresta che cresce.

Alla luce di ciò possiamo dire che la consapevolezza dell'importanza del nostro ente di previdenza e del suo buon operare è lievitata nei singoli medici, superando anche gli schieramenti dei sindacati di appartenenza. Questo consenso crescente, al contrario di quanto sta avvenendo nelle consultazioni elettorali politiche e amministrative, sarà premiato da importanti progressi che il nostro ente sta già mettendo in atto, di cui parlerà il Presidente Alberto Oliveti e nei quali FIMMG ha avuto, ha e dovrà avere un ruolo di stimolo, di proposizione, d'impegno e di controllo, che gli deriva da una gestione responsabile del consenso maggioritario di cui è investita. Impegno che si traduce nella ricerca e nel mantenimento della sicurezza per la mission previdenziale dell'ente e nella messa a disposizione della categoria di un welfare non assoggettato alla logica del profitto dell'ente gestore, ma a quella di una tutela dei fruitori, compatibile con una politica rigorosa di equilibrio finanziario a fronte di ritorni di convenienza sia economica che di copertura dei rischi per i medici e quindi di radicazione della insostituibilità dell'ente nella categoria. Prima fra tutte le sfide in questo campo l'aver riportato in casa ENPAM la polizza dei primi trenta giorni ex ACN, dopo le gravi problematiche applicativo/gestionali registrate nell'affidamento alle compagnie assicurative.

E proprio il ragionamento sul ruolo dell'ENPAM che ci costringe a mettere insieme, in conclusione, molte parti di questa relazione: l'ACN e il profilo giuridico del medico di

medicina generale, la FNOMCeO e il ruolo professionale dei medici, tutti questi mondi hanno bisogno di futuro.

La FIMMG ha bisogno di futuro, un futuro che deve considerare l'evoluzione dei nostri giovani della formazione in Medicina Generale come una necessità non come uno dei tanti adempimenti che leggi europee ci hanno determinato.

Il futuro ha bisogno di dare queste giovani forze mediche alla Medicina Generale con le attività professionalizzanti escluse con il comma 14 dal Patto della Salute, escluse dal definendo atto discendente dal comma 22 ancora una volta grazie alle Regioni e all'Università, che da padroni della formazione decidono di renderla residuale e mediocre, per poter giustificare la loro successiva azione contro la Medicina Generale attiva, che deve essere ridotta schiava, plebea mai autorevole, mai padrona del proprio sapere.

Il futuro ha bisogno dell'anticipazione di prestazione previdenziale da inserire nell'ACN quale parziale soluzione alla precarizzazione della Medicina Generale, che si esprime con il ritardo nell'inserimento professionale dei nostri giovani, mascherato con anni di sostituzioni che demotivano e che non accrescono il valore di un rapporto fiduciario che ha bisogno di stabilità nel rapporto medico paziente.

Il futuro ha bisogno di una Medicina Generale indistinta con compiti specifici, ma obiettivi omogenei tra chi s'interessa di assistenza primaria e chi di continuità assistenziale, in un recupero di professionisti lasciati ai margini e troppo spesso fagocitati nelle assistenze di urgenza emergenza a coprire le disorganizzazioni regionali dell'altra faccia della luna, l'emergenza sanitaria, piuttosto che essere coinvolti nei processi della vera emergenza salute di questo paese: la cronicità.

Il futuro ha bisogno di lotta, sudore, presenza attiva, innovazione agiti giorno dopo giorno, ora dopo ora come solo la Medicina Generale sa fare, come la FIMMG sa fare.

La parte pubblica ed i media di regime "*stiano sereni*", NOI siamo pronti.

FIMMG - METIS
Grattacielo Italia
Piazza G. Marconi, 25
00144 Roma

tel. 06 54896625
fax 06 54896645
fimmg@fimmg.org
metis@fimmg.org

