

Colleghe, Colleghi, graditi Ospiti,

benvenuti al 76° Congresso Nazionale FIMMG.

Grazie a tutti Voi, 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 dei pazienti e dei cittadini Cittadinanzattiva e SeniorItalia, di Farmindustria, Assogenerici, Assosalute, oggi presenti.

Prima della mia relazione vorrei condividere con Voi quello che è stato il mio percorso di avvicinamento alle tematiche di cui parleremo in questo Congresso.

Vorrei perciò mostrarvi un minivideo, quasi un trailer del film che diffonderemo alla conclusione del Tour che stiamo realizzando nelle piccole piazze d'Italia e che abbiamo chiamato #adessobasta.

(filmato)

Quello che avete visto rappresenta una sintesi della nostra quotidiana esperienza di cosa sia la fiducia tra noi e i nostri pazienti, pertanto le nostre richieste descritte in questa relazione poggiano anche sulla consapevolezza di un consenso confermato nelle piazze attraverso l'esperienza derivata dal tour.

Le piazze dei piccoli paesi con la presenza dei cittadini nostri assistiti, dei medici di quelle realtà, dei sindaci e di molti amministratori regionali, testimoniano il valore di quello che stiamo facendo e continueremo a fare, ovvero che la nostra non è una protesta ma una proposta.

Continueremo ancora ad andare nelle piazze, percorrendo tutta l'Italia durante la discussione della Legge di Bilancio e del Patto per la Salute, poiché riteniamo di dover essere stimolo quotidiano e continuo sulle nostre proposte. Abbiamo bisogno che i due poli, Piazza e Palazzo, si tocchino per fare in modo che il Palazzo non perda il contatto con la realtà espressa, non da noi, ma dai cittadini e dagli amministratori che ci stanno sostenendo.

IL CONGRESSO

Ogni anno, nel lavoro di predisposizione di questa relazione mi pongo, ci poniamo, la domanda su cosa sia e cosa voglia essere il Congresso Nazionale della FIMMG.

Ogni anno proponiamo analisi, approfondimenti, confronti politici e scientifici, per descrivere il nostro punto di vista sullo sviluppo della Medicina Generale avendo come stella polare l'obiettivo di innestare i necessari modelli d'innovazione nei fondamenti dell'attività tipica di un medico di medicina generale ovvero fiduciarità e prossimità.

Negli ultimi anni ci si è fortemente concentrati su modelli organizzativi che potessero dare una risposta unitaria, che però è sembrata apparire esclusiva, non tenendo conto della variabilità dei nostri territori, della nostra gente, delle nostre comunità.

Questo percorso, anche se corretto sul piano ideale, ha portato forse più scontri che soluzioni e non perché non fosse efficiente ma perché la sua efficacia si perdeva rispetto sia all'evoluzione demografica sia alla molteplicità e complessità dei bisogni conseguenti che ci vengono quotidianamente da territori diversi per densità e per caratteristiche demografiche tanto della popolazione che della stessa professione.

L'ACN

Questa discussione ha rappresentato il tema portante degli ultimi anni di confronto sui temi utili al cambiamento da realizzare nell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale, poco considerando che tale area non era l'unica su cui impattare necessitando, invece, il cambiamento di investimenti che dovevano trovare risposte nei provvedimenti economico finanziari del Paese.

Se l'organizzazione e la sua declinazione nell'ACN hanno rappresentato l'unico argomento significativo per tutti - politica, professionisti, cittadini - oggi è evidente che invece la realtà richieda altre risposte che non riguardano solo la Medicina di Famiglia ma anche altri Settori della Medicina Generale.

In particolare sto parlando dei Settori della Medicina Penitenziaria e della Emergenza Sanitaria.

Ci avviamo infatti alla definizione entro la fine dell'anno della contrattualità che li riguarda senza avere i giusti strumenti legislativi che diano risposte concrete rispetto a quale sia il percorso formativo necessario e sufficiente per qualificare l'accesso a tali attività.

Mi riferisco ovviamente all'atto consequenziale che deriverà dal mantenere per l'Emergenza Sanitaria necessario il Corso di formazione Specifica in Medicina Generale senza alcuna evidenza formativa riferibile all'emergenza nei programmi dello stesso e la conseguente necessità di accesso ad un corso successivo per tale qualificazione. Appare evidente che sia necessario prevedere un percorso formativo proprio, che possa essere anche preconditione per un successivo accesso al CFSMG, ma ben distinto da questo anche ad evitare che l'aumento del fabbisogno di medici, che già vediamo, continui a mettere in competizione le varie attività professionali a discapito di quella dell'emergenza.

