



## Notiziario della sezione provinciale di Cuneo



*Staffarda  
L'abbazia*

n.4

20 giugno 1999

### *In questo numero:*

|   |        |
|---|--------|
| La FIMMG non mente nè diffama                                 | pag. 2 |
| L'ASL 17 stanziava fondi per la Medicina Generale             | “ 3    |
| Non siamo esentati dall'IRAP                                  | “ 3    |
| Le modifiche concordate al Decreto Bindi                      | “ 4    |
| Dal Consiglio Nazionale del 27 maggio                         | “ 6    |
| Dal Consiglio Direttivo Provinciale del 29 maggio             | “ 7    |
| Nell'ASL 18 liberalizzati gli ambiti di scelta dell'ex-USL 65 | “ 8    |
| Dall'ASL 18: verbale del Comitato ex-art. 11                  | “ 8    |
| Curare il malato inguaribile                                  | “ 10   |
| Due amici ci hanno lasciato                                   | “ 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

*EDITING*  
Biagio Monasterolo

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

Stampato in proprio  
Contiene inserto redazionale

# La FIMMG di Cuneo non mente né diffama

---

Il Consiglio Direttivo Provinciale di Cuneo della FIMMG, riunito in data 2.6.1999, presa visione dell'articolo "LA FIMMG PROVINCIALE PRATICA MENZOGNA E DIFFAMAZIONE", pubblicato sul bollettino dell'Ordine dei Medici di Cuneo (Maggio 99), è in dovere di fare alcune puntualizzazioni.

Nella parte redazionale dell'articolo contestato, pubblicato sul notiziario FIMMG del 30 Aprile 99, non emerge in nessun luogo la notizia dell'astensione del Presidente dell'Ordine, dott. Renato Palanca, in occasione della votazione sulla mozione della FNOMCeO sul decreto Bindi, approvato all'unanimità; si segnalava invece l'avvenuta astensione sulla mozione di fiducia nei confronti dell'azione del Presidente della FNOMCeO stessa, prof. Pagni.

Tale comportamento veniva segnalato in modo chiaro anche nell'intervista con il Dr. Del Barone, e soltanto un passaggio dell'intervista al prof. Olivetti poteva essere interpretato come un travisamento dei fatti, per una imprecisione che riteniamo del tutto veniale e che, in ogni caso, non dipende dalla nostra volontà.

Il tono generale dell'articolo si limitava a stigmatizzare, e lo confermiamo in questa sede, l'azione dell'Ordine di CUNEO, pressoché unico in ITALIA, contro la Segreteria FNOMCeO, in un momento in cui sarebbe auspicabile un'azione unitaria e compatta.

Sulla base di queste considerazioni riteniamo tali accuse ("... pratica menzogna e diffamazione") nei nostri confronti non accettabili, e siamo pertanto costretti, nostro malgrado, a reagire nei modi e nelle sedi dovute, anche per tutelare la dignità dei nostri iscritti.

La Segreteria Provinciale

# L'ASL 17 stanZIA fondi per la Medicina Generale

Nel panorama non certo roseo dei rapporti tra le Aziende Sanitarie e la Medicina Generale, è da segnalare come una vera eccezione l'istituzione, da parte dell'ASL 17, di un Fondo per garantire l'attività della "Commissione Locale per il rispetto dei livelli di spesa programmati" (ex art. 4 DGR relativo agli accordi regionali per la Medicina Generale). Nell'ASL 17 sono operative ormai da tempo le due commissioni distrettuali (Fossano- Savigliano e Saluzzo), con una attività piuttosto intensa di valutazione della spesa corrente, sia territoriale che di alcune attività ospedaliere, al fine di valutarne l'andamento e la congruenza.

Lo stanziamento iniziale a favore di ognuna delle due commissioni distrettuali, che deve servire per garantire l'avvio dell'attività delle commissioni stesse, è stato di L. 10.000.000.

