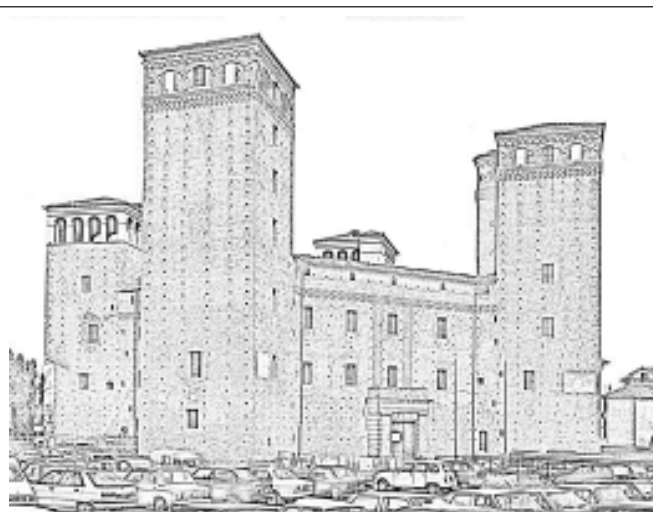




## Notiziario della sezione provinciale di Cuneo



*FOSSANO  
Castello degli Acaja*

n.2

*31 marzo 1999*

### ***In questo numero:***

|   |        |
|---|--------|
| Ghostbusters (nell'ASL) 15                                | pag. 2 |
| Ultime sul nuovo ricettario                               | “ 4    |
| Soggiorno termale di un Medico di famiglia                | “ 5    |
| <i>Quick prodes?</i>                                      | “ 7    |
| FIMMG - SIMG: mai più fratelli coltelli?                  | “ 8    |
| Falconi al Maurizio Costanzo Show                         | “ 9    |
| Rapporti tra Direzioni Generali e Dirigenti Medici di ASL | “ 10   |
| “Questa trascrizione non s'ha da fare                     | “ 12   |

***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

# Ghostbusters (nell'ASL) 15

## *Recupero delle quote dei pazienti "fantasma": il modo ancor ci offende!*

Il famoso film che 15 anni fa ha divertito il mondo intero ha purtroppo fatto scuola.

Non c'è ASL che non stia sguinzagliando i propri impiegati per acchiappare i fantasmi delle quote relative ai pazienti deceduti. Chissà cosa facevano gli estessi impiegati negli anni scorsi, quando una maggior loro attenzione avrebbe evitato tante grane e una così brutta caccia alle streghe nei confronti dei "soliti" medici di famiglia. Ma tant'è, e anche stavolta il mostro è stato sbattuto in prima pagina, salvo poi quasi non riportare, se non in piccoli trafiletti nelle pagine interne, la nostra completa estraneità ad ogni fatto truffaldino.

Poiché nell'ASL 15 il recupero forzoso di tali quote sta creando gravi problemi a molti Colleghi, la Segreteria provinciale ha preso ufficialmente posizione sulla questione inviando alle personalità in indirizzo la seguente lettera:

*Al Direttore Generale A.S.L. 15 CUNEO,  
al Presidente Giunta Regionale TORINO,  
all'Assessore Regionale alla Sanità TORINO,  
all'Assessore Provinciale alla Sanità CUNEO,  
al Presidente Art.12 ex DPR 484/96 TORINO,  
e p.c. al Segretario Nazionale FIMMG ROMA,  
al Segretario Regionale FIMMG TORINO*

*L'operazione che è attualmente in atto nella ASL 15 di Cuneo e che ha come obiettivi il controllo e la veridicità del numero degli assistibili a carico del Servizio Sanitario Nazionale rappresenta un compito istituzionale dell'amministrazione che deve esplicarsi costantemente.*

*Pur riconoscendone la legittimità, questa verifica necessita di alcune considerazioni: ritengo necessario, infatti, che la definizione di questo problema debba coinvolgere tutta l'amministrazione sanitaria regionale dal momento che rappresenta una questione che è strettamente collegata al finanziamento dell'assistenza su tutto il territorio Piemontese.*

*Il recupero delle somme riguardanti gli emolumenti ai medici di medicina generale convenzionati ex DPR 484/96 per l'assistenza ai cittadini deceduti trova una sua logica giuridica nell'evidente impossibilità ad esplicarsi dell'attività per la quale il compenso è stato previsto.*

*Il sopracitato DPR prevede ben precisi termini scadenziali nella comunicazione al medico interessato dell'avvenuto evento e pone a carico dell'amministrazione pubblica, ASL e anagrafi comunali, la responsabilità oggettiva del costante e non saltuario aggiornamento degli elenchi degli assistibili.*

*Oltretutto il compenso è frazionato in ratei mensili ed essendo nella fattispecie l'irregolarità di erogazione non riconducibile ad una omissione da parte del medico interessato, non trova giustificazione la restituzione in una unica soluzione delle somme percepite per gli anni precedenti ai dodici mesi.*

*Resta inoltre da stabilire il possibile inquadramento giuridico di questa carenza di efficacia nell'operatività strutturale degli organismi deputati al controllo degli elenchi dei cittadini titolari di diritto all'assistenza sanitaria.*

*La Segreteria provinciale della FIMMG è fermamente intenzionata a vagliare nell'immediato futuro eventualmente attraverso le vie legali più opportune la posizione dei vari funzionari di anagrafe e di USL, coinvolgendo nella responsabilità gli amministratori locali e delle strutture sanitarie.*

*Questo non tanto per ridurre le somme in denaro che il medico deve restituire alla pubblica amministrazione, quanto per motivi di principio: è inammissibile che possa essere considerato esclusivamente un banale errore amministrativo a fronte delle problematiche e dei risvolti che si vanno delineando.*

*A questo punto diventa necessario assumere ciascuno le proprie responsabilità per evitare che possano accadere ancora in futuro fatti simili e che possa risultare negativa per l'opinione pubblica l'immagine del medico di famiglia.*

*Censurabile ed in contrasto con le più elementari norme del codice civile risulta essere la metodica adottata dalla ASL 15 che ha trattenuto direttamente le quote prima di evidenziare le fonti certe dell'avvenuto decesso dell'assistibile e senza affrontare un contraddittorio con il diretto interessato; questo con la presunzione che i calcoli eseguiti dall'amministrazione fossero corretti e non suscettibili di revisione in base alle controdeduzioni del medico derivanti dalla*

documentazione in suo possesso.

