

- **Introduzione**
- **Dall'attesa all'iniziativa: costruiamo il cambiamento**
- **Il disagio della Medicina Generale**
- **L'informatizzazione della sanità**
- **Formazione**
- **AIFA**
- **ENPAM**
- **Fisco**
- **Società di servizio**
- **Settori**
- **Conclusioni**



## Introduzione

Signori Ministri, On. Sottosegretario, Signor Governatore, Illustri Ospiti, Signor Presidente, Colleghe e Colleghi Congressisti, ringrazio per la Vostra presenza che testimonia l'attenzione ai temi che sto per trattare.

Questo è il Congresso conclusivo dei quattro anni di mandato dell'Esecutivo da me diretto in qualità di Segretario nazionale del Sindacato autonomo più numeroso del mondo medico e, in assoluto, più rappresentativo della medicina generale. Questo Congresso elettivo, a cui rimetto il mio mandato, avrà quindi il compito di orientare la politica sindacale della FIMMG nei prossimi quattro anni.

L'azione di questo Esecutivo si è svolta in un contesto economico, politico, sociale e istituzionale particolarmente complesso, che ancora non ha trovato prospettive di un definitivo equilibrio. Viviamo in un Paese, in un'Europa, in un Mondo drammaticamente chiamati ad assumere nuovi assetti politico-istituzionali non facili da definire e realizzare.

Rispetto a realtà di queste dimensioni il nostro Sindacato è certamente un piccolo ingranaggio di una grande macchina, la cui importanza però non è direttamente commisurabile alla dimensione.

Siamo consapevoli che il nostro comportamento condiziona fortemente il presente e il futuro di oltre 70.000 professionisti e delle loro famiglie, ma anche la tutela della salute di tutta la popolazione italiana.

Il compito istituzionale di un Sindacato è la tutela degli interessi della categoria che rappresenta, non altro, ma questo obiettivo non può essere efficacemente perseguito senza tenere conto delle esigenze e senza adoperarsi per contribuire alla soddisfazione degli interessi generali della società di cui è parte.

Questa consapevolezza, che è patrimonio consolidato e caratterizzante la FIMMG fin dalla sua fondazione, ha guidato anche in questo quadriennio le nostre scelte di politica sindacale. Scelte difficili, maturate attraverso un percorso in qualche caso contraddistinto anche da travagli interni, alimentati dalla condizione di ingravescente disagio che la categoria vive e denuncia ormai da diversi anni.

Ciò nonostante, la FIMMG è riuscita a mantenere una posizione coerente, tesa a tutelare concretamente la categoria nel presente e a creare le condizioni perché nel prossimo futuro possa realizzarsi un importante sviluppo del settore nell'interesse fondamentale dei cittadini e del Paese.

In questo atteggiamento la FIMMG non si è sentita sola, perché da alcuni anni nel mondo medico si è gradualmente affermato un nuovo stile nelle relazioni interne ed esterne, sicuramente aiutato e reso possibile anche da un continuo e leale confronto con quasi tutti i Sindacati medici, con la FNOMCeO, con la maggior parte dei Presidenti di Ordine e con le Società scientifiche, confronto che quasi tutti i soggetti implicati hanno saputo condurre nel rispetto reciproco delle competenze e del ruolo di ciascuno, secondo lo spirito che animò la “Prima Conferenza della professione medica” organizzata dalla FNOMCeO a Fiuggi nel 2008.

Atteggiamenti di contrapposizione che rendevano costantemente conflittuali i rapporti interni alla categoria medica hanno sempre più lasciato spazio alla valutazione congiunta dei problemi e alla ricerca di soluzioni equilibrate nell'interesse collettivo, tanto che le frange più conflittuali e corporative si sono ridotte a piccola minoranza. Questo vissuto, maturato all'interno del mondo medico, ha condizionato anche l'atteggiamento dello stesso nei confronti degli interlocutori istituzionali, ormai razionale e costruttivo, almeno nei confronti di quelli che assumono un atteggiamento speculare.

Signori Ministri, Sottosegretario, Governatore, la categoria è perfettamente consapevole dei gravi problemi che Governo e Regioni devono affrontare in conseguenza della crisi economica epocale che ha coinvolto anche il nostro Paese in una fase storica di trasformazione e fragilità politica ed istituzionale, che rende più difficile e faticosa la Vostra personale azione.

Siamo coscienti, in quanto cittadini, che il superamento di questa congiuntura comporterà per tutti, quindi anche per noi, maggiori impegni e importanti sacrifici. La categoria non intende sottrarsi a tutto ciò, anche se si aggiungerà ad una situazione di disagio che da tempo denunciavamo e per ovviare alla quale abbiamo chiesto, con la proposta della Ri-fondazione, importanti cambiamenti.

La categoria è pronta all'impegno, alle nuove responsabilità e ai sacrifici necessari, purché questi siano realmente sostenibili e utili alla costruzione di un futuro migliore.

## **Dall'attesa all'iniziativa: costruiamo il cambiamento**

L'invecchiamento della popolazione, l'aumento dei malati cronici e dei non autosufficienti pone sfide importanti di sostenibilità non solo al Servizio Sanitario Nazionale, ma all'intero Sistema di tutela della salute dei cittadini italiani.

