



Notiziario della sezione provinciale di Cuneo



*Vicoforte
L Santuari 'd la Madonna
(A. Vitozzi - F. Gallo)*

n.1

10 febbraio 1999

In questo numero:

<i>Vere dignum et iustum est....</i>	pag. 2
Presidente, mica saranno polemiche <i>ad personam</i> ?	“ 3
La FIMMG Regionale Piemontese e le note CUF	“ 5
Consiglio Nazionale della FIMMG: mozione conclusiva	“ 6
Bindi, promesse da marinaio?	“ 8
La mozione di protesta della nostra Sezione	“ 9
Trattative per il nuovo ricettario	“ 10
Ci scrive un iscritto (finalmente!)	“ 11
Il “sistema 118” (continua)	“ 12
La Segreteria Provinciale fa sentire la sua voce	“ 14
Il Consiglio di Stato e gli ambiti di scelta del MG	“ 15
Vertenza con l'ASL 15 per le quote arretrate	“ 16

Per gli iscritti: *inserto redazionale*

Autorizzazione Tribunale di Cuneo
n. 442 del 2/8/90

**REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE,
DIREZIONE**
Cuneo - piazza Europa 14

DIRETTORE RESPONSABILE
Piero Sabena

COMITATO di REDAZIONE
Il Consiglio Direttivo Provinciale

IMPAGINAZIONE
Biagio Monasterolo

Spedizione in abbonamento postale
art. 2 - Comma 20C - Legge 662/96
Filiale di Cuneo

Stampato in proprio
Contiene inserto redazionale

Protestare è cosa buona è giusta, ma...

*...se oltre a questo si ragiona è ancora meglio,
(ovvero “lupus in fabula”)*

Massimo Ferrua - segr. prov.le

Non è mio costume servirmi di affermazioni provocatorie, ma questa volta, per commentare il dibattito e le conclusioni del Consiglio Nazionale del 16 gennaio, faccio uno strappo alla regola.

Si doveva discutere della futura strutturazione del Distretto, della formazione e degli ultimi avvenimenti prettamente burocratici che ci sono piovuti addosso alla fine dell'anno.

Il coinvolgimento appassionato dei delegati e dello stesso Segretario nazionale ha lasciato poco spazio ai primi due argomenti pur se di grande importanza in quanto rappresentano il futuro della medicina di famiglia.

Alla luce di ciò, anch'io provvisoriamente cercherò di soffermarmi sul tema burocratico che ha giustamente sollevato uno stato di tensione esplosivo all'interno della nostra categoria.

Le motivazioni che hanno portato a questo non sono solo derivate dall'ultima norma che prevede l'apposizione del numero della nota con relativa controfirma a fianco del farmaco prescritto, quanto dall'accavallarsi di piccoli problemi burocratici che rendono talvolta complicato il nostro lavoro.

Infatti, se presa dal solo lato operativo, questa incombenza non è poi tanto lontana da quanto spesso succedeva già ieri: chi non ha

mai dovuto controfirmare piccoli errori formali della compilazione della prescrizioni di farmaci o di esami ?

Ovviamente il presupposto che sta alla base del tutto è profondamente diverso: la norma è nata come prevenzione della falsificazione ed è inserita nella legge finanziaria nel capitolo contenimento della spesa sanitaria.

Ma lasciamo a chi in questo momento è dotato di maggior senso del ridicolo il commento di ciò. Il problema sta nel fatto che questo si aggiunge all'interpretazione non sempre facile del decreto sulla gravidanza, alle innumerevoli regolette che nel tempo si sono accumulate sotto forma di circolari da parte delle nostre ASL, spesso con interpretazioni variopinte, fantasiose ed alcune volte in contrasto fra loro: ASL che vai, usanza che trovi.

Non sempre è stato facile intervenire localmente su queste sperequazioni, anche se la nostra situazione locale è abbastanza uniforme.

E' impensabile sostenere che la burocrazia non deve far parte dei nostri compiti istituzionali dal momento che, comunque, noi siamo professionisti convenzionati con un servizio pubblico e che dobbiamo rispettare delle regole operative anche in campo amministrativo e che questo aspetto rappresenta

un nostro punto di forza per il corretto funzionamento dell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

A molti di voi questa affermazione susciterà, eufemisticamente, “una arrabbiata ilarità”: ma qualcuno ha mai dovuto confrontarsi con la modulistica di una assicurazione privata e con i risvolti di un piccolo errore formale di compilazione?

Alla luce di queste considerazioni è evidente che il problema è molto più articolato e complesso delle ripercussioni operative che una singola ed ulteriore regola prescrittiva può comportare.

Infatti sarebbe necessario riuscire ad agire su tutta quanta la materia avendo ben a mente l'obiettivo finale da raggiungere: trincerarsi nel rigettare genericamente “la burocrazia”, pur essendo emotivamente condivisibile, si scontra con l'esigenza organizzativa che un servizio pubblico impone.

La norma contenuta nella finanziaria è l'ennesima prova che è arrivato il momento di mettere mano alla materia e, pur rappresentando una parziale sconfitta della nostra categoria, deve rappresentare necessariamente lo spunto e il punto di partenza per un'operazione ben più profon-

da e a largo respiro: l'esperienza ci insegna che non tutti i mali vengono per nuocere.

La giusta protesta che in questi primi giorni dell'anno si è scatenata tra di noi e che si è formalizzata in numerose comunicazioni di disapprovazione inviate direttamente al Ministro della sanità deve necessariamente essere incanalata verso l'obiettivo finale che è la concertazione di una "burocrazia intelligente" espressione delle reali necessità organizzative del SSN, il più possibile semplice nella sua applicazione e stabile nel tempo.

Prendendo l'occasione dai fatti recenti, dalla verificata compattezza della nostra categoria, dalla impetuosità nella disapprovazione e dal particolare momento politico-sindacale dovuto alle trat-

tative per il rinnovo contrattuale e alla formalizzazione dei decreti delegati sulla sanità, la FIMMG si sta impegnando per raggiungere l'obiettivo finale.

Le prime note positive sono presenti nella lettera del Ministro (che trovate integralmente in questo numero) che può aprire finalmente la porta alla verifica di tutta quanta la materia, modulistica compresa, con la formalizzazione della commissione da noi richiesta: sono già state fissate le date di riunione ed è condivisa la necessità che si arrivi alla completa equiparazione di tutti gli operatori medici del SSN per quanto riguarda il rispetto delle note CUF in fase precrittiva indipendentemente dal tipo di ricettario usato (modulo ministeriale o carta bianca intestata dell'ospedale o servi-

zio).

