

Colleghe, Colleghi, graditi Ospiti,

desidero innanzitutto ringraziare i rappresentanti politici, i dirigenti e i funzionari delle Istituzioni nazionali regionali e locali (Ministero, Regioni, Sisac, AIFA, ISS), la Presidente della FNOMCeO, Roberta Chersevani, la CAO, i numerosi Presidenti di Ordine, il Presidente dell'ENPAM, Alberto Oliveti, i rappresentanti delle altre sigle sindacali e associazioni professionali, i rappresentanti di Farindustria, Assogenerici, Federfarma oggi presenti.

Ci ritroviamo dopo un intenso anno di lavoro nel quale FIMMG tutta, attraverso quell'azione di collegialità responsabile, ormai evoluta dall'intento alle azioni, non si è risparmiata ed ha cercato di cogliere tutti gli stimoli, tutte le sollecitazioni che le giungevano, ma, soprattutto, di raccogliere la voce di una Medicina Generale non più disponibile all'attesa, proiettata su una capacità d'iniziativa che non sia solo assistenziale ma sia presente nelle politiche sanitarie di questo Paese.

I temi da affrontare sono stati, sono e saranno tanti, ma dobbiamo chiederci soprattutto quanto tempo abbiamo, non per la mia relazione, ma per la ricerca delle soluzioni necessarie e non più rimandabili.

Vorrei proporvi un gioco soprattutto perché in natura è il modo migliore per imparare, ma anche per mantenere vivo nelle immagini il problema.

*(Filmato)*

Game over, per qualunque giocatore di videogiochi quella musichetta o quella parola sullo schermo rappresenta la sconfitta.

Il filmato ci ha rappresentato in maniera apparentemente giocosa il futuro; il dato finale credo si commenti da solo ma appare opportuno entrare nel dettaglio.

La soluzione del problema sul ricambio generazionale in Medicina Generale non deve essere semplicemente la premessa della mia relazione, ne può essere la sconfitta per nessuno di noi, poiché la mancata soluzione a questa emergenza determinerà la fine del SSN.

Deve, piuttosto, essere la base di tutti i ragionamenti; nessuna area professionale, politica -nazionale o regionale - regolatoria, aziendale può progettare o applicare regole contrattuali o legislative non potendo contare sulle giuste risorse umane utili a realizzare gli obiettivi.

Qualcuno pensa che la gestione delle cure primarie di 15.000.000 di Italiani possa essere risolta centralizzando l'offerta.

Niente di più falso. Basterebbe considerare che le sole aree metropolitane di 14 città italiane accolgono 21.000.000 di cittadini in poco più del 10% della superficie del territorio italiano per comprendere che nel rimanente 90% (270.000 Km<sup>2</sup>) la restante metà dei cittadini italiani non avrà riferimenti sanitari territoriali, avendo già oggi un'offerta assistenziale con strutture lontane e non facilmente raggiungibili.

Non comprendere che quel medico di famiglia di quel paesino, di quei cittadini, di quegli anziani, di quegli ammalati è presidio sanitario indispensabile, significa, come già detto, perseguire la scomparsa del Servizio Sanitario Nazionale.

Diciamola più chiara, diamo i numeri se non li stiamo già dando: un medico di famiglia ogni 90 Km<sup>2</sup> è un'offerta di cure primarie?

Con i numeri minimi previsti, creare un'AFT ogni 900 Km<sup>2</sup> è un'offerta di cure primarie?

Se poi consideriamo in simili territori almeno 2 AFT confluenti in una UCCP, parliamo di una UCCP ogni 1800 Km<sup>2</sup>, ovvero di una UCCP pari alla superficie in Km<sup>2</sup> maggiore o uguale alla superficie del 40% delle province italiane. Parlare di UCCP provinciali e sovra provinciali è un'offerta di cure primarie?

Stiamo parlando di futuro ma, ad esser onesti e ragionando in termini di programmazione, il problema è già presente.

Questo Congresso evidenzia il meccanismo della Performance come approccio metodologico per condurre al miglioramento i processi assistenziali della Medicina Generale ma dobbiamo ragionare di Performance anche rispetto ad altri ambiti.

Innanzitutto definiamo che cos'è per FIMMG la “performance” differenziando dalla semplice traduzione dall'inglese che la ridurrebbe al confuso termine di prestazione assoggettabile a svariate e forse troppe interpretazioni. FIMMG ritiene solo considerabile la interpretazione di studiosi come Corveillac e Bourguignon che la definiscono come “un mix tra il risultato dell'agire e l'agire che ha portato a tale risultato”.

