

- **Introduzione**
- **Il contesto**
- **La Medicina Generale oggi: criticità**
- **Le proposte FIMMG per il cambiamento**
- **Gli strumenti del cambiamento**
 - **Formazione e governance della medicina generale**
 - **Information and Communication Technology (ICT)**
 - **Società di servizio**
 - **Integrazione con le altre figure professionali**
 - **Il farmaco**
 - **Rinnovo ACN**
- **Conclusioni**

Introduzione

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

Lo scorso anno, in questa sede, abbiamo affermato con forza la nostra determinata volontà di cambiamento, ben motivata non solo da legittime esigenze della categoria, ma soprattutto dalla consapevolezza della necessità di offrire un valido contributo alla capacità del SSN di poter affrontare sfide quali l'invecchiamento progressivo della popolazione, la cronicità e la non autosufficienza, ma anche il rischio che la diversità delle condizioni socio-economiche determini profonde differenze fra le Regioni, e all'interno delle stesse, in termini di salute e malattia.

Allora, di fronte alle nostre inconfutabili argomentazioni, ci fu riconosciuta l'esigenza del cambiamento e furono garantiti dal Governo e dalle Regioni gli impegni ad adoperarsi per correggere le iniquità del trattamento fiscale cui la categoria è soggetta e ad avviare e concludere in tempi rapidi le trattative per il rinnovo degli Accordi Collettivi Nazionali.

Siamo riusciti poco dopo a far introdurre nel DDL “Interventi per la qualità e la sicurezza del SSN” una delega al Governo per definire alcuni importanti principi che avrebbero dovuto promuovere e guidare la valorizzazione dell'Assistenza Primaria e della Medicina Generale.

L'interruzione anticipata della legislatura e le successive elezioni politiche hanno impedito che tutto ciò si realizzasse.

In questo anno, la condizione della Medicina Generale non è cambiata, mentre continua a crescere nella categoria la rabbia e la delusione, qualche volta purtroppo la rassegnazione, per tutte le occasioni perdute.

Nonostante ciò, la FIMMG ha continuato e intende continuare a perseguire con costanza e determinazione gli obiettivi fondamentali individuati con la proposta della ri-fondazione della Medicina Generale, ed ha impiegato questo anno a perfezionarla, sia con il dibattito interno, sia attraverso il confronto con tutti gli altri soggetti del SSN, sia avvalendosi di autorevoli esperti sul piano dell'organizzazione e dell'economia sanitaria e di fiscalisti e legali di chiara fama.

Durante l'anno ha intensificato ulteriormente i rapporti con l'istituzione ordinistica e con tutte le organizzazioni mediche e le società scientifiche, offrendo sostegno convinto all'iniziativa della FNOMCeO che ha trovato la sua espressione più importante a Fiuggi nella “Prima conferenza della professione medica”, ma che continua attraverso periodici incontri di riflessione e confronto, un percorso orientato a ricostruire, con l'autorevolezza delle giuste ragioni, il binomio fondamentale di qualsiasi attività professionale: l'autonomia e la responsabilità.

Il contesto

Il panorama politico-istituzionale è profondamente cambiato dallo scorso anno, perché le nuove elezioni, diversamente da quanto successo negli ultimi decenni, hanno dato vita ad un Governo che gode di un'ampia maggioranza parlamentare, e quindi di prospettive di stabilità, e che pertanto è in grado di avviare la realizzazione dei suoi programmi avendo cinque anni a disposizione per consolidarli e renderli strutturali.

In tale ambito si inserisce il ruolo del Ministero della Salute che è stato accorpato nel Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, anche se non è ancora noto se tale rimarrà per tutta la legislatura o se sarà oggetto di una diversa configurazione.

Ciò significa che nel prossimo futuro potrebbe trovare soluzione il problema istituzionale, che avevamo denunciato lo scorso anno, rappresentato dal conflitto fra competenze e poteri del Governo e delle Regioni. È nostro auspicio che il federalismo fiscale possa fare chiarezza su questo aspetto, perché, a tutt'oggi, non ci sembra si siano ancora create le condizioni per una piena collaborazione fra i due importanti livelli istituzionali, anzi, li vediamo ancora lontani su argomenti importantissimi, tra cui, il finanziamento del SSN.

La soluzione di questo conflitto è per noi di fondamentale importanza, e auspichiamo che possa risolversi in modo da garantire uniformità di diritti alla tutela della salute su tutto il territorio nazionale, senza limitare l'autonomia delle Regioni sul piano dell'organizzazione dei servizi e assicurando meccanismi di solidarietà fra le Regioni più ricche e quelle più povere. Di sicuro, come non vogliamo il consolidamento di 21 Servizi Sanitari Regionali diversi fra loro, così non potremmo accettare che nel Paese si strutturino 21 medicine generali radicalmente differenti.

Nel dibattito fra Governo e Regioni per il finanziamento del SSN, non è certo nostro compito schierarci a favore dell'uno o dell'altro, ma non possiamo fare a meno di esprimere la nostra riflessione. Se è vero che il SSN non può essere sostenuto senza un consistente e certo finanziamento, è altrettanto evidente che fino ad oggi l'erogazione di finanziamenti senza la definizione di impegni vincolanti, non ha portato tutte le Regioni a correggere gli sprechi, a volte macroscopici, responsabili di disavanzi strutturati.

