

# INTEGRAZIONE PROFESSIONALE UNA SCELTA NECESSARIA

## RELAZIONE

del Segretario Generale Nazionale  
**Giacomo Milillo**

# 67°

CONGRESSO  
NAZIONALE  
FIMMG METIS

**1-6 OTTOBRE 2012**  
TANKA VILLAGE  
VILLASIMIUS



- **Introduzione**
- **Le criticità relazionali**
- **La reputazione della Medicina Generale**
- **Il Servizio sanitario nazionale: universalismo, sostenibilità, livelli di assistenza**
- **La riforma dell'assistenza territoriale**
- **Le risorse finanziarie**
- **Le risorse umane**
- **La digitalizzazione della sanità**
- **L'assistenza farmaceutica**
- **La previdenza**
- **La politica del fisco**
- **Conclusioni**

## **Introduzione**

Signori Ministri, Onorevole Presidente, Egregio Assessore, Illustri Ospiti, Signor Presidente, Colleghe e Colleghi Congressisti, ringrazio per la Vostra presenza e per l'attenzione che vorrete dedicare a questa relazione.

La crisi economica e politica che il nostro Paese sta attraversando comporta notevoli disagi a tutta la popolazione, con punte di drammaticità che la cronaca giustamente sottolinea.

Non sto per introdurre un elenco di lamentazioni; alla FIMMG è ben chiaro che le situazioni di crisi devono essere affrontate come opportunità di cambiamento e progresso, cercando di confrontarsi sulle soluzioni e non sui problemi.

In questo senso siamo impegnati ormai da anni, con proposte pazientemente ribadite ed argomentate per rimediare alla crisi propria della medicina generale, aggravata e messa in maggiore evidenza da quella economico-politica, quest'ultima oggetto di attento studio, come dimostra anche l'indagine campionaria pubblicata in occasione di questo Congresso.

Proposte che partono dall'analisi delle criticità del sistema che hanno negato alla nostra categoria la possibilità di progredire come avrebbe voluto e come sarebbe stato necessario, relegandola invece sempre più in un angolo dove è facile bersaglio di luoghi comuni costruiti generalizzando comportamenti scorretti individuali.

Sulla base di quella analisi abbiamo definito la proposta della "Rifondazione della Medicina Generale" orientata non già a disegnare modelli organizzativi dell'erogazione dell'assistenza territoriale, ma piuttosto condizioni e regole di attività professionale che consentano alla Medicina Generale di passare realmente dalla pratica singola al lavoro di squadra, punto di leva indispensabile per consentire la vera integrazione delle sue attività con quelle degli altri professionisti della filiera. Obiettivo di sistema sempre enunciato dalla cosiddetta "parte pubblica", ma raramente costruito o quantomeno ricercato con il necessario impegno.

Abbiamo lavorato e continuiamo a lavorare per questo, affrontando con caparbietà ogni ostacolo che si è presentato sul nostro percorso.

## **Le criticità relazionali**

Alle difficoltà determinate dalla crisi politica ed economica, forse da queste favorito, si aggiunge un progressivo peggioramento della qualità delle relazioni fra istituzioni, soggetti politici e sociali, che impedendo il dialogo rendono più difficile e faticosa, se non la impediscono di fatto, la soluzione dei problemi.

La dura contrapposizione degli interessi, la diffamazione degli altri, l'uso mediatico della calunnia o l'insinuazione del sospetto, l'exasperazione dei pregiudizi, la banalizzazione dei problemi e delle soluzioni sono gli strumenti di un confronto tanto spettacolare quanto violento e improduttivo.

Fenomeni indotti dalle regole della comunicazione mediatica di massa, sempre alla ricerca di "notizie" che catturino l'attenzione del maggior numero di persone, che stanno sostituendo le relazioni dirette fra soggetti rappresentativi diversi e contaminando il comportamento dei singoli nei loro confronti. Tutti contro tutti, ognuno detentore di una verità autoreferenziale che, quando non si può argomentare si grida e si cerca di imporre con ogni mezzo.

Abbiamo dovuto prendere atto che questo tipo di degenerazione ha colpito anche le cosiddette "relazioni sindacali", quel traguardo di civiltà faticosamente raggiunto nella storia, che ha sostituito alle sommosse con i forconi il confronto fra rappresentanze.

I nostri interlocutori istituzionali, che sono in ordine di frequenza le Regioni, i Ministeri e la SISAC, ma anche enti quali l'INPS, l'INAIL, etc. ricorrono sempre più spesso all'imposizione autoritaria, attraverso leggi, direttive, interpretazioni arbitrarie della normativa; siamo arrivati in qualche caso persino alla sua trasgressione arrogante, senza neppure tentare di cercare quel confronto con le rappresentanze maggioritarie che avrebbe potuto far perfezionare l'obiettivo e facilitarne il raggiungimento attraverso percorsi condivisi, o almeno rispettosi della dignità delle parti.

E quando la difficoltà ad esercitare le proprie funzioni di governanti e di amministratori si fanno più acute, si approfitta dell'autorità per mettere in campo le forze di polizia giudiziaria: gli esempi si sprecano.

Pensiamo solo alle migliaia di medici di famiglia indagati dai Nas o dalla Guardia di finanza e denunciati prima del giudizio alla pubblica opinione per ipotesi di reato che non erano nella condizione materiale di poter commettere: l'assistenza ai morti. Quando erano parte lesa perché materialmente spetta alla ASL la tenuta degli elenchi, e a molti è stato impedito di acquisire nuove scelte, salvo a posteriori chiedere somme considerevoli indietro. E non è successo una volta sola, ma si è ripetuta regolarmente negli ultimi 10 anni.