In questa chiave e con questo metro di comparazione, una serie di domande pretendono una risposta:

Qual è la performance nella competizione motivazionale tra una specializzazione e un titolo post laurea che non ha alcun orientamento formativo nel Corso di Laurea appena concluso?

Qual è la performance di un titolo post laurea, conseguito a 3 anni, ma applicabile dopo 5?

Qual è la performance di un numero di borse nazionali appena sufficienti nei prossimi anni al ricambio di una sola regione?

Qual è la performance di una formazione post laurea che mai entra nella produttività assistenziale in assenza delle ormai famose e mai realizzate attività professionalizzanti?

Gli ambiti per il suddetto “agire” sono molteplici e prevedono la responsabilità di molti soggetti, compresa quella del Sindacato che non potrà e non vorrà continuare a chiudere contratti che primariamente non rispondano a queste domande.

Non possiamo, non dobbiamo, non vogliamo.

Ne va del nostro futuro ma anche della storia e del patrimonio culturale, professionale e assistenziale di una Medicina Generale, dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale vicina ai cittadini, una Medicina Generale che FIMMG ha sempre difeso e che vuole continuare a rappresentare.

L'ACN, in un momento come questo, non può non essere l'argomento principe e dobbiamo chiederci quanto la costruzione di un ACN debba essere performante rispetto alle sfide che ci attendono.

Bisogna chiarire ed è necessario, indispensabile farlo, quale sia il ruolo dell'ACN, quale il ruolo degli Accordi integrativi regionali e, nella visione organica dei due, quale sia il ruolo per il Medico di Medicina Generale.

Visto che ormai siamo nell'era della digitalizzazione permettetemi un paragone "digitale".

Ad avviso di FIMMG, l'ACN deve rappresentare il sistema operativo in cui agiscono i pur differenti software degli Accordi integrativi regionali che però non possono entrare in conflitto con il sistema operativo dell'ACN.

Non funzionerebbero. Non possono poter funzionare se vogliamo che sia garantita ad ogni cittadino italiano una Medicina Generale univoca, coerente, equamente accessibile, performante su tutto il territorio nazionale.

La valorizzazione dell'investimento sull'ACN rimane evidentemente connesso all'investimento per i professionisti del pubblico impiego. Ma, dobbiamo chiederci, è questa l'unica strada?

Quanto lo Stato investe per l'aumento di capacitazione dell'offerta, per struttura e personale in altre aree del Sistema Sanitario Nazionale? E' evidente che questa spesa non possa più essere caricata sul Fondo Sanitario Nazionale e sui conseguenti Fondi Sanitari Regionali.

E' evidente che vanno trovati strumenti già nella prossima legge di bilancio per obiettivi di finanziamento indiretto sui fattori di produzione della medicina territorial o meglio della Medicina Generale.

Perché l'investimento già previsto in altri capitoli di spesa del DEF per la valorizzazione dell'occupazione, non potrebbe considerare, in maniera specifica e finalizzata, l'ambito della Medicina Generale come asset strategico di occupazione per

giovani collaboratori di studio, assistenti sanitari, infermieri professionali e altre professionalità utili allo scopo?

Perché non considerare l'insieme degli oltre 50.000 ambulatori della Medicina di Famiglia quali piccoli soggetti d'impresa determinanti occupazione e aumento del PIL attraverso i meccanismi di riduzione per la contribuzione per il personale?

Perché un ACN, dichiarato nelle disponibilità del Ministero della Salute, degli Assessori regionali in evoluzione verso dinamiche reddituali collegate agli outcome di salute realizzati ovvero collegati a una parte di redditività variabile, non debba far riflettere il Governo sulla necessaria riduzione della pressione fiscale su questa parte del reddito, o sui fattori di produzione per esempio strumentazione utili a raggiungerli?

Anche qui, diciamolo più chiaramente: se l'obiettivo è il risultato di salute in prevenzione primaria e secondaria delle patologie croniche - vera emergenza dei prossimi anni - e il risultato raggiunto, è indubbio, dovrà determinare miglioramento della sostenibilità economica e reinvestimento di queste risorse verso il miglioramento dell'offerta ai cittadini, perché non puntare su meccanismi premiali su chi da medico di famiglia investe su se stesso, in strutture e in personale con un miglior risultato reddituale sul reddito percepito per queste voci?

Ci rendiamo conto che forse qualcuno penserà che stiamo chiedendo troppo, ma è altrettanto evidente quanto il troppo poco attuale rischia di vanificare qualunque sforzo positivo.