Queste due irregolarità sono state segnalate al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria attraverso il nostro consulente legale, ma, a parte rassicurazioni verbali, non hanno ancora trovato riscontro ufficiale con comunicazione diretta alla Segreteria Provinciale del Sindacato e ai medici interessati.

Inoltre la mancata formalizzazione dei cittadini effettivamente assistibili da parte dei medici generali convenzionati, comporta l'insorgenza di due problematiche di ordine contrattuale e di organizzazione della assistenza sanitaria territoriale.

Nel momento in cui il medico non può censire assistiti perchè il suo massimale risulta saturato da pazienti deceduti, risulta evidente il danno economico che ne deriva. A questa considerazione va aggiunto il rilievo che gli emolumenti percepiti erroneamente sono già stati assoggettati "illo tempore" alle ritenute fiscali previste dalla normativa in vigore e pertanto i calcoli da eseguirsi all'atto della richiesta di restituzione devono tenere conto di questo aspetto.

La mancata coordinazione fra anagrafi comunali e ASL sicuramente può aver causato gravi inconvenienti alle operazioni di verifica del rapporto ottimale fra assistibili e necessità di medici convenzionati.

La individuazione di zone carenti di assistenza medica territoriale ed il relativo inserimento del medico generale in base a dati non aggiornati ha comportato grossi problemi nelle vallate del circondario di Cuneo: il "turnover" degli operatori è stato elevato per ovvie difficoltà economiche degli stessi dovute al numero notevolmente più basso dei cittadini rispetto alle valutazioni dell'amministrazione.

In secondo luogo sarebbe importante capire in quale capitolo di entrata l'amministrazione pubblica inserisce queste somme derivate nell'occasione da controlli non effettuati come di competenza in anni passati.

Infatti il finanziamento delle varie ASL avviene con quote ripartite in base al numero degli effettivi residenti, corrette in ragione di età e particolari realtà locali di cui il compenso del medico generale rappresenta solo una piccola parte delle risorse assegnate: la parte delle risorse economiche riferentesi ai cittadini deceduti viene recuperata anche e non solo dai medici di medicina generale per essere restituita integralmente all'ente erogatore regionale?

Stesso discorso vale per le risorse assegnate dal Ministero della Sanità alla nostra regione: l'Azienda Sanitaria locale di Cuneo ha già restituito la quota capitolaria di USL alla Regione Piemonte o è in procinto di farlo? Nello stesso tempo verrà riconsegnata la quota di pertinenza regionale al Ministero del Tesoro?

A fronte di queste considerazioni è importante valutare anche la situazione opposta che spesso si verifica: esistono infatti dei cittadini che non hanno mai scelto il medico di famiglia o che pur avendolo scelto in realtà non risultano negli elenchi dello stesso e che sono assistiti senza corresponsione del compenso capitolario da parte della ASL.

Attualmente non risulta che al momento della verifica, la retroattività degli emolumenti al medico interessato giunga fino alla data dell'evento e sarebbe curioso accertare se l'ASL ottiene i finanziamenti regionali per questi pazienti.

A questo si aggiunge il dato che alcuni cittadini, pur presenti negli elenchi degli assistibili della Azienda Sanitaria locale con tanto di indirizzo di domicilio, non risultano all'anagrafe dei comuni interessati come deceduti o trasferiti.

Se si vuol procedere coerentemente e con trasparenza per sanare questa improduttiva allocazione di risorse avvenuta a causa di carenza organizzativa delle strutture pubbliche, non si può solo scaricare le responsabilità sul medico generale, con i tutti i risvolti negativi che la stampa a livello nazionale in questi giorni riporta.

La nostra categoria non vuole trattenere i compensi che si riferiscono ai pazienti deceduti o difendere chi ne ha tratto degli utili, qualora questo venga dimostrato in modo incontrovertibile, ma nello stesso tempo sottolinea la necessità che si uniformino alla stessa metodica anche le ASL che non devono tarare la loro programmazione in base a delle risorse a loro non dovute. Nello stesso tempo è indispensabile che la situazione venga governata con assunzione di precise responsabilità di gestione dei funzionari addetti.

Il perdurare di questa situazione confusa alla fine lascia spazio solo ad una immagine negativa che il Servizio pubblico offre al cittadino che potrebbe intravedere in questa disorganizzazione una ulteriore motivazione alla sua sfiducia: se lo Stato non riesce a controllare e a sapere il numero reale degli abitanti diventa difficile capire come può avvenire una produttiva e trasparente destinazione delle risorse non solo in campo sanitario.

Siamo alieni dal pensare che questa "disattenzione" possa essere in qualche caso inconsciamente collegata ad una ricerca di maggiori finanziamenti in genere.

Tuttavia, i medici di famiglia della FIMMG in qualità di operatori del settore e come cittadini sono stufi di essere additati periodicamente dai mass-media come i truffatori di stato e della disarmante leggerezza con la quale l'amministrazione cerca di cancellare gli errori del passato che hanno portato ad un approssimativo utilizzo del denaro

pubblico e reagiranno a questa ulteriore provocazione indicando chiaramente quali sono e a chi devono essere accreditate queste disfunzioni.

