

Siamo all'avvio di un nuovo mandato ed è sempre preziosa occasione per riflettere su quanto ci si vuole impegnare a fare, senza negare quanto di buono si è fatto in passato e che sono le nostre radici, ringrazio quindi chi mi ha preceduto e che credo forte della sua esperienza vorrà ancora dare il suo ritengo prezioso contributo.

Non posso non ringraziare i molti medici di famiglia, impegnati nell'attività sindacale, al livello locale regionale e provinciale che hanno contribuito alla ratifica di accordi nazionali e regionali come quelli siglati in Puglia che possiamo definire una punta di diamante, d'altro canto non possiamo non notare che negli ultimi tempi le Regioni considerano la medicina generale, **un corpo estraneo** e una dispersione di risorse e non aggiungo altro.

Un piccolo approfondimento sull'aziendalizzazione introdotta dalle leggi 502 e 229 e l'effetto delle autonomie regionali determinate dal federalismo, che impongono alla medicina generale di confrontarsi con regole diverse in ogni regione e anche con diritti del cittadino diversi fra Aziende Sanitarie Locali.

Pertanto la medicina generale subisce attacchi in varie direzioni, con la diretta conseguenza della nostra emarginazione strutturale, ed è questa condizione dunque, che deve essere contrastata, poiché sono infatti nel tempo sono state emanate una serie infinita di norme e regolamenti e circolari tutte con atti monocratici che mortificano il medico e la stessa professione, pertanto dovremo iniziando dalla Puglia riscrivere un ruolo e un'identità diversa per la Medicina Generale.

Un ruolo e un'identità diversa può essere realizzata solo attraverso una collocazione nuova nel sistema sanitario identificando le strade più opportune in termini d'investimenti e funzioni per un suo organico inserimento.

L'offerta di prestazioni e di servizi della medicina generale è ancora tutta oggi considerata molto qualificata.

Il problema è come mantenere un buon livello qualitativo in un contesto dove il quadro demografico, epidemiologico, i meccanismi di finanziamento della formazione, la rivoluzione tecnologica e scientifica, cambiano profondamente i termini di riferimento dello scenario in cui operiamo.

Iniziando dalla Formazione Universitaria di base che prevede un percorso formativo non attento all'evoluzione professionale nelle aree di attività specifiche della Medicina Generale. In pratica, tranne qualche sperimentazione occasionale, la medicina generale è ignorata durante il Corso di laurea in medicina e chirurgia, finendo per instillare nei neo-collegi l'errata ipotesi che la medicina generale non esista e che, di là dall'Università, vi sia un mondo di persone non qualificate e inesperte.

La Formazione specifica prevede invece un percorso formativo sia teorico sia pratico con esperienze in quasi tutti i settori ad eccezione della Continuità assistenziale, settore che invece rappresenta un'area fondamentale: la prima di accesso professionale per la quasi totalità dei medici che hanno ottenuto l'attestato di formazione in medicina generale.

Il Corso d'idoneità all'Emergenza territoriale di cui all'art. 96 ACN Medicina Generale, pur rappresentando attualmente l'unico riferimento istituzionale relativamente alla formazione professionale di medici che operano nelle Centrali Operative e sui mezzi di soccorso, risulta insufficiente rispetto all'evoluzione organizzativa che ha subito il sistema di emergenza sanitaria in Italia.

Assistenza primaria

I Medici di Famiglia (MdF), rappresentano il primo punto di accesso al SSN per i pazienti che li hanno scelti; raramente il loro è unicamente un ruolo di soggetto sanitario ma più spesso di soggetto di riferimento sociale in ambito più largo, consigliere familiare, assistente sociale, psicologo familiare.

Solo una piccola percentuale dei contatti fra assistito e MdF dà origine a risposte misurabili - prescrizioni di farmaci, indagini diagnostiche, visite specialistiche, certificazioni, perché spesso, il paziente esprime bisogni percepiti ma non reali o oggettivi in funzione della evoluzione in atto nella percezione di “benessere” e “disturbo psicofisico”. La maggior parte dell'attività del MdF non è quindi misurabile con i comuni indicatori di gestione ed è difficile individuare e introdurre indicatori che possano dare una misura realistica e confrontabile.