Sforzo positivo che, nonostante i contesti economici, è giusto io riconosca in questa sede come evidenza dell'azione del Ministro della Salute, del Coordinatore della Commissione Salute delle Regioni e del Presidente del Comitato di Settore.

Questo clima positivo è quanto ci sta portando con una maggiore serenità, che speriamo non venga tradita, sui tavoli contrattuali.

Stiamo percependo un nuovo clima, sembra che finalmente siamo di fronte ad una nuova consapevolezza di chi rappresentando le regioni si interroga per trovare,

nelle dinamiche di contrattualità nazionale, obiettivi di sintesi dell'interesse nazionale del nostro Servizio Sanitario.

Rispetto all'ACN e alla contrattualità in genere non dobbiamo dimenticare che siamo in un momento che potrebbe essere epocale. Abbiamo l'eccezionale coincidenza dei rinnovi contrattuali di aree professionali diverse, sia nella convenzionata che nella dipendenza. Se crediamo in un'evoluzione performante dell'azione professionale, questa opportunità non potrà che prevedere i giusti modelli di integrazione tra i professionisti.

In più, nello stesso momento, si discute l'applicazione del DM 70/20015 sulla riorganizzazione delle Aziende sanitarie siamo esse territoriali, ospedaliere o miste. Non rendere coerente nell'azione contrattuale la ricerca di indicatori di integrazione ospedale-territorio e di integrazione tra professionisti svolta in AGENAS significherebbe perdere una chance.

Non si fanno performance da soli. Non si raggiungono risultati di salute da soli.

Come medici di famiglia vorremmo raggiungerli, spinti non da supponenza ma dalla valorizzazione di una relazione con il paziente che per noi è Persona, essere umano soggetto a cui dar sempre una risposta: la migliore.

Ma da soli non possiamo. Anche noi abbiamo i nostri limiti che vogliamo superare nella relazione con gli altri attori della sanità. Questo è l'unico modo per assumere una vera leadership di affiancamento del paziente nel suo percorso di vita, di salute e di malattia.

Firmare un'ACN per la Medicina Generale, così come un contratto per le altre categorie sanitarie, è convenienza generale, è firmare un impegno non solo con le parti sociali, ma con gli italiani.

Allora dobbiamo chiederci cosa vogliono gli italiani rispetto al SSN per cercare di realizzare nei contratti le loro aspettative.

Come farlo se non dando al medico che scelgono la giusta autonomia riferita direttamente all'ottenimento di risultati, se non consegnando loro un medico di famiglia motivato, felice e, conseguentemente, disponibile?

E' importante a questo punto chiarire il concetto di motivazione e come la si determini nei meccanismi contrattualistici detti di "ricompensa".

I principi cardine della motivazione di un qualunque lavoratore e gli ambiti su cui stimolare il senso di ricompensa sono:

1. Il riconoscimento sociale e quindi la considerazione del ruolo civile, sociale, economico, politico che puoi avere nella comunità in cui vivi. Nessuno più del medico di famiglia vive di questo, partendo dalla scelta che il paziente fa nei suoi confronti; scelta che non è mai figlia, vista l'asimmetria informativa, di una valutazione professionale ma molto di più è riferita alla considerazione in quel luogo e in quel momento che il paziente ha di quel medico quando lo sceglie.
2. La progressione di carriera, tema facilmente declinabile nell'area della dipendenza forse impossibile nella Medicina Generale se non in un'azione di coordinamento in cui questa progressione di ruolo si esplicita attraverso la scelta dei propri colleghi e appaia nella sua valorizzazione fortemente collegata agli obiettivi raggiunti dal gruppo, mai a quote fisse di retribuzione: anche qui non si paga il compito, si paga la performance del gruppo. Altri ambiti potrebbero essere quelli della didattica e della ricerca dove per carriera va considerato l'obiettivo di ruolo culturale del professionista verso gli altri professionisti e ancora assente nel nostro ACN.
3. Il risultato reddituale che deve essere profondamente collegato, nel caso di un libero professionista seppur convenzionato, alla capacità di investire su stesso per migliorare i propri risultati e conseguentemente il proprio reddito

Su questo dobbiamo agire e gli ambiti non sono solo contrattuali.

Ci viene chiesto, giustamente, di essere sempre più attivi nella gestione delle patologie croniche ma il vetusto meccanismo organizzativo di una sanità in silos ormai tende a descrivere ambiti di competenza rispetto a diagnosi, accesso alle prestazioni e terapia limitate e circoscritte alle caratteristiche di ogni singolo professionista.

Anche su questo si è lavorato e si sta lavorando sui tavoli del Ministero e su quelli dell'AIFA; su quest'ultimo contesto permettetemi un grazie alla sensibilità professionale, oltre che umana, del suo Direttore Generale, Mario Melazzini.