Per quanto riguarda il trasferimento del cittadino in ambito diverso da quello di scelta del medico di fiducia la problematica assume connotati diversi.

Infatti se il trasferimento avviene all'interno della stessa ASL la normativa in vigore non prevede cancellazioni di ufficio, restando il paziente in carico al medico originariamente scelto.

Nel caso di trasferimento in altre aziende è inammissibile che la comunicazione giunga al medico curante a distanza di anni: a questo riguardo il DPR484/96 all'articolo 28 comma 3 prevede il termine massimo di tre mesi.

Pertanto non è ipotizzabile una trattenuta al medico curante oltre tale termine, se ovviamente non interviene una scelta del paziente in favore di un secondo sanitario convenzionato.

Comunque anche in caso di mancata comunicazione da parte dell'Azienda dell'avvenuto trasferimento e della relativa revoca da parte dell'assistibile l'effetto economico decorre dalla data di comunicazione al medico interessato come previsto al comma 4 del Dpr sopracitato.

L'evidenza giuridica di questa norma è dovuta al fatto che di fronte ad un paziente che risulta ancora nell'elenco, il medico convenzionato è obbligato per norma contrattuale ad erogare gratuitamente la prestazione sanitaria richiesta, non essendogli ancora affidati compiti di identificazione delle generalità ed effettiva residenza del cittadino.

Analoghe considerazioni possono essere fatte per i cosiddetti pazienti sconosciuti alle varie anagrafi comunali, ma presenti negli elenchi delle ASL.

La Fimmg di Cuneo si aspetta risposte precise.

Il Segretario Provinciale FIMMG  
dr. Massimo Ferrua

---

# Nuova ricetta SSN: sospese le trattative

Potrebbe avere una validità fino a 30 giorni, stampata in differenti colori a seconda delle categorie mediche (medici di famiglia, ospedalieri, specialisti, funzionari di Asl) che la useranno per le prescrizioni di farmaci e analisi e, soprattutto, dovrà essere semplice da compilare.

Questo il possibile modello della nuova ricetta "antiburo-crazia" al centro della riunione al Ministero della Sanità tra i sindacati medici e i rappresentanti della Federfarma. "L'obiettivo di un nuovo modello di ricetta - ha spiegato Mario Falconi, segretario della Federazione dei Medici di Famiglia (Fimmg) - è quello di rendere meno burocratica la sua compilazione semplificando il lavoro dei medici nel rispetto delle esigenze dei cittadini, della pubblica amministrazione e dei farmacisti".  
Tra i numerosi modelli proposti,

quello messo a punto dalla Fimmg avrebbe raccolto i consensi più ampi: quattro caselle per le procedure di esenzione; possibilità di prescrivere tutti i farmaci, anche quelli di fascia C (a carico del cittadino); spazio per l'autocertificazione. Un punto dolente della discussione rimane quello legato all'obbligo per il medico, previsto dalla Finanziaria '99, di scrivere sulla ricetta il numero della nota relativa al farmaco prescritto. "Vorremmo superare questa ulteriore incombenza - ha aggiunto Falconi - per esempio con la dicitura "compilata nel rispetto del prontuario e le note della Cuf".

Si è preso atto nella riunione tecnica riunita, che il Ministero non aveva provveduto ad alcuna opera di sintesi alle proposte presentate né alla formulazione di una propria proposta.

La Fimmg pertanto ha imme-

diatamente ribadito la propria indisponibilità a concordare modifiche formali nel ricettario non collegate a sostanziali semplificazioni burocratiche, per realizzare le quali è indispensabile modificare alcune norme di legge.

Per questo motivo, d'intesa con le altre sigle mediche firmatarie del documento abbiamo chiesto l'interruzione dei lavori e una verifica urgente con il Ministro per avere chiarezza sull'eventuale percorribilità delle modifiche legislative necessarie ad una reale semplificazione del ricettario.

Meno chiaro è stato l'atteggiamento di FEDERFARMA. Questa mancata chiarezza induce a riflettere sulla reale volontà di questa associazione a voler trovare forme di collaborazione con gli altri professionisti del territorio.

# Alle Terme, ma non per “passare le acque”

*Scuola nazionale Formazione Quadri FIMMG a Montecatini. Cosa ci vado a fare?*

**di Gianpaolo Bono**

Una prima risposta potrebbe essere una domanda: cos'è la medicina generale oggi e cosa significa essere medico di famiglia?

Che la medicina generale si svolga in una dispersione “illimitata” di carichi di lavoro, in quadri molteplici e variegati di epidemiologia; che l'assistenza sanitaria di base sia diventata un'entità complessa svolgendosi in una “terra di nessuno” tra il sanitario ed il sociale; che la malattia sia sempre più cronica, che si sia elevata l'età media dei pazienti, che i risultati delle cure spesso siano incerti, che i diritti rivendicati siano diventati illimitati e che le risorse economiche siano sempre più limitate, mi paiono tutte risposte ovvie e non sarebbe necessario correre fino a Montecatini per spremere le meningi su questi argomenti.

Ciò che invece vado ad apprendere e soprattutto a confrontarmi con altre realtà italiane, è che i medici di famiglia, quelli, tanto per intenderci, pronti a rispondere a qualsiasi domanda di assistenza e quelli travolti da mille incombenze burocratiche, dovranno prima o poi (ed in alcune Asl questo già avviene) confrontarsi con la richiesta di una particolare attenzione all'uso delle risorse, cioè con la capacità di gestire un “budget” inteso come una particolare responsabilizzazione in

termini monetari rispetto agli obiettivi di salute.