Identica condizione si realizza per i medici penitenziari ma con il presupposto che in questo caso l'ACN che chiuderemo sarà l'atto che porterà dentro tale percorso paradossale anche un'area come quella della Medicina Penitenziaria in assenza di alcun provvedimento legislativo e di rivalutazione del programma formativo del CFSMG che qualifichi tale scelta.

Va sottolineato alla riconosciuta sensibilità del Ministro l'allarme che ci arriva dai nostri medici in forte sofferenza per le carenze di organico in carceri che in molte aree scoppiano, ricordando che l'alta densità di detenuti è considerato fattore di rischio sanitario in tali realtà.

È evidente che servano rapidamente interventi ministeriali che aggiornino alle nuove evoluzioni contrattuali il programma del CFSMG o, meglio, un'azione emendativa dell'Art.8 del D.Lgs 502 e s.m.i. che identifichi per queste due attività non più la necessità prioritaria del possesso del Diploma di CFSMG ma piuttosto di un titolo di formazione specifico per le due aree che darebbe risposte anche a tutti quei medici che ogni anno non trovano possibilità di accesso ai corsi di formazione post laurea di tipo specialistico o di Medicina Generale.

FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE

Vorrei analizzare con Voi quest'ultima frase, perché in questo Paese dobbiamo ancora distinguere la Formazione post laurea tra specialistica e Medicina Generale?

Perché non possiamo definire specialistica anche una disciplina che ha dimostrato negli anni di avere presupposti scientifici, epistemologici che ne fanno una area specialistica a pieno diritto.

A nostro avviso basterebbe un intervento sulla denominazione; perché con un provvedimento non si può cambiare il nome del titolo che i Colleghi conseguono in Diploma di specializzazione in Medicina Generale?

Non appaia questa proposta semplificativa.

Di fatto con il combinato disposto delle norme dei cosiddetti "Decreto Semplificazione" e "Decreto Calabria", nel prossimo futuro molti dei giovani formandi in medicina Generale si troveranno nella condizione di acquisire incarichi nella loro diretta responsabilità ergo strutturando, seppur in maniera particolare, di fatto una condizione di formazione/lavoro che li porterà, conseguito il Diploma, a potersi considerare direttamente ed in continuità già inseriti nel SSN.

È chiara a questo punto la necessità di un intervento immediato e possibile da parte del Ministero della Salute teso a riattualizzare e a rendere coerente il programma del CFSMG e delle figure tutoriali coinvolte.

Ad esempio ci si troverà di fronte alla necessità di orientare immediatamente, al primo anno, la crescita esperienziale sui temi dell'attività di Medicina Generale con percorsi formativi arricchiti dall'esperienza sul campo, non più solo come osservatori ma come soggetti attivi dell'assistenza ricordando a tutti che un medico in formazione in Medicina Generale è un medico abilitato all'esercizio della professione.

Negli anni successivi sarà necessario alla crescita formativa affiancare nuove figure tutoriali che possano rappresentare soggetti esperti e consultant di second opinion al fianco dei colleghi che potrebbero già aver acquisito scelte utilizzando anche le forme organizzative della Medicina Generale.

Crediamo e siamo convinti che il Ministro Speranza, verificandone le fattibilità attraverso i propri uffici, abbia tutti gli strumenti per dare soluzione a queste proposte, restando noi sempre pronti a confrontarci in maniera produttiva per migliorare la Formazione dei nostri giovani futuri colleghi e per garantire la migliore assistenza ai cittadini italiani.

LA MEDICINA DI FAMIGLIA

Ci sono ancora altre domande che si sono affacciate in questi anni e che riguardano le esigenze dei cittadini, esigenze coerenti proprio con il rapporto fiduciario con i professionisti a loro più strettamente legati, i medici di famiglia.

La domanda è: di che medico di famiglia oggi ha bisogno la maggior parte dei cittadini italiani?

Un medico tecnologico?

Un medico olistico?

Un medico presente fisicamente a qualunque ora?

Non più un medico, ma, invece, un algoritmo informatico che possa rispondere al dubbio sanitario di quell'istante, di quella persona in quella condizione?

Noi crediamo che i cittadini abbiano bisogno di un medico che mantenga quelle caratteristiche di relazione familiare, che sia capace di avere disponibili strumentazione tecnologica e personale.