Su questo tema si è espresso favorevolmente anche il Segretario nazionale dell'ANAAO, dott. Bollero che era presente ad una parte dei lavori del nostro consiglio nazionale e che si è impegnato a sostenere questa iniziativa.

Ma tutto questo, pur rappresentando un segnale positivo, non ci può soddisfare completamente.

La vivacità degli interventi dei delegati ha evidenziato il pericoloso stato di disagio di tutti i medici di famiglia che hanno solo voglia di lavorare nel modo migliore possibile, ma obiettivamente è stato difficile elaborare forme di protesta percorribili che rispondessero immediatamente alle emozioni del momento senza rappresentare un rischio nell'im-

(continua a pag. 4)

Consiglio Direttivo FIMMG, Presidente dell'Ordine ed ambiti di scelta del Medico

Il Consiglio Direttivo Provinciale della FIMMG ribadisce le proprie posizioni e respinge affermazioni fuori luogo del Presidente dell'Ordine

Prendendo spunto da quanto sanzionato dal Consiglio di Stato sezione V con la decisione n° 1804 del dicembre 1998 (che riportiamo integralmente a pag. 15 di questo numero) il Consiglio Provinciale della FIMMG Cuneo ribadisce che quanto contenuto nell'articolo a firma del Dott. Sigismondi sul bollettino n. 3 della propria sezione corrisponde integralmente nella sostanza alle convinzioni del nostro Sindacato in merito alla libera scelta del Medico di famiglia.

Nello stesso tempo sottolinea che appaiono del tutto gratuite le affermazioni contenute nell'articolo pubblicato nel Notiziario dell'Ordine dei Medici di Cuneo n. 7, a firma del Presidente, riguardanti una supposta travisazione ad hoc dei fatti per supportare i quali "qualcuno... infanghi l'operato altrui".

Non volendo ritornare un'ennesima volta su questo argomento, già ampiamente sviscerato in "Cuneo-Fimmg" n. 4 a cui si rimanda, vogliamo sottolineare che una dialettica civilmente serena non deve mai essere permeata da spunti di rivalsa di tipo personalistico: quando le idee non concordano non è detto che sia un attacco alla propria persona.

O ci stiamo sbagliando?

mediato futuro per la categoria. Del resto è nozione comune che una disposizione contenuta in una legge finanziaria non è modificabile in tempi brevi, neanche con un ipotetico “ribaltone governativo”.

Dalla discussione è chiaramente emersa la necessità di continuare ad esercitare la massima pressione possibile non solo su questo tema ma anche in vista del rinnovo contrattuale e della costruzione dei decreti delegati per il riassetto della sanità pubblica.

Tutti questi elementi hanno indicato l'esigenza di dichiarare ufficialmente lo STATO DI AGITAZIONE dei medici FIMMG a tempo indeterminato in attesa del raggiungimento degli obiettivi posti.

Nello stesso tempo è stata sottolineata la necessità del coinvolgimento dei cittadini che da sempre finiscono per essere i destinatari finali delle sciocchezze altrui che rendono il lavoro del medico di famiglia del tutto disincentivante.

Del resto, specialmente in questo momento, questa è un'arma formidabile già sperimentata in passato per condurre alla ragione i politici che sono vicini al cittadino esclusivamente nei momenti elettorali o quando fa loro comodo.

Nel bollettino trovate un fax simile di manifestino da divulgare nelle vostre sale d'attesa: visto che è ormai assodato che se non viene illustrato nei contenuti l'efficacia non è sufficiente, sarebbe opportuno adoperarli come volantini da consegnare personalmente ai pazienti scegliendo in prima battuta quelli più motivati o che per ragioni di salute si servono del vostro studio con più

frequenza.

La sezione di Cuneo ha proposto una raccolta di firme di protesta sia dei medici che dei pazienti per quantificare lo stato di disagio sia nostro che dei cittadini predisponendo un testo che fa leva sull'aumento dei tempi di attesa per i pazienti, sulla mancanza di razionalità del provvedimento e, non meno importante, sulla serietà delle motivazioni nei confronti dei cittadini.

Comunque ogni iniziativa dovrà rispettare alcuni requisiti indispensabili in questo campo delicato: è ovvio che si dovranno evitare azioni che possano provocare danni ai medici come potrebbe verificarsi in caso di sciopero in quanto in questo caso non si tratta di denunciare una norma contrattuale ma di infrangere una Legge dello stato. Nello stesso tempo dovrebbero essere proporzionate alla sostanza del problema e percorribili dalla maggioranza della categoria per i tempi stabiliti senza intaccare il rapporto positivo con i pazienti che rappresentano in questo frangente dei formidabili alleati se ben informati.

Nulla vieta che si possa arrivare anche ad iniziative ancora più potenti facendo leva sulla estrema sensibilità dei parlamentari locali quando viene illustrato (a volte basta solo preannunciargli l'intenzione) il loro operato nei confronti delle leggi in materia sanitaria per trovare immediatamente il loro appoggio nelle sedi più opportune.

Ogni regione e provincia ha ampia libertà di intervento: stiamo valutando insieme alle altre provincie del Piemonte quali strumenti adoperare per raggiungere l'obiettivo di sottolineare

compiutamente il livello di insoddisfazione di medici e cittadini.

Probabilmente in questo stesso bollettino straordinario ci saranno ulteriori aggiornamenti su questo tema; anche la nostra segreteria provinciale sta lavorando in tal senso con frequentissime convocazioni.

Si sta percorrendo in sede regionale la strada di semplificare l'iter burocratico per quanto riguarda gli esami esenti dal ticket in gravidanza.

La problematica è in continua evoluzione e le notizie arriveranno tempestivamente sia come bollettino o circolare: nei prossimi giorni saranno convocate assemblee di Asl per una discussione più approfondita.

E' sicuramente il momento di confrontarci ed è il momento di essere come sempre compatti di fronte alla parte pubblica.

Figli e figliastri?

