



FEDERAZIONE REGIONALE DELLA FIMMG

BOLLETTINO DELLA EMILIA ROMAGNA

PRIMO CONVEGNO REGIONALE SULLE CURE PRIMARIE
IL CONTRIBUTO DELLA MEDICINA GENERALE. BOLOGNA, 20 GIUGNO 2008

CONOSCERE PER CONFRONTARSI E PROGREDIRE

di STEFANO ZINGONI

Lo avevamo detto e chiesto pubblicamente, era giunto, a nostro avviso, il momento che le parti più impegnate nella nostra regione a garantire la fruibilità dell'assistenza primaria: Medici di Medicina Generale ed Assessorato regionale alla Salute, si incontrassero pubblicamente. Occorreva far emergere i risultati e prendere coscienza del percorso virtuoso intrapreso con l'Air, ma anche delle difficoltà incontrate, ricondividere le linee di fondo dell'accordo se ritenute portanti per la sanità regionale del prossimo futuro, avviarsi per la strada di un impegno esplicito e depurato dalle scorie della prima progettazione. L'ambiziosa aspettativa riposta nel Convegno non è, a nostro giudizio, andata delusa, anche se tutti siamo abituati a verificare nei fatti quello che reciprocamente si afferma in circostanze come questa.

E' indubbio che il ruolo della Medicina Generale nell'organizzazione delle cure primarie regionali è emerso in tutta la

sua insostituibilità, non solo per il fatto che l'Assessorato ha deciso di accogliere il nostro invito organizzando il Convegno, ma soprattutto per il numero e la qualità dei contributi presentati da tanti MMG, dai quali è risultata la nostra capacità di progettare, di integrarci, di cogliere le opportunità che una contrattualistica idonea ha offerto non solo ai professionisti, ma all'assistenza. E' anche emerso con pari evidenza quanto la FRER FIMMG, in questo processo di interdipendenza tra contrattualistica ed assistenza, reciti un ruolo da protagonista sia sul tavolo della pattuizione sia, con i propri iscritti, su quello della messa in pratica, là dove responsabilmente si creano le

condizioni di rispetto territoriale delle condivisioni regionali. Almeno dieci dei quindici contributi portati in sede di Convegno hanno una riconoscibile matrice FIMMG.

Non è mancato neppure, quello che ci contraddistingue, il coraggio di metterci in gioco, la disponibilità, una volta concordati e condivisi gli strumenti, a farci misurare in un percorso generalizzato di rendicontazione da parte di tutto il servizio sanitario regionale. La nostra disponibilità c'è, aspettiamo quella degli altri, non solo delle professioni, ma anche dei livelli gestionali e riteniamo che la volontà espressa dall'Assessore alla Salute di dare pratica

segue a pag. 3

MEDICINA GENERALE E MERCATO

L'intervento del Segretario Nazionale Milillo
a proposito del documento dell' Antitrust

PROROGATA LA MODULISTICA "DEBURO"

Si riporta a pag. 4 il testo della Direttiva alle ASL del Servizio Assistenza Distrettuale e Medicina Generale della R.E.R. relativo alla proroga, concessa dal Ministero della Salute, dell' uso della modulistica "deburow".

La posizione intransigente della FIMMG regionale su un tema ritenuto di interesse strategico, nell'interesse dei medici e degli assistiti, ha indotto la Regione Emilia Romagna

segue a pagina 4

Con la consueta puntualità, che si ripete con cadenza quasi annuale ormai da qualche decennio, anche in questi giorni irrompono nel mondo della Sanità "riflessioni" e "proposte" che, al di là della correttezza formale con cui sono espresse, rappresentano veri e propri attacchi alla Medicina Generale. Talora le proposte mirano ad una privatizzazione, più o meno generalizzata, dell'area, in questa occasione si tenta di minare uno dei cardini sui quali si fonda il rapporto convenzionale: il "rapporto ottimale".