Un altro esempio clamoroso è quello della Lombardia nel 2006:

- 465 medici denunciati per presunti danni erariali superiori a 25 milioni di euro;
- 188 subito, si fa per dire, archiviati nel 2007;
- 4 sentenze sfavorevoli al 2012 per poche migliaia di euro di danno erariale;

Altro esempio nel 2004 in Piemonte, nella provincia di Biella: 47 medici denunciati per truffa aggravata ai danni dello Stato. Due anni dopo il

procedimento viene archiviato. E ancora, la Guardia di Finanza denuncia tutti i 120 medici della Provincia, dopo le verifiche nessuna condanna.

In Emilia Romagna un esempio che rappresenta bene quali danni possa provocare un certo modo di indagare: 5 medici dello stesso studio inquisiti per inosservanza delle norme relative alla costituzione di un inesistente poliambulatorio, 4 intimiditi patteggiano, il quinto si difende e viene assolto.

Altro che la tanto invocata appropriatezza prescrittiva dei medici di medicina generale, siamo di fronte a enormi ed inappropriate spese, che nel tentativo di autogiustificarsi esasperano la ricerca di presupposte mancanze che amplificano per meglio raggiungere lo scopo. Per non parlare di quei magistrati, spero pochi, che, novelli Ponzio Pilato, sulle segnalazioni dei NAS scrivono senza valutazioni “procedere in automatico”, consentendo indagini devastanti e costose per anni, che arrivano a proporre la carcerazione cautelare del malcapitato, immediatamente archiviate appena arrivano all’attenzione del Giudice competente.

E poi c’è l’operazione della Guardia di Finanza denominata “GALENO” che perseguita i medici del Corso di formazione specifica in medicina generale che, si sarebbero permessi di svolgere, dall’alto degli 800 euro lordi che ricevono come borsa di studio, qualche marginale attività libero professionale, in un contesto di normativa nazionale e regionale non chiaro e che continua a discriminare i colleghi che si formano alla medicina generale, consentendo tutto agli specializzandi e nulla a loro.

Di fatto, l’attività sindacale negli ultimi anni più che nelle sedi proprie è impegnata in quelle giudiziarie, in liti infinite che daranno ragione quando le ingiustizie saranno già consumate senza possibilità di rimedio.

Per questo motivo la FIMMG si sta organizzando, costituendo un coordinamento di avvocati, che si confrontino sulle esperienze e ne derivino strumenti d’interpretazione giuridica che rendano più efficace e coerente la loro azione nelle diverse sedi giudiziarie.

### **La reputazione della Medicina Generale**

Certo questa atmosfera e queste azioni minano profondamente la “reputazione” del medico di famiglia, soprattutto nei soggetti che non ricorrono alla sua opera professionale, ma anche nei cittadini che vi ricorrono e che ne stimano la capacità e sono soddisfatti del loro medico. Paradossalmente questi assistiti finiscono per considerarsi singolarmente fortunati per aver trovato uno dei pochi medici di medicina generale validi, maturando la convinzione che tutti gli altri siano come descritti da alcune associazioni di consumatori e qualche volta anche da colleghi attivi nel SSN.

E non dimentichiamo che le leggi e le Aziende, in nome dell'appropriatezza, fanno di tutto per erodere il credito sulle capacità professionali dei medici: per accedere a farmaci innovativi, prestazioni integrative, eseguire indagini costose bisogna ricorrere all'autorizzazione di uno specialista. Il medico non è neppure considerato all'altezza di formulare la diagnosi che è necessaria al riconoscimento dell'esenzione dal Ticket.

La sorpresa sta nel fatto che i cittadini nelle indagini demoscopiche degli ultimi dieci anni, alcune ricorrenti, altre occasionali, effettuate e commissionate da soggetti estranei alla categoria, certificano una grande fiducia nel loro medico di famiglia, sempre attestata intorno all'80% degli intervistati.

I conti non tornano. Hanno ragione i singoli che esprimono giudizi per sentito dire o per esperienze occasionali o gli istituti demoscopici che misurano con metodo scientifico i fenomeni sociali, sia pure con tutti i bias del caso?

Certi giudizi offendono la categoria, ma non intaccano la reputazione dei singoli professionisti che la costruiscono e la verificano quotidianamente nel rapporto con gli assistiti che li scelgono e che possono anche cambiarli.

Noi ci aspettiamo che chi governa a qualsiasi livello, se tiene al SSN, difenda nell'opinione pubblica l'immagine e la dignità dei professionisti che vi operano, non negando l'esistenza di problemi, ma sostenendo quanti, e sono la maggioranza, lavorano con impegno e serietà nell'interesse dei loro assistiti, almeno per quanto l'organizzazione dei servizi consente loro. Perché il futuro e la sostenibilità del SSN non dipende solo dall'entità dei finanziamenti, ma anche dalla fiducia dei cittadini in chi vi opera ed in chi amministra e governa, e per questi ultimi purtroppo si assiste ad una assoluta sovrapposizione tra giudizi estemporanei dei singoli e indagini demoscopiche!

### **Il Servizio sanitario nazionale: universalismo, sostenibilità, livelli di assistenza**

La FIMMG ha maturato molti anni fa e sempre sostenuto l'importanza dell'art. 32 della Costituzione e del Servizio sanitario nazionale pubblico, universale ed equo, come traguardo di civiltà del nostro Paese da difendere e proteggere da ogni tentativo di indebolimento o destrutturazione.

Per questo motivo assistiamo con preoccupazione ai dibattiti in cui si paventa che, per le ristrettezze economiche, ci sia il rischio di un suo, sia pure parziale, smantellamento, anche se nello stesso tempo ci rendiamo conto del fatto che in momenti di recessione è necessario riflettere concretamente sul corretto impiego delle risorse disponibili.

Il finanziamento del SSN da anni è sottostimato rispetto al fabbisogno. Certamente a determinare i disavanzi ci sono ancora sprechi da evitare, ma un grande lavoro è stato fatto fino ad ora, anche con il sacrificio dei professionisti

che vi operano, ma restano alcuni temi difficili da affrontare, tra questi la medicina difensiva e il clientelismo politico.