Ciò comporta ritrovare un ruolo specifico del medico nell'organizzazione della sanità pubblica, stabilendo le mansioni del medico di famiglia e nello stesso tempo mantenendo il patrimonio di umanità e di empatia nell'approccio al malato che lo differenzia dalla medicina specialistica.

E' frase fatta che la medicina di base dovrà essere quella parte dell'attività sanitaria che percepisce la totalità della persona, orientata più sul paziente che non sulla malattia: è arcinoto che poco servono imponenti tecnologie e mezzi se la famiglia non concorre all'assistenza di persone anziane, disabili o sole.

Il problema è definire questo tipo di medicina che passa attraverso la figura del medico della persona, aggiornato sì sul più moderno sapere, ma capace di saper fare e saper essere, esercitando quindi una medicina forse un po' più povera sul piano tecnologico, ma assai più ricca nella parola.

In quale modo la medicina generale dovrà diventare ed essere un ponte tra la conoscenza della patologia e quella della clinica, mediando tra la persona ed i modi con cui la società definisce la salute, la malattia e la guarigione, quando essa stessa deve occuparsi, per definizione, di

tutti, garantendo l'universalità dell'accesso al sistema delle cure?

Questo modello presuppone una formazione idonea e peculiare del medico di medicina generale: come può essere inserito il medico nella allocazione delle risorse? Possiede i mezzi per essere efficace ed efficiente?

Nello stesso tempo il concetto di equità impone che le risorse debbano essere impegnate soprattutto a favore dei più deboli e quindi i medici dovranno partecipare alla scelta delle priorità assistenziali, decidendo da quali valori devono far discendere la propria deontologia.

Certamente la - *promozione della salute - educazione sanitaria - prevenzione delle malattie* -, rappresenterà il tridente di un nuovo impegno del medico generale al quale si chiederà di svolgere sì un ruolo “curativo”, ma anche “opportunistic”, cioè di approfittare della malattia per introdurre la prevenzione primaria e secondaria e di “iniziativa”, cioè farsi carico di richiamare i pazienti a controlli periodici.

Ciò porta alla ribalta la necessità impellente di modificare la medicina fondata su pratiche isolate ed individuali, quella delle risposte cliniche semplici, per arrivare ad una pratica della medicina associata, con risorse umane e tecniche diverse, inse-

rita in un'organizzazione distrettuale, trasformando il medico generale in un professionista che, in collaborazione con altri colleghi generalisti, agisce a tutto campo sulla tutela della salute, conoscitore dei problemi dell'individuo, competente nel guidare il paziente nei meandri dell'assistenza specialistica ed attento all'uso delle risorse disponibili.

La Convenzione nazionale e gli Accordi regionali hanno tentato di qualificare l'offerta delle prestazioni di base e di selezionare la domanda: si chiede al medico di responsabilizzarsi nella gestione del servizio, ma non gli si fornisce gli strumenti idonei e non si regola il rapporto con gli specialisti, anche se in molte ASL italiane si sta cercando di valorizzare e potenziare le cure primarie, di ridurre il ricorso alle strutture di secondo livello ed il tasso di ospedalizzazione, e ci si è posti l'obiettivo di coordinare i flussi di dati ai fini epidemiologici e di governo della spesa.

Per svolgere la professione medica in modo ottimale occorre non solo essere medici preparati, ma operare all'interno di una organizzazione adeguata: lo studio del medico deve diventare un "*presidio distrettuale*", attivando non soltanto processi clinici, ma processi assistenziali in stretto contatto con personale infermieristico e sociale, partecipando a ricerche epidemiologiche e sperimentando forme di "*managed care*": medico come "*responsabile della somministrazione*" degli strumenti  
6 del servizio, inserito in una or-

ganizzazione di prevenzione, educazione sanitaria e cure.

Il nocciolo del problema però si può condensare in due domande: è possibile per il medico servire due padroni? È possibile il rapporto fiduciario medico - paziente, quando il "*terzo pagante*" vuole imporre limiti all'attività del medico per controllare l'uso appropriato delle risorse? E quindi il medico deve o no partecipare alle scelte di allocazione delle risorse; deve o no accettare linee guida e/o priorità assistenziali o deve egli stesso partecipare alla formulazione di queste?

Quale trattamento porta maggior beneficio al paziente? Quale trattamento ottimizza l'uso delle risorse e produce un paziente soddisfatto? (Com'è possibile inserire regole razionali nell'irrazionalità della domanda di salute?).

Medico come direttore di "*agenzia sanitaria*" responsabile della qualità dei servizi, manager scientifico, morale, organizzativo, anche se sue prerogative saranno sempre compiti clinici e umani e dovrà sempre difendere il paziente e non il servizio o la struttura.

È possibile adottare per i medici un metodo di lavoro di modo che le decisioni siano valide sul piano scientifico, eque nell'uso delle risorse, efficaci ed attente all'uomo sofferente?

È possibile limitare le differenze di stile e di abitudine tra i medici, garantendo la libertà del singolo?

Sì, purché si riconosca che questa non è illimitata né priva di regole tale da portare ad una

dispersione di mezzi e risorse: decidere ciò che è utile per il paziente nell'ambito di scelte mediche corrette dalle quali deriva, sia l'equità distributiva, che l'eguaglianza di accesso ai servizi, che il diritto alla salute per tutti.

Infatti se le risorse saranno sempre più scarse occorrerà concentrare i consumi sulle prestazioni e sui servizi efficaci e questa ricerca di efficacia dovrà coinvolgere tutti i medici e tutti i livelli per ottenere un beneficio sociale.