In questi giorni le proposte provengono da fonte autorevole: il Professor Antonio Catricalà, Presidente dell'Autorità garante della concorrenza e del merca-

to, che le esprime in un documento dell' 11 giugno u.s., inviato alle Autorità istituzionali, dal titolo "Considerazioni e proposte per una regolazione concorrenziale dei mercati a sostegno della crescita economica".

Dal corposo documento, che, nell'esaminare le dinamiche concorrenziali in alcuni settori del mondo del lavoro, dedica un capitolo ai "medici di base", riportiamo alcuni brani:

L'effetto di tali vincoli (il massimale di scelte - peraltro erroneamente preso in considerazione, laddove sarebbe stato più corretto, nell'economia del discorso, fare riferimento al "rapporto ottimale" - ,

segue a pag. 2

MEDICINA GENERALE E MERCATO

segue da pag. 1

N.d.R.) è ulteriormente rafforzato dalle **limitazioni aggiuntive previste in taluni casi dagli accordi regionali** con le organizzazioni sindacali di categoria relativamente alla copertura di posti vacanti, generalmente **tendenti a ridurre nel tempo il rapporto tra medici convenzionati e assistiti nei singoli ambiti territoriali, peraltro in assenza di effettive esigenze di efficienza o di contenimento della spesa pubblica.**

E di seguito, tra le "Misure di intervento proposte":

Con riferimento (...) ai medici di base, **l'Autorità auspica in particolare l'eliminazione delle disposizioni normative e regolamentari volte a predeterminare il numero di professionisti in ciascun distretto o ambito territoriale in funzione di parametri (come la popolazione residente) essenzialmente finalizzati ad assicurare livelli minimi di reddito per gli operatori già esistenti, impedendo tuttavia lo sviluppo di più efficaci dinamiche concorrenziali, limitando le possibilità di scelta dei consumatori e ostacolando significativamente la promozione di più elevati livelli di mobilità sociale. (...) Per contro, la protezione che questi vincoli assicurano ai professionisti già operanti tende nel complesso a ridurre le pressioni concorrenziali alla diminuzione dei prezzi e gli incentivi al miglioramento qualitativo delle prestazioni;** effetti tanto meno desiderabili in considerazione della rilevanza (in alcuni casi anche costituzionale) degli interessi pubblici – salute e certezza dei negozi – che a tali servizi si collegano.

Immediata la risposta del Segretario Generale Nazionale Milillo che scrive, oltre che ad alcuni rappresentanti delle Istituzioni, al Prof. Catricalà per chiarire la posizione della FIMMG e chiedere un incontro per un confronto diretto. La risposta di Milillo è integralmente consultabile sul sito della FIMMG nazionale (www.fimmg.org). Ne riportiamo di seguito alcuni passaggi fondamentali:

In premessa, **appare problematico e non condivisibile l'impianto logico** con cui in suddetto documento i temi focali sono stati affrontati, chiaramente distante dai reali meccanismi che governano la organizzazione e gestione della assistenza medica erogata dai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

A partire dalla considerazione che l'esercizio della tutela della salute dei cittadini, e tra esso l'esercizio della professione di medico di medicina generale o medico di famiglia, (si precisa che il termine "medico di base" risulta obsoleto ed inappropriato), rappresenta un settore professionale in cui la necessità e peculiarità di garantire sempre e comunque obiettivi di tutela della salute dei singoli e della collettività comporta che tale tutela possa realizzarsi non sempre e non necessariamente alla luce del rispetto ad oltranza di logiche di mercato e di libera concorrenza.

