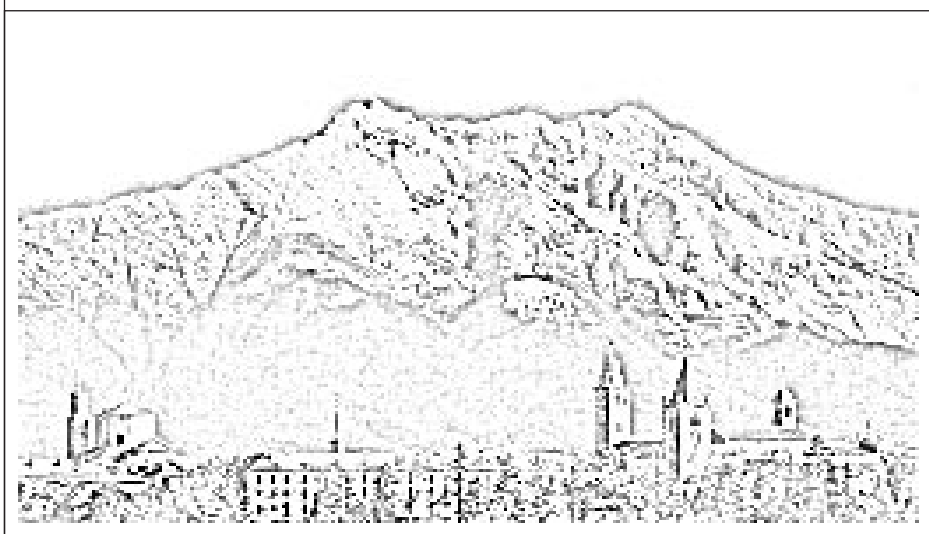




Notiziario della sezione provinciale di Cuneo



n.3

15 ottobre
1998

In questo numero:

Riflessioni del Segretario provinciale	pag. 2
La FIMMG e il doping	pag. 3
Gli esami non finiscono mai	pag. 4
Con Galeno io lavoro meno!	pag. 4
Nuove normative per gli Invalidi Civili	pag. 5
Screening ginecologici regionali (continuazione)	pag. 5
Formazione e aggiornamento in Medicina Generale	pag. 6
Revisione delle note CUF: risponde la Bindi	pag. 7
Fidarsi è bene, assicurarsi è meglio	pag. 7
Il Sole-24Ore dà i numeri!	pag. 8
E La Guida sbagliò strada	pag. 10
Quando la chiarezza può far prendere abbagli	pag. 12
Medicina palliativa: il congresso di Cuneo	pag. 13
Lo studio del MG non può essere interrotto	pag. 16

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

Spedizione in abbonamento postale
Comma 27 - art. 2 - Legge 549/95
Filiale di Cuneo

Pubblicità inferiore al 50%
Stampato in proprio
Contiene inserto redazionale

Allora, che si dice?

Considerazioni del nostro Segretario Massimo Ferrua

Con grande piacere e molta soddisfazione mi accingo a commentare alcuni articoli di questo nostro bollettino.

Finalmente, anche se a piccoli passi, si riescono ad intravedere quali sono le reali potenzialità dei Medici di famiglia FIMMG della nostra provincia fino ad ora celate dalla routine di tutti i giorni. Pur non essendo ancora formalizzata pienamente la struttura e l'organizzazione del comitato editoriale, il bollettino sta diventando uno strumento dove le opinioni vengono veicolate al fine di consentire riflessioni e dibattito interno.

Il comune determinatore è rappresentato dall'obiettivo di difendere la nostra categoria professionale attraverso la qualificazione della stessa in senso lato: non si tratta solo di aspetti culturali o solo di aspetti prettamente normativi. La simbiosi operativa di ciascuno di essi ne è la sintesi.

In questo numero troverete alcune considerazioni in merito al grosso problema della scelta del medico: pur essendoci delle norme di legge estremamente chiare che derivano fondamentalmente dal buon senso, attualmente assistiamo alla spinta liberalizzatrice che rasenta una mania di "deregulation", dettata non tanto da interessi corporativistici, quanto forse da finalità del tutto personali.

Sono sicuro che la libertà di una categoria di professionisti che agiscono come tali non possa essere infinita, ma debba essere valutata secondo dei parametri di qualità di assistenza.

La qualità non deriva da slogans demagogici e deve essere misurabile e confrontabile: non lasciamoci trascinare da chi è solo in grado di evidenziare gli iniziali profitti e non ne valuta i futuri sviluppi negativi per tutta la categoria.

La nostra immagine non è mai una questione di secondaria importanza; a dimostrazione di questo sono gli attacchi che ci vengono, ancora frequenti, da chi non ci conosce a fondo.

Avremo modo di parlare di questo argomento sempre in questo bollettino. Strettamente collegato alla qualità del-

l'assistenza è la formazione professionale del Medico di Famiglia.

In questo campo è davvero impensabile che le nostre performances professionali possano rimare ad essere di un livello soddisfacente con il passare degli anni e con l'evoluzione rapida delle conoscenze scientifiche: la FIMMG si è battuta perchè i giovani medici acquisiscano gli elementi operativi e la filosofia della medicina di famiglia attraverso l'istituzione del corso post-laurea di formazione specifica, come del resto da molti anni esiste in tutti i paesi europei. La peculiarità della nostra professione, infatti, richiede tale impostazione. Questa impostazione rappresenta una garanzia di qualità nel funzionamento della assistenza territoriale e come tale deve essere vista.

Nello stesso tempo chi come molti di noi ha scelto per convinzione questo bello ma difficile lavoro e che ha costruito da solo con l'esperienza di tutti i giorni la propria operatività professionale, spesso si trova in difficoltà a valutare con serenità l'evoluzione delle conoscenze mediche: l'esigenza di coniugare la qualità intesa in termini di efficacia e rispondente ai criteri di carattere universalistico del SSN, quanto anche di umanità nella prestazione con la limitatezza delle risorse può creare indubie incertezze operative.

Il problema insorto con la questione Di Bella ne è l'esempio paradigmatico: è esplosa nelle mani di settori specialistici della medicina, ma il presupposto che sta alla base di tutto è dominio di qualsiasi forma di assistenza.

Pertanto è indispensabile che accanto all'aggiornamento di tipo personale, libero e dettato dalle proprie esigenze ed inclinazioni professionali, si venga a creare una rete culturale sviluppata dalle esigenze del servizio e dalle necessità della collettività.

Per questo motivo il nostro sindacato crede nella formazione in quanto il medico di famiglia deve essere una reale garanzia per i cittadini e le istituzioni. Nello stesso tempo è indispensabile che questo programma venga sviluppato

correttamente per raggiungere i suoi naturali obiettivi.

Non è produttivo ricondurre l'aggiornamento ad una sorta di replica di esperienze correnti in campo specialistico solo per eliminare l'atavica sudditanza psicologica della medicina del territorio: questa è nata nel momento in cui la nostra categoria era troppo eterogenea e composta da professionalità di diversa estrazione culturale.

Spesso da qualcuno veniva solamente usata come trampolino di lancio per altre attività, confondendo la medicina della persona come una sorta di assistenza troppo elementare e poco produttiva.

Come è importante aggiornarsi in base alle esigenze che la collettività impone, è altrettanto necessario che la didattica sia impostata con regole ben precise che offrano garanzie di efficacia.

Seneca diceva in una lettera a Lucilio riguardo ai maestri: "quando ascolti un oratore, guardalo con attenzione... potrai scoprire se il suo vero obiettivo è quello di distribuire la saggezza o di meravigliare il prossimo".

Questo è il nocciolo della questione e le iniziative per l'aggiornamento del Sindacato nel prossimo futuro vanno in tale direzione, magari per qualcuno sognando, come viene detto nell'articolo specifico nelle prossime pagine.

Veniamo ora al convegno che si è tenuto a Cuneo sulla Medicina Palliativa e che ha visto la partecipazione della nostra Dottoressa Baratti in rappresentanza dei medici di famiglia.

Le considerazioni che ne derivano non possono che essere che lusinghiere.

Infatti la sensazione che quanto affermato con coraggio e con determinazione tempo addietro dalla FIMMG sia a livello centrale che in sede provinciale ha prodotto gli effetti voluti: allora la voluta e dura provocazione sulle metodiche operative delle associazioni no-profit del cuneese rispondeva alla necessità di evidenziare a quali pericoli andava incontro l'assistenza sanitaria pubblica territoriale e di conseguenza la nostra categoria.

L'obiettivo di stimolare una seria riflessione negli addetti ai lavori e in coloro che hanno la responsabilità dell'impostazione politica della sanità è stato raggiunto: la medicina palliativa è un supporto pratico integrato alle cure primarie che rimangono di competenza e sotto la diretta responsabilità del Medico di Famiglia.

Del resto la base culturale di questa impostazione assistenziale si sovrappone ai principi che automaticamente ci ispirano nel rapporto con il paziente ammalato: la medicina della persona e non sempre e solo della malattia è sempre stata la maggiore differenza fra noi e i colleghi specialisti. Non si è scoperto nulla di nuovo e in questo delicato campo ciò che noi da sempre abbiamo fatto con limitazioni dovute alla carenza di supporti operativi esterni, finalmente si registra l'affermazione ufficiale della sua validità.

Dal lato operativo con soddisfazione adesso possiamo partecipare a pieno titolo ai lavori di impostazioni dei programmi regionali su questo tema.