Già lo scorso anno affermammo, argomentando diffusamente, che la mancata realizzazione dell'Assistenza Primaria diventa esiziale per la sostenibilità dell'intero Sistema sanitario italiano e comporterà il venir meno di una parte significativa di un Welfare Social System che si qualifica per l'ambito delle garanzie che vuole assicurare ai cittadini.

Il superamento delle note sfide passa attraverso l'individuazione di nuovi sistemi di finanziamento quali i fondi integrativi, ma anche attraverso una riqualificazione della logica di "atteggiamento" dell'intero sistema, dal paradigma "dell'attesa" a quello "dell'iniziativa", che trova nell'Assistenza Primaria il luogo di più efficiente realizzazione, per ottenere il miglior rapporto costo/beneficio fra le risorse disponibili e i risultati ottenuti.

Il paradigma fondato esclusivamente sulla medicina di attesa, cioè su quell'atteggiamento del servizio che si attiva solo su richiesta dell'interessato, si è dimostrato inappropriato ad un'adeguata tutela della salute.

Su di esso da sempre si fonda la formazione universitaria, e non deve stupire che sia il paradigma dominante anche nell'ambito della medicina territoriale. È perfetto per l'approccio specialistico e per affrontare le malattie acute e si attaglia benissimo al modello ospedaliero.

Al contrario, la medicina di iniziativa è un tipo di metodo volto all'intercettazione del bisogno al di là della sua espressa formulazione. È quella che meglio si adatta alla gestione dell'Assistenza Primaria in generale e delle malattie croniche in particolare, dove l'assistenza è per la gran parte "estensiva" e caratterizzata dalla presa in carico a lungo termine, dove esiste un medico di riferimento della persona e di una data popolazione.

In questo contesto è possibile ed auspicabile il passaggio da parte del medico dall'atteggiamento "di attesa", ossia di risposta ai problemi emergenti "a richiesta" del paziente, alla "medicina di iniziativa". Cioè il passaggio da un'offerta passiva e non coordinata di servizi, ad un'offerta di assistenza attiva personalizzata, preventiva ed integrata.

Non si tratta di un cambiamento facile, né rapido. Occorre un profondo ripensamento culturale sulla nostra professione: la medicina

generale, nel passare dall'attesa all'iniziativa, deve riorganizzarsi profondamente, imparare a "fare squadra" e a lavorare all'interno di schemi organizzativi, senza nulla togliere, anzi potenziando, il rapporto interpersonale privilegiato con il paziente. Le proposte di profonda ristrutturazione della organizzazione di lavoro, formulate negli ultimi anni dalla FIMMG, derivano anche dalla consapevolezza di tali esigenze.

Il titolo del Congresso contiene questo tipo di messaggio tecnico-professionale, ma vuole anche essere un messaggio politico al mondo istituzionale, in particolare al Governo e alle Regioni.

Il Paese non può più attendere, è necessario prendere le decisioni e compiere le azioni necessarie a realizzare il cambiamento.

Perché il medico di medicina generale possa abbandonare l'atteggiamento solista e impegnarsi in un vero lavoro di squadra, è necessario rimuovere la concorrenza sulle scelte, ristrutturare il compenso in modo da distinguere l'onorario del professionista dal finanziamento dei fattori di produzione, dare piena e continuativa occupazione al medico in tutta la sua vita professionale, eliminando la distinzione in settori e introducendo l'accesso unico alla convenzione, aiutando il medico a sviluppare una adeguata rendicontazione delle attività svolte e facilitando la sua partecipazione alle attività di programmazione e gestione dell'assistenza.

Nelle Regioni commissariate la necessità di ristrutturazione del Servizio Sanitario è resa cogente dai Piani di rientro. I piccoli ospedali, quelli che oltre a costare moltissimo non riescono a garantire i necessari livelli di sicurezza delle cure, devono essere rapidamente riconvertiti. Devono aumentare i posti letto di lunga degenza e quelli riferiti all'assistenza residenziale (RSA, Hospice, Ospedali di Comunità, Centri di assistenza primaria con posti letto a rapido rinnovo), caratterizzata da un minor costo rispetto a quella ospedaliera; insomma, deve crearsi quell'Assistenza Primaria di cui si è tanto parlato negli ultimi anni, con ricadute concrete molto limitate.

Queste Regioni chiedono ai medici di medicina generale la massima collaborazione per recuperare il tempo perduto, ma trovano medici diffidenti e spaventati da richieste che non possono soddisfare in tempi brevi perché non sono in possesso degli strumenti organizzativi necessari.

Non si illudano le Regioni che basti raggruppare i medici in ospedali dismessi, collocando nella stessa sede anche altre professionalità per realizzare un'Assistenza Primaria efficace ed efficiente. È necessario riempire questi contenitori di professionisti mettendoli nella condizione di lavorare insieme, di definire e rispettare i ruoli di ciascuno e quelli delle altre

figure professionali coinvolte. La Medicina Generale può diventare un potente motore di trazione dell'Assistenza Primaria solo se vengono rimosse le criticità che più volte abbiamo segnalato, la cui correzione è alla base della nostra proposta di Ri-fondazione della Medicina Generale.

Con gli ultimi Accordi Collettivi Nazionali abbiamo costruito un nuovo tipo di relazione sindacale con le Regioni, cercando di superare la classica impostazione di rivendicazione/concessione e cominciando ad impostare un rapporto di progettazione condivisa del cambiamento. Abbiamo fatto importanti progressi, tanto che le Regioni, nell'ultimo atto di indirizzo, hanno espresso un'apertura alla riscrittura completa della Convenzione in un'ottica di cambiamento.