La sequenza di tragici eventi di questi giorni costituisce la ennesima conferma, infatti, di come la mera applicazione di criteri di concorrenza nel mondo della sanità possa drammaticamente portare a logiche che consentono **di privilegiare la quantità a scapito della qualità**, ed un esame delle esperienze estere dimostra che **i regimi di libera concorrenza hanno avuto effetti dirompenti sul costo complessivo delle spese sanitarie (pubbliche e private) ed un significativo peggioramento in termini di qualità dei risultati ottenuti.**

Pertanto, la FIMMG ritiene imprescindibile precisare che **le dinamiche cui sono soggette le prestazioni di medicina**

generale non possono essere assimilate a quelle del libero mercato, in quanto deputate a garantire come obiettivo il primo accesso al diritto costituzionale alla tutela della salute, nell'ambito di un Servizio Sanitario Nazionale in cui le prestazioni assistenziali da erogare devono essere programmate, sulla base di un finanziamento necessariamente contingentato, in linea con quanto previsto e garantito dai **Livelli Essenziali di Assistenza. (...)**

L'ACN del 2005 introduce la possibilità per le Regioni di indicare per ambiti territoriali dell'assistenza primaria un **diverso rapporto medico/popolazione residente**. La variabilità di tale rapporto deve essere concordata nell'ambito degli Accordi Regionali e comunque fino ad un aumento massimo del 30%.

L'esperienza maturata dal 1978 ad oggi, in costanza sostanziale di sistema del rapporto ottimale e del massimale di scelte, ha mostrato alcune inadeguatezze, che insieme alla parte pubblica si ritiene opportuno superare, ma **nel senso opposto** a quello proposto nel su citato documento. (...)

Pertanto, è certamente necessario e strategico puntare sulla qualificazione dei professionisti e sul loro accreditamento attraverso una rendicontazione dell'assistenza erogata, sia sul piano quantitativo che qualitativo, piuttosto che vincolare la funzione "premiante" alle dinamiche di libero mercato e tanto meno a logiche esclusivamente tutelanti della non restrizione o distorsione della concorrenza. (...)

Un sistema così orientato renderebbe **difficile, se non impossibile, coinvolgere il medico di medicina generale nel perseguimento di obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale**, e ciò costituirebbe una non auspicabile inversione di tendenza rispetto all'assetto attuale, e futuro, del ruolo del medico di medicina generale, quando invece ormai da anni i medici di medicina generale chiedono il riconoscimento del proprio operato quali figure chiave della erogazione ma anche gestione della assistenza primaria, e le istituzioni concordano con tale richiesta.

(...) La prevedibile redistribuzione, e potenziale riduzione, del numero di pazienti per medico di medicina generale, andrebbe **in senso opposto rispetto a quanto a riguardo suggerito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che dichiara nei propri documenti che un medico di medicina generale per garantire un buon livello di sicurezza, efficacia ed efficienza deve avere un elenco di assistiti tale da dover diagnosticare e curare con sufficiente frequenza un numero minimo di patologie: l'ente internazionale fissa in 2000 il numero di assistiti che garantirebbe al medico un discreto standard diagnostico e terapeutico.**

Le argomentazioni sopra esposte, sia pure accennate, permettono pertanto di evidenziare che **per la medicina generale sussistono "le esigenze di tutela di interessi generali che impongono la necessità di particolari requisiti di ordine morale e/o tecnico"**, vista la rilevanza costituzionale degli interessi pubblici da tutelare e garantire.

F.I.M.M.G. - FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI MEDICINA GENERALE
BOLLETTINO DELL' EMILIA ROMAGNA
ORGANO UFFICIALE DELLA F.R.E.R.

Direttore: STEFANO ZINGONI Direttore responsabile: PIETRO VELONA'
Comitato di redazione: ARGENTI, CASAROLI, DAYA, GRASSI, LE PERA,
PARODI, RAGAZZINI, SACCHETTI, STELLA, SUBINI.