Seppur convinti che la nostra professionalità per sua natura è quella che ha

più facilità di interpretare e porre in essere l'approccio globale al malato terminale, non possiamo riconoscere la opportunità della formazione tecnica permanente: non si tratta tanto di acquisire concetti nuovi, quanto operatività estremamente flessibile alla luce dei supporti integrativi che ci vengono offerti.

A margine delle valutazioni su questo argomento una riflessione di carattere più generale: anche questa specifica esperienza ci deve insegnare che la difesa della categoria passa attraverso la sua promozione.

Non sempre, però, questo è un processo indolore e privo di duri momenti conflittuali a stimolo di un successivo dialogo costruttivo. Purtroppo abbiamo riscontrato troppo spesso che la ricerca iniziale di confronto "tranquillo" stimola solo la sottovalutazione delle nostre impostazioni.

Al massimo viene inteso, portato avanti da una piccola minoranza, come segno di debolezza e di salutare divisione della categoria.

Questa è una amara constatazione della quale inequivocabilmente dobbiamo te-

ner conto: spesso dobbiamo giocare con quello che c'è di buono al momento, avendo a mente tutto quello che si dovrà ancora fare per far crescere a piccoli passi tutti quanti i medici di famiglia. In linea con questa osservazione è la lettera inviata al direttore di un giornale di Cuneo a proposito di un articolo sui compensi dei medici alla luce del nuovo contratto regionale: il tema era stato ripreso dal Sole 24 Ore e colorito localmente.

Non si è voluto tanto entrare nel merito (nel bollettino pubblichiamo anche il comunicato stampa del nostro Segretario nazionale), quanto di sottolineare la nostra presenza e la disponibilità alla collaborazione, dopo una presa di posizione decisa.

Non c'è lo scopo di una sua pubblicazione perchè non sarebbe produttiva in quanto i lettori del giornale potrebbero non capirne la portata, quanto la speranza di poter apprezzare in futuro una informazione più corretta priva di spunti polemici (utili solo a far notizia) ed orientata ad una educazione della popolazione in campo sanitario.

Falconi e il doping

La FIMMG e l'uso degli integratori nello sport

"I medici di famiglia italiani sanno che il grido di allarme lanciato dall'allenatore di calcio Zeman, più che suscitare reazione scomposte dovrebbe far riflettere tutti su un grande, reale problema."

Ad affermarlo è Mario Falconi, Segretario generale nazionale della Fimmg, il Sindacato più rappresentativo dei medici di famiglia.

"Ci capita frequentemente - continua Falconi - di dover rifiutare a giovani perfettamente sani la prescrizione di farmaci che essi ci richiedono, consigliati anche da 'praticoni' non medici, al fine di potenziare velocemente le loro masse muscolari."

"Ma perché mai degli atleti sani, professionisti e non, dovrebbero assumere creatina, amminoacidi o eritropoietina? - insiste il Segretario

della Fimmg - Il confine tra doping e abuso di farmaci cosiddetti leciti è sempre più sottile. In ogni caso non conosciamo farmaci che facciano solo bene."

"Sarebbe ora che attraverso una permanente educazione alla salute ritornassimo al più umano 'l'importante è partecipare' piuttosto che all'attuale 'l'importante è vincere' magari ad ogni costo."

"Speriamo che il coraggio dimostrato dall'allenatore Zeman - conclude Mario Falconi - serva ad aprire una nuova stagione in cui lo sport a qualsiasi livello ritorni ad essere praticato quale importante attività finalizzata ad evitare l'assunzione di qualunque sostanza chimica lecita e non lecita, nell'interesse primario del 'bene salute'."

Errata corrige

A correzione di quanto erroneamente riportato per un rifiuto in un articolo del numero precedente di questo Bollettino (non ci sono più i proto di una volta!) nel calcolo dell'importo delle sostituzioni il "concorso spese per la produzione del reddito" va conferito al sostituto per intero se questi usa il proprio studio e al 15% (e non al 50%) se viene utilizzato lo studio del titolare.

Gli esami non finiscono mai!

Lo sostengono gli anestesisti....

Il 26% degli esami pre-operatori "inutili" vengono prescritti per le cattive relazioni tra medici, il 24% perché i medici cedono alle pressioni dei pazienti ma la maggior parte delle analisi non necessarie vengono prescritte per mettere al riparo i medici da possibili azioni giudiziarie. L'allarme giunge dai lavori preparatori del Congresso nazionale della Siaarti, la società che riunisce i 12 mila anestesisti e rianimatori italiani. Sono troppi, secondo quanto affermano gli anestesisti del Siaarti, gli esami di laboratorio che vengono fatti ai pazienti prima di un intervento chirurgico, con gravi conseguenze sulla spesa pubblica. "Il costo globale di questi esami ha dimensioni spropositate se si va ad analizzare la vera utilità in termini di sicurezza e qualità delle prestazioni sanitarie perioperatorie, come ampiamente dibattuto nella letteratura scientifica internazionale", ha spiegato Alberto Passetto, professore ordinario di Anestesia e Rianimazione del Policlinico Universitario di Udine e presidente del 52esimo congresso Siaarti. La soluzione, secondo gli anestesisti, consiste in una "specificazione valutativa clinica anestesiologicala" con la quale valutare gli esami veramente necessari.

....lo confermiamo noi

Dopo l'allarme degli anestesisti, i medici di famiglia della Fimmg confermano: sono troppe le analisi fatte prima di un intervento chirurgico, fino al 40% in più del necessario.

La colpa, ha spiegato Mario Falconi, segretario nazionale della Fimmg, uno dei maggiori sindacati dei medici di famiglia, è dei "doppioni" causati dal mancato collegamento fra medici del territorio e ospedale, o per meglio dire, fra i medici di famiglia e gli specialisti e i medici ospedalieri.

Gli effetti, ha spiegato Falconi concordando con gli anestesisti del Siaarti, sono negativi per il bilancio pubblico ma sono anche un pesante disagio per i cittadini, i quali non sanno di poter fare le analisi necessarie per un intervento senza dover pagare alcun ticket.

I Drg (il sistema di pagamento a tariffa) prevede infatti che gli ospedali vengano rimborsati in blocco per l'intervento e per tutte le analisi necessarie prima o dopo.

Una norma poco applicata che eviterebbe ai cittadini inutili ripetizioni di esami, ha concluso Falconi, e molti risparmi.

Con Galeno io... lavoro meno!

di Salvio Sigismondi

Credo del tutto inutile fare pubblicità a Galeno: ogni medico di famiglia che sia uso sfogliare il giornale della FIMMG nazionale che tutti riceviamo lo conosce. Tuttavia dopo parecchi anni di iscrizione ritengo doveroso informare chi mi legge su alcune particolarità della Cassa. Galeno è una società cooperativa che gestisce una Cassa Autonoma di Previdenza ed Assistenza integrativa, ideata da Mario Boni, gestita da medici e rivolta esclusivamente ai medici ed ai loro familiari: dunque non ci sono interessi privati di Assicurazioni o gestori vari.

Ovviamente con l'iscrizione ho fin dall'inizio protetto me ed i miei familiari sul versante dell'assistenza sanitaria che definire completa è assai limitativo, se si pensa ad esempio che con un'integrazione di 25.000 lire annue ho anche una protezione equivalente a quella offerta da Europe Assistance per i veicoli a motore in tutta Europa ed altrove.

Inoltre avendo avuto in questi anni la fortuna di stare bene, non ho intaccato la parte di premio relativo all'assistenza sanitaria che ogni anno, detratte una piccola quota per le spese di gestione, automaticamente viene riversato nel fondo di previdenza aumentandone il rendimento annuo a percentuali invidiabili.

E' per questo motivo che, se la salute continuerà ad accompagnarmi ancora per qualche anno, ho la concreta possibilità di accantonare un piccolo gruzzolo che mi consentirà di anticipare l'uscita dal servizio integrando in modo decoroso quanto l'ENPAM avrà previsto.

Chiunque abbia voglia di informarsi o di iscriversi alla Cassa ora avrà una possibilità in più offerta dalla nostra Segretaria signora Cristina: ella ha partecipato in sede Nazionale ad un "corso di formazione" e, di fatto è un'emaneazione periferica della Cassa Galeno stessa. Potrà fornire ad ogni medico che ne faccia richiesta personale ogni informazione, la personalizzazione di un eventuale piano di assistenza, ecc.

Non facciamoli correre troppo, non tutti sono “falsi” invalidi

Le nuove disposizioni ministeriali rischiano di creare nuove difficoltà agli invalidi civili

Il decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, prevede all'art. 5, comma 7 che:

“Ai soli fini dell'assistenza sanitaria, la percentuale di invalidità dei soggetti ultrasessantacinquenni è determinata in base alla presenza di difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età.”

La norma riafferma il concetto, già presente nell'art. 6 del d.lgs. n. 509/1988,

che la valutazione dell'invalidità dei soggetti che abbiano superato i sessantacinque anni debba essere ancorata alla presenza di difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età, piuttosto che alla riduzione della capacità lavorativa come previsto per i soggetti in età compresa tra i 18 e i 65 anni (art.1, comma 3, dello stesso decreto legislativo), ma introduce l'obbligo delle commissioni sanitarie preposte al riconoscimento di valutare la stessa invalidità, anche nel caso di ultrasessantacinquenni, con l'attribuzione di un valore percentuale che sintetizzi le conseguenze della menomazione sull'estrinsecarsi delle attività attese e consuete.

Ciò allo scopo di sanare la contraddizione insita nel fatto che altre disposizioni in materia sanitaria subordinano la concessione di taluni benefici al possesso di specifiche percentuali di invalidità.