Bisogna inventare un meccanismo per rifondare l'impegno dei medici e tale cambiamento passa attraverso un nuovo modo di relazione tra medici e direzione aziendale, per coinvolgerli nei processi decisionali e di controllo.

Questo rinnovamento passa attraverso l'autocontrollo professionale, attraverso il mutamento dell'atteggiamento censorio aziendale in uno di valorizzazione professionale.

Di conseguenza bisognerà intensificare i contatti e le riunioni con e tra i medici: è fondamentale la percezione di appartenenza aziendale e della capacità di dividerne gli obiettivi.

Scopo di queste righe è cercare di comunicarvi alcuni punti del nostro dibattere e confrontarci a Montecatini e di rendervi partecipi delle difficoltà esistenti sulla strada dell'evoluzione della medicina di famiglia finalizzata ad una migliore assistenza sanitaria al cittadino.

# Controllo riuscito, malato morto

(e l'INPS, commosso, ringrazia)

Nella saggezza popolare è uso ritenere che non vada mai male ad alcuno senza che nel frattempo vada bene a qualcun altro; in questo modo si volgarizza il concetto che tutto il male non vien per nuocere. Questo comune modo di sentire, non credo tuttavia possa applicarsi anche alle strutture sanitarie, soprattutto se di livello elevato. Da sempre sono abituato a ritenere che la scienza medica sia appannaggio delle strutture Universitarie ed Ospedaliere in tutte le sue varie configurazioni, mentre sul territorio, si sa, spesso veniamo confusi coi vari praticoni, più dediti all'arte che non alla scienza medica.

Tuttavia mi sono ancora stupito, qualche tempo fa, nel vedermi recapitare da una mia cliente, alcuni fogli recanti consigli al paziente in terapia con anticoagulanti orali. Procedendo nella lettura, non sono stato capace di resistere alla tentazione di fotocopiarli, per rimeditarli con più calma, e cercare di imparare qualche novità.

Ho così imparato un sacco di cose nuove. Esiste finalmente un ambulatorio specialistico che affronta il problema della terapia anticoagulante monitorando settimanalmente il tempo di Quick\INR. Io non dovrò più fare nulla, non pormi nessun problema, tanto è stato persino inventato il “passaporto” utile nel caso il paziente dovesse mai allontanarsi dal predetto ambulatorio. Dovrò solo stare attento nel prescrivere nuovi farmaci per il problema di eventuali interferenze, mentre prima della nascita di tale servizio era, evidentemente, consentito associare all'anticoagulante, non importa cosa, dall'ASA in là.

Ho avuto qualche difficoltà a recepire l'obbligo di redigere per il paziente ben due distinte impegnative, l'una valida per quattro determinazioni del tempo di Quik\INR da consegnare al Laboratorio Analisi e l'altra valida per quattro prescrizioni della terapia anticoagulante. Qualcuno mi può spiegare come mi sia possibile prescrivere ad un altro collega, seppur specialista (quickologo?), una prescrizione? Ma fino a ieri, non ero io il facile prescrittore, anzi, ordinatore di spesa, su cui tutti hanno il diritto di effettuare controlli? Mi mancano palesemente le parole per prescrivere una prescrizione di quattro terapie anticoagulanti.

In preda a questi dubbi, che ancora oggi, a distanza di tempo mi tolgono il sonno (non paia eccessivo a chi legge: è difficile rendersi conto ed accettare di essere divenuto cretino, tanto da non capire più uno scritto) alzo gli occhi alla signora che seduta avanti a me pazientemente attende. Ella ripone in me la sua fiducia, proprio perché ho seguito tutto l'iter della sua malattia che l'ha duramente provata; accanto a lei siede il marito, pensionato, che l'accompagna ovunque con la sua anziana autovettura, essendo l'unico abilitato alla guida della famiglia. Non me la sento di intavolare discussioni di alcun tipo, anzi scrivo e



## INSERTO PER GLI ISCRITTI

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

- Circolare Regionale sulle “quote caro-vita”
- Chiarimenti ministeriali sulla nota 78 per i farmaci anti-glucoma
- Risposta alla contestazione ASL di ricette formalmente irregolari
- Modalità per il ricorso IRAP
- Trattative per il rinnovo della Convenzione
- Falsi allarmi per la compilazione della ricetta: codice fiscale e timbo del medico

prescrivo, esortandola a seguire tutte le istruzioni del foglio, anche se loro manifestano delle grosse perplessità sulla necessità della “doppia gita” settimanale all’ambulatorio.

Tornato a casa tento di fare il classico conto della serva: di quanto si può ridurre la probabilità di morte, seguendo queste nuove indicazioni rispetto alla procedura precedente?

Ritengo (qualcuno mi dica se sbaglio di grosso) che la probabilità di morte si riduca in modo del tutto insignificante.

Di quanto aumenta invece la probabilità di morte per questi due vecchietti (raffronto la possibilità di exitus per turbe della coagulazione di uno solo, rispetto alla possibilità di morte di entrambi) considerato che le “gite” bisettimanali vengono condotte a bordo di una vetusta Fiat 127 lungo un percorso di 23 Km di una strada ad alto traffico, tristemente famosa per il numero di morti elevato in raffronto alla sua lunghezza chilometrica?

Ritengo in scienza e coscienza, valutate tutte le variabili, che il rischio generale di gran lunga superi il beneficio specifico.

E’ dunque proprio vero che non va mai male a qualcuno, senza che vada bene ad un altro: l’I.N.P.S., non dovendo erogare più ben due pensioni, sentitamente dovrebbe ringraziare!