Per evitare di assumersi responsabilità che potrebbero subire critiche, si assiste a una concreta riduzione non del numero di prestazioni comprese tra i livelli essenziali di assistenza, ma della loro accessibilità, risultando pertanto solo nominalmente garantiti. E i cittadini, quelli che possono permetterselo, sono costretti a sostenere direttamente le spese di alcune prestazioni assistenziali per poterle ottenere in tempi utili.

La FIMMG ritiene che il problema debba essere affrontato senza demagogiche ipocrisie e ai cittadini le cose vadano riferite come effettivamente stanno.

I Livelli Essenziali di Assistenza devono essere definiti nel rispetto dei principi di universalità ed equità, nei limiti della disponibilità finanziaria, come recita la 502/92 senza infingimenti. Questi devono essere accessibili a tutti in tempi garantiti su tutto il territorio nazionale. Poi, con altrettanta chiarezza devono essere individuati e definiti i Livelli INTEGRATIVI di Assistenza, sostenibili con le risorse di Fondi Integrativi alimentati dai cittadini direttamente o attraverso un welfare contrattuale, opportunamente regolamentati in modo da garantire meccanismi di solidarietà. Se i Livelli Integrativi di Assistenza non saranno dichiarati, inevitabilmente, i Fondi integrativi faranno fatica a decollare e finiranno per rappresentare canali privilegiati per ottenere Livelli Essenziali di Assistenza altrimenti negati.

Anche la partecipazione alla spesa, se non è evitabile, deve essere sottratta all'improvvisazione e alle manovre demagogiche di maggioranze contrapposte sia a livello nazionale che regionale e rispondere concretamente alla funzione di disincentivo all'uso inappropriato delle prestazioni garantite e di contribuzione equa, in quanto correlata al reddito familiare, al costo delle prestazioni consumate. A tale scopo, il meccanismo della franchigia, diversamente dimensionata in relazione al reddito, può rappresentare uno degli strumenti, certamente non l'unico, di una corretta politica di partecipazione alla spesa.

Tutto ciò, per quanto importante, rischia però di non essere risolutivo se non si procederà, come da anni riconosciuto da tutti, sia a livello nazionale che internazionale, al potenziamento dell'assistenza territoriale.

### **La riforma dell'assistenza territoriale**

Non una parola per argomentare la necessità e l'urgenza del potenziamento dell'assistenza territoriale. Troppe ne sono state gettate al vento. Chi non l'ha capito è perché non vuole capirlo.

Guardiamo i fatti. Ogni sforzo programmatico e d'indirizzo messo in atto dai governi nazionali che si sono succeduti, ha prodotto risultati limitati nella maggior parte delle Regioni.

Non ci illudiamo per le cosmesi di bilancio che hanno imputato all'assistenza territoriale spese appartenenti ad altri capitoli per rispettare nella forma le indicazioni ricevute e concordate. A solo titolo di esempio, le risorse per la medicina generale, da anni nella ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale, pur non essendo previsto un vincolo sostanziale di impiego, sono quantificate in circa il 7% delle risorse del Fondo assegnato a ciascuna Regione, e regolarmente, a consuntivo si verifica che rappresentano meno del 6%. Non sono spiccioli, negli anni avrebbero già potuto cambiare la medicina generale, ma altri interessi hanno istruito i decisori.

E non si ricorra alla trita affermazione che i medici di medicina generale sono super pagati, perché i medici di continuità assistenziale, ovvero la futura area di accesso unico al sistema della medicina generale, gode, si fa per dire, anche a 40-50 anni di retribuzioni paragonabili a quelle di un qualsiasi impiegato alla prima occupazione mentre il medico di famiglia medio italiano, con circa 1100 scelte, detratte le spese che deve sostenere, si attesta su un lordo annuo di molto inferiore a quello dei medici dipendenti del SSN.

Ma veniamo all'attualità. La FIMMG ha temuto, fino a quando non ha avuto modo di conoscerlo, che il Decreto sanità che il Ministro Balduzzi stava preparando fosse l'ennesima occasione perduta per l'assistenza. Non lo abbiamo condiviso totalmente e non abbiamo risparmiato al Ministero critiche anche esplicite. Quando però abbiamo avuto la possibilità di esaminarlo con attenzione abbiamo dovuto riconoscerne comunque l'importanza, tanto da impegnarci nel difenderlo dagli attacchi della Commissione sanità delle Regioni.

Prima di tutto abbiamo dovuto constatare che il testo promulgato, almeno per quanto ci riguarda, non ha contenuti direttamente impositivi, ma solo di forte orientamento nel rispetto delle autonomie regionali e degli istituti contrattuali.

Ha il coraggio di ribadire con determinazione l'esigenza di mettere mano con urgenza al potenziamento dell'assistenza territoriale.

Per rendere possibile ciò introduce alcune novità nei principi che devono ispirare la stesura della prossima convenzione. Principi ripetutamente condivisi da tavoli tecnici di Ministero, Regioni e rappresentanti della categoria come testimoniato da numerosi documenti. Questi già recepivano alcune proposte che fanno parte del nucleo centrale della Ri-fondazione che la FIMMG da anni sostiene.



Non consideriamo il comma uno dell'art. 1 del Decreto, quello che modifica l'art. 8 della 502/92, esaustivo delle nostre esigenze e privo di difetti, ma dobbiamo riconoscere che ha il merito di introdurre il punto indispensabile a costruire il cambiamento sul tavolo degli AACCN: il ruolo e l'accesso unico. Inoltre stabilizza il riconoscimento delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e delle unità complesse di cure primarie (UCCP) già individuate dall'ultimo ACN.