Purtroppo la manovra di risposta alla crisi economica prolunga ulteriormente i tempi di questa operazione, anche se con la SISAC ci si è proposto di impiegare questo allungamento dei tempi per portare avanti tutto il lavoro elaborativo e tecnico di riscrittura dell'ACN.

Abbiamo provato, anche con l'aiuto del Ministro Fazio, ad introdurre un emendamento nella manovra finanziaria che consentisse ai professionisti convenzionati di recuperare almeno l'aumento dei costi dei fattori di produzione durante il prossimo triennio. Ma non vogliamo desistere in questa richiesta, come in quella di recuperare almeno il riconoscimento dell'istituto della "vacanza contrattuale", e sono certo che il Ministro non ci lascerà soli in questo tentativo.

Signor Ministro, al di là del supporto che non ci fa mai mancare, è arrivato il momento di procedere ad un intervento legislativo che integri i principi cui devono far riferimento gli AACCN per la medicina generale previsti dal primo comma dall'articolo 8 del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

## **Il disagio della Medicina Generale**

La necessità del cambiamento si è fatta ormai improcrastinabile, anche perché la categoria vive ormai un disagio cronico che rischia di compromettere la qualità delle prestazioni assistenziali cui è chiamata.

Naturalmente la parola "disagio" è un'espressione generica, comprendente numerosi sentimenti, anche di natura diversa, che si declinano in modo variegato nei singoli individui, a seconda della storia e delle caratteristiche di ciascuno, ma anche in relazione alla fase del ciclo professionale che stanno vivendo e/o dell'ambiente in cui operano.

Rabbia, indignazione, nostalgia, umiliazione, stanchezza, rassegnazione, sfiducia, frustrazione, insicurezza sono alcune delle emozioni che sempre più spesso nel nostro vissuto professionale prendono il posto di sentimenti positivi quali entusiasmo, sicurezza, orgoglio, soddisfazione. Costante è la delusione per una sempre dichiarata e mai realizzata “centralità” della nostra figura professionale nel Sistema di tutela della salute.

Un malessere che per la verità non riguarda solo i medici di medicina generale italiani, ma che è ampiamente descritto nella letteratura internazionale che lo evidenzia, sia in termini di “crisi vocazionale” tra le nuove leve, sia in termini di forte disagio dei medici generali nel momento di piena maturità ed attività professionale.

In pratica al medico non sembra di fare il medico.

I crescenti oneri amministrativi, la necessità di dover sottoporre la sua attività a regole stringenti, rappresentano alcune delle ragioni di tale insoddisfazione.

Il nostro stato d'animo è simile, se non identico, a quello ben descritto in un editoriale del British Medical Journal del 2000, nel quale Morrison e Smith definirono la difficile situazione della medicina di famiglia: “hamster health care”, l'assistenza sanitaria del criceto. “In tutto il mondo i medici sono infelici perché si sentono come criceti all'interno di una ruota. Devono correre sempre più veloci per rimanere fermi. Ma sistemi che dipendono da persone che devono correre sempre più velocemente non sono sostenibili. La risposta è che questi sistemi devono essere ridisegnati perché il risultato di una ruota che gira sempre più veloce non è solo la perdita della qualità delle cure, ma anche la riduzione della soddisfazione professionale e un aumento del burnout tra i medici”.

Abbiamo più volte estesamente analizzato ed espresso nell'ambito della proposta di Ri-fondazione della Medicina Generale le cause del disagio dei medici di medicina generale italiani.

Prima fra tutte la concorrenza sulle scelte determinata dal combinato del rapporto ottimale e del massimale con la struttura del compenso prevalentemente fondato sulla quota capitaria; la stessa struttura del compenso che non distingue la componente destinata alla retribuzione del medico dal finanziamento dei fattori di produzione; la prassi che equipara le dinamiche di rinnovo convenzionale a quelle dei contratti collettivi dei colleghi dipendenti; la divisione in settori che impedisce per anni una piena occupazione e comporta difficoltà notevoli nel passaggio da un settore all'altro; l'emarginazione dei medici convenzionati dalla programmazione e



gestione sanitaria; il sempre più elevato carico burocratico. Problemi che di fatto hanno compresso le possibilità di sviluppo delle enormi potenzialità assistenziali di una categoria apprezzata dai cittadini per il rapporto di fiducia continuato nel tempo e assicurato in modo capillare su tutto il territorio nazionale, e che devono essere quanto prima rimossi .

A questa condizione, di per se frustrante, si aggiunge l'aumento progressivo del carico di lavoro che dobbiamo sostenere per l'incremento delle esigenze assistenziali di una popolazione con un sempre maggiore numero di anziani, di malati cronici, di non autosufficienti; carico di lavoro ulteriormente in aumento per la progressiva riduzione dei posti letto e lo spostamento sul territorio, senza una preventiva riorganizzazione, di attività assistenziali prima sostenute dal livello ospedaliero. Carico che ci troviamo a fronteggiare da soli e con le sole nostre risorse.

Alle cause del malessere cronico che stanca e demotiva i medici di medicina generale italiani, se ne è aggiunta un'altra che rischia di avere effetti devastanti e che merita la massima attenzione.