Un dato è certo: da anni si parla della necessità di promuovere lo sviluppo dell'Assistenza Primaria, ma, salvo alcune eccezioni, la maggior parte delle Regioni si è limitata ad operare cosmesi di bilancio calcolando, addirittura, fra le spese territoriali quelle degli ambulatori ospedalieri.

Temiamo che continuare ad assegnare oggi ulteriori finanziamenti alle Regioni, senza vincolarli a risultati verificabili, significhi sostanzialmente conservare le storiche impostazioni ospedalocentriche, condizionate dai vincoli esistenti, senza riconoscere ed investire concretamente sulle capacità produttive dell'Assistenza Primaria.

Auspichiamo che il Governo e la Conferenza delle Regioni tengano finalmente conto di tali considerazioni al momento della definizione della prossima Intesa Stato-Regioni.

Perché il nostro Paese non ha molto tempo a disposizione.

L'invecchiamento della popolazione ed il correlato aumento dei malati cronici e non autosufficienti, richiede una profonda revisione dell'attuale Welfare System, sia in termini di razionalizzazione dei sistemi di finanziamento e di spesa complessivi, sia in termini di sinergia delle componenti previdenziali, di assistenza sociale e sanitaria.

Come indicato nel Libro Verde di consultazione pubblica “La vita buona nella società attiva” presentato dal Ministro Sacconi nello scorso mese di luglio, in sintonia con quanto riconosciuto a livello internazionale, è di fondamentale importanza trasformare l'approccio assistenziale/paternalistico alla condizione di malattia e di disagio sociale in un affiancamento e una responsabilizzazione del cittadino per aiutarlo a prevenire, per quanto possibile, tali condizioni.

Per quanto riguarda in particolare la tutela della salute dei cittadini, essa può essere realizzata solo trasformando l'attuale impostazione di attesa del SSN in un'impostazione di iniziativa, che si prenda cura della persona fin dalla nascita e la segua costantemente senza aspettare la manifestazione della malattia, in una logica di prevenzione dei fattori di rischio e promozione di corretti stili di vita.

Questa prospettiva richiede la presenza di servizi sanitari e sociali vicini ai luoghi di vita dei cittadini, servizi fortemente integrati fra loro e parte della comunità cui ciascuno appartiene, come già affermato nella dichiarazione di ALMA ATA fin dal 1978.

Lo sviluppo dell'Assistenza Primaria in Italia deve assumere in tale prospettiva un'importanza strategica fondamentale per la tutela della

salute della popolazione, lungo tutto l'arco della vita, ma anche per la sostenibilità di tutto il Welfare System.

Se quanto sopra è vero, è esigenza nazionale improcrastinabile avviare, con adeguati investimenti finalizzati a breve e medio termine, un profondo cambiamento della Medicina Generale che, pur meritoria per il contributo fino ad ora fornito alla tutela della salute dei cittadini, deve trovare un nuovo assetto capace di garantire un'efficace ed efficiente presa in carico della persona in un'ottica di promozione della salute e continuità dell'assistenza.

Rinviare tale processo di rinnovamento significa continuare ad erogare in strutture di secondo livello prestazioni ad alto costo in modo inappropriato o, in alternativa, ridurre progressivamente le prestazioni garantite dai livelli essenziali di assistenza, trasferendole direttamente a carico dei cittadini senza ammortizzatori solidaristici.

Prima ancora che sul piano organizzativo, è quindi necessario realizzare un'evoluzione culturale, riequilibrando un metodo strutturalmente orientato all'approccio specialistico, per rivalutare nel SSN l'impostazione generalista, intesa come presa in carico della tutela della salute della persona, che trova il suo fondamentale sostegno nel rapporto di fiducia.

Grazie ai risultati delle ricerche del nostro Centro Studi e di SWG, che presenteremo in anteprima in questo Congresso, sicuramente oggi conosciamo meglio questo aspetto caratterizzante la Medicina Generale, il rapporto di fiducia, garantito dalla libertà di scelta e revoca.

Abbiamo la conferma che certi valori su cui fondiamo il nostro operare sono condivisi e rappresentano il presupposto per un cambiamento in sintonia col comune sentire di medici e cittadini: il medico di medicina generale è stimato professionalmente dall'87,2% dei pazienti, è accreditato dall'84,6% dei medesimi di un'onestà comportamentale tale da informarli in caso di errori, è anche tramite riconosciuto per promuovere un cambiamento organizzativo, a condizione che venga salvaguardato il rapporto fiduciario che i cittadini hanno con lui (88,3% degli intervistati).

In simile prospettiva futura, riacquista concreta centralità la figura del medico di medicina generale come referente di fiducia del cittadino in tema di salute, ed è di fondamentale importanza definire ruolo e funzioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, degli specialisti convenzionati e delle altre professionalità che

necessariamente con loro collaborano, nonché la loro contestualizzazione nello scenario della sanità italiana.

Da ciò devono derivare i compiti e quindi la competenza professionale (sapere, saper fare e saper essere) dei professionisti convenzionati, in considerazione anche del fatto che tali competenze non possono essere necessariamente possedute tutte da un singolo professionista, ma si possono e devono esprimere compiutamente nel processo organizzativo di un gruppo di professionisti che più direttamente collaborano fra loro.

La Medicina Generale oggi

Attualmente, la Medicina Generale presenta numerose criticità che negli ultimi trenta anni hanno impedito il suo progresso e determinato una certa emarginazione.