Considerato che l'ambito di applicazione della disposizione è limitato all'assistenza sanitaria e al fine di semplificare il lavoro delle commissioni di accertamento, si ritiene che i diversi livelli e gradi di difficoltà riscontrabili possano essere ricondotti a tre classi:

1) Difficoltà lievi, corrispondenti a invalidità comprese tra il 33,3% e il 66,6% (da 1/3 a 2/3), ai fini della fruizione e dell'assistenza protesica art. 4, comma 2, del d.m. 28 dicembre 1992);

2) Difficoltà medio-gravi, corrispondenti a invalidità comprese tra il 66,6% ed il 99%, ai fini dell'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie (art. 6, del d.m. 1° febbraio 1991, e successive modificazioni);

3) Difficoltà gravi, corrispondenti ad invalidità pari al 100%, ai fini dell'esenzione dal pagamento della quota fissa sulla ricetta (art. 8, comma 16 della legge n. 537/1993 e successive modificazioni).

Al fine di consentire un'applicazione sollecita della disposizione di cui trattasi, anche alla luce dei principi di buon andamento, si ritiene opportuno non sottoporre a nuova visita i soggetti ai quali, in passato, la Commissione medica competente aveva già attribuito una valutazione percentuale, e procedere alla riconsegna dei tesserini eventualmente ritirati.

*Per quanto concerne i soggetti visitati dopo la data di entrata in vigore del d.lgs. n. 124/1998 (1° maggio 1998), a cui la Commissione non ha attribuito una percentuale di invalidità, questo Ministero è dell'avviso che tale attribuzione possa essere effettuata, **a discrezione della Commissione medesima**, o sulla base degli atti o procedendo a nuova visita.*

Tutto ciò premesso, si invitano codesti Assessorati a far conoscere sollecitamente il contenuto della presente alle Commissioni sanitarie preposte al riconoscimento della invalidità civili, istituite presso le aziende sanitarie locali ai sensi della legge 15 ottobre 1990, n.295.

IL MINISTRO BINDI

Non ci resta che augurare ai nostri pazienti invalidi che le Commissioni mediche competenti usino la discrezione di cui fa loro credito il Ministro in modo tale da non creare ulteriori disagi con la convocazione ad una nuova visita e determinino la percentuale d'invalidità sulla base della documentazione che già ha permesso finora di concedere l'invalidità stessa.



SCREENING REGIONALI: a che punto sono i lavori?

a cura di Marina Dabbene

Giovedì 3 settembre 98 è avvenuta una riunione a Torino dei referenti provinciali dei Medici Generali per gli Screening mammografici e della cervice uterina della nostra Regione. Le notizie dalle altre provincie non sono molto confortanti!! I Comitati di Torino e di Alessandria non si sono ancora riuniti ufficialmente, Asti, pare, possa iniziare lo screening citologico mentre mancano le strutture per quello mammografico, ma anche in tale sede il Comitato Tecnico non si è ancora riunito. Notizie frammentarie giungono anche da Novara e Vercelli!!

A Cuneo invece la situazione è decisamente migliore, almeno per il momento: come già sapete il Comitato Tecnico si è già riunito molte volte, i lavori di coordinamento stanno procedendo, le liste anagrafiche delle donne da sottoporre a screening stanno giungendo al Centro di Coordinamento, le gare di appalto per i materiali dello screening sono state indette, ecc. Questo

(continua in ultima pagina)

La realtà e il sogno: formazione e aggiornamento in Medicina Generale

La Medicina Generale italiana ha davanti a se' un radioso e florido futuro.

Anzi, no.

La Medicina Generale italiana è destinata ad un inesorabile declino, fino all'estinzione.

Non sappiamo, in realtà, quale delle due affermazioni sia più vicina al vero.

Ma sappiamo con sicurezza che la strada per difendere e valorizzare il nostro lavoro di Medici Generali è lunga e difficile.

E' tuttavia importante sapere che esiste. E che possiamo e dobbiamo percorrerla senza incertezze, nonostante gli ostacoli di cui è cosparsa.

Nell'ambito degli Accordi Nazionali per la Medicina Generale, ma soprattutto nell'ambito degli Accordi Regionali, si sono venute delineando alcune linee strategiche veramente decisive e qualificanti.

Tra queste l'attività di aggiornamento e formazione permanente è stata assunta come una delle colonne portanti rispetto alla strategia di qualificazione della categoria.

Devo dire: finalmente!

La FIMMG ha dimostrato, ancora una volta, di "vedere lontano". Al di là di strategie di piccolo cabotaggio, al di là di un rivendicazionismo spicciolo (magari premiante nel breve periodo, ma sicuramente sterile) la scelta di impegnare la categoria in un programma organico e strutturato di aggiornamento e formazione risponde ad una logica coerente e lungimirante che ha come fine il radicamento del MMG al centro di un Servizio Sanitario che risponda a criteri di efficacia ed efficienza, degno di un Paese civile e moderno.

Nella realtà piemontese questa strategia si è realizzata anche attraverso la scelta della FIMMG di assumere la Scuola Piemontese di Formazione in Medicina Generale (una delle

realtà culturali più vive nella Medicina Generale italiana) come strumento operativo della formazione e dell'aggiornamento, nell'ambito della realizzazione dei programmi dell'Accordo Regionale. E' stato senza dubbio un salto di qualità decisivo, avvenuto, non bisogna dimenticarlo, in un momento storico politico - sindacale veramente cruciale: sono tutt'altro che lontani i tempi in cui, su tavoli istituzionali importanti, era stata ipotizzata la "scomparsa" della Medicina Generale in quanto tale. E la FIMMG ha impegnato se' stessa e i suoi quadri in questo disegno fino in fondo, destinandovi molte forze in modo organico, e indirizzando alla formazione molti Colleghi già impegnati sindacalmente.

In particolare nella nostra provincia questo ha significato che molti di noi si trovano ora a rivestire compiti e ruoli in passato ben distinti (se non contrastanti), ma che ora sono, e lo diverranno sempre più, convergenti e a volte coincidenti.

Così è aperta la strada della crescita culturale di tutta la categoria.

E' una strada, lo abbiamo detto, lunga e difficile. Lungo la quale molti ostacoli ci vengono e ci verranno frapposti dall'esterno, da tutte quelle forze che hanno interesse a mantenerci isolati, dequalificati e "sud-diti".

Ma molte difficoltà vengono (e verranno purtroppo ancora) dal nostro interno, dai nostri stessi colleghi.

E' inutile nasconderci che molti si cullano ancora nell'illusione di potere "tirare avanti" come è successo spesso finora, senza impegnarsi più di tanto, delegando ad altri i problemi ("tanto poi le cose si aggiustano", "ci deve pensare il sindacato", ecc.), ritenendo che "l'esperienza vale più di tanti corsi di aggiornamento" e che "se voglio sapere qualcosa lo leggo dai libri o vado a sentire una

lezione magistrale da un Primario o da un Docente Universitario, loro sì che le cose le sanno".

C'è un lavoro molto importante da svolgere, e la FIMMG se ne è assunto il carico:

1) i MMG devono crescere culturalmente perché solo un livello culturale inattaccabile rende inattaccabile la categoria: nessuno potrà pensare di "occupare" la Medicina del Territorio se non saremo noi ad abbandonarla dequalificando culturalmente il nostro lavoro.

2) la cultura della Medicina Generale è specifica della Medicina Generale: nessun Primario Ospedaliero o Docente Universitario potrà insegnarci quel difficile complesso di nozioni teoriche ed esperienza pratica sulle quali si costruisce il nostro lavoro quotidiano, nel nostro ambulatorio, pressati tra le richieste del paziente e le incombenze burocratiche.

3) Il livello di crescita culturale del MG è lo sgabello sul quale salire per trattare da pari a pari con tutte le altre figure professionali operanti in Sanità: perché un MG adeguatamente preparato e consapevole del proprio ruolo non dovrebbe potersi confrontare senza "sudditanze" con i Colleghi Ospedalieri o Specialisti, senza tema di essere considerato un medico di serie B? Quelli tra di noi che hanno capito l'importanza di questo aspetto, ed hanno scelto di impegnarsi in questo senso, stanno scoprendo che sono cresciuti immediatamente e vistosamente il rispetto la considerazione da parte dei Colleghi non MMG verso di loro e verso il lavoro di tutta la categoria.

Per questi, e per altri motivi, riteniamo che la scelta dell'impegno del Sindacato in tema di formazione e di aggiornamento debba essere condivisa e supportata dall'impegno di tutti.

E' una via sicuramente vincente, e per percorrerla dovremo spendere forse le nostre migliori energie nei prossimi mesi e nei prossimi anni. Ma ne varrà la spesa.

Immaginiamo che cosa potrebbe voler dire, per i nostri rappresentanti sindacali, potersi presentare ai tavoli istituzionali (magari per il rinnovo

della Convenzione, o per una qualsiasi vertenza) avendo la consapevolezza di avere alle spalle una categoria compatta, qualificata e determinata nella volontà di difendere e rivalutare il proprio lavoro: sarebbe certamente più facile anche ottenere, senza tanto polverone, tutti quei riconoscimenti (anche economici e normativi ..) che tutti sappiamo esserci dovuti e non soddisfatti.

E la "causa" dovrà essere sposata con convinzione e senza remore da ognuno di noi, a qualsiasi livello di responsabilità sindacale o profes-

sionale. Soprattutto superando, laddove ce ne siano, i problemi, le incomprensioni e i particolarismi, triste eredità di anni passati.

Qualcuno, legittimamente, dirà che si tratta di sogni, che la realtà è ben più dura e difficile: è vero, ma è nostro compito anche sognare.