## **L'informatizzazione della sanità**

Signori Ministri, Signor Governatore, Loro sanno che la FIMMG e le Società scientifiche della Medicina Generale da oltre 20 anni promuovono l'informatizzazione della categoria.

In una negoziazione ancora caratterizzata dalla contrapposizione fra rivendicazione e concessione, gli incentivi per l'informatizzazione sono stati oggetto di nostra rivendicazione. Le concessioni della parte pubblica sono state sempre centellinate ponendo tetti quantitativi al riconoscimento di tali incentivi.

Un processo fortemente e costantemente sostenuto dalle Associazioni professionali della Medicina Generale, anche forzando le fisiologiche resistenze di tanti colleghi a questa innovazione.

Convenzione dopo convenzione siamo arrivati a garantire il sostegno all'informatizzazione a tutti i medici di medicina generale, tanto che oggi siamo la categoria che dispone del più alto tasso di informatizzazione nell'ambito del SSN. Un processo in gran parte finanziato dai medici di medicina generale attingendo ad incrementi contrattuali analoghi, se non identici, a quelli riconosciuti al comparto della dipendenza come adeguamento dell'onorario professionale.

Ora, dall'informatizzazione del tavolo del singolo professionista finalizzata ad automatizzare e facilitare, quindi rendere possibili, atti professionali che non avrebbero potuto essere fatti "a mano" senza un articolato e costoso servizio di segreteria, si impone la necessità di passare, con l'ausilio degli strumenti informatici e telematici, all'automazione e all'efficientizzazione di processi di comunicazione, di rendicontazione, di valutazione, di gestione dell'assistenza sanitaria, in una sola parola, si tratta di passare all'e-health.

Anche questo traguardo è fortemente voluto dalla categoria, anzi è considerato un traguardo strategico per la funzionalità del SSN, ma anche per lo sviluppo della Medicina Generale stessa.

Naturalmente questa evoluzione prevede il passaggio da un livello di complessità ad uno molto più elevato, che non può essere affrontato con la sola disponibilità dimostrata fino ad oggi dai soli medici di medicina generale. Richiede, invece, una politica di investimenti ed incentivi di sistema, da condividere oltre che attuare. È vero che in questo settore ad una lenta partenza seguono sempre rapide accelerazioni, ma è anche vero che le esperienze internazionali hanno dimostrato che chi va per gradi arriva prima ai risultati desiderati.

È evidente che mi riferisco allo scompiglio determinato dal cosiddetto "decreto Brunetta" che, pur perseguendo obiettivi condivisibili, ha introdotto norme pericolosamente imperfette nella loro formulazione (alcune oggi in fase di correzione) e soprattutto sanzioni sproporzionate rispetto ad obblighi, quale la certificazione di malattia on line, il cui adempimento non dipende solo dalla volontà del singolo medico, ma dal funzionamento di un sistema tanto complesso ed articolato che, cosa normale, fatica a raggiungere la sua messa a regime.

Ho il dovere di rappresentare anche pubblicamente, dopo averlo fatto nelle sedi competenti, il sentimento di profonda offesa e di reazione che tali provvedimenti hanno provocato nei medici.

Anche di fronte a queste provocazioni, la FIMMG ha assunto un atteggiamento responsabile e, insieme alla FNOMCeO ed alla maggior parte degli altri sindacati del mondo medico, non ha voluto aprire fronti di sterile conflitto, ma ha preferito perseguire soluzioni che, pur proteggendo i medici, garantissero la gradualità del percorso e consentissero di non bloccare il processo di informatizzazione di cui il Paese ha grande bisogno. Deve essere chiaro a tutti che se il sistema non funziona la responsabilità non può essere attribuita agli ostacoli posti dalla categoria medica.

A questo proposito mi corre l'obbligo di ringraziare il Ministro Sacconi ed il Ministro Fazio che, comprendendo le nostre difficoltà, figlie di quelle dell'intero sistema e della proposta messa a disposizione, in più occasioni si sono adoperati per rendere il più possibile graduale e non traumatica l'introduzione di certe innovazioni.

Ma non è solo il "decreto Brunetta" a far venire l'orticaria ai medici di medicina generale, ci sono anche altri provvedimenti che i legislatori assumono dando per scontato che il medico sia tenuto e sia nelle condizioni di potervi adempiere creandogli difficoltà che possono danneggiare il rapporto di fiducia con l'assistito.

Mi riferisco per esempio al decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze che attribuisce a tutti i medici convenzionati il compito di rilevare sul sistema informatico del Ministero la condizione di esenzione per reddito e di apporre una "biffatura" sulla prescrizione per attestarla.

Siamo al paradosso più assurdo, laddove il sistema informatico è carente, non certo per responsabilità dei medici, si chiede agli stessi di compiere un'operazione vicariante manualmente e di mettersi in conflitto con l'assistito in relazione al suo diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa.

Si sollevano da questa incombenza i soggetti erogatori e gli uffici amministrativi che sono deputati a riscuotere i ticket, ben forniti di strumenti informatici e di personale di segreteria, e si fa svolgere questa funzione al medico. Purtroppo non si tratta di un caso isolato; la ripetitività delle situazioni fanno ritenere che si tratti di un metodo gestionale delle amministrazioni pubbliche, sia centrali che periferiche.

Signori Ministri, Signor Governatore, qui non si rischia soltanto di umiliare il medico, si rischia di sottrarre al medico il tempo e l'attenzione assistenziale che deve dedicare all'assistito.