*Nota di protesta della FIMMG Piemonte per le
differenze di comportamento sulle note CUF*

All'Assessore Regionale alla Sanità del Piemonte Dr. D'Ambrosio
Al Responsabile del Servizio Farmaceutico della Regione Piemonte, Dr.ssa Pellegri
Ai Direttori Generali delle ASL del Piemonte
Ai Responsabili SAST delle ASL del Piemonte
Ai Direttori Sanitari delle ASL del Piemonte
Ai Responsabili dei Servizio Farmaceutico delle ASL del Piemonte

La legge 23/12/98 n. 448 ha istituito un nuovo metodo di prescrizione per i medicinali con "Note", obbligando il medico prescrittore ad apporre a lato del farmaco l'indicazione della Nota e a controfirmarla. E' una disposizione sostanzialmente inutile e idiota, ma purtroppo è una Legge che aggrava il già non semplice operare quotidiano del Medico di famiglia.

Alcune ASL hanno inviato ai Medici il supplemento ordinario alla G.U. del 13/10/98 recante le nuove Note. Ci siamo accorti che, o per correzione di questo provvedimento o per successive decisioni della CUF, sono stati inclusi nelle Note nuovi farmaci senza che i Medici di Medicina generale venissero avvisati. Questo reca una grossa perturbativa per il Medico e per i cittadini di cui nessuno dei due è minimamente responsabile. Pertanto, nel denunciare il cronico disservizio della Regione e dell'Azienda sull'informazione ai Medici riguardo la classificazione dei Farmaci, chiediamo che immediatamente vengano portate a conoscenza di tutti i Medici di Medicina Generale le disposizioni successive a quanto pubblicato sul supplemento della G.U. prima citato.

La reazione del nostro Sindacato ha fatto sì che il Ministro Bindi abbia preso un impegno per estendere anche ai Medici dipendenti le disposizioni emanate dalla CUF. A questo proposito avevamo già richiesto alle SS.VV. di portare a conoscenza di tutti i Medici dipendenti le normative vigenti sulla prescrizione dei farmaci. Purtroppo il quadro che si presenta è ancora disarmante.

Chiediamo perciò che le SS.VV. diano disposizioni ai Medici dipendenti, per quanto concerne le prescrizioni esterne di farmaci, affinché forniscano all'atto della dimissione o della visita specialistica tutti gli elementi idonei e necessari per permettere una corretta prescrizione da parte del Medico di famiglia.

Cordiali saluti

IL SEGRETARIO REGIONALE
FIMMG PIEMONTE
Dott. Mario PONZETTO

Consiglio Nazionale FIMMG

Eccesso burocratico, disparità di vincoli CUF e rapporti FIMMG-SIMG

ORDINE DEL GIORNO del Consiglio Nazionale Fimmg del 16 gennaio 1999

Il Consiglio Nazionale della FIMMG, riunito a Roma nella sede di Piazza Marconi 25, ascoltata la relazione del Segretario Nazionale, la

APPROVA ED IN PARTICOLARE DENUNCIA:

- l'ennesima introduzione nell'ultima legge finanziaria di una sciocca norma burocratica, che, oltre a dimostrare inadeguatezza dell'ufficio legislativo del Ministero della Sanità, appesantisce il lavoro del medico di famiglia e sottrae tempo prezioso alla cura dei suoi pazienti; essa evidenzia altresì lo scarso riguardo verso i cittadini da un lato e l'assenza del doveroso impegno istituzionale di informare tempestivamente i medici dall'altro, vista anche la immediata esecutività dei provvedimenti adottati; tutto ciò in alternativa ad una complessiva e coerente azione di governo della sanità italiana.;
- l'accanimento con cui si persegue il condizionamento del medico di famiglia e si introducono procedure di controllo del suo operato rispetto alla spesa farmaceutica, mentre nessuna attenzione è rivolta al continuo lievitare della spesa ospedaliera e nessun controllo viene operato sul corretto uso dei DRG;
- il fatto che, nonostante i legittimi e reiterati inviti della Fimmg ad emanare norme che comportino per i medici dipendenti gli stessi vincoli prescrittivi previsti dalla CUF per i medici di famiglia, il Ministero della Sanità, pur dichiarando di riconoscerne l'opportunità, non ha mai provveduto in tal senso.

ESPRIME

Il profondo disagio dei medici di famiglia, esasperati dal progressivo incremento di inutili carichi burocratici, in un periodo già reso complicato dall'introduzione di un nuovo protocollo sulla gravidanza di difficile comprensibilità ed applicazione.

STIGMATIZZA

la progressiva degenerazione burocratica che di fatto compromette il fondamentale diritto alla salute dei cittadini.

INTERPRETA

simili provvedimenti come segno di inadeguata attenzione alla centralità del ruolo del medico di famiglia e di scarsa credibilità delle dichiarate volontà di valorizzazione della sua figura professionale.

Il Consiglio nazionale, rilevato con soddisfazione che la reazione dei medici di famiglia ai provvedimenti su esposti e l'azione della Segreteria nazionale della FIMMG sono riuscite a sensibilizzare l'opinione pubblica e la stampa al problema dell'esasperata burocratizzazione della sanità, consentendo di evidenziare la disomogeneità delle condizioni operative di medici operanti a diverso titolo nel SSN ed ottenendo un primo incontro tecnico sul problema con il Ministero della Sanità,

PRENDE ATTO

della lettera del 14 gennaio u.s., in cui il Ministro della Sanità riconosce l'esigenza di procedere ad una revisione del modello di ricetta del SSN, e dichiara di condividere l'esigenza di rendere effettivo il rispetto delle condizioni e limitazioni poste dalla CUF anche da parte dei medici ospedalieri, ricorrendo a strumenti contrattuali e legislativi e costituisce una apposita commissione, che ha effettivamente provveduto

a convocare per il 20 gennaio p.v.

RITIENE

comunque opportuno continuare ad esercitare la massima pressione sulla parte pubblica allo scopo di giungere ad una definitiva soluzione del problema, e pertanto

PROCLAMA

lo stato di agitazione della categoria, che si manterrà fino al pieno raggiungimento dei traguardi desiderati; durante questo periodo, pur rispettando la norma prevista dalla finanziaria, i medici attueranno ogni azione utile a mantenere viva nell'opinione pubblica l'attenzione sul problema.

DA MANDATO

alla Segreteria di costituire un gruppo di lavoro, incaricato di elaborare in tempi brevi i contenuti da proporre nell'ambito della commissione costituita dal Ministro.

Il Consiglio nazionale, inoltre, constatata la concreta volontà espressa formalmente dal Ministro di esaudire tutte le richieste della Fimmg,

DECIDE

che, per evitare disagi al cittadino, ed in attesa delle soluzioni complessive che saranno individuate dalla commissione, al fine di distinguere l'esenzione per patologia da quella per invalidità in caso di multiprescrizione, il medico di famiglia applicherà la circolare ministeriale che prevede l'indicazione della sigla "INV" in caso di invalidità, lasciando alle Regioni la definizione delle modalità applicative.