I **criteri di dimensionamento del rapporto ottimale**: l’inserimento di un medico ogni 1000 assistibili e la possibilità di ciascun medico di acquisire un numero maggiore di scelte (1500), allo scopo di favorire una concorrenza qualitativa fra i singoli medici, e la retribuzione proporzionale al numero di scelte in carico hanno, di fatto, determinato una competizione sulla scelta tra medici generali, spesso contaminata dalla pressione a soddisfare bisogni espressi, non di rado anche indotti, da parte della persona assistita non sempre appropriati rispetto a criteri di una buona pratica. La concorrenza sulle scelte deve essere eliminata attraverso diversi criteri di retribuzione che premiano la qualità dell’assistenza erogata.

Ne sono derivati **isolamento e autoreferenzialità** dei medici di medicina generale, in pratica dei “solisti” clinici, funzionali nel fornire un’accettabile risposta assistenziale al cittadino ma, privi di un confronto di riferimento tra professionisti; ciò ha determinato la possibilità del costituirsi di una variabilità assistenziale e la difficoltà di orientare l’azione professionale verso obiettivi condivisi e programmati.

La mancata possibilità di **un’efficace e incisiva partecipazione** dei medici di medicina generale nelle sedi regionali ed aziendali di programmazione, governo e gestione di obiettivi di Assistenza Primaria, in quanto, appunto, considerati “solisti”, non organici al sistema, in particolare per quanto riguarda la continuità dell’assistenza in termini di integrazione tra ospedale e territorio e socio-sanitaria. Ciò è confermato dall’oggettiva incapacità da parte degli Uffici di Coordinamento dell’Assistenza Distrettuale ad esprimere un’azione caratterizzata da incisività decisionale e sinergia tra le varie componenti, aziendale e medici di medicina generale.

Un **modello retributivo fondato prevalentemente sulla quota capitaria** comprensiva delle spese necessarie all’erogazione delle prestazioni contenute nella convenzione, che non ha consentito il supporto a investimenti strutturali, tecnologici ed organizzativi, in assenza di finanziamenti specificamente dedicati da parte del SSN.

La condizione attuale della categoria è quindi fortemente critica, stretta fra carichi di lavoro rapidamente crescenti e la progressiva

riduzione dei guadagni, tanto da indurre sempre più medici a programmare un abbandono anticipato dalla convenzione. (nb: dal 7% al 9% di pensione di anzianità anticipate prima degli ordinari 65 anni tra il 2006 e il 2007).

Il medico di medicina generale deve sostenere le spese per i fattori di produzione sottraendole dall'ammontare dal compenso complessivo. Tali spese hanno avuto negli ultimi anni un aumento superiore non solo all'inflazione programmata, ma addirittura superiore all'inflazione reale. Nonostante ciò i nostri compensi continuano ad essere adeguati con riferimento all'inflazione programmata, parametro utilizzato per l'adeguamento contrattuale del pubblico impiego cui siamo equiparati, con la differenza però che i dipendenti pubblici non sono tenuti a procurarsi i fattori di produzione. La dinamica dei guadagni netti dei medici convenzionati è stata dunque sottoposta ad un doppio effetto penalizzante.

Inoltre il **regime fiscale** si è fortemente aggravato per tre fattori principali:

1. la presunzione di un reddito maggiore motivato da spese sostenute per offrire standard qualitativi incentivati con indennità inferiori alle spese reali, perché siamo assoggettati dagli studi di settore a dei parametri di analisi (cluster) analoghi alla posizione del libero-professionista;

2. l'imposizione dell'IRAP in una condizione in cui personale e attrezzature non producono un aumento delle entrate, ma al contrario una riduzione del reddito netto;

3. l'introduzione dell'iniqua norma che ha ridotto la quota di deducibilità delle spese relative ai mezzi di trasporto, compensata per gli altri professionisti da una maggior quota di detraibilità dell'IVA.

Le nostre proposte per il cambiamento

Tenendo conto delle criticità fin qui elencate, fermo restando il mantenimento del rapporto libero professionale, a garanzia per il cittadino della possibilità di libera scelta del medico di sua fiducia, la categoria ha maturato l'esigenza di un radicale cambiamento, che è possibile esprimere sinteticamente nei punti seguenti:

Accesso unico all'area della Medicina Generale e un'unica figura professionale per i medici di medicina generale di assistenza primaria, di continuità assistenziale e della medicina dei servizi: l'accesso resta sempre riservato ai medici con attestato di formazione e ai medici equipollenti, come previsto dalle norme europee. Il rapporto convenzionale si instaura una sola volta, ed è conservato potendosi modulare in assetti professionali diversi delle varie funzioni dell'area professionale, di cui sia possibile prevedere un'evoluzione nel tempo, anche in relazione all'impegno dimostrato, alla capacità manifestata, all'esperienza maturata e alla formazione certificata.

Affidamento ai medici di medicina generale di **compiti di promozione ed educazione alla salute, prevenzione, diagnosi e cura** della persona e delle famiglie, nonché di **management, didattica, formazione, sperimentazione e ricerca.**

Differenziazione dell'attività dei medici di medicina generale in attività tipicamente connesse alla scelta del proprio medico curante, remunerate a quota capitaria, e altri tipi di attività (quali la continuità assistenziale, le attività programmate e di coordinamento, ecc.), remunerate a quota oraria o per obiettivo. La compatibilità fra i diversi tipi di attività dovrebbe essere regolamentata attraverso il riconoscimento di una complementarietà fra i due tipi di attività, in modo che all'aumento del numero delle scelte in carico corrisponda una proporzionale riduzione delle ore da effettuare e viceversa.