Sede, Amministrazione e Pubblicità: Via Todaro, 8
40126 Bologna - Tel. 051247337 - Fax 051247338

e-mail emiliaromagna@fimmg.org

STAMPA : Tipografia Alfa Beta Bologna

CONOSCERE PER CONFRONTARSI E PROGREDIRE

segue da pag. 1

attuazione all'Osservatorio previsto dall'Air, e mai realizzato, per l'applicazione dell'accordo regionale ed il monitoraggio di quelli aziendali sia un concreto passo in tal senso. Ad esso fa riscontro la disponibilità della FRER FIMMG ad essere presente con suoi uomini nell'osservatorio regionale per le cure primarie. Auspichiamo che si possa così avviare un cammino di reciproca responsabilizzazione, che renda superfluo sottolineare quanto inappropriate siano tesi che, partendo dalla ostentazione di una finta autonomia gestionale messa in capo ai Direttori Generali, le cui funzioni monarchiche mostrano sempre più la corda agli occhi di tutti, consentano a qualcuno di affermare che sia possibile per queste figure, autonomamente ed imperscrutabilmente, vagliare le parti accettabili ed applicabili degli accordi stipulati a norma di legge ai livelli di responsabilità più complessiva, nella fattispecie quello regionale, ma perché no, a questo punto, quello nazionale.

Nell'ambito del reciproco riconoscimento, emerso durante la giornata, della volontà di insistere sulle linee portanti dell'Air, che si ritrovano anche nel Piano socio sanitario regionale 2008-2010 e che mirano al rafforzamento del territorio attraverso l'organizzazione di una rete assistenziale centrata sui NCP ci piace ricordare alcune affermazioni per le quali da sempre ci battiamo e che abbiamo ritrovate nel discorso dell'Assessore regionale:

Sede di riferimento NCP: nessuna lotta ideologica tra concentratore di attività cliniche e punto di riferimento per la fruibilità dei servizi lasciando al coordinamento degli studi medici l'erogazione delle attività cliniche. Si proceda secondo la migliore fruibilità locale, avendo chiaro il valore della capillarizzazione del servizio, ma si proceda per cogliere le opportunità di ampliamento orario dell'attività ambulatoriale previste dall'Air.

Investimenti strutturali: sono iniziati col progetto Sole, in corso di avanzata diffusione, ci auguriamo anche di opportuna calibrazione, ma dovranno procedere prevedendo anche fondi per le sedi di erogazione dell'attività di medicina generale, riconoscendo finalmente al settore quella dignità di appartenenza al servizio che solo la disponibilità ad investire e non semplicemente a "noleggiare" può dare.

La presenza del Segretario Generale Nazionale della Fimmg Giacomo Milillo ha poi consentito di iscrivere l'esperienza regionale nel più vasto contesto nazionale e di confermare come esista piena sintonia progettuale e strategica delle proposizioni elaborate a livello locale dalla FRER con le linee di riferimento che FIMMG porterà al tavolo della trattativa per il rinnovo dell'ACN, per l'apertura del quale le recenti disposizioni del CdM dovrebbero aver fatto cadere gli ultimi alibi economici.

In conclusione, per parafrasare un concetto della presentazione dell'evento, auguriamoci che la parte pubblica sappia cogliere l'opportunità che la categoria le offre di superare un servizio verbalmente centrato sul cittadino ed alla ricerca di intermediari dell'ultima ora, dando vita ad una rete assistenziale in cui il Medico di M.M.G. in virtù del rapporto di fiducia, del quale, in maniera plebiscitaria i pazienti danno pubblici attestati di stima, si fa garante di una assistenza più complessa e quindi più rispondente alle aumentate esigenze di salute, ma ugualmente personalizzata sulle caratteristiche del singolo utente; solo questo professionista è in grado di trasmettere e condividere, le conoscenze stratificate grazie a quell'insostituibile elemento dell'assistenza che è il rapporto di fiducia, costruito, rinsaldato e verificato nel tempo tra paziente e curante.

Firmato il Nuovo Accordo Locale per la Continuità Assistenziale VERSO UNA PIENA INTEGRAZIONE

La firma del nuovo Accordo Locale per la Continuità Assistenziale, sottoscritto venerdì 27 giugno a Bologna, segna una ulteriore, ed importante, tappa verso il traguardo della piena integrazione con i medici di Assistenza Primaria.

