

RELAZIONE DEL SEGRETARIO GENERALE NAZIONALE

Silvestro Scotti



RITORNO AL FUTURO

La Medicina Generale traccia nuove strade
con i valori del passato:
Innovazione, Prossimità e Fiduciarità

Colleghe, Colleghi, graditi Ospiti,

benvenuti all'82° Congresso Nazionale FIMMG.

Grazie a tutti Voi, ai rappresentanti della politica e delle Istituzioni nazionali e regionali, al Presidente della FNOMCeO Filippo Anelli, al Presidente della CAO Raffaele Iandolo, ai Presidenti di Ordine, al Presidente dell'ENPAM Alberto Oliveti, ai rappresentanti di altre associazioni professionali, alla rappresentanza dei cittadini e delle associazioni dei pazienti, Cittadinanzattiva, e a tutti quelli che, seppur non presenti, ci hanno partecipato vicinanza e sostegno in occasione di questo Congresso.

Ancora una volta nel predisporre questa relazione mi sono e ci siamo chiesti cosa sia e cosa voglia essere il Congresso Nazionale della FIMMG nella discussione sulla politica sanitaria di questo Paese, e, visto che si sta svolgendo contemporaneamente il G7 Salute, nella speranza che possa arrivarvi il nostro messaggio.

Lo riteniamo doveroso, nel rispetto della nostra storia, quale risposta alle giuste aspettative delle decine di migliaia di Medici convenzionati per la Medicina Generale, che sostengono e sosterranno l'evoluzione del SSN e che, quindi, attraverso noi, meritano attenzione e ascolto.

Come ogni anno, in questo Congresso cercheremo di proporre approfondimenti, analisi, confronti politici e scientifici per portare il nostro punto di vista sullo stato dell'arte della offerta assistenziale della Medicina Generale ma anche per stimolare la discussione sulla sua innovazione, sempre nel solco della *fiduciarità e prossimità*.

“Ritorno al futuro”: in questa frase è racchiuso tutto quello che vogliamo esprimere e che è reso in sintesi nelle immagini che rappresentano il Congresso di quest'anno.

All'inizio della nostra storia, il medico raggiungeva per strade impervie il proprio ambulatorio o il domicilio del proprio paziente usando tutti i mezzi disponibili e, prima il cavallo e il calesse, poi il motociclo e infine l'auto, erano gli unici supporti che insieme alla propria borsa di strumenti e conoscenze, gli consentivano di portare in prossimità risposte ai bisogni di salute.

Un medico che, con le risorse disponibili nel proprio contesto storico, ha sempre saputo adattare la sua azione alle persone, ai luoghi, ai modelli culturali, sociali, in sintesi, alla vita dei propri pazienti.

Questo spirito, questi valori sono imprescindibili per una vera funzione di assistenza primaria.

Da qui la parola “Ritorno” come continuità, come solidità, come resilienza di una professione che vuole cambiare sapendo mantenere i principi che sono alla base della tipica relazione medico paziente nella medicina generale, una relazione di scelta e di fiducia, personale e familiare, individuale e collettiva.

Il “Futuro” con il cavallo che diventa robotico, raffigura la convinta adesione ai nuovi strumenti che si stanno rendendo disponibili attraverso il progresso organizzativo e digitale dell’offerta assistenziale.

“Futuro” che deve però rimanere nella guida salda di quel medico che, forte di nuovi strumenti e conoscenze, continua a tenere le briglie e quella borsa, per significare la primarietà dell’azione umana e professionale su quella tecnologica.

Negli ultimi anni ci si sta concentrando sulla possibilità di proporre modelli per il Territorio che possano risolvere i bisogni con una modalità univoca, che però appare esclusiva, poiché, troppo spesso, non tiene conto della variabilità dei nostri territori, della nostra gente, delle nostre comunità.

Eguale, non si tiene conto della capacità adattiva mostrata, in tutti questi anni, nella evoluzione degli Accordi Collettivi Nazionali della Medicina Generale.

Siamo passati dalla notula alla quota capitaria, dal medico singolo al medico in rete e/o in gruppo fino alle Aggregazioni Funzionali Territoriali, oggi assimilabili grazie alla sede di riferimento, alle Case di Comunità Spoke.

Ancora, le Unità Complesse di Cure Primarie dimostrano la volontà di integrazione con le altre figure professionali convenzionate, presenti nell’offerta di assistenza territoriale.

Tutto questo è stato rafforzato e reso coerente con la necessità di evolvere il sistema di assistenza territoriale secondo gli obiettivi del PNRR, resi compatibili con la funzione convenzionata dei medici che operano sul territorio.