Ristrutturazione del compenso: devono essere nettamente distinte la quota destinata ad onorare l'attività del professionista, da quella necessaria a garantire l'acquisizione dei fattori di produzione dell'assistenza erogata, così che ognuna possa essere soggetta distintamente a specifici criteri di adeguamento. Mentre la prima, infatti, è compatibile con una negoziazione correlata all'andamento dell'inflazione generale e delle retribuzioni dei dipendenti pubblici, la seconda deve tenere conto delle necessità e dell'onerosità del contesto operativo.

Va precisato che per fattori di produzione si intendono una serie di elementi strutturali, strumentali, professionali, in applicazione alla normativa vigente a livello nazionale e alla programmazione regionale.

Questa ristrutturazione del compenso è quindi necessaria a dare flessibilità ai modelli organizzativi regionali. Gli scenari futuri, per come verosimilmente riteniamo si evolverà la funzione della Medicina Generale, richiederanno una capacità, una flessibilità e un'attitudine all'integrazione maggiore di quanto sino ad ora è stato fatto. In alcuni casi essa comporterà la contiguità fisica di uomini e strutture, in altri sarà piuttosto un'espressione funzionale dell'attività.

Risoluzione delle iniquità fiscali: Prima di tutto occorre fare una netta distinzione fra le entrate derivanti dall'attività convenzionata rispetto a quelle prodotte dalla vera libera professione. Nella prima, infatti, un maggiore impegno e una disponibilità di fattori di produzione non comportano un aumento del guadagno, che trova limiti noti ed invalicabili negli Accordi Collettivi Nazionali e Regionali, ma determinano solo una maggiore qualità dell'assistenza erogata. Per lo stesso motivo la deducibilità delle spese relative ai fattori di produzione meritano una valutazione diversa da quella riservata agli altri lavoratori autonomi.

Gli strumenti del cambiamento

Formazione e “governance” della Medicina Generale

La definizione di funzioni, ruoli, compiti e relativa modalità di attribuzione ai singoli professionisti o a gruppi di medici generali prescindono dall’assetto organizzativo di erogazione delle prestazioni che ciascuna Regione ritiene di adottare. E’ invece strettamente connessa alla necessaria uniformità della competenza professionale, che solo un livello nazionale di coordinamento della formazione di base e specifica post-laurea in Medicina Generale, può garantire.

La “governance” della Medicina Generale e dell’Assistenza Primaria richiede indicatori e strumenti necessari alla rendicontazione delle attività. Per rendicontazione si intende contare, valutare e programmare le proprie attività in modo da poter rispondere del proprio operato ai cittadini, ai colleghi e alle istituzioni.

La rendicontazione serve ai medici generali e al Servizio Sanitario Nazionale anche per conoscere e comprendere tutta quella attività sommersa, che quotidianamente viene svolta negli studi medici ed a casa dell’assistito, e che è fondamentale per definire percorsi diagnostico-terapeutici fondati sulle esigenze delle persone, per stimolare e guidare la ricerca in Medicina Generale in modo da poter riconoscere le evidenze di risultato della propria attività.

La Medicina Generale possiede da tempo le competenze, le figure professionali, i fermenti per sostenere da protagonista questo impegno, ma ha bisogno di un riconoscimento istituzionale nazionale di tale compito, nonché di tutti gli strumenti necessari al suo svolgimento.

Una completa ri-fondazione della Medicina Generale e dell’Assistenza Primaria in Italia, insieme ad una riscrittura delle convenzioni, dovrebbe pertanto prevedere anche uno strumento legislativo capace di sostenere e diffondere un modello unitario a livello nazionale sia di formazione che di “governance” in modo tale che, nel rispetto delle autonomie regionali, sia assicurata uniformità di assistenza e facilità di accesso ai cittadini indipendentemente dal territorio in cui vivono.

Lo strumento legislativo potrebbe identificare un soggetto, quale ad esempio una Commissione paritetica interministeriale, comprendente i Ministeri del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali,

dell'Istruzione, Università e Ricerca, dell'Economia, e le Regioni, che svolga una funzione di board strategico.

Si potrebbe prevedere anche un secondo livello istituzionale con compiti più operativi, riguardanti il confronto fra modelli organizzativi, gli indirizzi per la programmazione dell'Assistenza Primaria e i meccanismi di controllo e rendicontazione. Questa entità operativa potrebbe integrare, tra le altre, anche le competenze della SISAC o, anche, configurarsi come una sua “evoluzione” con compiti più operativi.

Tale Commissione, formalmente impegnata a consultare i rappresentanti delle professioni, dei cittadini, degli enti locali e altri soggetti interessati, dovrà tener conto di indicazioni, criticità e proposte provenienti dagli ambiti citati e proporre idonei provvedimenti legislativi di carattere nazionale orientati a garantire, in primo luogo, il ruolo e le funzioni dell'Assistenza Primaria, nell'ambito del Distretto, quale indispensabile elemento, accanto alla prevenzione collettiva in sanità pubblica e agli ospedali, per un equilibrato funzionamento di un SSN che a 30 anni dalla sua istituzione ha l'esigenza di riconfigurarsi in modo adeguato per affrontare problemi e bisogni emergenti nel corso del XXI secolo. La Commissione dovrà garantire, inoltre, l'uniformità della formazione specifica e dei meccanismi di “governance”.