Luciano Bertolusso

Medico di famiglia

Sommariva Perno

FARMACI: MINISTERO SANITA', NON SARA' GIRO DI VITE

Una nota del ministero, rispondendo all'articolo apparso sul quotidiano "Il Giornale", precisa i criteri adottati nella revisione delle note.

(ASCA) - Roma, 10 settembre - "Non è affatto vero che la revisione delle note predisposta dalla Cuf, in collaborazione con la Fmmg, provocherà un 'giro di vite' nella rimborsabilità dei farmaci.

E tanto meno che bisognerà pagare le medicine per imprecisabili patologie leggere".

Lo afferma una nota del Ministero della Sanità a proposito dell'articolo "Farmaci gratis solo per malati gravi" apparso oggi sul quotidiano "Il Giornale" che - si legge nella nota "contiene numerose inesattezze e grossolane sviste".

"Per gli antibiotici - continua la nota ministeriale le limitazioni riguardano esclusivamente quelli iniettabili e indicati per gravi infezioni respiratorie, urinarie e addominali per i quali è sempre preferibile la somministrazione in ambiente ospedaliero.

Infine le note non hanno modificato l'attuale regime di rimborsabilità dell'Inteferone".

Chiarisce inoltre che i criteri seguiti nella predisposizione delle note (passate da 77 a 55) hanno tenuto conto di una "rigorosa aderenza alle conoscenze scientifiche più aggiornate in campo clinico e farmacologico", e che è stata prestata molta attenzione alla chiarezza dei testi.

Sono stati inoltre apportati aggiornamenti e corrette le eventuali lacune.

Particolare attenzione è stata posta nell'agevolare l'utilizzo clinico di alcuni farmaci di ambito specialistico.

"Quest'ultimo criterio - recita la nota - è del resto quello che semplificherà molto la vita di alcune categorie di pazienti, restituendo al medico di famiglia un ruolo centrale nel rapporto con il proprio assistito.

Potrà infatti prescrivere, per alcune patologie, le medicine che oggi può indicare solo il medico specialista o ospedaliero".

Fidarsi è bene, assicurarsi è meglio

Venerdì 30 ottobre, nei locali della Segreteria provinciale FIMMG, piazza Europa 14, Cuneo, la sig.ra Cristina Boni, funzionario della società assicurativa Assomedico, illustrerà le opportunità assicurative e previdenziali offerte al Medico di Famiglia (Galeno - Estensione del massimale per la responsabilità civile, ecc.) e che sono particolarmente interessanti per chi è iscritto alla FIMMG quale, ad esempio, la Polizza per la copertura delle spese legali.

Fosse vero !!

di Biagio Monasterolo

Prendi un numero, leggilo male, moltiplicalo per un numero sbagliato, sommagli una serie di numeri irreali, non sottrarre nulla, considera il risultato come reale, ecc.....

Il **Sole-24Ore**, organo dell'Associazione degli industriali italiani, si è sbizzarrita nella recente stagione estiva in improbabili commenti sugli accordi che la maggior parte delle regioni hanno stipulato negli ultimi tempi con la Medicina di Famiglia.

E' pur vero la Confindustria aveva già dimostrato grande capacità di analisi economico-finanziaria quando sosteneva che l'ingresso dell'Italia nell'Euro era matematicamente impossibile senza l'abbondono del Welfare state e quindi senza la privatizzazione della Sanità, però una cosa - già grave per un organismo che pretende di condizionare la politica e le finanze nazionali - è sbagliare le previsioni, un'altra, ben più grave in quanto sintomatico di scarsa buona fede, è non saper fare poi dei semplici calcoli aritmetici sulle cifre contenute nei nostri Accordi regionali.

Infatti lunedì 22 Giugno 1998, nelle "Rubriche" viene così riportato:

Titolo: In base agli accordi regionali un massimalista guadagna da 26 a 80 milioni lordi in più l'anno.

Sottotitolo: L'incentivo "raddoppia" lo stipendio.

Un "aumento di stipendio" che va da 26 a quasi 80 milioni lordi all'anno. È il risultato degli accordi regionali per i medici di medicina generale, conclusi in quasi tutte le regioni nell'arco degli ultimi mesi.

L'aumento così consistente (mediamente supera il 30% del compenso fisso) è riferito ai cosiddetti

massimalisti, quelli cioè che assistono dai 1.500 assistiti in su (e non dovrebbero superare i 1.800), ma si colloca tra i 20 e i 52 milioni per i medici con un numero medio a livello nazionale di circa 1.000 assistiti. C'è poi qualcosa ancora da aggiungere dove gli accordi prevedono voci non quantificabili immediatamente, ma solo a consuntivo dell'anno oppure assegnano quote particolari per determinate prestazioni.

In Emilia Romagna, ad esempio, chi si occupa dell'emergenza territoriale, riceve in più circa 1.600.000 lire lorde mensili di stipendio.

Nella Provincia autonoma di Trento, invece, l'assistenza ai pazienti in case di riposo viene pagata 100mila lire a settimana per ogni dieci pazienti (non per frazioni inferiori).

In Lombardia l'assistenza domiciliare integrata è pagata 40mila lire ad accesso e non ci sono limitazioni sulla quantità di prestazioni.

C'è poi il caso della Provincia autonoma di Bolzano, dove gli accordi regionali garantiscono incentivi diretti ai medici, che però possono assistere anche 2.500 cittadini (e più) e guadagnare quasi 250 milioni lordi l'anno contro i 120 dei massimalisti nelle altre regioni.

Evidentemente, con queste cifre, la spesa regionale per gli accordi della medicina generale va molto oltre i 40 miliardi messi a disposizione alla firma delle convenzioni, e il Tesoro ha già avvisato gli assessori regionali che non ci saranno ripiani di alcun tipo per gli sfondamenti legati a questo tipo di spesa.

Tutti gli accordi regionali prevedono sostanzialmente analoghe prestazioni aggiuntive.

Per l'indennità informatica cioè quando il medico usa il computer, c'è già uno stanziamento a livello di convenzione nazionale, ma gli accordi regionali prevedono sempre qualcosa in più.

Esistono poi incentivi ad hoc per l'associazionismo.

I medici possono, in sostanza, costituirsi in cooperative e società per assistere i loro pazienti e per questo le Regioni erogano un compenso che varia dal 4,5 all'8% del compenso fisso (5-10 milioni l'anno).

Il collaboratore di studio, quello cioè che assiste nel suo lavoro "burocratico" il medico di famiglia, viene pagato - in base alla convenzione nazionale - 3.600.000 lire l'anno per un medico massimalista.

Tra le prestazioni aggiuntive si distinguono, in particolare, quelle legate all'assistenza domiciliare.

L'assistenza domiciliare programmata (Adp), si eroga a determinate categorie di pazienti in funzione di obiettivi di salute da raggiungere a livello regionale: poiché si riferisce per lo più ad anziani spesso in case di riposo, è accompagnata dalla scheda gerontologica, che raccoglie determinati dati sulla condizione e i problemi di salute e che viene pagata ancora a parte, di più se informatizzata.

Una voce di incentivo assai delicata, infine, è costituita dalla quota che viene attribuita ai medici di famiglia che fanno risparmiare rispetto a tetti di spesa fissati (si tratta di quelli relativi ai ricoveri e, soprattutto, alla farmaceutica convenzionata).

Si tratta di un aumento medio pari all'8% del compenso fisso e che può raggiungere anche il 15-16 per cento.

La Segreteria Nazionale della FIMMG non ha quindi potuto esimersi dalla replica immediata (nella stessa giornata) con un comunicato stampa che così recita:

"CIFRE IN LIBERTÀ' CONTRO CHI DIFENDE IL SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO"

"Ce l'aspettavamo: di tanto in tanto,

specialmente nel periodo estivo e soprattutto quando si parla di rilanciare il Servizio sanitario nazionale dando un ruolo-cardine al medico di famiglia, quest'ultimo si trova oggetto di attacchi più o meno espliciti tendenti a screditarlo e con lui a screditare, appunto, il Ssn".

È così che Mario Falconi, segretario nazionale della Fimmg, il maggior sindacato italiano dei medici di famiglia, commenta gli articoli apparsi oggi sul "Sole 24 ore" relativi ai presunti compensi dei medici di medicina generale.

Se l'ennesimo attacco non giunge inatteso, quello che invece "stupisce davvero - sottolinea Falconi - è che il giornale che si picca di essere il più autorevole quotidiano economico italiano, usi termini errati quali "stipendio" e "guadagni". Non è così: si tratta in realtà di "incassi", cioè di somme al lordo dalle quali devono essere detratte le spese (per esempio l'ambulatorio, l'eventuale segretaria, lo smaltimento dei rifiuti, i costi degli spostamenti e così via) oltre che le imposte".

Quanto poi all'entità delle cifre "magari fossero esatte! - dice il leader della Fimmg - perché se lo fossero non solo vorrebbe dire che ci stiamo avvicinando ai livelli dei nostri colleghi europei, ma soprattutto dimostrerebbe che davvero ci siamo incamminati sulla strada della gestione manageriale della sanità: non più solo una quota capitaria fissa, ma una retribuzione variabile, commisurata alle prestazioni e ai servizi erogati, che abbia l'obiettivo primo di migliorare l'assistenza ai cittadini ma anche di razionalizzare il sistema e, quindi, di contenere i costi generali". Invece, anche le cifre "sono sbagliate - rileva Falconi - perché teoriche, cioè calcolate "a tavolino" su tutte le voci e su livelli che praticamente nessun medico di famiglia potrebbe sostenere. In altre parole - spiega - non tutte le prestazioni e i servizi scritti "sulla carta" possono essere svolti dal singolo medico. Tant'è che, per esempio, gli accordi regionali in Toscana e in Piemonte porteranno, in realtà e non in teoria, aumenti lordi sui 10 milioni

annui lordi e non di 58,8 o 40,8 come si legge nella tabella del quotidiano, a fronte di prestazioni erogate in aggiunta a quelle "di base"".