RILEVATO

però che in alcune Regioni, la distinzione tra esenzioni per patologia e per invalidità è già regolata da norme funzionali allo scopo, ritiene opportuno, in tali Regioni, non modificare le relative modalità prescrittive.

RITIENE INOLTRE

opportuno richiedere al Ministro un congruo periodo di moratoria nell'applicazione delle norme onde evitare disagi ai cittadini.

Il Consiglio nazionale dopo aver discusso le problematiche connesse alla formazione del medico di famiglia ed averne individuato i punti critici

AFFERMA

l'importanza strategica di questo settore per il futuro della categoria ;

PRENDE ATTO

che tale processo dovrebbe necessariamente realizzarsi in collaborazione, oltre che con soggetti istituzionali, anche con soggetti accreditati la cui autonomia può essere accettata dal Sindacato solo qualora offrano la massima garanzia di essere espressione democratica della categoria e

VALUTATO

l'importanza del problema e la rapida evoluzione del quadro legislativo, che non consente ambiguità di ruoli fra soggetti alleati e che la maggiore ostativa ad una collaborazione più stretta con la SIMG deriva dalla convinzione diffusa che la stessa non disponga di un pieno controllo sulla SEMG,

RITIENE

che, ove con senso di rinnovata responsabilità si correggesse rapidamente questa situazione, il Sindacato prenderà in considerazione lo sviluppo di una maggiore collaborazione, comprendente anche specifiche deleghe nel campo della formazione;

IMPEGNA

Il Segretario nazionale alla verifica in tempi brevi di tale disponibilità al fine di permettere al Sindacato di assumere tutte le decisioni conseguenti nelle sedi istituzionali.

Presentato da: Luigi Santi

Sottoscritto da: Mario Costa, Stefano Ausili, Bruno Palmas, Giacomo Milillo

Le note CUF “risuonano” anche per gli ospedalieri

Il Ministro della Sanità conferma alla Segreteria Naz.le FIMMG il vincolo delle note CUF per i medici ospedalieri e specialisti convenzionati e l'impegno per un nuovo ricettario SSN

Roma, 14.01.99

Caro Segretario,

gli Uffici mi hanno riferito che nel corso della riunione tecnica tenutasi presso questo Ministero il giorno 7 c.m., avente ad oggetto la circolare del 28 dicembre u.s., che recepiva le proposte formulate da codeste due associazioni con nota del 4 dicembre precedente, è stata sottolineata l'esigenza, sia da parte dei medici di famiglia, sia da parte dei farmacisti, che venga predisposto in tempi brevi un nuovo modello di ricetta del Servizio sanitario nazionale che tenga conto delle innovazioni introdotte in materia di assistenza farmaceutica e diagnostica..

Proprio al fine di dare immediato avvio ai lavori per la messa a punto del nuovo modello di ricetta del Servizio sanitario nazionale, ritengo opportuno un incontro presso questo Ministero con i rappresentanti delle regioni e delle province autonome e delle associazioni di categoria maggiormente interessate. La convocazione della riunione sarà diramata quanto prima a mezzo fax.

Nell'occasione all'inizio ricordata, entrambe le categorie interessate hanno inoltre lamentato le gravi difficoltà che derivano per il normale espletamento dell'attività quotidiana, dalla mancanza di disposizioni in grado di rendere effettivo il rispetto, anche da parte dei medici ospedalieri e dei medici di guardia medica, delle condizioni e limitazioni poste dalla Cuf ai fini della erogazione gratuita di determinati farmaci. La lacuna appare oggi di particolare delicatezza, alla luce di quanto stabilito dall'articolo 70, comma 2, della legge 23 dicembre 1998, n. 448. Ad avviso della FIMMG, inoltre, anche le prescrizioni ospedaliere effettuate su ricettario bianco (anziché sul modello di ricetta del Servizio sanitario nazionale) generano spesso confusione, facendo, comunque, credere al paziente, a causa della natura pubblica della struttura di provenienza, che il diritto all'assistenza farmaceutica si estenda a tutti i medicinali indicati nella prescrizione, anche se non appartenenti alle classi a) e b) dell'articolo 8, comma 10, della legge n. 537 del 1993.

Condividendo l'esigenza di trovare idonee soluzioni anche per questo specifico problema, opererò perché nell'ambito del rinnovo degli Accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e del contratto collettivo nazionale di lavoro della dirigenza medica siano introdotte disposizioni sostanzialmente omogenee, in grado di assicurare il rispetto della normativa in vigore da parte di tutti i medici prescrittori.

A supporto delle misure di natura pattizia, potranno intervenire norme a livello legislativo da adottarsi nell'ambito dei provvedimenti diretti a razionalizzare le attività connesse alla prestazione di servizi sanitari, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera f), della legge 30 novembre 1998, n. 419.

Nel frattempo, in attesa delle auspicabili modifiche normative, provvederò sollecitamente a richiamare all'attenzione delle Autorità regionali la necessità di ricordare a tutti gli interessati che le richiamate disposizioni del collegato alla Finanziaria sono vincolanti, oltre che per i medici di medicina generale e per i pediatri di libera scelta, anche per tutti gli altri medici abilitati ad utilizzare il ricettario del Servizio sanitario nazionale.

Mi auguro che la presente nota sia sufficiente a fugare ogni dubbio sugli orientamenti di chi ha la responsabilità politica di assicurare alla popolazione condizioni ottimali di assistenza farmaceutica e, più in generale, sanitaria.

Resto in attesa di ricevere, con la stessa immediatezza, puntuale assicurazione sull'integrale rispetto, da parte di codeste due associazioni, dei contenuti della circolare ministeriale del 28 dicembre.

Rosy Bindi



INSERTO PER GLI ISCRITTI

Anche questo numero, **per i soli iscritti alla FIMMG**, contiene alcune notizie pratiche di grande utilità per l'attività quotidiana:

- Circolare Regionale per l'applicazione del **protocollo per la gravidanza**
- Nuove modalità di prescrizione dell'**eritropoietina**
- A chi e come prescrivere la **fisioterapia**

E' inoltre allegato un manifesto da appendere nei nostri studi per informare i pazienti sulle difficoltà che i Medici di Famiglia incontrano nella tutela della loro salute.