Per quanto riguarda il comma 2, è stato oggetto di infinite polemiche e fraintendimenti, amplificati dalla difficoltà di divulgare un'informazione sintetica e dalla strumentalizzazione di quei soggetti, anche appartenenti alla nostra categoria, che attendono sempre che la Segreteria Nazionale FIMMG si esprima per essere certi di assumere posizioni opposte, anche a costo di cadere in contraddizione.

E' chiaro a tutti ormai, che il decreto non prevede che i medici debbano lavorare giorno e notte, prefestivi e festivi compresi. Ancora oggi mi chiedo come molti possano averlo anche solo ritenuto possibile.

Il comma due indica semplicemente alle Regioni la necessità di modulare le UCCP, quando vengono fatte, in modo da offrire, dove necessario e possibile, un'assistenza della medicina generale e degli altri professionisti per "tutto l'arco della giornata". Alle Regioni è lasciata la definizione di quale livello di assistenza è garantito nell'arco della giornata. Questo comma, ha forse il difetto di ribadire in forma diversa alcuni principi già contenuti nella 502/92 e in tutte le successive modificazioni e che la maggior parte delle Regioni, di fatto non hanno saputo o voluto realizzare anche quando le risorse erano meno criticamente carenti.

E' naturale che quelle strutture potranno essere realizzate solo quando saranno disponibili risorse adeguate, o per finanziamento finalizzato, o per riconversione della spesa.

Ricordo comunque a me stesso e a tutti voi che già ora la medicina generale, con la disponibilità di tutte le sue risorse umane, garantisce da sola una copertura assistenziale 24 H per 7 giorni su 7. La sfida, che noi, ribadiamo, vogliamo cogliere è quella di migliorare la qualità di questa continuità dell'assistenza e di una ulteriore qualificazione della professionalità dei medici di medicina generale.

Il risultato finale non potrà certamente essere un sovraccarico del lavoro per il singolo, ma al contrario, se non un carico ridotto, almeno un miglior modo di lavorare.

Comunque tutto ciò che è previsto nel decreto e che ci riguarda potrà avere esecutività solo dopo il rinnovo della convenzione nazionale che dovrà essere completamente riscritta attraverso un lungo ed attento lavoro della SISAC con le organizzazioni sindacali più rappresentative.

Per questo motivo noi riteniamo che, subito dopo la conversione in legge del Decreto, debbano iniziare le trattative per la definizione normativa degli ACN, pur “nei limiti delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale a legislazione vigente”, per parafrasare il decreto legge 13 settembre 2012, in carenza di risorse aggiuntive, comunque non prevedibili fino al 2014 per il blocco determinato dalla finanziaria. L’obiettivo è modificare la normativa in modo che quando saranno disponibili stanziamenti aggiuntivi questi possano alimentare il nuovo assetto della medicina generale e dell’assistenza territoriale e non quello vecchio.

Il rinnovo dell’ACN può realizzare quel cambiamento della medicina generale, indispensabile non solo a qualificare la continuità dell’assistenza, ma soprattutto a metterla nelle condizioni di poter affrontare la sfida della medicina di iniziativa, dell’integrazione professionale, della acquisizione di adeguati fattori di produzione dell’assistenza, tutti elementi fondamentali per il progresso della medicina generale e per la sostenibilità del SSN.

Il rinnovo normativo dell’ACN sarà anche l’occasione per mettere ordine sulle competenze dei diversi livelli di contrattazione ed evitare controproducenti e confondenti interferenze.

### **Le risorse finanziarie**

Questo tema pervade ossessivamente il dibattito politico, istituzionale e professionale.

Non intendo minimizzare l’importanza della disponibilità delle risorse finanziarie.

Voglio solo mettere in evidenza che la loro disponibilità di per sé non risolve automaticamente tutti i problemi. E’ necessario utilizzarle bene perché possano produrre benefici. Ciò vale anche per la medicina generale e per l’assistenza territoriale.

L’assistenza territoriale, per definizione, deve impiegare meno risorse di quella ospedaliera a parità di risultati, quantitativi e qualitativi, altrimenti non avrebbe senso strategico per la sostenibilità del SSN.

Per questo motivo riteniamo che Governo e Regioni debbano essere attente a non riproporre o subordinare il potenziamento dell’assistenza territoriale a quelle logiche che hanno guidato lo sviluppo della rete ospedaliera negli ultimi trenta anni.

E’ necessario un approccio innovativo che privilegi la soluzione semplice, intelligente ed appropriata a quella burocratico-amministrativa che riproduce schemi di collaudata inefficienza che fino ad ora non hanno saputo anteporre l’esigenza dell’assistito a quella dei servizi o delle clientele.

Lo sviluppo dell'assistenza territoriale è utile se si riesce a spostare in quella sede, a minor costo, per effetto della minore complessità organizzativa, e con identica o migliore qualità, la massa delle prestazioni garantite.

Se si riuscisse a fare ciò, e questa è la vera sfida, a parità di risultati assistenziali la spesa corrente del SSN dovrebbe diminuire, se non avviene si è sbagliato qualcosa.

Il problema vero della disponibilità delle risorse per l'assistenza territoriale non dovrebbe in teoria neppure porsi se non dipendesse dal fatto che fino ad ora è stata tanto colpevolmente trascurata che servono enormi risorse in termini di investimenti per rimetterla in moto.

Gli investimenti sono il vero problema! In loro assenza tutto sembra inesorabilmente bloccato. Chi deve provvedere a questi investimenti?

Il Governo? Impensabile con la crisi in atto e poi quale sicurezza di impiego corretto ci potrebbe essere dal momento che, per esempio, dei finanziamenti forniti dallo Stato alle Regioni per la digitalizzazione solo piccole quote e in poche Regioni sono servite a far evolvere il sistema, coinvolgendo i veri attori ovvero i medici?