Questa proposta consentirebbe di attivare fondamentali strumenti di cambiamento verso la ri-fondazione della Medicina Generale, chiediamo quindi con forza a Governo e Regioni di accogliere tale richiesta.

Information e Communication Technology (ICT)

Le tecnologie dell'informazione assumono un ruolo sempre più rilevante nella pratica professionale del medico di famiglia, quindi sono maturi i tempi perché l'ICT abbia uno sviluppo organico e completo su tutto il territorio nazionale che superi la frammentazione delle iniziative in questo settore.

Il medico di medicina generale, in questo caso, sarà disponibile, fatti salvi accordi e regole di garanzia, a fornire, anche per via telematica, dati in suo possesso, riconosciuti necessari alla programmazione aziendale, regionale e nazionale, come anche alla compilazione e manutenzione della SCHEDA SANITARIA INDIVIDUALE concordata (a prevalente uso personale del medico) e del PATIENT

SUMMARY (ad uso pubblico certificato), per contribuire alla realizzazione del FASCICOLO SANITARIO INDIVIDUALE.

Il ruolo dell'ICT nella Medicina Generale non si esaurisce nel supporto della pratica individuale con strumenti di archiviazione e gestione dei dati amministrativi e clinici riferiti ai propri pazienti.

Gli strumenti e le soluzioni di Information e Communication Technology da ricercare sono quelle in grado di garantire l'integrazione dell'attività professionale individuale nell'ambito delle reti di assistenza più ampie, tali da assicurare efficacia ed appropriatezza nella gestione di percorsi di cura, consentendo la complementarità tra diversi livelli di assistenza e differenti competenze professionali.

Il medico di famiglia deve essere consapevole che il valore degli strumenti informatici è indissolubilmente connesso alla disponibilità di ciascuno ad aderire a standard tecnologici condivisi, a mettere a disposizione dati ed evidenze, nel rispetto delle esigenze di sicurezza e privacy delle informazioni sensibili, a considerare lo strumento informatico essenziale per migliorare l'integrazione della pratica individuale in un sistema più ampio.

Analogamente, i medici di famiglia non possono non considerare che il parco tecnologico disponibile (dall'ecografo alla macchina RX) dovrebbe essere definito nell'ambito di una politica di allocazione delle risorse tecnologiche ben più ampia che identifichi, per ogni tecnologia, il setting assistenziale più adatto, quindi “quali” tecnologie allocare e “dove”.

Appare evidente che tale politica dovrà necessariamente derivare da un confronto costruttivo tra le esigenze e le volontà dei medici sul territorio ed una programmazione di livello aziendale o, per alcune tecnologie più complesse, regionale, che dovrebbe ispirarsi ai principi e ai metodi dell'Health Technology Assessment (HTA).

Società di servizio

L'aumento della complessità dell'organizzazione della Medicina Generale, sia che si parli di esercizio individuale, sia che si faccia riferimento a modelli erogativi più complessi, pone il problema dell'acquisizione e della gestione di fattori di produzione più articolati di quelli ormai appartenenti al passato della Medicina Generale.

In alcune realtà, in alternativa al rimborso delle spese, potrà essere preferita la fornitura diretta dei fattori di produzione da parte delle

Aziende sanitarie, sia in termini di strutture e di attrezzature che di personale, in altre realtà potrà essere riconosciuto più idoneo l'affidamento in outsourcing a società di servizio.

E' tempo che la categoria cominci a considerare la possibilità di avvalersi di strutture gestite da enti, sia di natura pubblica che privata, nell'ambito delle quali il singolo medico, ovvero aggregazioni di questi, possano prestare la loro attività professionale convenzionata con il SSN, naturalmente senza penalizzazioni previdenziali. In questo contesto, oltre all'ipotesi del ricorso alle società di capitali, è necessario immaginare un ruolo anche per gli enti associativi senza scopi di lucro.

Un ruolo importante potranno svolgere le Società Cooperative dei medici di medicina generale, che hanno maturato nell'ultimo decennio un'articolata esperienza, associando ad attività di fornitura di servizi quelle di formazione professionale, di organizzazione dell'audit, di ricerca.

Ciò che è mancato sino ad ora è stato un quadro di riferimento certo e stabile di opportunità specifiche e collaudate fra cui scegliere la soluzione più appropriata.

Le esigenze che si prospettano per il futuro sono quelle di soluzioni che assicurino al medico e all'esercizio della Medicina Generale assetti organizzativi pratici, semplici, che siano articolati e strutturati secondo economicità e funzionalità, capaci di non sottrarre risorse all'attività medica con inutili dispersioni e di aderire al meglio ai bisogni specifici richiesti dai contesti.

Integrazione con altre figure professionali

La ricerca della migliore sinergia fra i professionisti convenzionati della sanità, pediatri, specialisti ambulatoriali, per evitare duplicazione di prestazioni e inutili conflittualità sui rispettivi compiti, deve trovare momenti di condivisione già a partire dai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali, nell'ambito dei quali possono essere previsti articoli che individuino il miglior coordinamento dei compiti di ciascuno, con la previsione di “messe a punto” regionali ed aziendali.