"Purtroppo - fa notare ancora Falconi - chi ha realizzato gli articoli del "Sole 24 ore" di oggi, ancora una volta non si è preoccupato di sentire l'opinione dei diretti interessati, i medici di famiglia, preferendo pubblicare il commento peraltro molto equilibrato, di un medico ospedaliero, il prof. Sirchia. Il quale - aggiunge il segretario della Fimmg - ha correttamente messo in giusta evidenza la reale questione: non si tratta tanto di valutare l'entità dei compensi dei medici di famiglia quanto di guardare un po' più in profondità e di valutare se, quanto e come, questi compensi siano realmente correlati agli obiettivi di salute dei cittadini, di razionalizzazione del sistema e di "governo" della spesa".

Ma martedì 23 giugno 1998, nella rubrica "Norme e tributi" (sic!), **il Sole-24 Ore**, con una pervicacia degna di miglior causa, così riprende la campagna di disinformazione:

È guerra di cifre sui guadagni legati agli accordi regionali dei medici di famiglia.

Il segretario nazionale della Fimmg, Mario Falconi, ha contestato i calcoli riportati sul Sole-24 Ore del lunedì di ieri circa gli aumenti extra che con gli accordi regionali toccherebbero ai medici di medicina generale, riferendosi in particolare ai casi di Piemonte e Toscana.

Infatti, il servizio del Sole-24 Ore del lunedì, parla di "possibilità" per i medici di raggiungere le cifre (lorde) indicate.

Tuttavia analizzando ad esempio l'accordo integrativo del Piemonte, bastano solo poche voci per accorgersi che i dieci milioni ipotizzati da Falconi come massimo raggiungibile, sono sottostimati mentre non lo sono i 40/50 indicati nell'articolo.

Infatti, è scritto nell'accordo (articolo 18) che per ogni assistito in zone disagiate spettano al medico 4.000 lire che, per 1.500 assistiti,

danno già 6 milioni.

A questo importo si aggiunge la previsione contenuta nell'articolo 16 dove per l'assistenza domiciliare integrata e programmata sono stanziati 23 miliardi in aggiunta a quanto già erogato dalla convenzione nazionale.

I medici in Piemonte sono 3.600 e quindi toccherebbero mediamente circa 6,5 milioni ciascuno.

Si aggiunga ancora il compenso per le schede gerontologiche (40-50 mila lire a seconda se cartacea o informatizzata) che "vale" altri 8,5 milioni circa all'anno.

Inoltre, la percentuale media che spetta al medico che "rispetta" i tetti di spesa è almeno di 9-10 milioni l'anno e così si arriva già a quasi 35 milioni, che diventano 40 aggiungendo gli extra previsti dalla convenzione nazionale per l'informatizzazione e il collaboratore di studio (4,8 milioni all'anno).

A confermare le cifre riportate, poi, il sindacato di settore Fnam (Federazione nazionale di area medica): "La realtà che emerge dal servizio riportato dal Sole-24 Ore — sottolinea — di cui siamo consapevoli, non tiene presente il fatto che nella convenzione della medicina generale vi sono medici con meno di 600 mutuiti ai quali non giungono i benefici consistenti degli accordi, o quelli di Guardia medica che non ne beneficiano affatto".

Non credo che il giornale della Confindustria sia il pulpito più adatto per invitare qualcuno ad accontentarsi di minori introiti (anche se non dovrei mai scordare che noi non siamo considerati professionisti che operano in un settore produttivo ma solo parassiti dello stato sociale) ma, ad ogni buon conto, non sono così gretto e malvagio da non augurare agli industriali italiani che la loro Associazione di categoria sia in grado di fare i conti in tasca propria meglio di come li vuol fare nelle tasche altrui.

E La Guida sbagliò strada!

Un settimanale di Cuneo si è associato al coro: "Al lupo, al lupo!!" contro le Convenzioni regionali

Anche la stampa locale della nostra provincia, nella fattispecie il settimanale diocesano di Cuneo La Guida, con zelo degno di miglior causa ma sicuramente col pastorale intento di mettere in guardia i cittadini-pecorelle dall'ingordigia dei lupi cattivi travestiti da Medici di Famiglia, non solo si è sentita in dovere di riportare i dati sensazionalistici de Il Sole-24Ore, ma ad essi ha voluto associare il commento "benevolo" e *deontologically correct* (??) di un funzionario dell'ASL 15 laureato in Medicina che dimo-

stra di avere capito tutto del rapporto medico-paziente e che può quindi permettersi, comodamente seduto alla sua scrivania, quella serenità di giudizio e quelle certezze che non vengono mai turbate dai dubbi che invece assalgono quotidianamente chi opera a contatto con la realtà sofferente dell'ammalato e con le difficoltà che questi incontra per ottenere dalle "strutture" il soddisfacimento dei propri bisogni di salute. D'altra parte nessun burocrate può vedere con occhio benevolo il fatto che un cittadino possa trovare diretta soddisfa-

zione alle proprie necessità senza ricorrere a pratiche d'ufficio defatiganti e spersonalizzanti.

Sono proprio passati i tempi in cui il mio primo insegnante di latino, pio sacerdote fossanese, amava ripeterci, per frenare il nostro zelo giovanile a non spingersi oltre le sue scarse competenze: "Ne sutor supra crepidam!"

La Segreteria Provinciale non ha pertanto potuto esimersi dal dovere di fare a tale periodico alcune precisazioni in merito, che qui di seguito riportiamo.

Gentile Direttore,

in quanto responsabile della segreteria provinciale di Cuneo della FIMMG, Sindacato che rappresenta la stragrande maggioranza dei Medici di Famiglia italiani, vorrei portare alla Sua attenzione e dei lettori, alcune precisazioni in merito all'articolo di recente comparso sul Suo giornale ed intitolato "Per il medico di base avvio difficile, ma poi...". In tale articolo, a firma Rosangela Giordana, veniva ripreso quanto pubblicato in giugno dal noto quotidiano economico-finanziario "Sole 24 ore".

Vista l'attenzione della Vostra pubblicazione a quanto riportato dalla stampa nazionale, Vi rimandiamo ai comunicati stampa diffusi dal nostro Segretario Nazionale Dott. Mario Falconi che precisano nel merito i motivi della non corretta indagine statistica condotta a tal proposito.

Mi siano consentite, però, alcune considerazioni su quanto riportato nell'articolo.

Per primo le confesso la mia perplessità sulla situazione descritta dal Dott. Panarelli, medico funzionario della ASL 15 in quanto da essa derivano alcune singolari quanto antitetiche deduzioni.

"La cattura della clientela adeguata... portando via i clienti ..." evoca e sottintende l'immagine delle savane africane o della giungla del sud-est asiatico e come tale viene vissuta a livello aziendale?

Oppure è una forma di espressività neo-realistica per sottolineare quanto sia impegnativo e duro il lavoro del Medico di Famiglia che proprio per questo motivo entra a pieno diritto in una sorta di "esercito di liberazione aziendale" ?

Non so, purtroppo, quante volte il termine "cattura" compare nel Codice Deontologico Medico e a quale articolo di esso si riferisca.

10 *In secondo luogo vorrei precisare alcune inesattezze delle affermazioni contenute nel testo.*

A questo proposito mi sembra quantomeno curioso che la necessità di una corretta informazione al pubblico sia stata

parzialmente sacrificata solamente perchè non sono stati consultati i diretti interessati, verificando la situazione insieme alla rappresentanza ufficiale di essi presente a livello di ogni Azienda o Provincia.

Ormai da decenni la nostra organizzazione è presente anche in provincia di Cuneo ed è sempre disponibile per informazioni e per un costruttivo confronto.

Mentre è vero che lo stipendio del Medico è commisurato al numero dei pazienti e viene erogato come quota forfettaria mensile pro-capite, indipendente quindi dal numero delle prestazioni eseguite, tale quota è indipendente dall'età del paziente, a parte per quanto riguarda i pediatri.

Inoltre, come si evince anche dall'articolo, bisogna sottolineare che la media dell'ASL 15 risulta essere di 650 pazienti per ogni medico di famiglia e, stabilendo la legge un compenso lordo onnicomprensivo medio di L. 6.500, con una piccola variabilità a seconda dell'anzianità di laurea del medico, che si riduce di almeno il 50% tra spese di gestione ed imposte, sono ovvie tutte le implicazioni di ordine economico che da ciò derivano.

Come correttamente viene evidenziato gli incentivi sono diretti ai medici che sono in grado di dimostrare sul campo di fornire una assistenza quantitativamente ma soprattutto qualitativamente migliore nell'interesse della collettività.

Infine, ma non per questo meno importante una sintetica considerazione in merito "agli auspicati risparmi": non si tratta tanto di contenere le spese (infatti gli investimenti per la Sanità in Italia rappresentano in percentuale la quota più bassa in Europa rispetto al P.I.L. essendo meno del 6% contro circa il 13% degli Stati Uniti, peraltro privi di un Servizio Sanitario Nazionale per tutti i cittadini), quanto di allocare queste risorse limitate in modo più efficace.