Le Regioni? Ma fino ad ora quante Regioni hanno affrontato concretamente il problema, noto da oltre un ventennio? Pochissime!

Comunque ci sono cose che si possono fare con le risorse disponibili e altre che devono attendere tempi migliori. Non accettiamo però che nell'attesa non si faccia nulla o addirittura si regredisca rispetto ai livelli raggiunti.

Abbiamo riflettuto a lungo su questi problemi e ancora una volta abbiamo cercato soluzioni concrete.

Per questo motivo la FIMMG ha fondato, nell'ambito di Confprofessioni, le società cooperative dei Confidi, già approvate dalla Banca d'Italia e che speriamo diventino operative dal prossimo anno, per fornire ai professionisti e alle loro società di servizio, finanziamenti a tasso agevolato, simili a quelli che hanno aiutato lo sviluppo dell'artigianato e del commercio nel secolo scorso.

Questo sistema di Confidi potrebbe rappresentare anche un modo di impiegare in modo virtuoso piccole quote dei patrimoni degli Enti di previdenza dei professionisti. In modo virtuoso per la conservazione del patrimonio e per promuovere la crescita dei volumi assoluti di contribuzione senza aumentare le percentuali di imposizione; in modo virtuoso per lo sviluppo dell'assistenza territoriale e la sostenibilità del SSN.

Se le Regioni vorranno, la categoria potrà procurarsi gli investimenti necessari esonerandole da ciò e caricando su di loro solo le spese correnti, comprensive naturalmente degli ammortamenti degli investimenti.

## **Le risorse umane**

La FIMMG ritiene a questo punto superfluo continuare a distinguere nell'ambito della Medicina Generale i medici di Continuità Assistenziale, il ruolo unico rappresenta il riscatto di un'area troppo relegata per anni ad una assistenza senza investimenti professionali e in fattori di produttività assistenziale. 13.000 medici di Medicina Generale, indispensabili ai processi di continuità di cura e non solo del nostro progetto di Ri-fondazione.

Ma per tutelare la salute dei cittadini non bastano i soldi e le soluzioni intelligenti. Ci vogliono anche professionisti preparati e motivati che per essere utili domani, dobbiamo motivare oggi.

Mi riferisco ai medici in formazione post-laurea che aspirano a fare i medici di medicina generale. Perché per fortuna ce ne sono ancora, almeno per il momento. Nonostante siano discriminati sul piano economico e fiscale, nonostante siano nel mirino dalla Guardia di Finanza, nonostante usufruiscano di un'offerta formativa molto migliorabile, nonostante si registri in conseguenza di tutto ciò un calo di vocazioni, esistono ancora medici che vogliono esercitare la medicina generale.

Tuteliamoli, aiutiamoli, ascoltiamo le loro richieste, mobilitiamoci per il loro futuro, diamo loro una prospettiva migliore di quella che devono registrare oggi.

Signor Ministro, Lei ha potuto constatare direttamente a Gualdo Tadino il loro entusiasmo, la loro volontà di contribuire da protagonisti e non da marionette al futuro della sanità italiana. La ringraziamo per aver voluto ascoltare le loro ragioni nel tavolo dedicato. Oggi noi medici convenzionati e loro, aspiranti tali, aspettiamo una risposta, fra quelle possibili, che consenta anche solo un piccolo passo avanti.

Tutta la categoria, anche grazie al loro stimolo, è sempre più aperta a nuove logiche di attività professionale, aperta ad una vera integrazione fra i professionisti della sanità, medici convenzionati e dipendenti, infermieri e assistenti sociali.

Una integrazione che non deve trovare la sua misura nella contrapposizione delle rispettive competenze, ma nel contributo che ciascuno, valorizzando al massimo la propria professionalità, può dare al perseguimento della mission fondamentale del SSN prendendosi cura della salute dei cittadini. Misura che non può essere definita da leggi e ordinamenti che, se troppo rigidi, rischiano solo di impedire le collaborazioni, ma deve essere trovata sul campo, con la flessibilità che solo un lavoro di squadra può consentire.

In questo ambito ricordo, ma devo purtroppo per motivi di tempo solo accennarvi, meriterebbero ciascuno un congresso dedicato: l'emergenza territoriale 118, i medici che assistono i naviganti, quelli che assistono i carcerati e quelli che assolvono l'ingrato compito di medici fiscali nell'INPS.

L'emergenza territoriale 118 rappresenta un chiaro esempio di confusione delle Regioni. Ognuna vuole fare a modo suo, qualcuna ottiene, infine, risultati migliori di altre? Purtroppo è evidente, ancora una volta, ancora oggi, che quasi sempre a condizionare l'organizzazione del servizio non è la ricerca di efficienza ed efficacia, ma la soddisfazione di interessi diversi: la sistemazione di un dirigente, la creazione di un'azienda in più, la gestione di commesse, il clientelismo politico, e tanti altri. Serve anche in questo caso una direttiva nazionale. Gli operatori non possono essere resi precari nei rapporti interprofessionali da una mancata definizione della loro evoluzione professionale. Si faccia una scelta e sulla base di quella si consenta ai singoli professionisti di programmare e tutelare la propria attività professionale.

La medicina penitenziaria è stata trasferita dalla competenza del Ministero di Grazia e giustizia a quella delle Regioni. Ed è stato il caos. Ancora un fallimento delle capacità gestionali delle Regioni riguardanti la sanità. Ancora una volta improvvisazione, autoreferenzialità, inerzia.

Un altro trasferimento di competenza è quello che riguarda i medici che assistono i naviganti, dal Ministero della salute alle Regioni. Speriamo che non debbano affrontare le difficoltà dei colleghi che lavorano nelle carceri.