Riteniamo che su questo argomento ci sia già accordo fra tutte le sigle sindacali che rappresentano i medici convenzionati, e che stiano per maturare i tempi per analoghe iniziative con i medici ospedalieri. Questo è certamente uno dei risultati del lavoro di dialogo e confronto favorito dalla FNOMCeO.

La FIMMG è anche disponibile, anzi si fa promotrice di nuove relazioni con la rete delle farmacie convenzionate, siano esse private o comunali, per un reciproco riconoscimento e coordinamento dei rispettivi compiti assistenziali, affinché il cittadino possa usufruire di una rete di professionisti fra loro complementari e coerentemente orientati nelle azioni, nei messaggi, nelle facilitazioni agli accessi alle prestazioni. Abbiamo iniziato con Federfarma un dialogo finalizzato a questi risultati.

Anche per quanto riguarda il rapporto con le professioni sanitarie dal profilo riconosciuto è arrivato il momento di definire modelli diversi di collaborazione, che consentano a ciascun professionista l'esercizio dell'autonomia necessaria in relazione ai diversi livelli di responsabilità, da definire e ripensare in particolare nei casi in cui dovessero trovarsi a collaborare medici liberi professionisti convenzionati con infermieri dipendenti di enti pubblici o privati.

Siamo consapevoli che la riqualificazione della nostra figura professionale necessita anche della valorizzazione delle funzioni e dei compiti di tutti i professionisti e degli operatori che compongono la rete dei servizi di tutela della salute dei cittadini, con particolare riguardo alla figura dell'assistente sociale, ma anche alle cooperative sociali e alle associazioni di volontariato, tutte risorse fondamentali per consentire di andare incontro ai bisogni di Assistenza Primaria, spesso bisogni integrati socio-sanitari, complessi e quindi necessitanti di un approccio specifico e multidisciplinare.

Il farmaco

Il farmaco rappresenta un fondamentale strumento direttamente a disposizione del medico di medicina generale per curare e prevenire. E' quindi necessario che egli sia nelle condizioni di utilizzarlo in modo appropriato, basandosi su un'approfondita conoscenza della clinica e del prodotto, ma anche sulla corretta prescrizione e sull'attenta sorveglianza degli effetti.

La prescrizione e l'attento monitoraggio di una terapia farmacologica sono momenti estremamente complessi e delicati che, se non correttamente praticati e non centrati sulle esigenze/caratteristiche del singolo paziente, possono determinare il fallimento di una terapia, anche se questa è stata scelta in base alle migliori evidenze.

I medici di medicina generale sono consapevoli del fatto che la mancanza di adeguate regole di governo abbia consentito, nel passato,

periodi di evidente inappropriatazza e che, oggi come ieri, gli interessi economici possano in qualche caso comportare il rischio di far passare in secondo piano i pazienti e la tutela della loro salute.

La C.U.F. prima, e l'AIFA poi, hanno svolto negli anni, e continuano a svolgere, un'importantissima funzione regolatoria, che a volte è risultata impopolare ai medici per i labirinti interpretativi cui li ha obbligati, con un sovraccarico burocratico ed un pericoloso rischio sanzionatorio al quale li ha esposti rispetto a direttive non sempre condivisibili, ma, di fatto, ha contribuito a ridurre fortemente gli sprechi, determinando una progressiva riduzione della spesa farmaceutica.

La categoria si domanda, peraltro, se tale risultato sia stato sempre e sicuramente efficace anche rispetto alla tutela della salute dei cittadini e alla sostenibilità del SSN. Impossibile negare, in effetti, che l'indicatore principale di efficacia dell'attività regolatoria è stato rappresentato dall'efficienza del risultato economico.

Quando e come è stato possibile valutare l'impatto delle norme regolatorie sullo stato di salute e sul ridotto ricorso ad altre prestazioni del SSN in termini di indagini diagnostiche e ricoveri evitabili?

Valga per tutti l'esempio dell'ipertensione arteriosa, in cui profili prescrittivi appropriati hanno comunque determinato un aumento della relativa spesa farmaceutica, dovuto all'aumento dei casi trattati e correttamente compensati della malattia, determinando quindi, in termini di prevenzione secondaria, una riduzione degli incidenti correlati alla storia naturale della patologia stessa.

Pertanto, i medici di medicina generale auspicano che questo Congresso rappresenti un'occasione importante di incontro tra mondo istituzionale, industria farmaceutica, professionisti della sanità e società scientifiche del mondo medico, e che dal dibattito possano emergere proposte condivise utili ad integrare gli attuali criteri dell'attività regolatoria.

Ciò potrebbe comportare una presenza più significativa di medici prescrittori nel Comitato Tecnico Scientifico dell'AIFA. Ma soprattutto, proprio all'AIFA chiediamo, per equilibrare un approccio eccessivamente economicistico e farmacologico, di prevedere un maggior numero di studi di farmacovigilanza strutturata, di analisi epidemiologica dell'andamento delle malattie e delle prestazioni erogate per correlarle all'impiego del farmaco. Ciò avvalorerebbe ulteriormente la necessità di un ampio utilizzo dell'ICT anche in Medicina Generale, per poter disporre delle informazioni necessarie a tali studi.