Come prevede la stessa DGR

*"il fondo è alimentato con importi pari al 70% dei risparmi ottenuti collettivamente dai medici di Medicina Generale rispetto alla spesa storica corrispondente. Il fondo può essere altresì alimentato con importi che il Direttore Generale può autonomamente destinare ad interventi nel Distretto. Il Fondo è amministrato dalla commissione di cui all'art. 4, che può disporre per finanziare:*

- a) attività di formazione, sensibilizzazione, formazione e revisione tra pari dei medici di Medicina Generale;*
- b) la produzione di linee guida;*
- c) conferenze di consenso nell'ambito dell'Azienda USL;*
- d) prestazioni aggiuntive dei medici di medicina generale, compresa la raccolta dei dati necessari al calcolo della spesa storica e di quella effettiva;*
- e) servizi rivolti ai medici di medicina generale, compresa la*

*fornitura di attrezzature, strutture e personale;*

*f) sperimentazione ed avvio di progetti obiettivo locali della medicina generale".*

L'ASL 17 è stata tra le prime ad istituire i Distretti (alcune ASL provinciali non vi hanno, a tutt'oggi, ancora provveduto), ed ora si segnala ancora una volta nel panorama della Sanità regionale per questa iniziativa che, a quanto ci risulta, è stata sinora applicata soltanto da un'unica ASL regionale.

Il merito, oltre che al Direttore Generale, Dott. Fabbricatore, va soprattutto ai due direttori di distretto, Dott. Saglione e Dott. Gili, che credono fermamente nel futuro della sanità territoriale.

S. Sigismondi  
P. D. Bossolasco

---

## IRAP: non siamo esentati

I compensi percepiti dai Medici di Medicina Generale convenzionati con il SSN non costituiscono reddito da lavoro dipendente.

Il Ministero delle Finanze nella circolare n° 14/6 – 111 – 5 1988/66 del 5/2/1999 e inerente agli emolumenti corrisposti dalle aziende ULSS ai Medici, inquadrava tra i redditi di lavoro dipendente (parasubordinato) solo i compensi dei medici della continuità assistenziale e della medicina dei servizi, dei medici cioè pagati ad orario. Solo tali categorie non sono soggette pertanto al pagamento diretto dell'IRAP.

Il periodico "Professione - sanità pubblica e medicina pratica" nel numero di Aprile u.s. ha smentito la notizia dell'esenzione IRAP per tutte le nostre categorie, notizia pubblicata erroneamente nel numero 3 del 1999 dello stesso giornale.

### Errata corrige su PROFESSIONE N° 3

Nel precedente fascicolo n° 3, nel dare notizia (pag. 30) della risoluzione del Ministero delle Finanze che esonera talune categorie di medici convenzionati con le ASL dal pagamento dell'IRAP, è stata usata la generica dizione "medici di Medicina Generale". Si precisa che la risoluzione non riguarda i medici di famiglia o di assistenza primaria, bensì gli altri medici appartenenti all'area della medicina generale (medicina dei servizi, guardia medica e medicina dell'emergenza), titolari di incarichi con compenso orario disciplinati anch'essi dall'accordo reso esecutivo con DPR 484/96.

Ci scusiamo con i lettori per l'equivoco ingenerato dalla formulazione della nota.

# Così sarà riformulato il decreto per la Sanità

## *Rosi Bindi accetta le nostre osservazioni*

Trascriviamo la risposta che il Ministro della Sanità, con gli Assessori Regionali rappresentanti delle Regioni, ha inviato alle organizzazioni sindacali, tra cui la FIMMG, che avevano manifestato la loro ferma opposizione allo schema di Decreto Delegato sulla Sanità proponendo le modifiche necessarie.

*“Alle Organizzazioni Sindacali che hanno espresso parere sullo schema di decreto delegato  
Trasmettiamo il testo riformulato dagli uffici a seguito dei pareri espressi sullo schema di decreto delegato nel corso dei due incontri e delle osservazioni e proposte da Voi formulate.*

*Riteniamo che questo testo, rappresentando un punto di mediazione, possa costituire la base di un'intesa fra Governo, Regioni e Organizzazioni Sindacali e come tale essere trasmesso alle Commissioni Parlamentari.*

*Il Ministro: Rosy Bindi*

*Gli Assessori: Iles Braghetto e Lionello Cosentino*

Articolo 8-bis, comma 2: Il comma disciplina esclusivamente le modalità di accesso ai servizi per le prestazioni a carico del S.S.

Articolo 8-ter, comma 3: Aggiungere dopo “le strutture di cui al comma 1, lettera d)” la frase “per le quali non si applica l'autorizzazione alla realizzazione di cui al comma 2”.

Articolo 8 quater, comma 1: Aggiungere, all'ultimo periodo: “e ai professionisti”.

Articolo 8 quinquies, comma 2: Aggiungere dopo “con quelle provate” “e con i professionisti, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale”.

Articolo 9, comma 4, lettera a): Inserire dopo “erogate da” “professionisti accreditati e da”.