La Medicina Generale affronta i problemi dell'intera popolazione senza esclusioni, è facilmente accessibile, si concentra sulla persona piuttosto che sulla malattia, assicura promozione, prevenzione, cura, riabilitazione, supporto sul piano psicologico e sociale. Colloca le proprie prestazioni nell'interfaccia tra malattia e infermità e integra gli aspetti etici e umanistici del rapporto medico-paziente con il “decision-making” clinico.

La presa in carico

La crescita costante (per numeri e peso assistenziale) nel nostro Paese del fenomeno fragilità, che coinvolge in particolare persone anziane e malati cronici, richiede la presenza di una rete socio-sanitaria organizzata e dinamica in grado di farsi carico dell'assistenza.

L'organizzazione di questa rete assistenziale deve essere ispirata dai seguenti criteri:

- Continuità e globalità delle cure nelle 24 h e per tutto l'arco della vita del cittadino;
- Individuazione di obiettivi di assistenza (outcome) e di risultato in termini di salute, raggiungibili attraverso processi di cura basati su prove di efficacia e ottenibili con forme di medicina d'iniziativa, per le patologie croniche a più elevata prevalenza (diabete, BPCO, malattie cardiovascolari); ciò implica il passaggio da una logica di rapporto domanda-offerta a una logica di obiettivi e processi adeguati a raggiungerli;
- Sostenibilità economica del servizio, che solo una struttura territoriale è in grado di fornire;
- Integrazione con i servizi sociali di assistenza;
- Capacità di orientare il cittadino verso un uso appropriato dei servizi disponibili;
- Livelli uniformi su tutto il territorio regionale.
- Il progetto Care 3 cercherà di rispondere al bisogno di salute dei pazienti cronici per la gestione ottimale della patologia/e di cui soffrono, e che devono sottoporsi regolarmente a controlli periodici, terapie farmacologiche, solo monitorando con continuità l'aderenza terapeutica, i relativi controlli clinici programmati, si potranno raggiungere gli obiettivi con il coinvolgimento pieno dei MMG, sia nei percorsi di gestione a 360° e integrazione del progetto con la rete informatica dei Medici di Medicina Generale.

Diventa necessario avviare in tempi brevi il progetto Care Puglia 3.0 per valorizzare in modo compiuto il modello pugliese della medicina generale. Lo aspettano i medici di famiglia della Puglia, lo aspettano i 2.000 collaboratori di studio e i 700 infermieri che lavorano a fianco dei MMG della Puglia.

I colleghi delle altre regioni ci guardano e aspettano di capire se quello che abbiamo iniziato a costruire 15 anni fa con il primo e che si è concretizzato con l'accordo del 2007 è il modello di riferimento per la medicina generale del nostro paese.

Questi obiettivi sono raggiunti attraverso conoscenze e competenze che richiedono discrezionalità e autonomia, con livelli differenziati di organizzazione dell'attività professionale, determinati dall'esigenza di dare risposte flessibili e appropriate ai cittadini.

Rapporto ottimale

Regola la distribuzione dei medici di famiglia sul territorio. In pratica, per un determinato ambito territoriale è inserito un medico ogni 1.000 abitanti di età superiore a 14 anni. Ultimamente in diverse regioni si è scelto di aumentare il rapporto ottimale in misura diversa prevedendo l'inserimento di un medico di famiglia ogni 1.100 o 1.200 o 1.300 abitanti.

Il MMG non ha incentivi per investire nella struttura professionale e nell'offerta organizzativa poiché non gode di finanziamenti agevolati e non esistono possibilità di progressiva remunerazione una volta raggiunto il massimale. Bisogna esplorare anche l'ipotesi di accedere a finanziamenti europei oggi disponibili anche per le professioni.