La spesa ospedaliera e la farmaceutica necessitano sicuramente di ulteriori approfondimenti che vanno dalla introduzione del pagamento a prestazione, potenzialmente perverso, dalla mancata informazione dei cittadini per quanto riguarda le alternative al ricovero (ovviamente quando questo non è strettamente necessario), alla indubbia difficoltà di comunicazione ed integrazione fra ospedale e territorio, alla crescente domanda di salute talvolta veicolata impropriamente dai mass-media, all'aumento della aspettativa di vita che in Italia si posiziona nei primi posti del mondo, all'aumento del costo per esami, sempre più sofisticati, e alla introduzione nella terapia di medicinali sempre più efficaci ma più cari e a tante altre considerazioni.

Ringraziando della cortese attenzione, sono a disposizione per qualsiasi chiarimento dal momento che sono convinto che un cittadino correttamente informato diventa molto più attivo e cosciente nelle proprie scelte.

E questo è anche uno degli obiettivi che si pone la nostra organizzazione sindacale che deriva dalla riflessione che la tutela di una categoria di lavoratori deve passare necessariamente sulla promozione qualitativa della stessa e deve essere confortata dalla presenza degli strumenti idonei per la sua applicazione operativa.

Distinti saluti

*Il Segretario Provinciale
dr. Massimo Ferrua*

In occasione della presentazione di questa lettera di protesta il nostro Segretario Provinciale si è incontrato col Direttore della Guida.

Nel corso di tale colloquio il dr. Ferrua ha potuto far presente al giornale, con efficacia sicuramente maggiore di quella consentita da uno scritto, la nuova realtà in cui opera la Medicina di Famiglia e le problematiche assistenziali che incontriamo e che richiedono un'informazione sempre più corretta, senza essere acuite da

strumentalizzazioni demagogiche rispondenti ad interessi puramente economici, quali quelli della Confindustria, che hanno come unico punto di contatto con la salute della gente il fatto di rappresentare una fonte di guadagno.

Si sono così chiarite le rispettive posizioni e si è concordato una linea di condotta in base alla quale il settimanale diocesano (40.000 copie di tiratura) si è impegnato a contattare la FIMMG per ogni questione inerente la Medicina di Famiglia

ed ha fornito la disponibilità ad pubblicare una rubrica fissa in cui la nostra Associazione potrà portare il suo contributo di informazione e di educazione sanitaria alla popolazione.

Se son rose fioriranno! (e speriamo che abbiano poche spine).

Biagio Monasterolo

Assumiamo che troppa chiarezza possa... abbacinare

di Salvio Sigismondi

C'era una volta un signor Direttore Generale di Azienda, animato dalle migliori intenzioni, nel servire il cittadino ed il servizio pubblico, utilizzando al meglio tutte le risorse, comprese quelle umane dei medici di famiglia.

Con l'intenzione di migliorare la professionalità dei medici accarezzava l'idea di aumentare tra di loro la concorrenza: in fondo così operano tutte le aziende private, dalla Fiat in là. Trovava concorde in questa impostazione anche il suo Direttore Sanitario il quale era convinto che liberalizzando il più possibile le scelte da parte del cittadino avrebbe avuto come ritorno una maggiore disponibilità dei medici a proporsi sul mercato in modo efficiente. Aveva ascoltato, saggiamente, anche il parere della FIMMG, notoriamente contraria per una serie di motivi che evidenzierò più oltre, ma non ne aveva tenuto gran conto: tutti sanno come generalmente un sindacato difende spesso solo interessi corporativi. Ed inoltre, con la sua autorevolezza, era intervenuto anche l'Ordine dei Medici, affermando che una completa liberalizzazione delle scelte rispondeva al dettato di almeno due sentenze della Cassazione, rispettava pienamente il diritto alla libera scelta e salvaguardava la libertà e la dignità professionale del medico, favorendo nel contempo una sana concorrenza tra medici. Ciò a riprova di come l'Ordine quando tenta di interpretare le dinamiche sindacali possa incorrere in qualche errore. I medici già inseriti, con un buon numero di scelte, non si erano preoccupati più di tanto: "Io, medico della città, potrò sempre rifiutare l'assistito che abita sul Monviso!", ed in fondo il buon senso avrebbe prevalso.

Così si giunse alla completa liberalizzazione delle scelte del cittadino all'interno dell'intera Azienda, a patto che il medico interessato approvasse, costituendo così un pericoloso precedente di una liberalizzazione di fatto cui non corrisponde una liberalizzazione di diritto: un medico può acquisire quante scelte vuole, e dove vuole, ma gli viene fatto divieto di aprire un ambulatorio per meglio servire i clienti. Che bel servizio al cittadino!

La FIMMG sostiene invece che, proprio per rispettare il principio di libera scelta del cittadino, i medici vengono inseriti nella Convenzione, ciascuno nel proprio ambito territoriale di scelta, in rapporto di 1 ogni 1.000 abitanti. Essendo il massimale di scelte di 1.500, il divario tra 1.000 e 1.500 consente appunto la libera scelta. Solo rispettando rigorosamente i limiti territoriali possiamo accettare una Convenzione per la quale lavoriamo a prezzo "politico". L'exasperazione della concorrenza non aumenta la qualità del servizio, anzi la riduce, essendo i medici costretti, per sopravvivere, a fare cose di cui il tacere è bello (con buona pace dello spirito deontologico).

Accade così che un medico, inserito in una ridente zona alpina, affronti le spese di inizio dell'attività, si armi della migliore buona volontà e poi... attenda. Nel proprio ambulatorio ha messo pure uno specchio, osservandosi nel quale nota come non abbia neanche le caratteristiche fisiche per mettersi sulla strada e realizzare facili guadagni, in un mercato peraltro privato e gestito in modo assai redditizio. Ed allora, costretto dalla fame, accetta, giustamente, un alto numero di scelte in deroga in un altro ambito territoriale. Ma a questo punto sarà ancora eticamente corretto negare a costui di aprire anche un ambulatorio nel nuovo territorio? In pratica costui abita a casa sua ma va a mangiare al desco del suo vicino di casa. Il vicino di casa dapprima osserva stranito credendo pensando ad uno scherzo quindi si arrabbia, passa poi agli insulti ed infine, non potendolo uccidere, costretto a sua volta dal bisogno, andrà a "pascolare" da qualche altra parte.

Nel volgere di qualche anno temiamo l'estendersi di una guerra tra poveri dagli esiti imprevedibili e dai cui effetti devastanti nessuno possa sentirsi al sicuro. A meno che tutti condividano il principio della più completa *de-regulation*: basta solo che si sappia e che si accettino le conseguenze senza problemi.

Sappiamo di essere considerati "figli di un dio minore", ma ci ostiniamo a non credere una buona ragione ordinistica lo scatenare tra i Medici di Medicina Generale una guerra tra i poveri in nome dell'alto principio della difesa della libertà professionale.

Noi preferiamo difendere i medici e non solo principi giusti e condivisi.

MEDICINA PALLIATIVA: il congresso di Cuneo

di Zaira Baratti - Medico di Famiglia - Bra

Non può essere sostituito il ruolo dei Medici di Famiglia nell'assistenza ai malati terminali

In relazione alla recente istituzione a livello Regionale della Commissione per le Cure Palliative e alla prossima istituzione a livello di ASL delle Unità Operative di Cure Palliative (UOCP), gli organizzatori, quest'anno cuneesi, del Congresso Regionale di Medicina Palliativa hanno voluto dedicare il programma della mattinata alle modalità organizzative dell'assistenza al malato inguaribile e alla definizione ed integrazione dei ruoli delle diverse figure che a vario titolo vi sono coinvolte. Il bilancio di questo incontro, che è stato per molti aspetti assai interessante, è stato da molti colleghi giudicato positivo. I medici di famiglia della provincia, invitati tutti con lettera personale, hanno partecipato numerosi (purtroppo per motivi organizzativi moltissimi non hanno potuto partecipare al dibattito in quanto si trovavano quasi tutti nella seconda sala, collegata con video in una sola direzione), a testimonianza dell'interesse che riveste per noi l'argomento.

Dopo le polemiche degli anni passati, che speriamo si possano definitivamente archiviare, finalmente ci si è trovati tutti insieme, medici specialisti e generali, operatori ospedalieri e del territorio, operanti nel pubblico o/e nelle associazioni private, a dialogare e discutere dei modi possibili per realizzare lo scopo che, credo, tutti condividiamo: una sanità pubblica più efficace e disponibile a farsi carico dei bisogni del malato, come persona e come cittadino, affinché ciascuno possa conservare la sua dignità di persona ed i suoi diritti di cittadino fino all'ultimo istante della vita.

Molti interventi della mattinata hanno evidenziato come la realizzazione di questo scopo passa attraverso il dialogo e l'integrazione tra tutte le forze disponibili definendo i ruoli, le attività, i compiti di ciascuna figura professionale e i modi per rapportarci l'un l'altro in modo proficuo nell'interesse

del malato.

Ho partecipato in qualità di relatore con un intervento sul ruolo del medico di famiglia, preparato in collaborazione con Claudio Blengini, il quale, impegnato in altra riunione, non ha potuto però essere presente.

I programmi regionali, illustrati dal dott. Bianchi e dal dott. Bertetto, ribadiscono esplicitamente il ruolo del MdF come responsabile unico dell'assistenza domiciliare al singolo paziente in fase terminale, sia che decida di svolgere questo compito da solo, in ADI, o avvalendosi del supporto delle costituente UOCP.