Un medico che abbia abbastanza tempo di cura e che possa mettere insieme la sua offerta di assistenza di prossimità, rafforzandola con una relazione medico paziente capacitata da strumenti e personale che liberino al massimo livello le sue potenzialità professionali.

Permettetemi, a questo punto, una divagazione a proposito degli strumenti che contengano in qualche modo anche una forte capacità di confronto del medico con l'evoluzione "web/social" della nostra società, meglio delle nostre comunità e che

rappresentino un segnale a tutti quelli che valorizzano un ingresso competitivo dell'intelligenza artificiale con l'Ars Medica.

Qualche settimana fa, una mia paziente mi ha inviato richiesta di amicizia su un social network.

Era chiaro che fosse un'utente nuova a quella piattaforma social per cui, come normalmente abbiamo fatto tutti, nei giorni successivi si è adoperata per classificare gli amici web sulla base dei criteri di relazione personale indicati dallo stesso social.

A quel punto mi arriva una nota, in risposta alla mia accettazione e conferma, che questa paziente mi aveva indicato appartenere al gruppo dei suoi familiari.

Credo che sia stato colpevole il mio imbarazzo nel non aver risposto immediatamente e istintivamente al suo invito quando, invece, quella richiesta rendeva social il rapporto fiduciario tra medico di famiglia e il suo paziente al punto da determinare per quel medico la legittima appartenenza all'elemento fondante di qualunque comunità, ovvero il nucleo familiare.

Per arrivare ad un ragionamento su questa storia, diventa utile leggervi una citazione di questa estate, rivolta proprio al Ministro Speranza, prima del Suo incarico:

“fortunato è colui che trova un punto di riferimento, che non rimane solo, che non ha una comunità virtuale a cui fare riferimento in internet ma trova un corpo intermedio che è ancora vivo e vitale e che gli da una dimensione di tipo comunitario”.

A chi ha fatto questa affermazione, alla luce anche della piccola storia personale che ho voluto “socializzare” vorrei dire:

La Medicina di Famiglia è, e sempre di più dovrà essere, il “corpo intermedio” ovvero il “punto di riferimento” nel Servizio Sanitario Nazionale.

La Medicina di Famiglia tra i suoi pazienti ha molti “fortunati”.

L'unica sfortuna è che “questo corpo intermedio”, questo “punto di riferimento”, non è sempre stato messo in condizione di avere tutti gli strumenti necessari a non lasciare nessuno da “solo” e non sentirsi solo a sua volta.

La Medicina di Famiglia - e lo dimostrano le progettualità che FIMMG sostiene da tempo e che non possono essere ancora rimandate nella realizzazione - è “viva”, è “vitale”, è “comunitaria” e, aggiungerei, è forte del suo senso di appartenenza soprattutto nel riconoscersi in una frase del vecchio e indimenticato Segretario Mario Boni che sento la necessità di ripetere oggi a nome mio e di tutti i delegati presenti:

“Io sto con chi sta con la FIMMG”.

Cosa vogliamo dire?

Che sono tanti, troppi, gli anni in cui abbiamo cercato in risposte organizzative complesse la migliore risposta assistenziale senza curare prima la definizione del modello elementare, “di base”, così superiamo anche l’accezione negativa che viene dato a questo termine da molto tempo.

Nessuno costruisce una capanna o una casa, senza avere presente il costituente elementare di quella costruzione, sia esso un ramo o un mattone.

Ebbene oggi siamo al punto in cui non si può più rimandare l’idea di definire il mattone della Medicina Generale ovvero quell’unità professionale di base capace di erogare assistenza alla massima intensità possibile, nel piccolo paese come nella grande città, nella diversità dell’evoluzione demografica, ma anche capace di integrarsi nei modelli organizzativi complessi, in molte regioni già presenti e sperimentati, arricchendoli e potenziandoli grazie ad un mattone più forte, più resistente, più adattivo alle sfide che ci troviamo già davanti.

Durante questo Congresso sono state e verranno affrontate queste sfide: l’evoluzione demografica, le nuove povertà, l’innovazione tecnologica, la prevenzione primaria e secondaria, le integrazioni professionali, l’evoluzione del rapporto medico paziente con le sue storture.

Tutti temi che pongono di fronte al medico di Medicina Generale di domani una sfida non più sostenibile nel tempo, se non si evolvono le condizioni attuali.