Ogni soggetto (Ministeri, Regioni, ASL, INPS, INAIL, ecc.) stabilisce per proprio conto che il medico di medicina generale deve interagire telematicamente per determinate procedure, e il singolo medico oltre ad assumere un nuovo onere deve pure arrangiarsi perché questa moltitudine di collegamenti funzioni.

Oltre alla beffa anche il danno. Perché queste sgradite incombenze, non dico retribuite, ma neppure spese, comportano per il medico esborsi ulteriori.

Confermo anche in questa sede che il progetto tessera sanitaria e la certificazione on line comportano per il medico un notevole aggravio dei costi.

Trascuriamo pure quelli della carta e del toner (che pure non sono irrilevanti e che invece di essere ridotti dai processi telematici, sono in realtà aumentati), ma pensiamo alle consulenze tecniche necessarie al funzionamento dei collegamenti, e pensiamo all'aumento dei costi di acquisto e manutenzione degli applicativi dei medici, la cui implementazione risulta necessaria a seguito dell'insufficienza degli strumenti messi a disposizione e non tempestivamente adeguati, nonostante le nostre segnalazioni.

Quasi tutte le software house che forniscono i gestionali stanno chiedendo ai medici il pagamento delle funzionalità aggiunte per la ricetta e il certificato on line e aumentano la quota annuale di manutenzione dell'applicativo.

I medici non possono far altro che subire questo esborso, perché, anche se esistono aziende informatiche che non applicano questa politica, la non trasferibilità dei dati da un applicativo all'altro di fatto ostacola la mobilità del medico.

Nelle prossime settimane chiameremo tutte le Aziende informatiche a sedersi intorno ad un tavolo per valutare le possibili soluzioni.

La più semplice sarebbe naturalmente quella che le Regioni, alcune per la verità hanno cominciato a farlo, si facessero direttamente carico di fornire i fattori di produzione e soprattutto l'assistenza necessaria al loro buon funzionamento. In termini economici, questa soluzione comporterebbe per le Regioni un esborso inferiore a quello che dovrebbero riconoscere ai medici per metterli nelle condizioni di recuperare le spese.

Del resto, quando ho illustrato il problema al Funzionario della Ragioneria Generale dello Stato, questi mi ha esplicitamente detto che sono le Regioni a ricevere i necessari finanziamenti e soprattutto saranno le Regioni ad essere penalizzate con una consistente riduzione del finanziamento qualora non dovessero rispettare gli impegni assunti.

## Formazione

In quest'ultimo anno, grazie all'iniziativa del Ministro Fazio annunciata ed assunta nel Congresso dello scorso anno, ha iniziato a lavorare l'Osservatorio per la formazione in medicina generale.

Il gruppo di lavoro è presieduto dal Prof. Gianfranco Gensini e composto dal Prof. Massimo Casacchia e dal Dott. Giovanni Leonardi, in rappresentanza del Ministero della Salute, dal Prof. Andrea Lenzi e dal Prof. Eugenio Gaudio (sostituisce il prof. Frati) in rappresentanza del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, il Dott. Domenico Grimaldi e il Dott. Emanuele Messina, designati dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, il Dott. Giuseppe Augello, il dott. Virginio Bosisio, il Dott. Pietrino Forfori, il Dott. Giandomenico Savorani, il Dott. Roberto Stella, il Dott. Alessandro Rossi tutti designati dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri in rappresentanza dei medici di medicina generale.

L'Osservatorio, fino ad oggi, ha lavorato soprattutto all'analisi delle diverse esperienze di insegnamento universitario e di tirocinio nella formazione specifica nate dalla applicazione delle normative vigenti, in modo da poter definire in seguito indicazioni relative ai contenuti ed agli obiettivi della formazione in medicina generale a tutti i livelli di interesse che possano costituire la base per costruire modelli organizzativi condivisi ed omogenei.

L'Osservatorio ha svolto e continuerà a svolgere una funzione importantissima nel favorire il dialogo fra la professione e il mondo universitario; anche se i lavori procedono con una certa lentezza, almeno procedono.

La Medicina Generale rappresenta quasi sempre il primo contatto tra popolazione e cure sanitarie, sicuramente rappresenta un contatto continuativo nel tempo in cui oltre alla componente clinica sono determinanti componenti relazionali ed organizzative. Attualmente la formazione dei professionisti è completamente gestita dal Sistema Sanitario Nazionale e Regionale tramite il Corso triennale di Formazione Specifica e le attività di Formazione Permanente, ma è interesse del Sistema Sanitario che il percorso formativo affondi le sue radici anche nel corso di laurea.

Certo, per dare un forte impulso alla Formazione in medicina generale, non solo durante il Corso di laurea, ma anche nella fase del tirocinio abilitante, oltre all'impegno della Professione e dell'Università è necessaria una importante attenzione della Conferenza delle Regioni.

Il nostro obiettivo finale resta la creazione di Dipartimenti misti, diretti dalla professione, in collaborazione con Università e Regioni, quali centri di ricerca e insegnamento della medicina generale. Il percorso è ancora lungo ma non rinunciamo.

Intanto continua la condizione di discriminazione dei Tirocinanti in medicina generale rispetto agli specializzandi. La loro borsa di studio è ancora pari alla metà di quella spettante ai loro colleghi futuri specialisti.