Continuità assistenziale

Sono i medici di Continuità Assistenziale, retribuiti con compenso orario, a garantire l'assistenza territoriale, domiciliare, ambulatoriale e in strutture assistite nelle fasce orarie notturne, prefestive e festive. Relativamente alla distribuzione, vanno verificati gli effetti dell'ultimo ACN in termini di rapporto ottimale per la Continuità Assistenziale (CA). Tale rapporto è definito per un medico di Continuità Assistenziale ogni 5.000 abitanti; ciò determinerebbe un numero di circa 12.000-13.000 unità a livello nazionale tenendo conto della variabilità del 30%

L'evoluzione degli scenari sociali e demografici del nostro Paese e i nuovi bisogni assistenziali a essi conseguenti impongono che la Medicina Generale nel suo insieme evolva la propria capacità di risposta all'aumento e alla variabilità delle richieste assistenziali del Territorio, attraverso processi d'integrazione funzionale, organizzativa e relazionale sia al suo interno sia con gli altri professionisti delle Cure Primarie.

E' imperativo che i Medici di Mg convenzionati per la Continuità Assistenziale escano dall'isolamento strutturale e funzionale in cui oggi operano, dalla casuale gestione dell'acuto – un acuto che in molte realtà italiane troppo spesso sconfinava ancora nell'emergenza - e passino da un modello di assistenza "occasionale" su pazienti sconosciuti a modelli di assistenza programmata che porti alla presa in carico di pazienti noti in piena e paritaria integrazione con i Medici di Famiglia che operano nelle ore diurne.

In Puglia, con l'AIR del 2008 sono state programmate, ma mai avviate, le prime esperienze: le U.A.D. (Unità di Assistenza Domiciliare) ed i C.C.A. (Centri di Coordinamento Aziendale).

La necessità di una nuova riorganizzazione e stabilizzazione di tutta la Medicina Generale e dei vari settori che la compongono diventa, altresì, inderogabile poiché in Puglia nei prossimi 10 anni andranno in pensione circa 2500 colleghi fra Medici di Famiglia e Medici di Continuità Assistenziale, *come dimostrato dallo studio condotto dal settore Continuità Assistenziale di FIMMG Puglia*. Si tratta di circa il 66% dei medici di Medicina Generale. Se estendiamo l'analisi ai prossimi 13 anni, arriviamo a una percentuale dell'81%. La situazione si fa più drammatica se si analizza esclusivamente la medicina di famiglia: il 70% dei medici di famiglia andrà in pensione nei prossimi 10 anni.

Analizzando la situazione della medicina generale, ad andare per prima in crisi saranno innanzitutto il servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) e 118.

La questione demografica minaccia anche la tenuta del modello associativo della nostra regione e il livello occupazionale raggiunto.

Da quanto detto diventa necessario, nel prossimo AIR, agire *da un lato* sui meccanismi degli ottimali e massimali di tutta l'area della medicina generale per stabilizzarla e ridurre in modo razionale il fabbisogno dei medici *dall'altra trovare soluzioni condivise che stabilizzino il nostro modello associativo e il livello occupazionale raggiunto. È una questione non più rinviabile e diventa una priorità della politica di FIMMG Puglia.*

L'obiettivo è arrivare ad adottare nuove regole rispetto a ottimale e massimale delle due funzioni e alla compatibilità ore/scelte.

- La prima misura riguarda la variazione del Rapporto Ottimale dell'Assistenza Primaria (ACN - Art. 33 – Rapporto Ottimale) portando l'attuale rapporto di 1 medico ogni 1000 abitanti di età superiore a 14 anni a quello di 1 medico ogni 1300 abitanti.

- La seconda misura riguarda la variazione del Massimale di Continuità Assistenziale per i medici a doppio rapporto - Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale – intervenendo sull'art. 39 ACN (Massimale di scelte e sue limitazioni - art. 39 ACN) esclusivamente per i medici di Assistenza Primaria appartenenti a forme di associazionismo previsto da ACN e AIR o a medici di Assistenza Primaria che richiedano la partecipazione volontaria a forme di associazionismo previste da ACN e AIR, anche senza l'attribuzione delle indennità previste, in assenza di risorse, al fine di favorire l'evoluzione di tali forme associative verso modelli di lavoro in team per la medicina generale, coinvolgenti i medici a quota fiduciaria e quelli a quota oraria.