Articolo 8 quater, comma 4: Aggiungere “m) indicare i requisiti per l'accreditamento istituzionale dei professionisti, anche in relazione alla specifica esperienza professionale maturata e ai crediti formativi acquisiti nell'ambito del programma di formazione continua di cui agli articoli 16 bis”.

Articolo 7, comma 1, lettera a): Dopo “sanità pubblica veterinaria” aggiungere: “che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie; farmacovigilanza veterinaria; igiene delle produzioni zootecniche; tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale”.

Articolo 7 quater, comma 2: Sostituire con: “Le Regioni disciplinano l'articolazione delle aree dipartimentali di sanità pubblica, della tutela della salute negli ambienti di lavoro e della sanità pubblica veterinaria, prevedendo l'istituzione di strutture organizzative specificatamente dedicate a:

- a. igiene e sanità pubblica;
- b. igiene degli alimenti e nutrizione;
- c. prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- d. sanità animale;
- e. igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- f. igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Articolo 7 quater, comma 3: Dopo “ed alle funzioni attribuite” inserire “nonché alle caratteristiche e alle dimensioni del bacino di utenza”.

### LIBERA PROFESSIONE

4 Articolo 8, comma 1, lettera c): La convenzione unica e gli accordi integrativi regionali disciplinano gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione, nel rispetto dei seguenti principi:

a. il tempo complessivamente dedicato alle attività in libera professione e le prestazioni offerte non devono recare pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente;

b. il medico è tenuto a comunicare all'Azienda USL l'avvio dell'attività in libera professione, indicando sede e orario di svolgimento, anche al fine di consentire gli opportuni controlli;

c. prevedere la preferenza nell'accesso a tutte le attività incentivate previste dagli accordi integrativi, in favore dei medici che non esercitano attività libero-professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti.

L'accertato o non dovuto pagamento, anche parziale di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero-professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione, comporta l'immediata interruzione del rapporto convenzionale con il SSN.

#### CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Articolo 8, comma 1, lettera e): Garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale fra l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e della guardia medica e medicina dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e l'organizzazione distrettuale del servizio.

#### ETÀ PENSIONABILE

Articolo 15 nonies, comma 3: Aggiungere: "In sede di rinnovo delle relative convenzioni, sono stabiliti modalità e tempi di attuazione".

#### FONDI INTEGRATIVI

Articolo 9, comma 4, lettera a): Inserire dopo " erogate da" "professionisti accreditati e da"

Articolo 8, comma 1 bis: Entro un anno dalla pubblicazione del presente decreto, le Regioni possono individuare aree di attività della emergenza territoriale e della medicina dei servizi, che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini, i medici addetti a tali attività che al 31 dicembre 1998 risultavano titolari di un incarico a tempo indeterminato da almeno 5 anni o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, sono inquadrati a domanda, previo giudizio di idoneità, nel ruolo medico, anche in soprannumero. Prevedere, nelle more del passaggio alla dipendenza, adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla Emergenza Sanitaria Territoriale con l'attività dei Servizi del Sistema di emergenza-urgenza secondo criteri di flessibilità operativa, incluse forme di mobilità interaziendale.

#### MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI

Articolo 8, comma 8: In sede di revisione dei rapporti convenzionali in atto, l'Accordo Collettivo Nazionale disciplina l'adeguamento dei rapporti medesimi alle esigenze di variabilità di orario e di flessibilità operativa, incluse forme di mobilità interaziendale, nonché i criteri di integrazione dello specialista ambulatoriale nella assistenza distrettuale. Lo stesso Accordo definisce altresì le modalità mediante le

*(continua alla pagina 10)*



## **INSERTO PER GLI ISCRITTI**

Anche a questo numero, **per i soli iscritti alla FIMMG**, è allegato un inserto che tratta i seguenti argomenti:

- Note e commenti sulle Note CUF
- Informazioni per i colleghi dell'Emergenza Sanitaria e Continuità Assistenziale

# Dal Consiglio Nazionale del 27 maggio

di Piero Sabena

Nella giornata che doveva essere dedicata allo sciopero dei medici della FIMMG, ANAAO, SUMAI, ecc. si è svolto il Consiglio Nazionale della FIMMG di cui potete leggere l'Ordine del Giorno in ultima pagina.

Lo sciopero era stato sospeso nella notte di martedì, dopo aver preso atto di alcune aperture del ministro della sanità che ha dichiarato la propria disponibilità a portare in sede di separata contrattazione i punti contestati dei decreti delegati.