Abbiamo proposte di soluzione del problema che prescindono da specifici finanziamenti e passano attraverso la convenzione, ma per essere percorse è necessario un provvedimento legislativo, oltre che la volontà delle Regioni.

## **AIFA**

La presenza del Presidente dell'AIFA, Prof. Sergio Pecorelli, nella tavola rotonda di questa mattina e del Direttore Generale Prof. Guido Rasi, nella sessione dedicata di domani, testimoniano l'attenzione dell'Agenzia per l'assistenza primaria e i medici di medicina generale.

Soprattutto, non possiamo che esprimere la nostra soddisfazione per la creazione in AIFA del Gruppo delle Cure Primarie, coordinato da un medico di medicina generale, che ha iniziato proprio quest'anno a lavorare e ad assumere iniziative per rendere il percorso della Ricerca in medicina generale più agevole. È di particolare interesse la proposta di ricondurre al Comitato Etico regionale tutte le valutazioni dei progetti della medicina generale attualmente demandate ai singoli Comitati Etici Aziendali.

Il contributo della Medicina Generale alle attività dell'AIFA è sempre più strutturato. La Medicina Generale partecipa alla valutazione della collocazione dei farmaci nell'ambito terapeutico (vedi per es. il recente riposizionamento dell'Acido Acetil Salicilico), alla valutazione di nuove note e alla rivalutazione delle precedenti con l'obiettivo di dare sempre maggior riconoscimento al ruolo clinico del medico di medicina generale; anche lo sviluppo di un processo di comunicazione (informazione) congiunto (MG ed AIFA) e la possibilità di affrontare e risolvere rapidamente problemi concreti e quotidiani (vedi la prescrivibilità dei farmaci contro l'osteoporosi) stanno a testimoniare che il percorso cui si è dato inizio procede con sicurezza offrendo risultati tangibili.

Ci auguriamo che l'incontro fra AIFA e medici di medicina generale che è iniziato lo scorso anno e che quest'anno si ripete, possa diventare un appuntamento fisso annuale in tutti i nostri prossimi congressi.

## ENPAM

La previdenza è un aspetto cui la categoria guarda con molta attenzione, essendo costituita da una popolazione che raggiungerà a breve l'età pensionabile in gruppi sempre più numerosi. Il numero complessivo dei medici candidati ad assumere la convenzione in Medicina Generale tenderà a diminuire, come anche il numero dei medici di medicina generale attivi, e sarà necessario affrontare il problema di mantenere costante il volume complessivo della contribuzione.

Il medico italiano, soprattutto quello convenzionato, si è sempre fatto carico della propria responsabilità in campo previdenziale ed assistenziale e intende sviluppare ulteriormente questa prospettiva studiando le modalità per garantire a noi, quando saremo “grandi”, sempre maggiori supporti, anche in caso di ridotta autosufficienza.

Abbiamo un ente solido che con il suo patrimonio e una corretta gestione può garantire la copertura delle pensioni anche nei momenti in cui ci sarà il ricambio più numeroso.

Ma non mancano i problemi, perché la sfida generazionale è importante, la crisi economica in atto può avere ripercussioni sul patrimonio e sul suo rendimento, e un eccesso di regolamentazione può ridurre l'efficienza della gestione.

Signor Ministro Sacconi, siamo pronti ad affrontare ogni problema, ma Le chiediamo di adoperarsi affinché sia rispettata la natura Privatistica della nostra Fondazione, affinché possano essere conservati e ulteriormente perfezionati i livelli di qualità gestionale che gli sono stati riconosciuti.

Mi corre l'obbligo di ringraziare il Ministro Sacconi e i Suoi funzionari per come hanno fino ad ora svolto il compito di vigilanza previsto dalla legge, con un'azione ispirata al confronto e alla ricerca delle migliori soluzioni e non sterilmente fiscale.

Quest'anno devo anche ringraziare i Presidenti di Ordine, non solo perché nelle recenti elezioni per il rinnovo del Consiglio di Amministrazione dell'ENPAM mi hanno attribuito un numero di voti superiori alle mie aspettative, ma soprattutto perché hanno mostrato una grande e responsabile attenzione alle esigenze dei Sindacati. Queste elezioni, che hanno espresso un Consiglio di Amministrazione che si sta dimostrando particolarmente attivo e coeso, sono state sicuramente un'occasione per confermare e rilanciare quel reciproco rapporto di fiducia, nel rispetto dei relativi compiti, fra mondo sindacale e mondo ordinistico.

Un ringraziamento devo anche ad Alberto Oliveti che, riferimento indiscusso di tutto il mondo medico per i problemi previdenziali, ha saputo muoversi con la delicatezza e il rispetto necessari a non creare fraintendimenti e sterili conflittualità.

La Medicina Generale ripone in Lui, nelle Sue capacità, con grande fiducia, l'ispirazione e il coordinamento delle nostre politiche previdenziali.

Un grande ringraziamento anche ad Eolo Parodi, che dopo anni di impegno nell'Ente, non ha voluto far mancare il Suo contributo in questa legislatura che dovrà affrontare l'importante compito di dotare la Fondazione ENPAM di un nuovo statuto, che renda più agevole la gestione e garantisca la più estesa partecipazione delle varie componenti di contribuenti.

Voglio chiudere questo argomento con un'affermazione chiara: l'ENPAM non è l'ente previdenziale dei medici di medicina generale, ma di tutti i medici, e tutte le categorie mediche hanno diritto di vedere ben amministrate quanto rispettivamente versano per avere le migliori prestazioni possibili.