Dal Direttivo FIMMG di Cuneo al Ministero della Sanità

Mozione cuneese contro le ultime "pensate" di Rosy Bindi

Il Consiglio direttivo provinciale della FIMMG di Cuneo, riunitosi il giorno 14.1.1999, valutate le norme contenute nella Legge finanziaria per quanto riguarda la prescrizione di farmaci soggetti a nota e le indicazioni previste dalla circolare ministeriale n. 100/00-1311911 del 28.12.98 che prevedono una modifica delle modalità di attestazione sulla ricetta da parte del Medico di Famiglia delle esenzioni dal ticket per invalidità,

RITIENE

che la necessità di apposizione sulla ricetta del n° della nota del farmaco prescritto con relativa controfirma da parte del Medico si delinea come un inutile e fine a se stesso aggravio burocratico la cui conseguenza è rappresentata solo da una ulteriore diminuzione di accessibilità e accettabilità del Servizio Sanitario Nazionale.

Nello stesso tempo

DENUNCIA

come ingiustamente lesiva della dignità dei cittadini ammalati l'interpretazione fornita dal Ministero della Sanità che identifica come obiettivo l'evitare la possibile falsificazione della ricetta da parte dell'assistito.

Il Consiglio direttivo della FIMMG Cuneo, pertanto, pur non invitando i propri iscritti a trasgredire una Legge dello Stato anche per evitare improduttivi disagi agli ammalati

ESPRIME

con forza la propria protesta nei confronti di questa norma completamente slegata dal contesto di programmazione sanitaria concertata.

RICHIEDE

1. l'immediata costituzione di una commissione paritetica con la FIMMG con il compito di un nuovo modello di ricettario del SSN finalizzato a deburocratizzare il lavoro del Medico di Famiglia;
2. l'impegno del Ministro a risolvere definitivamente con norme legislative i differenti comportamenti rispetto alle norme CUF tra Medici di Famiglia e quelli dipendenti o a rapporto orario con il SSN.

In merito alla nuova normativa di attestazione dell'esenzione dal ticket per invalidità, sottolineando che tale argomento deve far parte di un progetto a più ampio respiro e che vanifica quanto già in vigore con ottimi risultati nella regione Piemonte da molti anni, la FIMMG Cuneo

RIGETTA

tale impostazione non concordata ed invita i propri iscritti a non modificare su questo tema il proprio operato.

Al fine di coinvolgere direttamente i propri iscritti ed i cittadini nella protesta

DA' MANDATO

alla Segreteria Provinciale di mettere in cantiere tutte le forme ritenute utili per il corretto raggiungimento degli obiettivi dell'operazione, in stretto accordo con le Segreterie Nazionale e Regionale, anche pubblicizzando sugli organi locali di informazione tale iniziativa.

Un nuovo ricettario per ridurre la burocrazia

*Incontri tra sindacati medici,
Federfarma e Ministero*

Un nuovo ricettario per i medici del Servizio Sanitario Nazionale per ridurre gli obblighi burocratici e semplificare le prescrizioni a vantaggio sia dei cittadini (per i quali si ridurranno le attese) che dei camici bianchi per i quali ci saranno così meno scartoffie da compilare.

Al nuovo ricettario sta lavorando il ministero della Sanità in collaborazione con le diverse associazioni di categoria interessate che dovranno far pervenire, ai funzionari ministeriali, entro il 10 febbraio le loro proposte per 'ridisegnare' il foglio delle ricette.

Dopo le proteste dei medici, in particolare della Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale (Fimmg) contro le ricette troppo burocratiche volute dalla finanziaria, il ministero ha accolto le richieste dei camici bianchi ed ha aperto un tavolo consultivo per rimodulare il ricettario del Ssn.

Ad una prima riunione, tenuta presso il ministero della Sanità la scorsa settimana, hanno partecipato le diverse categorie interessate (Fimmg, Federfarma, Snami, Federazione Medici, Intesa Medici) che hanno evidenziato le loro esigenze rispetto alla compilazione delle prescrizioni. Entro il 10 febbraio le associazioni di categoria invieranno al ministero, per iscritto, le loro proposte in modo che possano essere analizzate prima del prossimo incontro previsto per il 20 febbraio.

“È necessaria un'attenta valutazione da parte del ministero - ha precisato Mario Falconi, segretario nazionale della Fimmg - perché non basta fare un'opera di 'maquillage' ma dovranno essere cambiate anche delle norme per deburocratizzare il ricettario”.

Intanto medici e farmacisti si stanno organizzando per trovare una soluzione comune. Le diverse sigle sindacali mediche (ad esclusione dello Snami) insieme a Federfarma, si incontreranno in 'casa Fimmg', il 5 febbraio per concordare una proposta comune da presentare al ministero.

“È nostra intenzione - ha spiegato Mario Falconi - lavorare insieme agli altri sindacati con l'obiettivo di arrivare al più presto ad una definizione del nuovo ricettario che vada incontro non solo all'esigenze della pubblica amministrazione e dei cittadini ma anche a quelle dei medici”.

(Adnkronos salute - 26 gen.)

P.I.P.

Avviso per i M. di M.G. ASL 15

A seguito di quanto da me dichiarato in sede di Comitato Consultivo del 15.12.1998 e di quanto ampiamente esposto nel mio articolo sul Bollettino F.I.M.G. n. 5 del 23.12.1998 invito tutti i colleghi a **presentare la distinta mensile delle P.I.P.** (prestazioni di particolare impegno professionale) **senza la firma del paziente** a controprova della avvenuta prestazione, in quanto non dovuta.

Questa proposta nasce come forma di protesta (peraltro legittima) contro le continue ed ingiustificate vessazioni alle quali, purtroppo, siamo abituati a soggiacere da troppo tempo, e come segnale verso la Direzione dell'ASL 15 del nostro crescente malcontento.

Coloro che intendono partecipare a questa iniziativa, sono pregati di **segnalarmi l'adesione** a mezzo Fax (0171-214790 dalle 13 alle 24), oppure di inviarmela a mezzo posta (via Piave, 8 - 12044 Centallo).