---

## Mai più “fratelli - coltelli”?

*Nuove regole di collaborazione con la SIMG*

**dalla FIMMG nazionale**

“*Alla Convention della S.I.M.G. mi sento in famiglia*” così ha esordito il Segretario Nazionale della FIMMG intervenendo ai lavori della società scientifica dei medici di famiglia.

Dopo una disamina dell’attuale situazione politica in campo sanitario e sullo stato d’avanzamento della legge delega e del rinnovo della convenzione, M. Falconi ha affrontato il tema dei rapporti Sindacato/Società Scientifica. “*Ereditiamo un passato importante e per molti versi positivo ma con alcuni problemi non risolti. Con Claudio Cricelli sono pronto ad incontrarmi per sgombrare l’orizzonte da qualsiasi equivoco. Considero la SIMG un importante valore aggiunto per il medico di famiglia e pertanto difenderò sempre ed in ogni sede la Società Scientifica anche se in un prossimo futuro si dovesse recidere il cordone ombelicale che ci ha sempre unito.*”

Il Segretario Nazionale FIMMG ha ribadito la necessità di un maggiore impegno “politico” della SIMG e della FIMMG per porre rimedio alle disfunzioni del sistema politico nazionale che quotidianamente propone norme che destabilizzano la sanità italiana e la professione medica. In sintesi “né Guelfi né Ghibellini” ma medici di famiglia impegnati tutti (nella FIMMG o nella SIMMG o in entrambe comespesso accade) per un obiettivo condiviso che è la difesa della salute del cittadino e la difesa e la qualificazione dell’unica figura professionale che quella salute cura per intero: il medico di famiglia.

Il neo eletto Presidente Nazionale della S.I.M.G., Claudio Cricelli, ha aperto i lavori della 1° Convention Nazionale S.I.M.G. “*Ideare il presente e il futuro*” facendo trovare ai soci presenti un account personale di posta elettronica presso il server SIMG. E’ stato questo il primo segnale della nuova linea politica e organizzativa del presidente che ha introdotto i lavori con una prolusione sul senso e sugli scopi della società professionale oggi. Il modello proposto è quello di una società professionale moderna che produce servizi dai soci per i soci. La parola d’ordine è “*Chi alza la mano per proporre progetti avrà l’onere di realizzare quanto propone.*” Cricelli ha sottolineato la necessità, ormai improrogabile per la S.I.M.G., di incidere anche politicamente sulla Sanità italiana. Di qui la necessità di un chiarimento con la FIMMG e l’annuncio dell’intervento di M.Falconi ai lavori della Convention.

8

La Società si è dotata di nuovi strumenti di comunicazione: ufficio stampa, quattro progetti editoriali, uno staff di Management, SuperSIMG (un nuovo server per poter sfruttare tutta la potenzialità della rete). Tra i progetti nel cassetto l’acquisto di una medline da distribuire ai soci, e la nuova sede della scuola con annessa foresteria.

# La FIMMG al Costanzo Show

*La nostra voce per ribadire, in un programma di audience, la realtà dei fatti nella medicina di famiglia*

---

M. Falconi è apparso nella nota trasmissione televisiva di Canale 5, in una puntata interamente dedicata, viva l'originalità, alla malasanità.

Accanto a lui il dr. Bollero, Segretario Nazionale dell'ANAAO, la d.ssa M.T. Petrangolini, segretario Nazionale del Tribunale per i diritti del Malato, il dr. Ferraris, autore del libro-denuncia sulle storture della Sanità "Camici e pigiami" e, ospiti immancabili *ad benevolentiae captationem* quando un programma radiotelevisivo parla di salute, due parenti di altrettanti sfortunati pazienti defunti in ospedale, vittime sempre della malasanità.

Non poteva d'altra parte mancare l'immancabile ed ineffabile on. Raffaele Costa, a cui pare sufficiente essere stato ministro della Sanità per ritenersi un esperto in materia (non dimentichiamo che ai suoi tempi un suo compagno di partito e predecessore in tale dicastero, tale on. De Lorenzo, era ospite del programma *must* del teatro Parioli una sera sì e l'altra anche in quanto si sentiva investito della divina missione di salvare la Sanità dalle grinfie fameliche dei medici).

Molti gli aspetti delle disfunzioni della moderna sanità trattati (il mancato riconoscimento del danno da negligenza medica, il problema dei controlli sulle strutture sanitarie pubbliche e private, la mancata razionalizzazione delle risorse, il potere degli Ordini dei Medici, etc.) ma tutti con una certa nota di stanchezza a causa, da un lato, della complessità dell'argomento e, dall'altro, della necessaria brevità del palinsesto televisivo, con un certa superficialità.

Falconi e Bollero hanno espresso una profonda solidarietà con i due familiari che hanno raccontato le loro storie con estrema commozione

Di qui Mario Falconi, con profonda coerenza ed onestà, ha saputo dare risalto al problema della ricertificazione in Medicina Generale come soluzione non solo possibile ma doverosa se effettuata da chi ha l'effettiva competenza per farla, richiamando i politici ad un costruttivo confronto. "Noi siamo disposti a rimetterci in discussione ed in ogni momento il cittadino deve avere la certezza che chi opera nella sanità sia accreditato a farlo e valutato periodicamente per le sue capacità".

Ancora una volta si è avuto la sensazione che solo chi come il medico di famiglia vive (e non solo opera) tutti i giorni insieme ai propri pazienti può riconoscere e proporre soluzioni ai bisogni dei cittadini.

Falconi ha inoltre confessato di pregare tutte le sere il Signore affinché ci faccia risvegliare all'indomani in un Paese normale. Oggi questo è un Paese anormale.