All'inizio di quest'anno, la firma a febbraio dell'ACN 2019-2021 e, a poco più di un mese, la sua entrata in vigore con l'adozione dell'Atto d'Intesa del 4 aprile 2024 in Conferenza Stato Regioni, ha testimoniato la comune intenzione di arrivare rapidamente a completare il percorso di riforma del territorio.

L'ACN firmato contiene, infatti, molte soluzioni praticabili per creare, attraverso il completamento con gli AAIIRR, una rete assistenziale adeguata alle peculiarità dei territori e nel rispetto delle forme organizzative già espresse e funzionali.

Un articolo comune ai contratti della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale e, successivamente, ripreso anche dall'ACN della Pediatria di Libera Scelta, ha creato inoltre il collante tra gli Accordi Collettivi della convenzionata, azione che andrebbe estesa anche ad altre contrattualità presenti sul territorio.

Abbiamo una occasione preziosa da cogliere utilizzando tutti gli strumenti ed orientandoli anche ad aumentare la attrattività della medicina di famiglia, attraverso la semplice apertura della discussione negoziale sull'ACN successivo quale completamento di questo percorso.

Abbiamo firmato a febbraio quell'ACN perché ci crediamo, perché era necessario non solo per riconoscere ai medici il recupero economico ma anche per tracciare un indirizzo organizzativo a cui tutta la medicina di famiglia ed, in primis, i giovani medici che si affacciano alla professione, potesse fare riferimento.

Questa evoluzione organizzativa non è però considerata come meriterebbe, anzi a volte ci viene il dubbio che, nonostante l'impegno descritto, sia misconosciuta a chi avrebbe il compito di proporre i modelli di governance partendo dai nostri AACCNN e non aggirandoli, quasi ignorassero che discendono, in termini di diritto, da norme di rango primario.

E tutto questo avviene quando la soluzione più efficace sarebbe considerare gli AACCN di qualunque modello di offerta territoriale si voglia proporre, di tipo metropolitano, urbano, rurale, di aree a diversa densità di popolazione e aree interne.

Altro paradosso è quello tecnologico.

La discussione sui modelli organizzativi si amplifica con quella sugli strumenti digitali:

- fascicolo sanitario elettronico
- televisita e teleconsulto
- diagnostica a distanza
- intelligenza artificiale

che dovrebbero servire ad amplificare l'azione professionale del medico.

Nonostante le nostre pionieristiche esperienze, amplificate durante il Covid, ci si considera come dei neofiti di tali potenzialità.

Anche su questo campo è arrivato il momento di ricordare con orgoglio che la digitalizzazione del SSN è iniziata nello studio di quel singolo medico di famiglia che ha investito su sé stesso, a garanzia dei propri pazienti, con i primi esempi di informatizzazione presenti nella storia del nostro SSN.

Le esperienze digitali inizialmente orientate alla necessità di semplificare il proprio lavoro, sono diventate, solo grazie al contributo degli stessi professionisti, strumenti informatici sempre più efficienti.

Siamo passati dalla semplice stampa della ricetta alla gestione ottimizzata dei dati clinici per la presa in carico, per l'appropriatezza, per la stratificazione del rischio clinico utili alla prioritizzazione dell'accesso alle prestazioni e alla personalizzazione delle cure.

Tutto questo è costato negli anni, **e costa ogni giorno**, impegno, lavoro, dedizione di ogni singolo medico nei confronti di ogni singolo paziente.

Vogliamo dare una misura a tutto questo, visto che nessuno lo fa?

Fascicolo sanitario elettronico, ovvero lo strumento principe per la integrazione professionale tramite digitalizzazione:

ebbene, oggi su un totale di 6 miliardi e mezzo di dati, *appena* 6 miliardi di questi provengono dall'attività digitale dei medici di famiglia.

Ci sarebbe da chiedersi: dove sono gli altri?

Dove è che la digitalizzazione del SSN non decolla?

Eppure, la Medicina Generale resta l'unica vittima della richiesta di un continuo e amplificato impegno digitale, imposto più che concordato, paradossalmente a chi l'aveva già scelto come propria caratteristica funzionale.

Viene da chiedersi se la transizione digitale abbia bisogno di una revisione negli altri setting assistenziali anche perché mi chiedo e vi chiedo: se io volessi consultare il Fascicolo sanitario di un mio paziente che possibilità ho di trovare dati diversi dai miei?

Tiriamo le somme.

Impegno organizzativo: abbiamo dato e stiamo dando con i nostri AACCCNN!

Transizione digitale: l'abbiamo praticata da soli ben prima che altri ne valutassero la necessità.

Nonostante questo, qualcuno tenta di farci apparire i responsabili del mancato raggiungimento di obiettivi di programmazione regionale, nazionale, PNRR, e chi più ne ha più ne metta.