E infine i medici Fiscali INPS, che hanno dimostrato grande disponibilità, ai quali è negata la possibilità di sviluppare nel tempo una loro specifica professionalità, che peraltro sarebbe molto utile all'INPS, ai lavoratori e al mondo delle imprese. Si preferisce tenerli al soldo e al comando di un Ente di previdenza, anch'essi eterni precari, senza garanzie e, colmo dell'ironia, senza previdenza adeguata.

### **La digitalizzazione della sanità**

L'introduzione del certificato di malattia on line non sembra così lontana nel tempo se la colleghiamo alla bufera creata da meccanismi di coinvolgimento coercitivi, minacce apocalittiche di sanzioni per chi non si sarebbe adeguato, un'intera classe medica messa alla berlina e soggetta al sospetto. Mentre appare lontano anni luce se ci si riferisce al risultato, andato completamente a regime il giorno successivo all'avvio di momenti di rispettoso e sincero confronto che sottolineavano le difficoltà oggettive, le risolvevano e vanificavano il rischio sanzioni tanto intimidatorie quanto ingiuste ed offensive.

Oggi verrebbero spontanee delle domande: Quanti medici si sono trovati nelle condizioni di dover essere sanzionati? Quando mai in questo Paese una categoria professionale ha risposto in maniera così immediata a processi di evoluzione digitale? Forse la medicina generale, come le indagini del Centro Studi FIMMG avevano puntualmente documentato, era più pronta di quello che qualcuno aveva pensato che fosse? Forse il Medico di Medicina Generale merita

da parte di chi ha il vezzo di emanare editti un maggiore rispetto e conoscenza delle dinamiche professionali che gli sono proprie?

Questa esperienza dovrebbe essere di monito, di premessa, di insegnamento sui modi per ottenere la collaborazione dei medici. Invece, in questo Paese, si continua a voler fare la digitalizzazione della sanità contro i medici e non con i medici, come se non si trattasse di rendere digitali dati professionali intimamente connessi al ruolo dei medici, ma semplicemente di definire processi automatici quasi meccanici che poco hanno a che vedere con la *ars* medica.

La ricetta on line: anche qui, nonostante le nostre disponibilità a comprendere e a condividere metodo, processi, obiettivi e risultati, la risposta è sempre stata il silenzio. Oggi abbiamo Regioni che arrivano a certificare il successo di sperimentazioni mai avvenute e Regioni che fanno la voce grossa minacciando il taglio di voci dell'onorario dei medici, a cui danno la responsabilità di un insuccesso di cui sono le uniche responsabili perché inadempienti a quanto previsto dalle leggi e dagli accordi contrattuali da loro stesse voluti e sottoscritti.

E cosa dire della SOGEI, tempio autoreferenziale e intoccabile della digitalizzazione italiana, che da un lato superbamente rifiuta il confronto e regolarmente esprime soluzioni non corrispondenti alla reale assistenza fornita dalla medicina generale se non addirittura non corrispondenti alle stesse leggi o norme che dovrebbe rendere applicabili digitalmente, con il risultato di dover rifare sempre più volte le stesse cose, indifferente, perché non responsabilizzata, dei disagi conseguenti, ma adempiente formalmente ai tempi imposti dalla parte politico funzionale. Tutto questo è sempre colpa dei medici di medicina generale?

Ma in fondo poi cosa pretendono i medici e le loro organizzazioni? Forse di avere qualche competenza in merito? E chi gliel'ha data? Forse il contatto con milioni di cittadini che diventano miliardi di dati ogni giorno? No, è chiaro devono solo essere esecutori! E così alcune Regioni hanno preferito, piuttosto che comprendere le esigenze operative di chi assiste, confrontarsi e decidere con chi fornisce i gestionali informatici di studio medico, magari scegliendone uno solo, per poter condizionare il comportamento dei medici attraverso gli automatismi che loro stesse esclusivamente, pagando, possono decidere.

Il rischio è che le Software House possano nel nome del Dio Mercato, anche inconsapevolmente, approfittare di questo ruolo, diventare referenti del sistema, ignorare le sacrosante prerogative della nostra professione, che sono garanzia di cura per i cittadini, decidendo su aspetti importanti della nostra operatività, senza avere chiaramente né mandato né ruolo per farlo.

Non possiamo stare a questo gioco. Noi vogliamo una digitalizzazione che sia efficiente ed efficace, ma nel rispetto della professione e del nostro lavoro e non accettiamo di essere gli utili idioti al servizio altrui, anche perché il giorno che ciò accadesse non saremmo più medici.

Per tutte queste cose, abbiamo l'obbligo etico e professionale di cercare di gestire e governare gli aspetti informatici e le evoluzioni della digitalizzazione che ci riguardano, senza subalternità né dipendenze.

E' un percorso non semplice ma che a questo punto diventa indispensabile e non più prorogabile.

Il medico deve poter decidere, ad esempio, di leggere il proprio database con gli strumenti che ritiene più opportuni; deve riuscire a condividere i dati con altri medici che appartengono alla sua stessa aggregazione anche se si utilizzano software diversi; deve avere le facilitazioni per l'invio delle ricette elettroniche e dei certificati attraverso risorse che non devono costituire costi aggiuntivi, che direttamente o indirettamente gravano sulla categoria.

Per tutti questi motivi abbiamo deciso di procedere a creare NetMedica Italia, per offrire uno strumento professionale che diventi come una sorta di Web 2.0 per la digitalizzazione nella medicina generale, capace cioè di determinare uno spiccato livello di interazione tra tutti i medici, indipendentemente dal software che preferiscono usare, capace di sviluppare i servizi di cui hanno bisogno i medici oggi, ma certamente domani utile anche ai nostri pazienti.

NetMedica Italia nasce da un processo di integrazione con un'esperienza realizzata nel Veneto, ma soprattutto dal know how e dalle competenze nella gestione di dati aggregati dai medici per il conseguimento di obiettivi professionali e contrattuali; è una iniziativa che rimane aperta e disponibile ad integrare tutti coloro che vorranno promuovere un'offerta di servizi informatici al medico.