E' arrivato il momento che alcune aree di terapia tornino ad essere patrimonio dell'agito e dell'utilizzo dei medici di medicina generale, soprattutto considerando l'impegno di responsabilità sulla sostenibilità e su appropriatezza delle scelte.

Lo tsunami della cronicità farà saltare rapidamente i sistemi a silos, oggi presenti, per la numerosità dei pazienti e per un meccanismo che a quel punto sarà a imbuto e farà percepire in modo prevalente il rifiuto all'accesso alle cure migliori e lo dimostrano le crescenti liste d'attesa ma attesa poi per cosa per la conferma di un piano terapeutico.

E' chiaro che vadano ricercati nuovi meccanismi di regolazione e vada in questo senso anche rieducato il paziente a risposte affrontabili nel setting delle cure primarie generaliste coordinate e integrate con quelle di area specialistica.

Su questo possiamo dichiarare già un primo risultato nella gestione del rapporto piani terapeutici/ruolo del medico di medicina generale rispetto alla discussione, ormai definita, per la gestione della BPCO.

L'incontro tra pazienti, medicina generale, AIFA e pneumologi sta determinando la semplificazione dei processi di accesso alle cure per i pazienti, finalmente con il coinvolgimento di una Medicina Generale, capace di aumentare la propria intensità di presa in carico di tale patologia, grazie ad una semplice nota e non più attraverso il controllo prescrittivo da piano terapeutico.

La scommessa, oltre che la gestione della cronicità è la prevenzione delle cronicità, il miglioramento del tempo di diagnosi e cura affinché si arrivi a trattare prima e meglio, con un ruolo non delegabile della Medicina Generale attuato attraverso le forme complesse e interconnesse che nel lungo periodo portano benessere ai cittadini e sostenibilità del sistema sanitario solidale e universalista.

Nell'ACN abbiamo anche una nuova sfida che deriva da un'azione legislativa che, forse per la prima volta in maniera così esplicita, ha reso i medici convenzionati come risorse da tutelare all'interno delle Aziende sanitarie. Parlo della legge cd "Gelli" sulla responsabilità professionale del personale sanitario. Rendere extracontrattuale la responsabilità dei medici convenzionati ha il significato morale di renderli parte dell'Azienda Sanitaria, degli obiettivi di questa, dei risultati di questa, dei rischi di questa. La Medicina Generale, nell'ambito della valutazione della responsabilità, è storicamente l'area a minor contenzioso come pure è chiaro dalle analisi di Risk Management quanto la relazione medico paziente sia il fattore predominante nella capacità di ridurre il contenzioso. Ebbene non sprechiamo questa occasione, facciamo in modo che il valore fiduciario del rapporto tra il medico di famiglia e il suo paziente siano il passaporto di fiducia dell'Azienda Sanitaria, sia il garante di fiducia dei percorsi assistenziali, diagnostico-terapeutici dell'Azienda. E' l'unico modo per risolvere il contenzioso.

Per fare questo affermiamo con forza che il vero decreto attuativo per la realizzazione della legge sulla responsabilità professionale nell'area convenzionata è solo l'ACN. In esso dovranno essere chiari i modelli di relazione tra il medico e l'Azienda affinché il medico possa renderli chiari al cittadino.

Questa legge ci chiama alla vera sfida per la Medicina Generale di domani, ovvero la definizione di questa area come area di ricerca dove medici di medicina generale, ricercatori e non produttori di dati, si integrino nel sistema di analisi e produzione di nuove risposte assistenziali nella relazione con la Istituzione preposta a questi scopi, l'Istituto Superiore di Sanità.

La relazione che sto svolgendo ha sempre sotteso un forte punto di riferimento deontologico, ovvero il ruolo etico della professione medica, e conseguentemente rimane necessario il rapporto con gli Ordini e con la FNOMCeO. Appare chiaro che, ad avviso di FIMMG, il Medico di medicina generale sia in prima linea a difesa di questo valore.

Innanzitutto perché è il suo valore, fortemente collegato ai suoi modelli di motivazione come precedentemente affermato. Siamo in questo momento di fronte ad una discussione di riforma della legge sugli Ordini professionali e in molti passaggi ne apprezziamo il tentativo. E' insito, infatti, in questa legge la ricerca di un ricambio generazionale, anche in questo contesto necessario, ma che non deve essere eccedente quasi violento nella perdita dei percorsi esperenziali che dovrebbero trasmettere quella cultura.