Anni fa, prima della pandemia, avevamo iniziato una manifestazione di protesta, che avevamo chiamato "Adesso basta", trasformata poi in proposta di soluzioni di sviluppo tecnologico degli studi di medicina generale partendo dalle aree interne e disperse.

10.000 Km percorsi per dimostrare che si poteva fare e ne abbiamo ricavato uno strumento legislativo di sostegno finanziario all'evoluzione della diagnostica nei nostri studi: **sostegno a tutt'oggi non ancora erogato.**

Pertanto, oggi “Adesso basta” torna ad essere una protesta, ritorna a essere il grido di una categoria che aveva già all’epoca segnalato i disagi e i rischi che poi si sono realizzati.

Desertificazione sanitaria, riduzione del numero di medici di famiglia da 43 mila a 37 mila, perdita di interesse all’accesso alla Formazione Specifica in Medicina Generale, fenomeni che, insieme, stanno determinando la impossibilità a rispondere alle esigenze assistenziali delle aree interne e delle periferie delle grandi città.

I dati sulla carenza dei medici erano chiari e prevedibili e li abbiamo denunciati negli ultimi 15 anni, ricavandone soluzioni temporanee e parcellari mentre continuano ad aumentare i carichi di lavoro e un maggiore impegno ai limiti della sostenibilità.

Impegno che si dovrebbe dedicare all’implementazione della prevenzione primaria e secondaria, e della domiciliarità visto il progressivo invecchiamento della popolazione e l’aumento della cronicità, veri e propri tsunami per la sopravvivenza e sostenibilità del SSN.

Eppure, qualcuno ritiene che si possano ricavare da questa categoria ulteriori impegni senza dare risposte, sostegno, né apprezzamento a chi ogni giorno, anzi ogni minuto, si confronta con volumi di richieste ormai insostenibili, dirette indirette, proprie ed improprie, cliniche ed amministrative e colmo dei colmi perlopiù mera e semplice burocrazia.

Si continua a vendere la legenda dei fannulloni che lavorano poche ore al giorno, senza mai confrontarsi con la immensa produzione di atti di sanità pubblica sostenuti da questa categoria.

Basterebbe pensare all’argomento di questi giorni: l’influenza stagionale.

Ci si aspetta che un italiano su 4 la contragga.

Ci si aspetta che circa 15 milioni di italiani, fragili, cronici e anziani, vengano vaccinati.

Se valutiamo il dato numerico dal punto di vista della medicina di famiglia, visti i numeri in campo, significa che in pochi mesi oltre alle ordinarie attività, ogni medico dovrà caricarsi di circa 400 pazienti affetti da influenza con le loro esigenze cliniche e certificative.

Dovrà inoltre caricarsi di circa 500 pazienti da vaccinare per la sola influenza che si aggiungeranno alle altre vaccinazioni dell'adulto.

Anche queste attività saranno caratterizzate da impegno clinico partendo dal counselling motivazionale, per arrivare a quello amministrativo per consenso informato, registrazione su piattaforma e rendicontazione.

Basterebbe, e lo chiediamo da anni, valutare le tempistiche riferite ai flussi di dati che inviamo quotidianamente attraverso i servizi di accoglienza dei dati regionali e nazionali per conoscere quanto tempo il medico di famiglia dedichi al proprio lavoro, o meglio ai suoi pazienti.

Basterebbe leggere la riduzione di attrattività di questo ruolo professionale nell'ambito dell'SSN che ha portato ad una riduzione del personale in attività di oltre il 15% nel rapporto tra pensionamenti e nuovi ingressi negli ultimi 3 anni e con un tendenziale in crescita.

Basterebbe leggere che la medicina di famiglia per i cittadini italiani si pone al primo posto per gradimento tra le figure del SSN in tutti i sondaggi degli ultimi anni e da chiunque li abbia proposti.

Come può una categoria che è pagata per fare poco non essere ambita?

Come può un medico fannullone essere il professionista del SSN più gradito agli italiani?

Perché conviene raccontare questa storia mentre si sta ottenendo, di fatto, di eliminare questa offerta?

Forse qualcuno pensa che gli italiani possano non accorgersene?

Eppure, basterebbe poco per iniziare a dare risposte.

Lo avevamo chiesto ad un mese dall'inizio di questo Congresso, non stancandoci di mediare tra le nostre legittime esigenze e le soluzioni per temi di interesse pubblico come il raggiungimento degli obiettivi del PNRR.

Si sta discutendo di Legge di Bilancio dello Stato e sono anni che, alla vigilia di tale discussione, chiediamo una specifica attenzione per la medicina di famiglia.

Nei fatti assumiamo personale, investiamo in tecnologia, creiamo pertanto occupazione e indotto, e dovremo farlo ancora di più per le sfide organizzative che ci aspettano.