Sarà possibile accedere a questi servizi online, da un cloud, da una nuvola FIMMG, costruita su misura dai medici e per i medici.

Ci sarà la possibilità, con specifica autorizzazione a norma di legge, di produrre dati per fini contrattuali e di rendere visibile il volume delle nostre attività e tanto altro.

Il medico, se vorrà, per gestire al meglio le incombenze informatiche, potrà essere supportato attraverso un help desk che sarà al suo completo servizio.

Si tratta di una sfida, ma anche di una necessità nei confronti della quale la nostra organizzazione non può e non deve tirarsi indietro.

## **L'assistenza farmaceutica**

Mondo affollato di interessi contrapposti, dove, pur di giustificare i propri comportamenti, alcuni non esitano a distorcere quanto da anni affermiamo coerentemente e che voglio ribadire per amore della verità dei fatti e non per alimentare ulteriori, stucchevoli, polemiche.

Il medico di medicina generale è eticamente tenuto a prescrivere quello che concretamente serve all'assistito, con il minor rischio possibile, al minor costo possibile per il SSN e per l'assistito stesso. Ricordando che la responsabilità prescrittiva ricade interamente sul medico, sia per quanto riguarda gli effetti che produce sul paziente, sia per quanto riguarda l'appropriatezza della prescrizione stessa.

Tradotto in linee guida sintetiche di corretto comportamento professionale il medico di fronte alle diverse opzioni dovrà:

- sempre, quando possibile, scegliere un farmaco a brevetto scaduto, sia esso "brended," o generico, utilizzando i prodotti innovativi a più alto costo solo quando ciò comporta un significativo beneficio per il paziente non diversamente ottenibile;
- privilegiare i prodotti che conosce bene e che usa con sufficiente frequenza, per avere una maggiore capacità di verifica dell'efficacia e della tolleranza dei farmaci che prescrive nonché per ottenere la massima aderenza e persistenza alle terapie croniche.

Non abbiamo quindi avversioni preconcepite nei confronti dei farmaci generici, anche se consapevolmente ribadiamo che bioequivalenza, non solo secondo noi non significa identità, soprattutto quando ad assumerli sono individui che non sono identici e forse neppure bioequivalenti fra loro.

I farmaci generici sono una opportunità per il corretto uso delle risorse destinate all'assistenza farmaceutica. L'uso appropriato dei farmaci è una delle condizioni essenziali per contenere la spesa farmaceutica (pubblica e privata) entro i limiti della sostenibilità economica della società e del SSN.

Ciò che noi viviamo come imposizione e cerchiamo in tutti i modi di rigettare, perché riteniamo limitativo della nostra autonomia professionale e lesivo dell'interesse dei pazienti, è la sostituibilità imposta dei farmaci prescritti dai Medici e tutte le relative complicazioni burocratiche che ciò comporta.

Non vogliamo alimentare sterili polemiche, ma neppure accettiamo che le questioni che poniamo ricevano risposte vaghe o siano semplicemente bollate quali frutto di interessi inconfessabili. A sostegno di ciò dichiariamo fin da ora che non ci opporremo ad una decisione del Governo di realizzare un unico prontuario composto da pochi prodotti per ciascun principio attivo, magari con prezzo identico fra loro.



La situazione degli altri Paesi è diversa. Per citare le differenze più eclatanti fra le molte nei sistemi di gestione dell'assistenza farmaceutica: in Germania i generici sono tutti identici agli originatori, in Gran Bretagna il farmacista è parte della practice medica e possiede una scheda per ciascun paziente e si assume importanti compiti e responsabilità, responsabilità comunque ridotta da un sistema unbranded che determina una variabilità del farmaco fornito praticamente assente perchè garantita dal sistema di distribuzione dei farmaci che non avrebbe interesse a distribuire sulla stessa farmacia più farmaci con lo stesso principio attivo.

Noi vogliamo seriamente dibattere l'aspetto professionale del problema. Per questo motivo abbiamo prodotto sul problema della sostituibilità una Position Paper che presentiamo in questo congresso.

Nei prossimi giorni faremo tradurre in inglese questo documento e lo invieremo a diverse organizzazioni mediche nel mondo, chiedendo una opinione nel merito.

Dell'argomento ripareremo il prossimo anno anche alla luce delle risposte che riceveremo.

### **La previdenza**

Il Presidente dell'ENPAM nella sua relazione ha ampiamente illustrato l'impegno e i risultati raggiunti dal nostro Ente di previdenza nel corso di questo anno di attività.

La FIMMG è orgogliosa di aver contribuito con le sue politiche sindacali e con il contributo diretto dei suoi uomini nel Consiglio di Amministrazione a tali risultati che sintetizzo in due punti fondamentali:

1. la riforma dei regolamenti che ha potuto realizzarsi grazie alla solidità dell'Ente, riforma che ha già incassato apprezzamenti dai Ministeri vigilanti e che è ormai prossimo alla definitiva approvazione;
2. la revisione dei criteri e delle procedure di decisione, monitoraggio e valutazione degli investimenti patrimoniali (mobiliari e immobiliari), adeguando i primi alla mission previdenziale dell'Ente e i secondi ad una tracciabilità anche a posteriori;

A breve, entro l'anno, vedrà la luce anche la proposta di modifica dello Statuto, altro punto essenziale del programma cui si è impegnato il Consiglio di Amministrazione in carica per la legislatura.

Tutto ciò è stato realizzato nonostante nel corso dell'anno non siano cessati gli attacchi strumentali all'ENPAM da parte di soggetti interni ed esterni al mondo medico, i primi orientati a giochi di potere, i secondi a mettere le mani sul patrimonio o a limitare l'autonomia dell'Ente.