In apertura dei lavori il segretario nazionale Mario Falconi si è dichiarato "moderatamente ottimista" circa il buon esito finale della vertenza.

Tale moderato ottimismo

deriva dalla constatazione che si è ottenuto di portare in sede di contrattazione separata i nodi emersi nelle ultime prese di posizione della Bindi che erano state inserite nella legge delega e meritevoli invece di ulteriore concordata definizione.

Più avanti nel bollettino viene riportato il testo integrale delle modifiche ottenute allo schema di Decreto Legislativo con i commenti relativi.

Nel corso dello svolgimento dei lavori del Consiglio nazionale della FIMMG sono emersi due momenti distinti. Dapprima c'è stato un doveroso excursus sull'operato del Segretario Nazionale con un plauso per l'azione svolta.

Poi, in sede di discussione, è emersa la preoccupazione che le modifiche sottoscritte dal Ministro della Sanità fossero solamente dettate dall'ottenere una tregua elettorale, in vista della prossima consultazione.

La domanda che è emersa più di frequente è stata: dopo le elezioni, come andrà a finire?

Otterremo tutto quello che è stato concordato?

Per questo motivo lo sciopero non è stato revocato ma solamente sospeso, fermo restando che lo stato di agitazione della categoria resta alto e lo sciopero potrà essere indetto in qualsiasi momento nel caso che non venissero onorati gli impegni assunti.

## L'Ordine del Giorno

Il Consiglio Nazionale della Fimmg, riunito a Roma, presso la sede nazionale, in data 27 maggio 1999,

ASCOLTATA

la relazione del Segretario Nazionale Mario Falconi, che ha illustrato:

- l'andamento delle trattative con il Ministro della Sanità ed i rappresentanti delle regioni per la modifica della bozza dei decreti delegati di Riordino del Servizio Sanitario Nazionale,
- le correzioni al testo ottenute in linea con le richieste avanzate unitariamente dalla FIMMG, dall'ANAAO, dal SUMAI, dall'ANDI, dalla FIMP e dalla FNOMCEO,
- le valutazioni che hanno consentito la sospensione dello sciopero indetto dagli stessi sindacati e della manifestazione promossa dalla FNOMCEO,

LA APPROVA E PLAUDE:

- all'opera del Segretario Generale e della Segreteria nazionale ed alla compattezza ed alla coerenza dimostrata dai quadri sindacali e degli iscritti tutti.
- Il Consiglio Nazionale della Fimmg, pur registrando con soddisfazione i traguardi raggiunti, in particolare per quanto riguarda la libera professione, il pensionamento, l'organizzazione del distretto e la tutela dell'indipendenza del medico di famiglia convenzionato,

RIBADISCE

la decisione di mantenere, insieme alle organizzazioni sindacali alleate, lo stato di attenta vigilanza e di mobilitazione della Categoria, fino al coerente compimento dell'iter di approvazione dei decreti delegati.

Il Consiglio Nazionale della Fimmg,

RITIENE INOLTRE

che la positiva e definitiva approvazione dei decreti delegati costituisca l'indispensabile presupposto per la ripresa e la sollecita conclusione delle trattative per il rinnovo della Convenzione Nazionale e dei successivi accordi integrativi regionali e per la soluzione dei rilevanti problemi ancora sul tappeto quali l'eccessivo carico burocratico e la confusa gestione del Prontuario Terapeutico Nazionale, delle Note CUF e delle esenzioni.

Presentato da Arpaia, Costa, Milillo, Olivetti, Santi, Ucci.

Approvata all'unanimità.

# Consiglio Provinciale del 29 maggio: il verbale

---

Presenti: Benedicti, Bertolusso, Bono, Dalmasso, Del Gaudio, Ferrua, Gabbi, Giachino, Grasso, Monasterolo, Papini, Porrati, Sabena.

Bilancio: il Tesoriere Monasterolo dà lettura del Bilancio Consuntivo 1998, che verrà presentato alla Assemblea Generale Provinciale; viene approvato all'unanimità.

Nuove spese: Ferrua prevede nuove spese per la manutenzione dei locali, per un nuovo telefono, per un nuovo computer.

Convenzione SUMAI: questo sindacato conferma i propri problemi di cassa, anche se per il momento non ci sarebbero difficoltà a pagare la quota-parte della sede del sindacato.