Questi provvedimenti serviranno a stabilizzare tutta l'area della Medicina Generale e dei vari settori che la compongono.

Emergenza territoriale

Rappresenta una delle fasi operative del sistema dell'emergenza sanitaria, dove l'integrazione delle varie competenze professionali che ruotano intorno al problema "emergenza" consente un collegamento funzionale dei vari momenti organizzativi della catena dei soccorsi, la quale, una volta attivata, consente la continuità delle cure secondo una sequenza logica d'interventi. Ed è proprio in questo contesto che la figura del medico dell'emergenza diventa il referente certo nella gestione di eventi critici, con una capacità d'intervento terapeutico - assistenziale immediata con la necessaria esperienza nella medicina di emergenza-urgenza.

I medici dell'Emergenza Sanitaria – 118, originariamente tutti convenzionati a 38 ore settimanali con esclusività di rapporto e provenienti dalla Continuità assistenziale - si sono gradualmente differenziati per motivi organizzativi legati alle diverse esigenze addirittura aziendali.

Gli obiettivi da perseguire

- Mantenimento e valorizzazione dello status *giuridico* di medico convenzionato con la medicina Generale *tutelando l'attuale pianta organica* (NO AREU)
- Rinnovo AIR *implementando percorsi formativi specifici dell'emergenza affidati ai quadri dirigenti del settore*
- Tutela e difesa degli accordi sia regionali sia aziendali;

Di tutto questo vogliamo prenderci carico

Del resto, fortunatamente, per quanto potremmo lungamente dibattere e confrontarci, non siamo chiamati a stabilire nessuna verità assoluta; non è, infatti, compito della democrazia decidere quale sia la verità, la democrazia definisce quale sia l'orientamento prevalente in una data circostanza, su un dato provvedimento. Questa consapevolezza dovrebbe aiutare tutti noi a rendere meno spigolosi i nostri rapporti e le nostre argomentazioni. Dopotutto questo è il bello della democrazia – siamo tutti qui provvisoriamente e temporaneamente.

Ma questa provvisorietà e temporaneità del servizio che siamo chiamati a svolgere non ci deve per niente impedire di guardare lontano, di ragionare in termini prospettici al domani della Medicina Generale perché le scelte di oggi devono avere effetti nel lungo periodo. Diversamente ci faremo prendere dalla "sindrome del presente" che costringe a guardare all'immediato, al tornaconto facile, alle logiche delle piccole botteghe. Noi invece non dobbiamo avere paure di scelte difficili e complesse, di scelte anche impopolari, se queste garantiscono alla Medicina Generale un benessere e un futuro migliore.

Sforziamoci allora tutti di porre in essere una narrazione, una visione della Medicina Generale che sia un'immagine viva e pulsante, nella quale i protagonisti sono le generazioni che abbiamo davanti!

Crediamo ancora nel servizio sanitario nazionale, certi che dedicare una parte della nostra vita al bene pubblico sia un utile dovere civile, aborriamo i privilegi, agiamo con passione contagiante, siamo disinteressati (nel senso – ovviamente – di non avere tornaconti personali), non ci mancano le idealità, crediamo nella coerenza. È testimoniano personalmente tutto ciò che possiamo contribuendo a far di nuovo innamorare i medici della Medicina Generale come bene comune. Sarà occupandoci con tale stile delle

molte cose da fare che contrasteremo questo impeto di confinamento del Medico di Medicina Generale in tutte le sue articolazioni .

Tiriamoci come sempre abbiamo fatto su le maniche dunque e occupiamoci della Medicina Generale con i limiti che le leggi dello Stato oggi ci impone Lavoriamo per tutti i nostri colleghi che credono ancora in questa splendida professione che è la Medicina Generale.

Buon lavoro a tutti noi.