Abbiamo dovuto registrare alcune ferite, fra cui quella dell'avviso di garanzia al precedente Presidente Eolo Parodi. A lui, nella convinzione che potrà dimostrare la sua estraneità alle accuse formulate, esprimiamo la nostra vicinanza per il prezzo che è costretto a pagare, nell'interesse prioritario dell'ENPAM e dei medici, dopo una lunga attività di gestione che, bisogna dargliene atto, ha trasformato un Ente che pagava la gestione con i contributi dei medici in un altro che, forte di un consistente patrimonio, sostiene tali spese con parte dei proventi dello stesso.

Neppure questa grave ferita, che avrebbe potuto mettere in ginocchio altre realtà, ha potuto fermare l'ENPAM.

Oggi abbiamo un nuovo Presidente, il nostro Alberto Oliveti, che ha meritato, per il suo valore, la stima e la fiducia della quasi totalità degli elettori del Consiglio nazionale dell'ENPAM. Ci inorgoglisce poter dire come abbia potuto maturare le sue sensibilità e capacità rappresentative attraverso un lungo percorso nel nostro sindacato, ad ulteriore documentazione di come la FIMMG sappia individuare gli obiettivi cardine della Categoria, tutelarli ed esprimere competenze apicali.

Sento l'esigenza di ringraziare i Presidenti di Ordine che lo hanno votato per l'impegno e la determinazione dimostrata nell'essere protagonisti della vita dell'ENPAM, anche nei momenti più difficili.

Ritengo anche doveroso un pubblico ringraziamento a tutti i componenti del Consiglio di Amministrazione dell'ENPAM per l'impegno, l'attenzione, la responsabilità e la determinazione con cui esercitano la loro carica. Sono personalmente orgoglioso di far parte di una simile squadra.

Non sono certo finite le sfide che l'ENPAM deve affrontare, ogni giorno se ne presenta una nuova. Oggi dobbiamo registrare l'ennesima ingiustizia, quella contenuta nella cosiddetta spending review, che ci impone di ridurre alcune voci di spesa non già per destinarle alle pensioni dei medici, cosa che siamo impegnati a fare quotidianamente, ma per versarle alle casse dello Stato come ulteriore, iniqua, terza tassazione.

Il sindacato e la categoria non possono allentare l'attenzione e devono essere sempre pronti a mobilitarsi in difesa dell'Ente, che deve garantire le pensioni nostre e delle generazioni che ci seguiranno.

### **La politica del fisco**

Confermiamo l'impostazione della nostra politica nei confronti dei problemi del Fisco.

Da sempre, responsabilmente, non abbiamo voluto cavalcare tanto inutili quanto demagogiche rivendicazioni, ma abbiamo messo in atto un impegno costante per far comprendere agli organi competenti, in particolare all'Agenzia

delle Entrate, la nostra specifica condizione, che rende inique alcune imposizioni fiscali, come appunto l'IRAP che resta il primo obiettivo della Commissione che indirettamente in questi anni ha sollecitato i colleghi a produrre il contenzioso giudiziario-tributario che speriamo possa essere definito a breve da qualche sentenza della Suprema Corte.

Non vogliamo privilegi, vogliamo contribuire, come è giusto che facciano tutti i cittadini, in base al reddito reale e non a quello presunto sulla base di valutazioni non attendibili della nostra capacità di reddito.

Ringrazio a questo proposito i componenti della nostra Commissione Fisco per il lavoro svolto, ma anche l'Agenzia delle Entrate, che in più occasioni si è resa disponibile sia a fornire una preziosa attività di informazione e formazione dei nostri dirigenti, sia ad ascoltare le nostre riflessioni e a fornirci consigli su come farle valere quando le ha ritenute fondate e corrette.

### **Conclusioni**

I medici di medicina generale sono consapevoli della difficoltà che la crisi economica comporta per il Paese e per la sua sanità.

Responsabilmente sono disponibili a dialogare, nel rispetto di un sistema maturo di relazioni, con tutte le Istituzioni nazionali e regionali per contribuire al superamento delle difficoltà, condividendo i sacrifici che la situazione impone a tutti i cittadini.

La sostenibilità del SSN è da noi considerato un traguardo che deve vedere cittadini, istituzioni e professionisti alleati nella ricerca delle migliori soluzioni.

Siamo pronti ad offrire il nostro contributo, aperti ad un confronto, purché sia franco e leale, finalizzato alla ricerca di soluzioni concrete ed organiche, rispettose della dignità di tutti i soggetti interessati, nell'interesse prioritario dei cittadini, ma soprattutto che impegnino chi le condivide a realizzarle, siano assunzione di responsabilità di fronte ai cittadini/utenti ed elettori e non comode vie di fuga per lasciare alle future generazioni problemi incancreniti dalla progettazione fine a se stessa, assurda a metodo di programmare ed amministrare.

E' evidente che, se la nostra disponibilità non fosse compresa e accolta in questi termini, la categoria, consapevole che non è in gioco un aumento di stipendio, ma la sua stessa esistenza, sarà presto costretta a utilizzare tutte le armi di tutela tradizionali ed innovative che potrà immaginare, aprendo una stagione, pericolosa per tutti, di scontro fra le parti.

La FIMMG spera e si adopera perché ciò non avvenga, pronta a mettere in atto ogni flessibilità necessaria a rispettare le differenze organizzative che si vanno delineando nelle Regioni, in nome dell'autonomia costituzionalmente garantita.

Non possiamo, però, accettare che l'identità e la professionalità dei medici di medicina generale sia frantumata in 21 parti, perché la nostra è, e resta, la Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale.

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

Un particolare ringraziamento va ai colleghi:  
Paolo Misericordia, Alberto Oliveti, Silvestro Scotti, Roberto Venesia, Stefano Zingoni

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

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