Gianpaolo Bono

Fiduciario FIMMG ASL 15

tel. 0336-696779

Non capisco, non mi adeguo

*Suscita interesse l'articolo sull'abbandono dello studio
(e finalmente qualcuno collabora alla discussione)*

Sul bollettino di ottobre ho letto con molta attenzione l'articolo di Gianpaolo Bono intitolato "Dottore, venga subito" in cui, in sintesi, l'autore afferma che il medico di medicina generale non deve e non può abbandonare il proprio studio in orario di apertura né in caso di urgenza né in caso di emergenza, dovendosi in quest'ultima evenienza limitare ad attivare il 118. Poiché già debbo ammettere la tremenda difficoltà nel cercare di mantenere un livello dignitoso di aggiornamento in campo medico, non ho difficoltà a confessare le mie scarse conoscenze in materia legale.

Mi limiterò pertanto, senza pretendere di affermare il giusto, ad esporre il mio disagio dopo la lettura dell'articolo.

La possibilità di distinguere con sicurezza l'urgenza da una emergenza, rispondendo ad una chiamata telefonica, non è sempre nelle mie capacità. Ove persista un dubbio pertanto ritengo di dovermi comportare come se si trattasse di una emergenza. Lavorando in una vallata alpina mi è capitato più volte di poter arrivare (partendo da molto più vicino) qualche minuto prima dei mezzi del 118. Certo è assolutamente indispensabile e primario attivare il 118, ma, secondo me, è altrettanto doveroso recarsi immediatamente sul posto per verificare prima se sia utile prestare un primo soccorso, per condividere poi con gli operatori del 118 la conoscenza della storia, dei problemi e della terapia del paziente. Questo senza alcuna pretesa di operare sugli standard elevati di chi lavora quotidianamente nell'emergenza, nella precisa conoscenza dei miei limiti, senza interferire nel lavoro degli operatori specializzati, ma anche con la ferma convinzione che sia mio dovere portare soccorso comunque, prima di aver potuto verificare con sollievo che altri hanno potuto fare prima e meglio di me.

Più in generale la coscienza mi dice che, in quanto medico, in nessuna situazione, posso rifiutare un soccorso in condizioni di emergenza. Solo dopo aver attivato tutti i servizi del territorio necessari e dopo aver speso tutte le mie possibilità, potrò sapere che il mio intervento non era indispensabile. Dato che nei miei 21 anni di servizio, soprattutto prima dell'entrata in servizio del 118, mi sono sempre occupato dell'emergenza intervenendo personalmente insieme ai volontari della delegazione locale della CRI, so di aver creato disagi ed attese talvolta di ore ai miei pazienti. Anche se oggi l'eventuale assenza dallo studio è ridotta ad

Risponde il dott. Bono:

In merito all'articolo menzionato dal Collega Dott. Camilla, voglio precisare che nacque in seguito alla constatazione che sempre più labile è diventato il confine tra la responsabilità contrattuale e la responsabilità extracontrattuale; che, in Italia, si è sviluppata una cultura giuridica mirante all'inversione dell'ordine della prova della colpa (a favore della vittima), nella convinzione che è molto più difficile per il paziente dimostrare di aver subito un danno dall'opera del medico, che non per quest'ultimo che si trova in una posizione di vantaggio per fornire la prova contraria.

Come se ciò non bastasse, a vigilare sull'operato del medico è nata una pleora di associazioni che si fanno spesso promotrici di procedimenti e di richieste di risarcimento anche in caso in cui la responsabilità è più che dubbia, coltivando nell'immaginario collettivo l'accostamento medico - imputato, medico - colpevole, i cui effetti stiamo vivendo quotidianamente.

Inoltre la "malasantità" italiana ha spesso privilegiato l'informazione di casi di negligenza esponendo i medici alla pubblica riprovazione e con ciò creando nella popolazione il convincimento che in ogni caso la responsabilità vada sempre e comunque ricercata nell'atto medico.

Per tali considerazioni il mio scritto voleva essere ed è un grido di allarme rivolto a pungolare l'attenzione dei colleghi un po' distratti verso norme o leggi ignorate o dimenticate, che potrebbero portarci dritti davanti ad un Procuratore.

Va da sé che il buon senso ed i principi ai quali si ispira il dott. Camilla ed i quali tutti condivido, e che ci hanno sempre guidati nella nostra professione, ci portano a compiere delle scelte ed assumere delle responsabilità che vanno al di là di semplici articoli del codice civile o penale.

Il "sistema 118"

a cura di G. Del Gaudio - Segretario Provinciale della FIMMG Guardia Medica

Continuiamo il nostro discorso sul Sistema 118 entrando nello specifico dell'organizzazione e del funzionamento del sistema d'emergenza sanitaria. L'Emergenza Sanitaria, intesa come situazione clinica di variabile gravità, con insorgenza acuta ed improvvisa, ha da sempre avuto un'importanza sociale per gli esiti che gli eventi possono determinare. Per Sistema d'Emergenza Sanitaria s'intende un insieme ordinato di strutture che comprendono tutte le componenti che interagiscono a livelli diversi, con competenze specifiche.

Obiettivo principale del Sistema d'Emergenza Sanitaria è di rispondere a tutte le esigenze del cittadino di carattere sanitario.

Prima dell'entrata in vigore del DPR 27/03/92, il soccorso era concepito come semplice trasporto dell'infortunato, espletato in maniera disomogenea e senza coordinamento alcuno da Associazioni ed Enti che operavano all'uopo; questo comportava:

- **Confusione** poiché spesso risultava difficile reperire il numero telefonico di chi svolgeva il soccorso;
- **Ritardo nei soccorsi** poiché il soccorso che interveniva non era sempre il più vicino;
- **Mancato coordinamento dei soccorsi** perché sullo

stesso evento, spesso, sovrappungevano più soccorsi e non sempre il paziente raggiungeva poi il presidio ospedaliero più idoneo.

• Si è reso quindi indispensabile riorganizzare tutti i servizi preposti all'Emergenza Sanitaria al fine di ovviare ai problemi su esposti. Il Ministero della Sanità con l'introduzione del DPR succitato ha affrontato il problema. Il Sistema 118 si articola oggi principalmente su quattro punti:

- SISTEMA DI ALLARME TELEFONICO;
- CENTRALE OPERATIVA;
- SISTEMA DI ACCETTAZIONE E DI EMERGENZA SANITARIA;
- PRESTAZIONI DEL PERSONALE INFERMIERISTICO.

IL SISTEMA DI ALLARME TELEFONICO

Tutte le chiamate di soccorso devono giungere ad un'unica centrale operativa e non più ai singoli Enti od Associazioni.