Il significato strategico ed assistenziale, quindi, di questo accordo supera le specificità dell'area della ex Guardia Medica, per andare ad interessare l'intero panorama dell'assistenza medica del territorio.

I punti qualificanti, infatti, pur non dimenticando la quota di circa il 20% del nuovo investimento riservata al giusto riconoscimento di attività professionale già prestata a titolo di arretrato, ed il riallineamento delle tariffe per prestazioni, sono rappresentati dai canali di comunicazione diretta con i colleghi dell'assistenza primaria, dall'apertura degli ambulatori di continuità assistenziale, dalla sperimentazione di forme di presa in carico, nelle ore diurne, di pazienti con gravi patologie croniche o di copertura oraria ambulatoriale, nelle logiche della integrazione nei Nuclei di Cure Primarie.

Il nodo, finora critico, della conoscenza delle problematiche cliniche degli utenti da parte dei medici di C.A., dovrebbe poter essere nel prossimo futuro risolto da una parte con l'utilizzo di un sistema informatico SOLE compatibile ed integrato con quelli in uso nel settore dell'assistenza primaria, e dall'altra con la piena partecipazione, organizzativa e funzionale, con gli altri componenti del Nucleo di Cure Primarie.

Il monitoraggio dello stato di applicazione dell'accordo, così come il rilevamento di eventuali criticità e l'analisi ed eventuale variazione delle dislocazioni delle unità operative, sarà affidato ad un "gruppo tecnico paritetico" permanente, cui parteciperanno 4 medici di Continuità Assistenziale.

Il nuovo accordo avrà durata biennale, e proseguirà in regime di prorogatio, salvo disdetta delle parti.

Il testo integrale è consultabile online sul sito della Fimmg Bologna (<http://bologna.fimmg.org>).

FINANZIAMENTI AGGIUNTIVI PER IL RINNOVO DEGLI A.C.N.

A proposito del nuovo piano per la sanità, il ministro del Welfare. Maurizio Sacconi spiega: "E' fatto salvo quanto era stato pattuito con le Regioni nel Patto per la salute relativo al triennio 2007-2009. La manovra per l'anno 2009 è zero".

Per sbloccare il rinnovo degli accordi collettivi nazionali per la medicina generale (personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale) per il biennio economico 2006-2007, sono stati stanziati i seguenti finanziamenti aggiuntivi: 184 milioni di euro per l'anno 2009; 64 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010; 69 milioni per l'anno 2011. "Queste risorse dovranno anche servire per l'attuazione del Progetto Tessera Sanitaria e, in particolare, per il collegamento telematico in rete dei medici e la ricetta elettronica", spiega Sacconi.

Per l'anno 2010, la manovra è pari a 2 mila milioni di euro, per l'anno 2011 è pari a 3 mila milioni di euro. "Nonostante ciò nel 2010 il finanziamento per il Servizio Sanitario Nazionale aumenta di 1.200 milioni -spiega Sacconi- e per il 2011 di 3.400 milioni".

Il maggiore finanziamento, spiega Sacconi, sarà garantito mediante una nuova Intesa Stato Regioni, entro il 31 luglio 2008, con l'obiettivo di rendere più efficiente l'utilizzo dei finanziamenti assegnati nella gestione delle risorse umane e delle tecnologie nelle aziende sanitarie; assicurare maggiore capacità di contenimento dei costi; offrire garanzie di qualità dei servizi resi e delle prestazioni fornite, anche prevedendo nuovi parametri per la rete strutturale di offerta; garantire maggiore flessibilità ed efficienza nei modelli organizzativi. Inoltre prevedere nuove misure di responsabilizzazione degli amministratori regionali in grado di assicurare un adeguato effetto deterrente rispetto al formarsi di disavanzi strutturali.