Riteniamo invece non tollerabile che, rispetto al diritto di voto, si correli il senso di appartenenza ad un Ordine professionale ad una comodità di voto all'interno di una sede lavorativa che non è quella di tutti i medici. Perché allora non votare in ogni singolo studio di medicina generale, in ogni ambulatorio distrettuale, in ogni studio libero professionale. Sarebbe troppo facile contestare l'assenza di democrazia espresso da tale passaggio normativo, e chi ha proposto tale cambiamento stia certo FIMMG lo contesterà sia in sede politica che costituzionale che a livello di Corte Europea, ma mi piace di più sottolineare che se un medico non riconosce la necessità di recarsi in una o più sedi anche lontane dal proprio ambito lavorativo per esprimere la propria preferenza rispetto a chi governerà la sua professione e invece privilegia una scelta di comodità mi appare che, ahimè, avremo presidenti di comodo, consigli direttivi di comodo e a questo punto dobbiamo chiederci di comodo per chi o peggio di chi?

L'appello in questo caso è al Ministro Lorenzin poiché il disegno di legge è identificato con il suo nome, fa parte di una sua condivisibile proposta di cambiamento, ma sappiamo bene che non possa essere sua la paternità di questo passaggio tutto parlamentare quasi identificabile negli intenti di persone e luoghi, perché faccia di tutto per porvi rimedio, non per la Medicina Generale ma per tutti i Medici italiani e per il rispetto che meritano gli ordini dei medici e odontoiatri italiani.

L'altra istituzione di riferimento della Medicina Generale rimane il suo Ente di previdenza. Suo, non nel senso di proprietà, ma nel senso di appartenenza totalitaria ad un ente che con la sua solidità sta garantendo che, alla fine del percorso di lavoro, ci sia

la giusta soddisfazione previdenziale per i MMG italiani oltre che per le altre figure professionali convenzionate.

La percezione che l'Ente previdenziale abbia compreso l'emergenza del ricambio generazionale è evidente nelle sue dichiarazioni, è evidente nella ricerca quasi spasmodica di liberare parte delle risorse derivanti da un accumulo patrimoniale legislativamente utile solo ad un calcolo statico di stabilità economica a 50 anni, e che in assenza di soluzioni non sarà comunque garantito.

Perché spasmodica? Perché tale attività ha giustamente la necessità di essere percepita dai Ministeri vigilanti- Lavoro ed Economia - e a volte sembra, nei limiti imposti da alcuni “niet”, che l'economia non produca lavoro e che il lavoro non produca economia e che entrambe non siano l'unico meccanismo di garanzia di equilibrio previdenziale nel tempo.

Avviandomi alle conclusioni non posso non ricordare che contestualmente in questo momento c'è lo sforzo contrattuale per la definizione del ruolo del Medico Fiscale.

È di questi giorni la pubblicazione dell'atto di indirizzo per questa categoria che seguiremo con attenzione e con la competenza con cui cerchiamo di affrontare tutti gli scenari che vengono proposti alla nostra associazione. Ultimi ma non ultimi i settori Emergenza Sanitaria Territoriale e Medicina Penitenziaria.

A nostro avviso sono ambiti da ridefinire, da ricollocare univocamente, da non lasciare alla precarietà di percorsi contrattuali aspecifici che nella riduzione delle risorse umane rischierebbero di non trovare più vocazioni. E' il momento di rilanciarli rispetto a quella parte di medici cosiddetti “senza futuro” perché senza diploma di specializzazione o diploma di formazione specifica in medicina generale attraverso meccanismi formativi specifici che si affianchino a quello della specialità e a quello della formazione in medicina generale.

Qualcuno dice che questo non è legislativamente possibile. Noi non ne siamo profondamente convinti, ma se fosse così, se servisse una legge facciamola per dare

una risposta ai giovani e per dare una risposta a pazienti particolari quali quelli in condizione di emergenza e quelli ridotti allo stato detentivo.

Infine vorrei ringraziare il mio Esecutivo, la mia Segreteria nazionale, il mio Consiglio nazionale e tutti i medici di FIMMG che hanno accompagnato questo anno di lavoro e hanno permesso a FIMMG di fare presto e fare bene.

Non potrei però concludere senza dedicare questa relazione a quei medici di Medicina Generale, i medici di Continuità Assistenziale che svolgono il loro lavoro nonostante la violenza di sedi inadeguate, la violenza di un'organizzazione assistenziale inadeguata, la violenza...

A questi medici la mia ragione darà risposte.

Adesso posso solo rispondere con il cuore e il mio cuore parla napoletano...

Guagliù addà a passà a nuttata e FIMMG farà di tutto per farla passare.

#FIMMGcè.