In realtà, come tutti ben sappiamo, da sempre il medico di famiglia ha il compito e la responsabilità (sia morale che legale) della cura del paziente a domicilio: eravamo lì quando erano comparsi i primi sintomi e c'era la paura, si percorreva l'iter diagnostico e c'era da informare e da spiegare, eravamo lì mentre il malato affrontava il percorso terapeutico e c'era la speranza di guarire e il bisogno di supporto (farmacologico, informativo, emotivo). Da sempre ci ritroviamo ancora lì, quando tutte le strade verso la guarigione o la remissione sono state percorse, quando gli specialisti ad uno ad uno scompaiono dalla scena, ad accompagnare il nostro paziente e la sua famiglia fino alla fine della vita, cercando, con i finora pochi strumenti a disposizione, di alleviarne le sofferenze. Con i mezzi che aveva e come sapeva, il medico di famiglia non ha mai abbandonato il malato inguaribile.

Per la nostra formazione professionale specifica di medici della persona più che della malattia, abbiamo nella nostra esperienza e cultura le basi per acquisire, più facilmente dei nostri colleghi con altra specializzazione, quegli strumenti tecnici e culturali necessari per svolgere questo ruolo adeguatamente.

Anche noi però condividiamo con la

maggioranza dei nostri colleghi medici il fatto che l'Università non ci ha minimamente preparati all'incontro con il paziente che muore, né dal punto di vista psicologico e relazionale, né da quello più strettamente tecnico e professionale: quel che sappiamo l'abbiamo imparato "in itinere", ciascuno in base alla propria esperienza e sensibilità ed alla eventuale volontaria partecipazione ad iniziative di formazione sull'argomento.

In molti interventi è emersa la necessità di sensibilizzazione e formazione, specifica, permanente, che diffonda la cultura della Medicina Palliativa fra tutti coloro che vengono ad incontrarsi con il malato inguaribile: medici generali e specialisti, medici ospedalieri e del territorio, infermieri, assistenti domiciliari.

Il dott. Gallucci, direttore della Scuola Italiana di Medicina Palliativa, dopo aver ribadito la peculiarità dell'approccio al malato terminale, ha espresso la necessità di stabilire principi condivisi, un "protocollo metodologico" cui si adeguino "tutti i medici del mondo" quando si trovino a curare un malato inguaribile, affermando la necessità da una parte di una rigorosa preparazione scientifica specifica (la medicina palliativa deve essere anch'essa una "medicina basata sulla evidenza"), e d'altra parte di un approccio che tenga conto delle diverse culture, (l'esportazione tout court di un modello anglosassone va certamente a cozzare con gli schemi culturali riguardo alla qualità di vita e al concetto di morte che può avere un italiano, o un birmano, o un africano...).

Nel pomeriggio ho trovato particolarmente interessante l'intervento del dott. Toscani su informazione e "living will". Troppo vasto per essere riassunto, spaziava dall'etica, alla comunicazione, ad argomenti giuridici. Due cose fra le tante vorrei ricordare:

Ø La distinzione tra “salute” intesa come “bene biologico”, determinata dal medico, e “salute” intesa come “benessere psicofisico”, determinata dal malato, e l’immagine, che spesso abbiamo sotto gli occhi, di una medicina ciecamente puntata verso obiettivi che prescindono dal benessere del malato.

Ø La riflessione che, se attualmente un “living will”, anche scritto e firmato dall’interessato, non ha un valore legale certo, tuttavia il diffondersi di questa pratica può avere ricadute positive e di civiltà:

1. un progresso riguardo alle polemiche sull’accanimento terapeutico
2. un passo avanti verso l’autonomia dell’individuo
3. il momento della formulazione può essere un momento importante di comunicazione in cui il rapporto medico-paziente si sviluppa su un caso concreto, anche se ipotetico, che consente di parlare di malattia inguaribile e di morte.

(Su questo terzo punto in particolare penso dovremmo riflettere e discuterne fra noi)

Le UOCP

Ho lasciato per ultimo questo argomento per dedicargli un po’ di spazio in più, visto che saranno presto una realtà di fatto con cui rapportarsi.

Istituite con documento regionale del 22/10/97 (di cui può trovare il testo, oltre che negli atti del Congresso, pressoché completo in un recente articolo del dott. Menardo sul Bollettino dell’Ordine dei Medici di Cuneo e oggetto al Congresso dell’intervento, illustrativo, del dott. Bianchi e di quello, articolato e propositivo, del dott. Bertetto), allo scopo di applicare i principi della Medicina Palliativa, offrendo una risposta valida e globale ai bisogni dei malati terminali e delle loro famiglie, verranno realizzate in ciascuna ASL saranno così composte:

1. medico coordinatore
2. medici
3. IP coordinatore
4. Inf. Professionali
5. Volontari

E’ esplicitamente indicato che tali ope-

ratori devono possedere una qualificazione (i cui criteri sono peraltro ancora un po’ vaghi) di *esperti in cure palliative*, possono essere parte del personale dipendente della ASL stessa o di associazioni convenzionate, che devono comunque essere accreditate e sottoposte a verifiche e revisione di qualità da parte della Commissione Regionale per le cure palliative.

La partecipazione di altre figure (psicologo, ass. sociale, fisioterapista, operatori assistenziali e altri) viene considerata *auspicabile*.

Già dall’introduzione va notato che comunque il documento *riconferma il ruolo centrale del Medico di Famiglia per ciò che riguarda gli interventi domiciliari, integrato dal supporto specialistico da parte degli operatori delle UOCP.*

Il supporto al MdF che lo richieda nell’assistenza domiciliare al malato terminale è solo uno dei compiti delle UOCP, che sono così definiti:

1. *Definire con il Responsabile dei Servizi di Assistenza Territoriale e il rappresentante dei MdF i criteri e le modalità ai quali le varie figure professionali (MdF, M. ospedalieri, M. del distretto, componenti UOCP) devono attenersi per l’erogazione delle cure, in base ad una programmazione che tenga conto della realtà locale*
2. *Provvedere alla erogazione delle cure secondo una o più delle seguenti modalità:*
 - a) *attività ambulatoriale*
 - b) *prestazioni ospedaliere a ciclo diurno*
 - c) *cura e assistenza continuativa dei pazienti ricoverati in Hospice**
 - d) *consulenze di medicina palliativa nell’ambito delle Aziende Sanitarie Regionali o delle Aziende Ospedaliere*
 - e) *cure domiciliari in supporto all’attività di Assistenza Domiciliare Integrata*

Le condizioni per la attivazione delle cure palliative domiciliari sono le stesse che per l’attivazione dell’ADI (oltre, ovviamente, all’indicazione clinica ad un trattamento palliativo) ed essa spetta al Responsabile del Distretto, a seguito di richiesta formulata, sulla base delle indicazioni cliniche e dei criteri stabiliti, dal MdF

oppure, in caso di dimissione protetta da reparto ospedaliero, *previo accordo con il MdF.*

La dimissione può comunque avvenire solo quando vi sia la certezza dell’attivazione delle cure domiciliari, che *in caso di improrogabile urgenzasono attivate da un medico dell’ AST, che potrà avvalersi di un medico della continuità assistenziale per il tempo necessario affinché il MdF si attivi.*

Sono altresì previste riunioni trimestrali di verifica e programmazione degli interventi domiciliari tra Direttore medico Responsabile dei Servizi AST e responsabili distrettuali, e si auspica che siano presenti il coordinatore UOCP ed i MdF.

Il MdF è responsabile della assistenza al singolo paziente. Egli può avvalersi della collaborazione dell’UOCP secondo una delle seguenti modalità:

- *consulenze ambulatoriali*
- *consulenze domiciliari*
- *cure palliative domiciliari (intervento domiciliare integrato del MdF e dell’intera UOCP)*

in questo caso il responsabile dell’UOCP propone, di concerto con il MdF, le modalità di assistenza nei singoli casi.

L’UOCP integra e supporta l’attività di Assistenza Domiciliare erogata dal distretto.

La fornitura di ausili... farmaci ecc. avviene secondo gli standard e le modalità operative del DGR 127-15270 9/12/96 e del prontuario farmaceutico inviato alle ASL con circolare 3819/50/777 del 7/7/97.

Al fine di garantire la continuità del programma assistenziale e la copertura delle 24 ore si auspica il massimo livello di integrazione tra tutte le figure professionali, medici e infermieri, di famiglia, del territorio, della Continuità assistenziale della UOCP, dell’ospedale, mediante la sopra ricordata programmazione concordata dei rispettivi compiti.

La documentazione di ogni intervento prestato viene raccolta nella cartella ... che, al momento della chiusura del caso verrà archiviata a cura del Distretto.