## **Fisco**

La FIMMG è costantemente impegnata nella ricerca di una definizione di un trattamento fiscale meno iniquo e più equilibrato rispetto a quello degli altri professionisti.

La politica messa in atto dalla FIMMG, guidata dal Vicesegretario Vicario Carmine Scavone, caratterizzata da un continuo confronto con l'Agenzia delle Entrate e sostenuta orientando i medici ad obiettivi di rivalsa realizzabili, ha prodotto i suoi risultati sui due principali obiettivi che la Commissione Fisco si era posta: L'IRAP e gli Studi di Settore.

Ormai quello dell'IRAP sui redditi convenzionati dei medici di medicina generale può essere considerato un problema quasi completamente superato, come testimoniato dalle sentenze che sempre più numerose ci danno ragione e dalle stesse circolari dell'Agenzia delle Entrate.

Nei prossimi mesi i dirigenti dei dipartimenti dell'Agenzia delle Entrate parteciperanno come docenti, a fine ottobre nella nostra sede nazionale, al terzo incontro di aggiornamento con i nostri responsabili nazionali e regionali del fisco.



Un altro successo concreto raggiunto in questo quadriennio è il fatto che gli Studi di Settore che ci riguardano sono stati modificati in modo da tenere conto della nostra specificità.

## **Società di servizio**

Il mondo dei liberi professionisti cui apparteniamo, anche se convenzionati con il SSN, sta subendo trasformazioni su cui è indispensabile riflettere.

Tradizionalmente, in un rapporto caratterizzato da un alto gradiente di competenze rispetto al cliente, il professionista metteva a disposizione del cliente il suo sapere per guidarlo nella soluzione di problemi. Gli strumenti necessari all'esercizio di questa opera prevalentemente intellettuale erano minimi e facilmente procurabili dal singolo senza bisogno di finanziamenti.

L'attività professionale, in conseguenza dell'aumentata complessità dei saperi e dei contesti, si è gradualmente trasformata da prestazione intellettuale spesso episodica, in servizio strutturato, prolungato nel tempo e articolato in diverse specializzazioni.

È nata così l'esigenza di poter disporre di finanziamenti per gli investimenti necessari, esigenza che non ha trovato preparati gli Istituti bancari in Italia.

Questi sono alcuni degli argomenti oggetto di riflessione nell'ambito di Confprofessioni, cui la FIMMG aderisce da anni, che è l'associazione di tutti i sindacati di professionisti di tutti i settori.

Nell'ambito di questa realtà associativa, che ha anche ruolo datoriale rispetto ai contratti collettivi dei dipendenti dei nostri studi, si sta approfondendo il problema del credito ai professionisti, perseguendo l'obiettivo di consentire ai professionisti di potersi avvalere di un credito agevolato, analogo a quello di cui hanno potuto godere categorie quali quelle degli artigiani, piuttosto che dei coltivatori diretti.

Un settore, questo, che la FIMMG vuole coltivare nel prossimo quadriennio, nell'interesse dei propri iscritti e del sistema in cui operano.

Il lavoro in squadra e l'attenzione che riserviamo ai fattori di produzione dovrà trovare modalità di gestione adeguate.

Le forme societarie, al momento attuale, non possono erogare prestazioni sanitarie, del resto la convenzione in medicina generale è, e deve

rimanere, un rapporto convenzionale fra il singolo medico e l'Azienda sanitaria.

Lo strumento societario, invece, può offrire vantaggi fiscali, organizzativi e soprattutto economici, nella fornitura dei fattori di produzione ai medici convenzionati. Le forme più adatte sembrano essere le società di servizio, cooperative e non, meglio se composte esclusivamente da soci medici di medicina generale e senza fini di lucro.

Il primo effetto atteso dal ricorso a simili società di servizio sarà la responsabilizzazione diretta e immediata dei medici di medicina generale rispetto alla corretta allocazione delle risorse destinate ai fattori di produzione.

## **Settori**

Nella vision del progetto di Ri-fondazione della Medicina Generale l'attuale individuazione dei Settori, al momento dato di fatto storico e statutario, sta un pò stretta e rischia di apparire come elemento di divisione, di distinzione di politiche sindacali, piuttosto che di integrazione.

Per questo motivo vogliamo cominciare ad affermare che intendiamo nel prossimo futuro parlare di aree di sviluppo progettuale piuttosto che di Settori. Possiamo quindi parlare di quattro aree di riferimento fondamentali.

Una prima area accomuna quei Settori in cui si possano individuare le componenti funzionali allo sviluppo del progetto della Ri-fondazione, oggi rappresentate da professionisti che esplicano una attività specifica e delimitata da compiti troppo poco integrati con la Medicina di Famiglia, ma che nello sviluppo contrattuale dei prossimi anni sempre più dovranno integrarsi fino a descrivere una attività assistenziale unitaria salvaguardando la peculiarità dei ruoli e amplificando il valore del rapporto fiduciario. Il meccanismo della integrazione interna a questa area della rappresentatività della FIMMG dovrà essere caratterizzato da fenomenologie assistenziali in cui il rapporto fiduciario del singolo medico di famiglia diventi volano di efficacia ed efficienza nelle attività tipiche della Medicina Generale a quota oraria attraverso sistemi di trasferimento fiduciario. In tale area è evidente individuare le componenti più sintoniche alla Medicina di Famiglia ovvero la Continuità Assistenziale e la Medicina dei Servizi, ma non si dovrebbero trascurare le potenzialità assistenziali di uno sviluppo in termini di formazione-lavoro del percorso formativo del Comparto dei medici in formazione.