Da Adnkronos, 19 giugno 2008

PROROGATA LA MODULISTICA "DEBURO"

segue da pag. 1

magna ad affrontare il problema dell' uso della modulistica "deburow" da parte degli specialisti e a proporre al Ministero alcune soluzioni operative.

La risposta del Ministero, che proroga fino a settembre 2009 l'uso della modulistica integrata dal codice a barre della richiesta SSN, è contenuta nella direttiva regionale che segue.

Direttiva alle Aziende sanitarie per il rispetto dell'adempimento relativo alla sostituzione della modulistica 'deburow' per la specialistica ambulatoriale (D.G.R. 2002/2007): proroga dei termini.

Si fa seguito alla nota, prot. PG|2008|109807 del 29 aprile u.s. di pari oggetto, nella quale tra l'altro si evidenziava che erano state sottoposte al Ministero della Salute alcune soluzioni operative per rendere più funzionale il superamento della modulistica 'deburow' ed evitare ricadute sui cittadini. In particolare la proposta prevedeva la possibilità di riportare nei moduli 'deburow' i codici a barre della ricetta, attribuita al medico prescrittore secondo la normativa vigente, nella prospettiva della completa informatizzazione degli ambulatori e della messa in rete di procedure semplificate e rapide per i prescrittori.

Con nota prot. N. 20902-P- del 20/06/2008, la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero ha accolto la suddetta proposta. Per l'attuazione della DGR 2002-/2007 le aziende pertanto potranno inserire nel modulo 'deburow' il codice a barre stampato sulla ricetta in maniera che il modulo sostituisca in toto la richiesta SSN. La ricetta da cui è stato tratto il codice dovrà essere annullata e tenuta agli atti per le eventuali verifiche.

Si evidenzia che tale modalità potrà essere applicata per un periodo definito, che comunque dovrà avere termine entro il mese di settembre 2009 con la completa estensione in ambito aziendale della informatizzazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

Nella nota del Ministero sopra citata si precisa infatti che la soluzione provvisoria prospettata potrà essere applicata per un periodo massimo di 18 mesi a decorrere dalla data della richiesta (aprile 2008). Inoltre vengono richiamate le disposizioni della legge n. 8/1990 circa il numero e la tipologia delle prestazioni prescrivibili sulla stessa ricetta (massimo 8 prestazioni per ricetta della stessa branca specialistica), ai fini del calcolo della quota di partecipazione alla spesa a carico dell'assistito, e per consentire la confrontabilità dei dati acquisiti attraverso il sistema di monitoraggio della spesa sanitaria (ex art 50) con le altre regioni italiane.

Il vincolo sopraccitato, relativo a numero e tipologia delle prestazioni inseribili su ciascun modulo di richiesta, dovrà essere quindi rispettato anche nelle prescrizioni con modulo 'deburow'.

Alcune aziende sanitarie hanno segnalato difficoltà nel riportare il codice a barre della richiesta SSN sulla modulistica deburow. Tali aziende dovranno segnalare al più presto (...) le soluzioni finora adottate e la tempistica prevista per l'attuazione della procedura sopra indicata, da realizzarsi comunque non oltre il prossimo 30 settembre.

Si informa inoltre che le verifiche condotte relativamente ai *Piani aziendali di Informatizzazione degli ambulatori* ricevuti, mostrano una situazione complessa dalla quale si rileva che non tutte le aziende hanno rilasciato e sviluppato il piano di informatizzazione previsto dalla precedente nota. Si chiede perciò la massima collaborazione da parte delle direzioni aziendali, e di tutti gli specialisti, affinché si completi il Piano di Informatizzazione aziendale, sia tramite l'installazione e l'utilizzo degli applicativi software individuati, sia realizzando i corsi di formazione, sia compilando la richiesta manualmente ove non fosse ancora disponibile l'applicativo.