Il sistema di allarme telefonico deve garantire un facile accesso all'utenza e l'assoluta continuità di servizio (h24). L'istituzione di un numero unico, breve, gratuito su tutto il territo-

rio nazionale presenta diversi vantaggi; in particolare per l'**infortunato** quello di ricevere un soccorso qualificato in tempi brevi, e per il **richiedente** quello di avere un numero di facile accesso da qualsiasi apparecchio e di ricevere una pronta ed appropriata risposta.

Oltre che dall'esterno, il Sistema deve poter garantire un rapido ed efficace collegamento con le altre centrali operative provinciali, con le forze dell'ordine, ecc.

Tutte le chiamate entranti devono raggiungere la centrale operativa attraverso le centrali telefoniche pubbliche, anche se durante il percorso si verificano impedimenti per guasti ed anomalie. A sua volta la centrale operativa deve servirsi, per smistare le chiamate, di una rete privilegiata virtuale definita come rete telefonica privata inserita in quella pubblica. L'attuale sistema è quello ISDN che permette di trasmettere, oltre alla fonia, anche un insieme di dati utili allo scambio di informazioni e servizi.

LA CENTRALE OPERATIVA

La centrale operativa, di seguito denominata C.O., rappresenta un elemento principale della fase extraospedaliera delle emergenze/urgenze in cam-

po sanitario e garantisce il coordinamento di tutti gli interventi che sono attivati mediante il sistema di allarme telefonico.

Per l'utenza esterna, peculiarità della C.O. è la possibilità di modulare la risposta di soccorso in funzione alla richiesta di emergenza; in base alla tipologia dell'evento ed alla gravità è individuato il mezzo di soccorso più idoneo all'interno di un'ampia disponibilità.

La richiesta è elaborata in base a protocolli predefiniti, e non in base ad opinioni, e se necessario ricorrendo ad atti medici delegati, e tradotta in un **codice alfanumerico** di priorità che comprende gravità, patologia e luogo dell'evento. L'elaborazione avviene compilando una scheda di centrale di tipo ministeriale, attraverso una serie di domande poste al richiedente, frutto di algoritmi, che permettono di stabilire la presunta gravità dei sintomi riferiti, l'identificazione del chiamante e l'ubicazione del luogo dell'evento.

Tutte le richieste inoltrate al Sistema 118 sono valutate da un **Nucleo di Valutazione** presieduto da infermieri professionali. Essi eseguono un'attenta valutazione ed a seguito di domande e risposte mirate, stabiliscono un codice alfanumerico di intervento e decidono l'invio del mezzo di soccorso ritenuto più opportuno; a questo punto la scheda è consegnata alle competenti gestioni per l'invio del mezzo prescelto.

Il personale addetto alla **Ge-**

stione Elisoccorso ed alla **Gestione Mezzi a terra** dovrà sovrintendere l'intera missione dal punto di vista sanitario, confrontandosi con il **Medico di Centrale**, che ha la possibilità di formulare atti medici delegati per tutti quei casi che esulano dai protocolli.

Compito non meno importante del **Medico di Centrale** è l'interfaccia con le Direzioni sanitarie degli ospedali od Aziende Regionali, e con l'utenza, per quanto riguarda le eccezioni fuori protocollo in merito alle competenze di ospedalizzazione.

Responsabile di tutta la gestione del servizio è il **Medico Responsabile della Centrale Operativa**.

Altri compiti affidati alle C.O. sono:

- **Gestione delle maxi-emergenze;**
- **Gestione delle emergenze ambientali;**
- **Gestione delle emergenze veterinarie;**
- **Gestione della Guardia Medica Domiciliare.**

Esistono a tal scopo specifici nuclei gestiti da personale reperibile per non intralciare la normale routine lavorativa della centrale.

SISTEMA DI ACCETTAZIONE E DI EMERGENZA SANITARIA

La risposta ospedaliera è assicurata da due differenti strutture:

- PRONTO SOCCORSO;

• DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE (DEA).

Il Pronto Soccorso deve garantire, compatibilmente con le specialità di cui è dotato, interventi diagnostico-terapeutici di urgenza, stabilizzazione dei pazienti e trasporto secondario protetto verso centri più attrezzati.

Il D.E.A. deve garantire nell'arco delle ventiquattro ore oltre alle funzioni del P.S., interventi diagnostico-terapeutici di emergenza medica, ortopedica, chirurgica, pediatrica ed ostetrica; inoltre interventi di osservazione – assistenza cardiologici e rianimatori. Secondo le componenti specialistiche aggiuntive e organizzative può essere diviso in I e II livello.

PRESTAZIONI DEL PERSONALE INFERMIERISTICO

Il DPR del 1992 all'art.10 assegna all'infermiere professionale, nell'ambito dell'organizzazione del soccorso extraospedaliero, competenze particolari decise tramite speciali protocolli, ed autorizzate dal Medico Responsabile di Centrale quali:

- Il praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi;
- Svolgere attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali.

Giancarlo Del Gaudio

Verba volant, scripta.... **(speriamo in bene!)**

*La Segreteria Provinciale interviene presso le istituzioni sanitarie
su argomenti di comune interesse*

La terapia del glaucoma e la nota CUF 78

Ai Direttori Generali
ASL 15-16-17-18 1
LORO SEDI

Ai Responsabili S.A.S.T.
ASL, 15-16-17-18
LORO SEDI

I recenti provvedimenti legislativi di riclassificazione dei farmaci ai sensi delle decisioni della CUF che sicuramente le Vs. Aziende hanno comunicato con sollecitudine a tutti i medici di famiglia e ai medici dipendenti per le rispettive competenze prescrittive stanno comportando difficoltà interpretative.

Sono giunte a codesta segreteria richieste di chiarimenti in particolare per quanto riguarda la nota 78 che prevede la prescrivibilità di un farmaco indicato per la cura del glaucoma.

Dal momento che lo specialista spesso prescrive contemporaneamente sia farmaci ad azione betabloccante (tutti in fascia A e senza nota) sia il farmaco in questione sottolineandone al paziente, talvolta in modo scorretto solo a voce, la rimborsabilità completa a carico del SSN, si vengono a creare inopportuni contenziosi fra paziente e medico curante.

Il farmaco in questione è prescrivibile in fascia A pur continuando l'uso dei betablocanti? A nostro avviso questo non è possibile in base all'interpretazione letterale della nota in questione.