"Viviamo in uno Stato - ha proseguito Falconi - in cui è possibile criminalizzare una intera categoria con false accuse di truffa per "assistiti fantasma" ed è necessario autodenunciarsi per poter richiamare l'attenzione dei mezzi di informazione e chiarire ai cittadini che non solo non c'è truffa alcuna, ma il truffato spesso è il medico. Accade che in alcune ASL è possibile prenotare esami e visite per telefono, in altre, invece, i cittadini sono costretti a lunghe file."

Che dire?

Caro Segretario Nazionale, anche noi tutte le sere facciamo la tua stessa preghiera!

Qualcuno ci ascolterà?

# Direzione Generale e Dirigenza Medica: quali rapporti nelle ASL?

## *I progetti della Fimmg Cuneo per la Sanità locale*

La FIMMG di Cuneo, nella figura del Fiduciario dell'ASL 15 dr. Bono in sostituzione del Segretario provinciale impossibilitato a da un lutto familiare e a cui vanno le nostre condoglianze, ha preso parte al convegno che l'Ordine dei Medici di Cuneo ha recentemente organizzato con lo scopo di esaminare i rapporti, sempre più fondamentali e purtroppo problematici, tra la i Direttori Generali delle ASL ed i Dirigenti Medici.

Ci pare qui doveroso informare i Medici di Famiglia sull'intervento che è stato tenuto dal nostro Collega.

“Ringrazio, anche a nome del dott. Ferrua, oggi assente per un lutto familiare, il Consiglio dell'Ordine dei Medici ed in particolare il dott. Palanca, dell'invito a partecipare a questo convegno.

*D'altra parte non posso nascondervi il mio e suo positivo stupore per essere stato invitato, in qualità di medico di famiglia rappresentante sindacale FIMMG, come relatore, nella discussione dei rapporti che intercorrono, o che dovrebbero essere presenti, tra la Direzione Generale e la Dirigenza Medica nella Azienda Sanitarie.*

*Il fatto di essere seduto a questo tavolo mi consentirà alcune considerazioni su come noi medici di famiglia vorremmo fosse impostata l'organizzazione ideale di una Azienda sanitaria.*

*senza di medici di medicina generale, all'interno dell'ASL, viene relegata ad un semplice ruolo consultivo, quando non è sfacciatamente limitata alla pura e semplice informazione di processi assistenziali o pseudo assistenziali decisi in altre sedi.*

*Troppo spesso si vuole deliberatamente dimenticare che i medici di medicina generale, seppur liberi professionisti, fanno parte integrante dell'Azienda stessa, vorrei dire allo stesso titolo dei vari direttori, colleghi amministrativi, giù, giù fino all'ultimo infermiere ed impiegato.*

*E ciò accade anche a fronte di universali dichiarazioni sulla importanza operativa del medico di base, sul suo ruolo fondamentale nel riscrivere una assistenza sanitaria efficace ed efficiente.*

*All'ultimo Congresso Nazionale FIMMG, il ministro Bindi affermò con vigore che ai medici di famiglia sarebbero state consegnate le chiavi del Sistema Sanitario, ma tale affermazione viene quotidianamente smentita allorché assisto con rabbia alla limitazione della figura del medico ad un ruolo di filtro dell'accesso alle prestazioni, ad una sorta di rubinetto regolatore della domanda e censore nella prescrizione farmaceutica.*

*Leggevo recentemente che la spesa della medicina di famiglia non supera il 5% della spesa complessiva, e tale cifra comprende di fatto i beni ed i servizi ambulatoriali forniti dagli stessi medici e che quindi i medici più attenti al proprio*

*decoro professionale finiscono per essere penalizzati da un contratto che né premia né rimborsa tali spese.*

*Questa situazione schizoida richiede oggi di intervenire con strumenti che presuppongano una diversa organizzazione: la capacità di risolvere sul territorio la massima parte dei problemi del cittadino – paziente.*

*Ciò significa creare finalmente e far funzionare i distretti non come emanazioni burocratiche amministrative, ma dare loro un budget, la possibilità e la certezza di una progettualità coerente di tutto il servizio dell'assistenza, discutendo insieme ai medici di famiglia gli obiettivi e l'organizzazione del distretto, al di là della semplice miopia amministrativa del perseguimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio aziendale.*

*Il medico deve diventare il fulcro operativo e dirigente, tengo a sottolineare la parola dirigente, responsabile anche della gestione economica: gli studi professionali devono diventare presidi distrettuali ed il distretto deve poter incrementare i suoi consumi interni contraendo quelli esterni (vedi ricoveri non sempre appropriati e richieste non sempre giustificate).*

*Concordo e condivido pienamente quanto affermato dal dott. Losano quando afferma che è arrivato il momento di procedere identificando gli obiettivi da raggiungere nell'assistenza, come del resto indicato nei piani sanitari nazionale e regionale, stravolgendo l'usanza attuale della singola prestazione slegata dal contesto generale.*

*Ma per arrivare a questo è assolutamente necessario rivedere l'attuale strutturazione dell'impostazione generale delle ASL, trasformando una gestione di tipo prettamente e rigidamente piramidale in una condivisione degli obiettivi che passa attraverso una integrazione dei compiti programmatori e amministrativi del Direttore Generale e del suo staff con un cambiamento di paradigma da parte dei medici di famiglia che devono diventare attenti, per quanto possibile, all'uso delle risorse.*

*Fondamentale è la partecipazione dei medici alla gestione del distretto con una efficace identificazione dei rispettivi ruoli e delle rispettive funzioni: calare dall'alto una qualsiasi innovazione senza il diretto coinvolgimento dei medici di medicina generale, è segno di una pericolosa carenza di comunicazione il cui risultato porterà soltanto ad una perdita di efficacia del sistema con grave disagio di tutti gli operatori.*