ASL BOLOGNA INFORMAZIONE? DISINFORMAZIONE? Sicuramente spreco

La posta dei cittadini dell'ASL Bologna si è arricchita in questi giorni di una gentile lettera dei Direttori di Distretto che spiega come comportarsi in caso di necessità di una prestazione medica urgente in orari diversi da quelli del proprio Medico di fiducia, qualora quest'ultimo faccia parte di un Gruppo o di una Rete.

Purtroppo, come affermato in un documento inviato il 25.6 u.s. ai vertici aziendali dal Segretario Provinciale della FIMMG Bologna Renzo Le Pera, la lettera contiene alcune importanti inesattezze:

"In particolare, per quanto riguarda il testo inviato agli assistiti della medicina di gruppo, vengono forniti gli orari complessivi di apertura degli studi, con anche gli indirizzi di eventuali studi secondari dei medici stessi. Questo ingenera la convinzione che nell'intera fascia oraria citata sia possibile ricorrere per le due tipologie di prestazioni urgenti, e non negli orari individuati dalle medicine di gruppo nel rispetto delle 7 ore contrattualmente concordate.

Si chiede pertanto una immediata correzione dell'informativa e l'invio della stessa a tutta la popolazione assistita relativa. In mancanza, nelle situazioni in cui la fascia oraria comunicata dai Direttori di Distretto superi le 7 ore giornaliere, si richiederà il pagamento delle ore aggiuntive alla 7°, costituendo la lettera dell'ASL riconoscimento ufficiale delle ore stesse.

Per quanto riguarda il testo inviato agli assistiti delle medicine in rete, si è costretti a far notare come non siano indicati gli orari di apertura dei singoli studi (nonostante che gli stessi siano stati comunicati alla ASL dai rispettivi medici) quando addirittura non mancano i nomi stessi dei professionisti aderenti alla rete, rendendo così quasi completamente inutile l'informativa stessa".

Ci si chiede se l'infelice formulazione dell'informativa dei Direttori di Distretto rappresenti un "incidente di percorso", frutto di evidenti disorganizzazione, e comunque censurabile in quanto capace di provocare turbative nel rapporto tra i medici facenti parte delle associazioni e gli assistiti, con ripercussioni severe nella organizzazione del lavoro, oppure se qualcuno tenti di "remare contro".

Aspettiamo una risposta dai firmatari dell'informativa.

5 PER MILLE ALL'ENPAM

**Precisazioni di Alberto Oliveti
responsabile previdenza Fimmg**

L'ENPAM è una Fondazione di diritto privato senza scopo di lucro, recentemente riconosciuta come Onlus destinataria del 5 per mille.

L'eventuale versamento del 5 per mille arriva direttamente alle casse dell'ENPAM, che destinerà queste risorse per un'azione specifica a sostegno dei medici che possono per motivi di salute perdere la propria autosufficienza.

Questa attività si configura come attività di assistenza (cioè non prettamente previdenziale) e l'assistenza è un dovere istituzionale della Fondazione ENPAM.

Da tempo è allo studio un progetto per affiancare alle attuali prestazioni a domanda (prestazioni assistenziali richieste una tantum o continuativamente per situazioni eccezionali) una seconda linea per la tutela del rischio di non autosufficienza.

E per questo è allo studio una polizza assicurativa di Long Term Care che tuteli tutti i contribuenti.

Con l'inserimento della Fondazione ENPAM nell'elenco delle ONLUS destinatarie del 5 per mille, i medici e gli odontoiatri italiani già con la prossima denuncia dei redditi potranno destinare una parte delle loro tasse per finanziare il progetto di ampliamento delle prestazioni assistenziali, tra le quali la tutela della non autosufficienza ha la priorità assoluta.

Questa maggiore attenzione alle fragilità della professione si aggiunge in senso strategico all'istituzione di Fondo Sanità, fondo pensione chiuso di categoria, finalizzato all'integrazione tempestiva della pensione come risposta allo scenario nazionale di ritardato accesso alla professione, di perdita del potere di acquisto dell'Euro, di mancati rinnovi convenzionali e di longevità crescente.