I medici di medicina generale propongono un cambio di strategia, ponendo come obiettivo finale, anche delle attività regolatorie, non solo il risparmio della spesa farmaceutica, ma la razionalizzazione complessiva della spesa sanitaria, che miri all'appropriatezza dell'assistenza. Il tutto, con un occhio di particolare riguardo all'emergenza demografica del nostro Paese, individuando le priorità assistenziali imposte da una popolazione che invecchia, in cui aumentano i malati cronici, e in cui un uso appropriato del farmaco potrà consentire di assisterli meglio a domicilio e meno in ospedale, in un contesto in cui l'autorevolezza del medico di fiducia prescrittore venga considerata come una risorsa fondamentale in termini di aderenza alle cure e di efficacia degli investimenti.

Rispetto al corretto uso degli equivalenti ribadiamo l'importanza che attribuiamo loro nella razionalizzazione della spesa farmaceutica. Con altrettanta fermezza ribadiamo anche che l'attuale sistema regolatorio che consente la loro sostituibilità da parte del farmacista è foriero di numerosi inconvenienti fra i quali, non ultimi, possibili danni alla salute dei cittadini.

Troppe sono le marche di prodotti magari tutti equivalenti al capostipite, ma non esattamente identici fra loro. Anche quando il medico appone sulla ricetta la dicitura “*sic volo*” il farmacista potrebbe non essere in grado di spedire la prescrizione in tempi accettabili. Per lo stesso principio attivo possono essere contemporaneamente in commercio fino a 70 prodotti di aziende diverse fra le 170 attive in Italia.

Inoltre, la norma della sostituibilità ha, di fatto, introdotto nuove dinamiche economiche e commerciali nella filiera che va dalla produzione alla distribuzione del farmaco: mi riferisco al fenomeno degli extra-sconti. Un fenomeno che mette in concorrenza tutte le aziende di farmaci equivalenti in un gioco al ribasso del prezzo che rischia di finire per condizionare la qualità dei prodotti e che in ogni caso incide pesantemente sulla tenuta del rapporto di fiducia del cittadino con il suo medico.

Inoltre, la non costante fornitura dello stesso prodotto con variazione quindi delle confezioni, dei colori delle compresse, hanno ingenerato nella popolazione anziana, e non solo, errori di terapia con sovra o sottodosaggi della stessa.

Siamo pertanto favorevoli, anzi auspichiamo, che il Ministero del Lavoro, della Salute e Politiche Sociali e l'PAIFA prendano in considerazione l'ipotesi di rivedere le regole della sostituibilità del

farmaco, magari prendendo esempio dall'esperienza statunitense in cui, per risolvere i problemi legati alla sostituzione, è stato creato uno strumento, l'Orange Book, aggiornato regolarmente da una commissione di esperti sulla base di appositi studi, contenente un'esplicita certificazione della reale sostituibilità dei prodotti fra loro. Con un simile strumento sarebbe possibile precisare quali sono le condizioni (terapie croniche, pazienti fragili, principi attivi particolari) per i quali non deve essere consentita la sostituzione.

Rinnovo ACN

Le trattative sono iniziate.

Ringraziamo il Governo, in particolare il Ministro e il Sottosegretario On. Martini per aver provveduto ad inserire, sia pure con valuta dal gennaio 2009, le risorse indispensabili ad avviare le trattative.

I sindacati rappresentativi hanno affrontato la trattativa in modo assolutamente unitario, concordi nella valutazione della scarsità delle risorse e nella volontà di avviare il cambiamento delle regole del gioco.

La SISAC, con riferimento all'atto di indirizzo, ha presentato un documento pieno di richieste a fronte delle quali le risorse disponibili sono inferiori a zero. La struttura del compenso, come prima descritta, ha eroso in modo sostanziale non solo il potere d'acquisto dei nostri compensi, ma la stessa capacità di guadagno, a fronte di un carico di lavoro crescente.

Le OO.SS. hanno risposto dichiarando aperture importanti, qualche volta correndo anche il rischio di essere fraintese dai propri iscritti, ma non possono accettare le proposte così come formulate.

Se firmassimo alle condizioni che sono state poste, decreteremmo così la fine della Medicina Generale. Siamo perfettamente consapevoli delle difficoltà economiche che attraversa il Paese, e per questo offriamo soluzioni graduali e concreto impegno per contribuire ad affrontare le difficoltà alla sostenibilità del SSN.

Anche a questo fine è necessario fare chiarezza e superare definitivamente la denominazione di forme associative semplici e/o complesse che tanti fraintendimenti hanno generato in ambito fiscale. Abbiamo proposto una nuova terminologia.

Prima di tutto è necessario distinguere le **aggregazioni funzionali** dai **modelli erogativi**.

Le **aggregazioni funzionali** prescindono dal modello organizzativo di erogazione delle prestazioni e individuano i professionisti che devono collaborare direttamente fra loro per assistere, in modo completo e coordinato, una definita popolazione e le relative modalità di distribuzione e svolgimento dei compiti di ciascuno.

Tali aggregazioni, che devono essere composte da un numero di professionisti sufficientemente ampio, consentirebbero di ricomprendere in esse in modo coordinato e sinergico funzioni già, di fatto, attualmente svolte dai medici in modo disgregato, senza alcun coordinamento funzionale con le attività di Assistenza Primaria, quali la continuità assistenziale, e consentirebbe di realizzarne in modo efficiente altre quali la medicina di iniziativa e l'offerta assistenziale di competenze specifiche. L'omogeneità delle procedure conseguenti al coordinamento funzionale consentirebbe anche attività di audit attraverso la verifica di indicatori di processo e di risultato.