LEGGE DI BILANCIO, PATTO PER LA SALUTE

FIMMG si è interrogata nell'ultimo periodo sul tema della sostenibilità, non di quella economica, ormai pane quotidiano di chiunque si interessi di servizio pubblico, ma di sostenibilità assistenziale e conseguentemente professionale nella propria area rispetto all'evoluzione demografica della popolazione italiana.

Sappiamo tutti che le quote percentuali per classi di età dei nostri assistiti si spostano con una velocità esponenziale verso l'aumento di quote di pazienti con età superiore ai 60 anni, condizione favorita anche dalla riduzione continua della natalità in questo Paese.

Sappiamo tutti che la struttura contrattuale della Medicina di Famiglia italiana è legata ad un riconoscimento economico che non è di esclusivo reddito professionale ma piuttosto una sommatoria per la dotazione strumentale, per il personale, per la struttura e infine anche per il reddito professionale.

Riconoscimento economico che, considerata la quota capitaria per assistito, possiamo definire un riconoscimento in volume: per volume di pazienti, per volume di ore.

Ma la domanda a questo punto è:

cosa definisce questo volume rispetto ai carichi di lavoro e ai conseguenti investimenti: il contenitore o il contenuto?

Potremmo dire che in linea di massima il contenitore della Medicina Generale è definito attraverso il numero massimale delle scelte o il numero massimale delle ore; numeri che nel tempo non sono cambiati e che oggi al massimo, per la carenza di medici, si possono aumentare non certo ridurre con il conseguente aumento dei carichi di lavoro.

Quello che è evidentemente cambiato è il contenuto.

Volendo trascurare, per amor di patria, gli impegni amministrativi e burocratici, che occupano troppa parte del tempo medico, pur non avendo molto spesso con l'atto medico nulla a che fare, oggi un medico di Medicina Generale deve confrontarsi sul piano professionale con:

PDTA e linee guida, integrazione professionale con Ospedale e con lo Specialista, sostenibilità e appropriatezza delle prestazioni, continuità dell'assistenza, integrazione sociosanitaria, reti e flussi informativi, tutela della privacy...

Sul piano assistenziale con:

invecchiamento della popolazione, aumento delle cronicità, aumento della domiciliarità, prevenzione, acuzie, riduzione degli accessi impropri nei sistemi di risposta sanitaria di secondo livello...

Ma allora, se è evidente che è cambiato il contenitore - e dal contenitore derivano i carichi di lavoro e la responsabilità professionale e assistenziale - sempre tenendo ben chiaro che parliamo di una responsabilità cui non vogliamo sfuggire, ma che anzi consideriamo la base per un giusto riconoscimento del nostro ruolo, come riequilibrare il rapporto tra contenitore e contenuto? Come mantenere quest'area attrattiva per i giovani medici e garantire il ricambio generazionale nei numeri richiesti dai prossimi anni?

L'unica risposta che riusciamo ad immaginare è che va cambiato il contenitore.

Da questo nasce la proposta di FIMMG del Microteam, dove il contenitore non è più il singolo medico ma una unità multi professionale composta da un medico di famiglia, un collaboratore di studio medico, un infermiere e, attraverso la definizione del ruolo unico, integrata dal medico di continuità assistenziale o, come sarà definito nel prossimo ACN, dal Medico di Medicina Generale a ciclo orario.

È chiaro che per cambiare il contenitore servono risorse.

Risorse che da anni si è cercato di individuare attraverso meccanismi di sperimentazione anche all'interno dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale, meccanismi correttamente e fortemente voluti dagli stessi professionisti per tentare un indirizzo di sviluppo del proprio lavoro.

Ma, diciamolo con chiarezza, quelle risorse non avrebbero dovuto essere orientate alla incentivazione degli obiettivi professionali e assistenziali e non di quelli organizzativi e strutturali come succede per tutte le altre categorie contrattuali del SSN?

Quindi nascono spontanee altre domande a cui la politica nazionale e regionale può dare delle risposte.

Perché il Legislatore, anni fa, decise di integrare nel Servizio Sanitario Nazionale, pubblico universale e solidale, la figura di un libero professionista convenzionato e quindi legato agli ideali di pubblica e sociale utilità dal contratto di convenzione se non per poter sfruttare, in una dinamica pubblica, la sua capacità libero professionale sia di adattamento all'evoluzione dei sistemi sia di investimento su se stesso?