Una seconda area è rappresentata dall'Emergenza Sanitaria Territoriale, in cui si può individuare attraverso meccanismi di sinergie operative il momento di sintesi dell'azione del territorio e dell'ospedale nella gestione delle urgenze ed emergenze, sviluppo ancora fortemente condizionato da una programmazione ed organizzazione dei servizi di Emergenza Sanitaria Territoriale troppo parcellare e diversificata nelle varie regioni. C'è in questo Settore una mancata applicazione della legislazione nazionale, dal momento che, mentre da un lato la D.Lgs 229/99, che ha previsto il passaggio alla dipendenza di un limitato contingente di medici convenzionati 118, ha esaurito il suo effetto, ma le Regioni continuano ad applicarla, dall'altro l'accesso all'area continua ad essere garantito esclusivamente attraverso l'istituto del convenzionamento. Si ritiene quindi che la stabilizzazione definitiva dell'EST (processo che richiede direttive governative chiare) all'interno della Medicina Generale, rappresenti un passaggio ineludibile nello sviluppo e potenziamento delle cure territoriali.

Una terza area è quella della Medicina Penitenziaria che si trova in una condizione di sospensione. La legge ha trasmesso la competenza dal Ministero della Giustizia al SSN, gli ultimi ACN hanno espresso la volontà di definire e determinare un capitolo contrattuale per la Medicina Penitenziaria che nel sostenere i diritti di quanti finora ne hanno costituito l'organico, ne esprima compiti, funzioni e sviluppo tali da garantire livelli significativi di Assistenza Primaria anche per i pazienti soggetti a custodia cautelare, ma fino ad ora dominano singole e parziali soluzioni improvvisate da ciascuna Regione. Il blocco al rinnovo degli AACCN presuppone un'ulteriore allungamento di questa condizione di limbo senza regole e senza garanzie di sicurezza del posto di lavoro, che potrebbe dar luogo in non poche realtà ad un esodo massivo e senza possibilità di turnover, con negative ripercussioni della qualità dell'assistenza nelle carceri e conseguenti, non trascurabili, ricadute sulla medicina del territorio. La FIMMG chiede alle Regioni ed alle ASL una maggiore attenzione alle problematiche del personale medico operante nelle carceri assicurando omogeneità di trattamento economico e normativo, garantendo il posto di lavoro e tenendo conto sul piano economico e normativo della peculiare condizione di rischio personale e professionale.

Una quarta area caratterizzata dalla presenza dei Settori dei Medici Fiscali e dei Medici che garantiscono assistenza ai naviganti, entrambi distinti da una espressività contrattuale oggi riferita esclusivamente a sistemi di "fee-for-service", e che nei prossimi anni, in considerazione della sempre maggiore indisponibilità di medici, dovranno caratterizzarsi con una evoluzione contrattuale più riferibile o a volumi di prestazioni o verso una

quota oraria. In entrambi i casi il confronto con tali evoluzioni contrattuali, con i meccanismi che potranno caratterizzarle e con i dirigenti di tali Settori nell'ambito degli organismi statutari di FIMMG, può dare un ulteriore contributo alla crescita di tutto il Sindacato e conseguentemente alla sua già significativa autorevolezza.

Le progettualità del Settore di Medicina Fiscale, che si stanno delineando in un rapporto fortemente collaborativo con l'INPS, potrebbero avere effetti positivi anche sull'attività di tutti gli altri medici di medicina generale. La sistematizzazione e professionalizzazione della funzione fiscale, unita alla certificazione di malattia on line, infatti, costituisce il presupposto indispensabile alla introduzione dell'autoattestazione di malattia da parte del lavoratore per brevi assenze.

## **Conclusioni**

Signori Ministri, Signor Governatore, la sostenibilità del Sistema sanitario italiano rende indispensabile e improrogabile la realizzazione di una vera Assistenza Primaria ed in essa di un medico di medicina generale che sia messo nelle condizioni per poter operare al meglio, acquisendo strumenti e collaborazioni ormai indispensabili.

L'impegno della categoria è ai massimi livelli: ogni giorno, su tutto il territorio nazionale, i medici di medicina generale operano nell'interesse dei loro assistiti sforzandosi di sostenere nel migliore dei modi il crescente carico di lavoro, perché non vogliono tradire i loro assistiti, ma sono vicini ai limiti della sopportabilità.

Questi medici, sempre più spesso e motivatamente, lanciano segnali di sofferenza per l'eccesso di burocrazia, per le limitazioni alla loro autonomia professionale, per la frequente imposizione di nuovi compiti sotto la minaccia di sanzioni.

La Medicina Generale deve essere all'altezza delle innovazioni, non arroccarsi e chiudersi in difesa, ma neppure deve essere aggredita e resa responsabile di tutte le inefficienze del sistema.

Abbiamo formulato proposte motivate e concrete, nell'interesse nostro, certamente, ma soprattutto per i cittadini e il Paese.

Non possiamo più attendere: a Governo e Regioni chiediamo l'impegno a costruire il cambiamento.