La Commissione Regionale ha i seguenti compiti:

1. *fornire direttive per l’applicazione delle Linee Guida nazionali, applicandole alla realtà piemontese, previo censimento delle strutture pubbliche, no-profit, di volontariato e private presenti in*

Piemonte

2. *stimolare le ASL all'attivazione di tali linee guida*
3. *proporre standard e criteri di accreditamento regionali*
4. *indicare strumenti per il controllo di qualità*
5. *avvalersi delle organizzazioni di tutela dei cittadini per attuare la Carta dei Servizi delle cure domiciliari oncologiche*
6. *redigere annualmente una relazione sullo stato di attuazione ... nelle singole Aziende*
7. *suggerire provvedimenti atti a garantire la disponibilità a domicilio di presidi nutrizionali, sanitari e farmacologici, compresi gli oppioidi e quelli di solo impiego ospedaliero*
8. *promuovere momenti formativi a livello regionale per gli operatori interessati*
9. *proporre un modello unico di cartella per le cure palliative domiciliari*

Vorrei qui commentare alcuni elementi del documento, che mi sembrano degni di attenzione:

1. Presenza di progetti di formazione per tutti gli operatori, medici e infermieri, di famiglia, del territorio, della Continuità assistenziale, dell'ospedale, per diffondere una adeguata preparazione all'assistenza al malato terminale, a tutti i livelli ancora poco diffusa.
2. Intenzione di adeguarsi a linee guida nazionali: in questo campo necessariamente dominato dalla soggettività (del malato) è difficile definire elementi obiettivi ed il rischio di "improvvisazioni" è presente più che altrove.
3. La creazione di una Commissione regionale con funzioni anche di controllo su qualsiasi organizzazione che si occupi di cure palliative, non solo a garanzia contro eventuali speculazioni (questo campo in espansione può stimolare gli appetiti di molti), ma anche di un rigoroso controllo di qualità. Nel suo intervento il dott Bertetto diceva: "che il pubblico controlli il privato", no-profit o profit che sia.
4. Le UOCP come gestori di ambulatori specifici (nello stesso ambulatorio si parlerà di terapia antalgica, ma anche di vomito

incoercibile, di ipercalcemia, di fistole maleodoranti, di depressione, di cachessia..., in una ottica comune e globale centrata sul malato terminale), Day Hospital e Hospice.

5. Le UOCP come consulenti nei reparti ospedalieri, affinché il malato terminale non venga trattato con i protocolli per i malati acuti.
6. L'istituzione di Hospice, strutture, specificamente organizzate in modo da rispondere ai bisogni dei malati terminali, per il ricovero, temporaneo o definitivo, di quei malati che per vari motivi (mancanza di familiare di riferimento o sua temporanea inabilità, inadeguatezza dell'ambiente, emergenza clinica non gestibile a domicilio, desiderio del malato) non possono essere curati a casa. La Regione prevede un numero di 0,05 posti letto-Hospice per 1000 abitanti
Il Dott, Losano ne ha annunciato l'apertura nella ASL di Cuneo.
7. Le cure palliative domiciliari non sono più una *alternativa* all'ADI, ma una *integrazione* dell'ADI. Eventuali associazioni private che entreranno nelle UOCP non lavorano più svincolate dal servizio pubblico (tranne magari che per riceverne i finanziamenti), ma integrate nel servizio pubblico, che ne controllerà la qualità del personale impiegato e dell'attività svolta. La cartella, come quella dell'ADI, alla fine va al Distretto.
8. Non si assisterà più alle storture del passato: giovani medici, a volte non particolarmente "esperti in cure palliative" mandati a casa del malato senza neanche informare il curante, cartelle cliniche tenute non a casa del malato, ma nella sede della associazione e quindi neanche consultabili dal curante o dal medico della continuità assistenziale, pazienti dimessi senza che vi siano i requisiti per una adeguata assistenza domiciliare, richieste di trascrizione di terapie non discusse insieme, decisioni prese

senza averle concordate in precedenza, pazienti e familiari sconcertati da messaggi contrastanti, e altre che hanno alimentato quelle polemiche che hanno fatto male a tutti, soprattutto ai malati.

9. Il medico di famiglia sempre e comunque ha la piena responsabilità della assistenza al singolo malato e può decidere, in base alla situazione clinica e alle proprie competenze, se e quanto avvalersi del supporto della UOCP.

Credo che, da soli o con il supporto dell'ADI, possiamo seguire adeguatamente una buona parte di questi malati, come d'altronde abbiamo sempre fatto. La possibilità di avere consulenze ed eventuali visite a domicilio dai medici esperti operanti nella UOCP, come consulenti in ADI, potrà aiutarci a risolvere meglio tanti problemi e a migliorare le nostre conoscenze.

Quando, per problemi legati alle condizioni del malato, o per problemi che il medico non si sente preparato ad affrontare, o per eventuale carenza dell'ADI, l'assistenza potrebbe essere inadeguata e potrebbe diventare altrimenti inevitabile un ricovero incongruo e non desiderato dal paziente, potrà diventare estremamente utile il supporto della équipe UOCP a domicilio. L'intervento, richiesto dal medico di famiglia o comunque concordato con lui, dovrebbe comportare una collaborazione flessibile, adeguata al singolo caso clinico, alla formazione del medico stesso, alle risorse locali dell'ADI e della UOCP, e alle necessità della famiglia.

Una collaborazione vera e ben organizzata tra ADI e UOCP, basata sul rispetto delle reciproche competenze e responsabilità e sulla condivisione delle scelte terapeutiche e assistenziali e degli strumenti di lavoro

- può estendere le cure domiciliari a tutti i pazienti che ne hanno bisogno, purché abbiano un supporto familiare adeguato, mentre l'UOCP potrebbe seguirne un numero assai esiguo.
- può aumentare le motivazioni e la

soddisfazione professionale dei medici di famiglia, che possono così riuscire a tenere a casa malati con problemi particolarmente difficili, che da soli non avrebbero potuto seguire.

- garantisce al malato, anche a quello con problemi molto impegnativi, di continuare ad essere curato a casa dal medico che ha scelto, e di avere nel contempo a disposizione tutte le risorse di una struttura specializzata.
- lascia alle UOCP il tempo e le risorse per tutti gli altri importantissimi compiti che devono svolgere a livello ambulatoriale, ospedaliero, di ricerca e di formazione.

Penso che possa essere una grande scommessa per noi l'impegnarci con entusiasmo a gestire in prima persona l'assistenza al malato terminale, senza delegare ad altri questo compito per noi qualificante, e senza provare imbarazzo a chiedere una consulenza o la collaborazione delle UOCP quando lo riteniamo necessario, mantenendo comunque il ruolo che ci è proprio di medico responsabile della cura domiciliare.

E contemporaneamente impegnarci, ciascuno nella sua ASL, perché le direttive regionali non vengano disattese e vengano applicate correttamente. Abbiamo rappresentanti a livello di ASL e siamo esplicitamente invitati, insieme al responsabile UOCP, a partecipare alle previste riunioni trimestrali di verifica e programmazione degli interventi domiciliari tra Direttore medico Responsabile dei Servizi AST e responsabili distrettuali.

Dottore, venga subito!

Lo studio, in orario d'apertura, non può essere abbandonato

Allorquando il medico di famiglia riceve, all'interno del proprio studio e nell'orario di esercizio della medicina generale, una richiesta telefonica di visita urgente avrà l'obbligo di eseguirla immediatamente dopo aver terminato l'orario stabilito che dovrà comunque essere rispettato anche se lo studio fosse vuoto.

L'affermazione nasce dal fatto che il medico di famiglia in quello studio ed in quell'orario, svolge un compito istituzionalizzato che per alcun motivo può essere derogato.

L'urgenza sanitaria che, per definizione, è differibile, troverà dunque risposta nel più breve tempo possibile dopo aver adempiuto all'obbligo convenzionale.

Ben altra situazione è rappresentata dalla richiesta telefonica di risolvere ad una emergenza sanitaria.

Il comportamento del medico non dovrà cambiare in quanto ben si può affermare che ad altri servizi istituzionalmente preposti doveva afferire quella richiesta.

Tali servizi, nell'organizzazione del S.S.N. sono da identificare istituzionalmente nei sistemi provinciali "118" e ad essi è devoluta la gestione dell'intervento di emergenza sanitaria.

Né può valere lo "stato di necessità" mancandone alcuni requisiti, primo fra tutti la presenza dell'infortunato e non ultimo la reale valutazione dell'imminente pericolo di vita.

E' come se la richiesta di emergenza afferisse per esempio in un laboratorio di microbiologia medica o in una sede dell'INAIL o dell'INPS o presso il ministero della sanità, comunque in un luogo non idoneo alla ricezione della stessa, posto che la "idoneità" non è definita dalla sola presenza della figura medica, ma dall'insieme di professionalità diverse, strutture, mezzi adeguati nell'affrontare l'emergenza.

Il semplice concetto di soccorso non differibile dunque, non può che essere limitato, in un sistema integrato, all'interno del comparto individuato dalla programmazione sanitaria e dalle leggi dello stato.

Ne consegue quindi, come buona norma che, qualora il medico riceva una chiamata urgente durante l'orario di ambulatorio e non possa effettuarla per quanto sopra esposto, sia egli stesso ad attivare la chiamata al servizio di emergenza ("118"), fornendo tutte le indicazioni e gli elementi utili per un rapido intervento del servizio stesso.

Gianpaolo Bono (fiduciario ASL 15)

(continua da pag. 5)

presuppone un possibile inizio in tempi brevi dello screening nella nostra Provincia. Purtroppo però non sono ancora in grado di comunicarvi le modalità di adesione al Programma da parte dei Medici Generali dal momento che sono attualmente in corso le trattative con la Regione per una uniformità di intervento, per quanto possibile, su tutto il territorio regionale. Voi capite però le gravi difficoltà presenti dal momento che non tutte le Province stanno lavorando con lo stesso impegno al progetto.

Martedì 15 settembre '98 ci sarà la riunione regionale dei coordinatori e dei referenti dei programmi di screening con all'ordine del giorno precisamente le modalità di adesione e gli incentivi per i Medici Generali. La prossima volta spero di avere notizie migliori!!

Per il momento vi avviso che sono stati preparati alcuni depliant che avvisano del prossimo inizio della campagna di screening, fatti per la nostra provincia: d'accordo con i nostri rappresentanti sindacali affideremo al Comitato dei Pensionati la diffusione di tale materiale presso i negozi, le farmacie, durante le sagre di paese, ecc, tralasciando per il momento i nostri studi.