*E la diversa e diretta responsabilizzazione dei vari attori la sinergia dei quali è presupposto di efficienza, troverà applicazione soltanto quando verrà rivoltata la filosofia che attualmente sta alla base dei vari organismi e comitati che regolano i rapporti tra medici ed Azienda.*

*I comitati consultivi di azienda e di distretto attualmente riflettono una impostazione essenzialmente limitata ad una generica informazione di una qualche programmazione che la Direzione Aziendale ha prodotto, senza minimamente condividere gli obiettivi con i medici.*

*L'auspicabile ed improrogabile cambiamento culturale che il procedere per obiettivi comporta, necessita come "conditio sine qua non" di una condivisione a priori degli stessi: soltanto così il medico di famiglia, tradizionalmente isolato*

*nel proprio lavoro, troverà quella motivazione ad operare in modo più efficace per raggiungere uno scopo nel quale egli stesso crederà in quanto egli stesso coinvolto in un processo di management sanitario.*

*La mancata operatività del distretto, anche laddove è stato istituito, questo bel contenitore completamente privo di contenuti è l'evidenza che non solo i cambiamenti dei quali dicevo sopra sono lontani da una fattibilità, ma che non sono stati neppure affrontati nelle sedi istituzionalmente preposte.*

*Laddove roboanti dichiarazioni sulla centralità del medico di famiglia nel sistema sanitario evidenziano l'importanza delle cure primarie ai fini di una migliore allocazione delle risorse, noi medici assistiamo impotenti al perseguimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio al raggiungimento del quale ci si chiede di partecipare in modo acritico e senza che ci siano forniti gli strumenti operativi per ottenerlo.*

*Soltanto attraverso il distretto si può assicurare il governo unitario e globale della domanda sanitaria e sociale, individuando i bisogni ed i livelli appropriati dei servizi, attivando dei percorsi validi, appropriati, efficaci ed efficienti per i cittadini per l'accesso ai servizi medici e sociali, garantendo l'approccio multiprofessionale ai problemi, ma operando sempre per progetti condivisi.*

*Sullo sfondo del ragionamento si collocano i piani sanitari nazionali e regionali che rischiano di finire come i sogni, svanendo nelle secche di una gestione corrente, mirata ad ottenere il consenso del cittadino — paziente con scelte puramente demagogiche, e senza che esso sia correttamente informato.*

*Non mi attendo un radicale rinnovamento della sanità dalla diffusione della managerialità e dalla metodologia*

*della condivisione degli obiettivi, ma penso che si possa arrivare ad un qualche cambiamento significativo.*

*Ma per arrivare a tanto dobbiamo avere tutti, direzione aziendale e medici di base, l'umiltà di riconoscere che è arrivato il tempo di eliminare la dicotomia esistente tra la parte pubblica e la medicina generale, che tale scelta è improcrastinabile e che la programmazione sanitaria deve avvenire con il supporto della dirigenza e della medicina di base a pari titolo e a pari dignità e anche con il coinvolgimento dei cittadini — pazienti nelle scelte delle inevitabili priorità assistenziali.*

*Fin tanto che questo non accadrà, i rapporti tra direzione aziendale, dirigenza medica e medicina di famiglia, non si sposteranno da quelle interminabili ed estenuanti e per altro impostate sulla diffidenza reciproca, discussioni d'impostazione burocratica che la sciano il tempo che trovano e che regolarmente sfociano in demotivazione per coloro che ogni giorno cercano di produrre salute con una corretta allocazione delle risorse.*

# “Questa trascrizione non s’ha da fare!”

*Il medico di famiglia può rifiutarsi di attuare una terapia prescritta da suoi colleghi, anche se “specialisti”*

Lo ha stabilito la Corte d’appello di Perugia esaminando la vicenda legata alle cure prestate ad un malato di Aids in fase terminale. I giudici di secondo grado hanno così ribaltato la sentenza del tribunale di Orvieto che aveva condannato l’imputato per essersi rifiutato di praticare una flebo ad un giovane alloggiato presso una comunità di recupero umbra.

Secondo il medico si trattava infatti di una terapia “impropria e dannosa” per la “nociva interazione” tra il nuovo farmaco, prescritto dalla clinica di malattie infettive dell’Università di Perugia, e l’Azt che veniva già somministrato.

La Corte d’appello - secondo quanto riferisce la “Rassegna giuridica umbra” - ha ritenuto il rifiuto “non immotivato né indebito”, riconoscendo l’incompatibilità tra i due prodotti. Ha poi rilevato che nessuna norma impone al medico di famiglia di dare “supinamente attuazione” ad un programma terapeutico impostato da altri, anche se specialisti. Il medico, difeso dall’avvocato Maria Mezzasoma, era stato inoltre accusato di non avere visitato il malato di Aids perché - secondo una responsabile della comunità - temeva di essere contagiato: versione sempre contestata dal professionista che anche in questo caso è stato assolto in secondo grado.

“Nessun medico può essere obbligato a fare una prescrizione di cui non è convinto”. È il commento Mario Falconi, segretario della Federazione dei medici di famiglia (Fimmg) in merito alla sentenza della Corte d’appello di Perugia secondo la quale un medico di famiglia può rifiutarsi di attuare una terapia prescritta dai suoi colleghi anche se specialisti.

“Mi compiaccio - ha detto Falconi - per una interpretazione sacrosanta che va riconosciuta ad ogni professionista. Al di là del caso specifico - ha aggiunto - accade spesso che il medico di famiglia chieda una o più consulenze ma non è detto che debba prescrivere o somministrare tutto quello che chiede lo specialista. Le consulenze richieste ad un ospedaliero sono consigli non obbligati.”

Per sorridere (...chi ci riesce ancora?)