A questa impostazione logica, coerente, razionale dell'uso di un professionista intellettuale, ricordiamo fortemente collegato anche agli obblighi deontologici, devono poter corrispondere azioni legislative che ne favoriscano il coinvolgimento nelle politiche di investimento che lo Stato fa verso i soggetti che determinano sviluppo e crescita. Serve che la politica assuma consapevolezza della possibilità di considerare il medico di medicina Generale quale “soggetto di impresa ad alto e prevalente carattere pubblico e sociale”, definizione di sintesi espressa dallo stesso Ministro Speranza, di fronte alle proposte prospettateGli nel corso del primo incontro con FIMMG, tenutosi al Ministero.

Si discute in questi giorni la necessità di affrontare nella prossima Manovra di Bilancio i temi delle politiche di investimento dello Stato sulle tutele garantite dalla Costituzione, tra cui appunto il diritto alla salute, ma anche sulla ricerca di strumenti che creino sviluppo e crescita in questo Paese.

Si può a questo punto considerare che nella Manovra possano essere previsti strumenti di defiscalizzazione e ci riferiamo alla riduzione dell'IVA al 4% per l'acquisto di strumentazione tecnologica da rendere disponibile ai propri assistiti nel proprio studio di medicina generale sulla base di Accordi specifici certificati dalle Aziende sanitarie?

Come pure si può intervenire sui capitoli di Bilancio a sostegno delle imprese che creino indotto e crescita del PIL e dell'occupazione provando a coinvolgere in tali provvedimenti anche la Medicina Generale su aree specifiche quali impresa 4.0, superammortamento, provvedimenti a favore dell'imprenditoria giovanile, visto l'alto tasso di ricambio generazionale previsto per i prossimi anni?

Non sarebbe questo un modo per finanziare l'SSN senza incidere sul Fondo Sanitario Nazionale e, conseguentemente, sui Fondi sanitari Regionali?

Si può considerare di favorire l'occupazione attraverso meccanismi di decontribuzione collegati all'assunzione da parte del Medico di Medicina Generale di soggetti coinvolti nel reddito di cittadinanza, debitamente formati quali collaboratori di studio medico, visto che la norma prevede per il soggetto d'impresa che assume l'agevolazione di uno sgravio contributivo?

Sempre in queste settimane, Governo e Regioni lavorano per la definizione del nuovo Patto per la Salute, dove sono definiti capitoli specifici per l'orientamento degli investimenti.

Tali investimenti sembrerebbero riguardare l'ammodernamento tecnologico delle attrezzature a disposizione dei Servizi Sanitari Regionali, ma essendo realizzati attraverso l'incremento esclusivo del fondo di cui all'Articolo 20 della Legge 67/88, ne rendono impossibile l'utilizzo nelle forme di sviluppo che proponiamo per la Medicina Convenzionata se non si orienta specificamente parte di quegli investimenti conformandoli alla possibilità di utilizzo per la creazione del Microteam e per l'innovazione tecnologica del setting della Medicina Generale.

Se poi, contemporaneamente, in altri capitoli del Patto si affronta il tema dello sviluppo dei servizi territoriali, appare difficile, se non impossibile, immaginare che investimenti e sviluppo non siano orientati nello stesso senso.

Uno sviluppo dei servizi territoriali semplicemente dichiarato, resterà un esercizio retorico in assenza delle giuste soluzioni economico-finanziarie, rischierà di rimanere lettera morta soprattutto rispetto alla necessità dichiarata e impellente di promozione, verifica, attuazione, sviluppo e ampliamento degli obiettivi strategici del SSN, con particolare riferimento al Piano Nazionale della Cronicità, vera esigenza di un Paese che invecchia.

Ci rendiamo conto che siamo di fronte ad un Governo insediato da poco; ci rendiamo conto che la battaglia che il Ministro Speranza sta già sostenendo per la difesa del Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito di una così delicata contingenza economico-finanziaria è difficile, ma, confidando sulle Sue dichiarazioni rese già dall'inizio del mandato a sostegno dei principi fondanti del SSN, Gli chiediamo di darci un segnale, di farci vedere una luce.

La vera richiesta è di avere fiducia in noi, come in noi ce l'hanno i cittadini.

Fiducia, un valore ben conosciuto dalla Medicina Generale.

Una vita professionale dedicata ad ottenere questo valore e ricordando le parole di Papa Giovanni Paolo II sappiamo bene che “la fiducia non si acquista per mezzo della forza. Neppure si ottiene con le sole dichiarazioni” comprese le mie di oggi.

“La fiducia bisogna meritarla con gesti e fatti concreti”.

Noi siamo da sempre pronti a meritarla, alla Politica la possibilità di riconoscerla per meritare la nostra.

#FIMMGcè