I **modelli erogativi** (U.T.A.P., PROGETTO MEDICO., G.C.P., N.C.P., U.C.P., MEDICINA DI GRUPPO ecc) che possono essere sostenuti da singole aggregazioni funzionali o da parti di essa, definiscono i luoghi di esercizio delle attività, le professionalità mediche (generaliste e specialistiche) e non mediche coinvolte, le tecnologie diagnostiche disponibili, le modalità di integrazione con i servizi di natura diversa. I modelli erogativi, sulla base di standard minimi definiti negli AA.CC.NN. sono di esclusiva competenza delle singole Regioni, tenendo conto delle necessarie gradualità, delle peculiarità degli ambiti territoriali e della possibilità che coesistano forme di esercizio individuale comunque integrabili nelle aggregazioni funzionali.

La distinzione fra aggregazioni funzionali e modelli erogativi risponde alla necessità di consentire la massima flessibilità ai diversi orientamenti organizzativi regionali, senza compromettere l'uniformità delle condizioni fondamentali necessarie ai medici per sviluppare la disciplina dal punto di vista qualitativo e professionale.

Sinceramente, non vediamo ipotesi di continuazione delle trattative diverse da quelle che le OO.SS. dei professionisti convenzionati hanno presentato alla SISAC ed al Comitato di Settore.

1. Accordo quadriennale, primo biennio economico (4,85% + lodo Fini 2005), associato ad una revisione del carico fiscale finalizzato a rimuovere le iniquità cui oggi la categoria è sottoposta.

2. Accordo sul primo biennio riconoscendo quanto al punto 1 come aumento da erogare in tempi brevissimi con revisione riduttiva degli impegni dell'attuale ACN e prosecuzione immediata delle trattative per il completamento dell'ACN quadriennale, per avviare il cambiamento delle cure primarie, con successivi accordi e finanziamenti.

3. Aumento del finanziamento complessivo in modo tale da poter comprendere anche gli investimenti iniziali per il cambiamento delle cure primarie.

È comunque fermamente respinta, data l'esiguità delle risorse, la richiesta di destinare parte del finanziamento per il rinnovo degli AA.CC.NN. alla trattativa decentrata.

La seconda ipotesi sembra essere la più percorribile, perché può concludersi in pochissimo tempo (entro la fine dell'anno), assicura un'immediata boccata di ossigeno alle finanze esauste dei medici, inizia a piantare i primi paletti di un cambiamento che dovrà realizzarsi nei prossimi anni.

Conclusioni

La categoria ha sopportato il disagio del mancato rinnovo contrattuale con senso di responsabilità, senza ripercussioni assistenziali, ed accollandosi per intero la crescente sofferenza economica, ma non può assolutamente accettare che Governo e Regioni non affrontino in modo concreto e ormai urgente la necessità di un cambiamento radicale e di un progressivo potenziamento dell'Assistenza Primaria e della Medicina Generale.

I medici di medicina generale non chiedono retribuzioni esorbitanti, ma sicuramente chiedono con forza e determinazione di essere messi nelle condizioni di poter lavorare al meglio, al pari dei colleghi dipendenti, chiedono di poter collaborare con le altre professionalità in modo adeguato.

Chiedono maggiore serenità, con il miglioramento della contribuzione previdenziale e il completamento del quadro delle tutele, compresa la copertura dei danni da invalidità permanente parziale.

Sono disponibili ad accettare, anzi chiedono, che la convenzione non sia costituita da un menù di compiti fra i quali ciascun medico possa scegliere liberamente quelli a lui più congeniali, ma vogliono lavorare per costruire una categoria che, accanto alla piena autonomia ed assunzione di responsabilità che caratterizza l'attività professionale e il rapporto fiduciario, sia in grado di sapersi muovere all'unisono con tutti gli altri colleghi nel perseguimento di determinati obiettivi di assistenza. Quindi non una Medicina Generale a macchia di leopardo, ma omogenea su tutto il territorio nazionale.

Questa volta tutti i sindacati hanno abbandonato la logica delle richieste centrate sull'esclusivo interesse economico della categoria, ma proprio per questo motivo, per la consistenza e l'importanza delle proposte formulate, per l'unità che hanno raggiunto mediando fra posizioni diverse, **sentono il diritto/dovere di una più forte rivendicazione** di attenzione da parte del Governo e delle Regioni.

Questa è una stagione che potrà essere ricordata come una delle più innovative nella storia della Medicina Generale, oppure una delle più combattute: siamo qui per costruire nel cambiamento, ma non ci sottrarremo alla lotta più dura, nell'interesse della tutela della salute dei cittadini italiani.

Si ringraziano per il contributo fornito alla relazione:

I Componenti dell'Esecutivo Nazionale:

Mario Stella, Carmine Scavone, Giuseppe Greco, Angelo Castaldo, Mauro Ucci, Saverio La Bruzzo.

I Colleghi:

Alberto Oliveti, Leandro Pesca, Domenico Crisarà, Silvestro Scotti, Malek Mediati, Fiorenzo Corti

Un particolare ringraziamento alla dottoressa Maria Concetta Mazzeo, al Prof. Elio Guzzanti, al Prof. Americo Cicchetti e al Prof. Meloncelli.