Riteniamo opportuno un chiarimento ufficiale scritto a tutti i medici convenzionati ma principalmente ai dipendenti da parte delle Amministrazioni in indirizzo, possibilmente elaborato in modo uniforme in tutta la Provincia per evitare fastidiose sperequazioni di comportamenti.

Siamo a Vs. disposizione per eventuali chiarimenti e ringraziamo della cortese collaborazione.

Distinti saluti

IL SEGRETARIO PROVINCIALE

Dott. Massimo Ferrua

Il Santa Croce all'assalto (per telefono)

Al Direttore Generale Azienda
Ospedaliera Santa Croce e Carle
CUNEO

Al Consiglio Provinciale
dell'Ordine dei Medici ed Odont.
CUNEO

e p/c ai Direttori Generali
ASL 15-16-17-18
LORO SEDI

Risulta a questa Segreteria che un reparto dell'ospedale di Cuneo ha incominciato a contattare telefonicamente i pazienti verosimilmente di relativa giovane età affetti da patologia ischemica miocardica richiedendone il consenso all'effettuazione di alcuni esami ematochimici e strumentali al di fuori del follow-up routinario in molti casi già impostato nelle ASL di appartenenza.

Di questa procedura e degli obbiettivi che essa si pone non ne sono stati avvisati i relativi medici curanti. Inoltre, trattandosi molto probabilmente da uno studio clinico sperimentale, non si evidenzia a carico di chi saranno i relativi costi, quali i risvolti operativi dell'operazione e quando, come e a chi verranno divulgati i relativi risultati.

L'organizzazione dell'iniziativa suscita molte perplessità anche dal lato puramente deontologico.

Restiamo in attesa di un vostro sollecito riscontro.

Distinti saluti

IL SEGRETARIO PROVINCIALE

dott. Massimo Ferrua

Il Consiglio di Stato e la scelta del M. di M.G.

Ai Direttori Generali ASL 15-16-17-18

LORO SEDI

Ai Responsabili S.A.S.T. ASL 15-16-17-18

LORO SEDI

p/c al Consiglio Provinciale Ordine dei Medici

CUNEO

Si invia in allegato, per conoscenza e per le valutazioni del caso, copia della decisione n° 1804 del Consiglio di Stato Sezione V, riguardante la scelta del medico di famiglia.

Si allega, inoltre, copia di un articolo della nostra sezione provinciale al fine di ribadire compiutamente l'opinione in merito della FIMMG, già evidenziata più volte verbalmente in passato.

IL SEGRETARIO PROVINCIALE

Dott. Massimo Ferrua



CONSIGLIO DI STATO

SEZIONE V - DECISIONE 20 OTTOBRE 17 DICEMBRE 1998 N.1804

“Ai sensi dell’articolo 14, comma 4, del DPR 289/1987, può essere consentito che la scelta del medico di fiducia avvenga in favore di un sanitario convenzionato iscritto in un elenco diverso da quello proprio dell’ambito territoriale in cui l’assistito risiede nel caso in cui la scelta sia o diventi obbligata, per ragioni di vicinanza o di migliore viabilità nonché per gravi e obiettive circostanze che ostacolano la normale erogazione dell’assistenza.”

(continua da pag. 11)

un tempo più breve, ho ritenuto utile richiedere il parere di un campione (un centinaio) di assistiti: nessuno ha ritenuto che di fronte all'emergenza io debba rimanere in studio; una decina non ha una opinione chiara, ma tutti gli altri con molta decisione ritengono più utile e rassicurante che tutto proceda come prima, pronti ad accettare di buon grado le mie assenze per interventi di emergenza. Forse comincio ad essere un po' vecchio per navigare con disinvoltura in tutte le

nuove disposizioni, forse la mia non dimenticata origine di medico condotto mi porta a semplificare troppo, ma i principi ai quali mi ispiro mi impongono di fare tutto ciò che può essere di utilità ad una persona in difficoltà.

Dunque dopo qualche giorno passato a meditare ho deciso: non obbedisco, e continuerò nei casi di emergenza ad abbandonare lo studio.

Se un giorno mi troverò davanti ad un Procuratore della Repubblica incaricato di fare

rispettare la legge, spero di potergli spiegare il perché di uno studio abbandonato dal medico, ma sono certo che la cattiva coscienza mi renderebbe incapace di spiegargli la mia assenza presso una persona colpita da gravissimo evento.

Corrado Camilla

Medico di Famiglia

ASL 15

Il dott. Bono commenta questa lettera a pag. 11.

Vertenza con l'ASL 15 per il recupero delle quote arretrate

La FIMMG si muove concretamente per tutelare gli interessi dei propri iscritti

Come annunciato nell'assemblea di Cuneo del 2 febbraio scorso, non è pervenuta alla Segreteria provinciale della FIMMG alcuna risposta alla lettera di chiarimenti che il nostro legale aveva inviato al Direttore Generale Dott. Bergamo e che è stata mandata in copia a tutti gli iscritti dell'ASL 15.

Ci sono stati alcuni segnali che lasciavano intravedere una possibile soluzione positiva al problema, ma questi non sono ancora stati ufficializzati dalla Direzione dell'Azienda Sanitaria.

A questo punto non rimane che prendere l'iniziativa di ricorrere alle vie legali.

Tutti gli iscritti alla FIMMG che hanno ricevuto un danno dall'iniziativa di recupero di quote per pazienti deceduti, trasferiti o per doppia iscrizione **potranno usufruire gratuitamente del patrocinio legale previsto dalla polizza che la nostra Sezione provinciale ha stipulato per tutti gli iscritti e che entra in vigore al momento stesso dell'iscrizione al sindacato.**

Dal momento che la situazione di ciascun medico presenta problematiche differenziate è opportuno inviare in segreteria alcune ulteriori informazioni per scritto:

- eventuale mancata ricezione dei tabulati semestrali indicanti l'elenco aggiornato dei pazienti in carico (l'invio di tali documenti è obbligatorio per l'ASL configurandosi il reato di omissione di atti dovuti per ufficio in caso di mancata spedizione);
- elenco dei pazienti trasferiti all'interno dell'ASL e cancellati d'ufficio a posteriori (non è possibile la cancellazione in tal senso all'interno della stessa azienda);
- per chi non lo avesse già fatto, invio della copia del cedolino e del tabulato che comprovi le trattenute effettuate.

Entro il 15 febbraio gli iscritti dell'ASL 15 riceveranno ulteriori informazioni sulle modalità operative dell'azione legale che la FIMMG di Cuneo sponsorizzerà attraverso il legale convenzionato.