Quindi l'attenzione che chiediamo ha una finalità pubblica e sociale nel servizio che svolgiamo per il Paese.

Provvedimenti di decontribuzione sul personale assunto soprattutto per i giovani nei primi anni di convenzione, giovani che si confrontano con una rapida crescita del volume di pazienti che non può essere affrontata se non con la loro squadra fiduciaria fatta di personale sanitario e amministrativo.

Provvedimenti di detassazione del reddito delle parti variabili del nostro contratto, o se vogliamo dirlo con un termine alla page, una “flat tax variabile per la medicina di famiglia”, che permetterebbe di valorizzare impegno e investimenti per raggiungere gli obiettivi.

Obiettivi, detto così potrebbe sembrare poca cosa, ma stiamo parlando di

- migliorare la domiciliarità,
- favorire le prestazioni diagnostiche di primo livello,
- raggiungere le coperture vaccinali,
- organizzare una risposta continuativa attraverso i nostri spoke, utile al cittadino nelle 12 ore.

Ovvero stiamo parlando di migliorare l'offerta sanitaria in quella che è sempre stata la nostra mission, un'impresa sociale e sanitaria fatta da valenti artigiani della salute capaci di offrire una dimensione sartoriale delle cure.

Attendiamo risposte da almeno quattro Leggi di Bilancio e sentire che oggi si parli di detassare indennità specifiche del personale dipendente, avendone detassato la libera professione intramoenia, ci appare quasi una provocazione.

E sia chiaro, considerato che il personale sanitario italiano è il peggio pagato in Europa, siamo a sostegno di tutto quello che ne qualifichi il reddito a prescindere dalle modalità contrattuali a cui appartiene.

Appunto.

A prescindere.

Che, rispetto a noi, dovrebbe significare che tali azioni non siano riservate solo ad una parte degli attori del SSN e soprattutto sembrerebbero non considerare che la Convenzionata nel proprio reddito deve contenere i costi dei fattori di produzione, che certamente non sono esentasse.

Ma non finisce qui.

Stiamo ancora aspettando l'approvazione dell'Atto di Indirizzo per l'ACN 2022-2024 che ci permetterebbe di affrontare i temi di adeguamento normativo ed economico, rendendoli al passo coi tempi e funzionali alle progettualità che si debbono realizzare per il PNRR e non solo.

Potrei citare alcuni esempi per far comprendere che in questo non c'è solo l'interesse economico, seppur legittimo, di portare il reddito dei medici di famiglia al giusto riconoscimento degli anni in cui stanno operando e soprattutto a contenere i costi dell'inflazione che continua ad erodere, in assenza di adeguamenti stipendiali, il loro reddito professionale per le spese dei fattori di produzione.

Sul piano normativo, infatti, c'è la necessità di promuovere un modello di partecipazione univoco a livello nazionale sui progetti per il miglioramento delle cure domiciliari adeguando il contenuto contrattuale ai provvedimenti legislativi e alla Missione 6 del PNRR (subinvestimento M6C1-1.2.1 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Assistenza Domiciliare).

Ancora, c'è da specificare, prima del disastro totale, una modellistica per la definizione degli ambiti carenti ore/scelte del Ruolo Unico di assistenza primaria, utile come riferimento alle Regioni e alle Aziende per la programmazione e la successiva determinazione degli incarichi vacanti. Tale attività, qualora non fosse definita entro marzo

2025, rischia di creare il blocco di qualunque procedura di assegnazione di incarichi e aggravare ulteriormente la carenza di medici in tutti i territori.

Appare chiaro a questo punto che questo Congresso cade nel momento delle scelte.

La categoria dei medici di famiglia è in grande sofferenza ma ha ancora le energie per farsi ascoltare, forte di vecchie e nuove esperienze, senso di appartenenza, della credibilità di professionisti che percorrono le stesse vie dei loro pazienti.

Siamo pronti ad applicare le prerogative sindacali, dallo stato di agitazione allo sciopero, facendo capire ai nostri pazienti che è in gioco non un interesse di parte ma la salvaguardia un diritto collettivo costituzionale che dia un futuro:

a noi, ai nostri pazienti, al nostro SSN e ai giovani che oggi hanno partecipato al Concorso per diventare Medici di Famiglia.

A tutti questi vogliamo mandare un messaggio:

il nostro futuro non è scritto, il futuro di nessuno è scritto. Il futuro è come lo creiamo.

FIMMG lavorerà come sempre per renderlo il migliore possibile.

FIMMGcè.



RITORNO AL FUTURO

La Medicina Generale traccia nuove strade
con i valori del passato:
Innovazione, Prossimità e Fiduciarità