Convenzione FIMMG G.M.-118: si decide alla unanimità che per questo anno la quota verrà dimezzata, essendo l'attuale numero degli iscritti alla sezione di Cuneo tale solo da metà anno; per l'anno prossimo si valuterà la questione, anche tenendo conto dei problemi che verranno con i nuovi Decreti Delegati.

Convenzione SIMG: alla unanimità si decide di far pagare solo la quota riguardante gli iscritti alla SIMG non iscritti alla FIMMG.

Decreti Delegati: sono del tutto nuovi per tutti, con le sorprese che ormai si fanno della anzianità anticipata in blocco, dei

distretti che dovrebbero nascere, ma senza soldi, quindi impotenti nella gestione dell'ASL e della medicina territoriale, della rescissione della convenzione per i MMG che praticano attività libero-professionale nei confronti dei propri assistiti, dei medici impiegati nei distretti con mansioni oscure. In sede nazionale è stata proposta una giornata di sciopero per il 27/5.

Incontro con l'Assessore regionale nella nostra sede: si è impegnato a dare linee guida eque per tutti i Direttori Generali di ASL per il recupero delle quote arretrate; ha proposto incontri trimestrali regionali con la FIMMG; si è discusso sul ricettario regionale per gli specialisti.

Dimissioni del Presidente Provinciale dott. Sigismondi: viene letta la lettera inviata da Sigismondi che si dimette dalla carica di Presidente della Sezione Provinciale; ampio dibattito sulla questione; considerato che le dimissioni sono irrevocabili anche dopo numerosi incontri con il Dott. Sigismondi a livello personale, il Consiglio decide di accoglierle a malincuore e di inviare una lettera di risposta e di ringraziamento per l'attività svolta a favore del sindacato, della cui sezione provinciale a giudizio di tutti i presenti Sigismondi è stato l'artefice e il sostenitore spesso unico.

Elezioni dell'Ordine dei Medici: viene proposto, e accet-

tato alla unanimità, che se il sindacato deve occuparsi delle elezioni dell'Ordine, per dovere morale parte del Consiglio Direttivo deve candidarsi alle prossime elezioni, insieme ai vertici del SUMAI, SIMG e FIMMG Guardia Medica-118 e degli altri Sindacati rappresentativi, condividendo un programma comune.

Bollettino: Sabena è stato incaricato ufficialmente di guidare la riorganizzazione dello stesso, con risultati decisamente confortanti; si sollecitano sempre contributi da parte di tutti gli iscritti, ricordando ai delegati di ASL che è necessario un articolo sui problemi di ogni ASL per ogni numero del bollettino. Alla unanimità il direttore responsabile del bollettino, attualmente Piero Sabena, viene cooptato per partecipare regolarmente alle riunioni del Direttivo Provinciale.

Informatori medico-scientifici: Giachino fa rilevare, e tutti concordano che il numero degli informatori, specie di seconde e terze linee commerciali delle ditte farmaceutiche maggiori, sta aumentando vertiginosamente, con passaggi sempre più frequenti, con disagio dei medici, dei pazienti e a volte degli stessi informatori. Giachino viene incaricato di contattare il Presidente della associazione fra gli informatori del farmaco Morra per valutare la questione.

# Dall' ASL 18 (Alba - Bra)

## *Liberalizzazione delle scelte in tutta la ex 65.*

Anche la ASL 18 ha deliberato di liberalizzare le scelte su tutto il territorio della ex 65 e di fatto ha istituito due ambiti di scelta corrispondenti una alla ex 64 e l'altro alla ex 65.

Forse per accogliere l'invito rivolto dal Presidente dell'Ordine della Provincia di Cuneo, ufficialmente per risolvere il problema delle troppe richieste di scelte in deroga che gravano sugli sportelli e che non trovano soddisfazione nell'ambito del Comitato Consultivo di ASL, la delibera è stata emanata, senza troppa pubblicità ed in verità senza neanche una nota informativa ai Medici operanti sul territorio, dopo il parere negativo espresso dal Comitato Consultivo Regionale, fin dall'autunno scorso.

La nostra opinione e la posizione ufficiale del Sindacato al riguardo risultano ormai note, essendo state ampiamente spiegate e dibattute.

Ciò che soprattutto preoccupa sono, oltre che l'elusione delle norme convenzionali, soprattutto le difficoltà che tale situazione su un territorio così ampio come quello della ex 65, può comportare nei rapporti tra Medico e paziente e tra Medici stessi. Al riguardo si fa presente che in questo modo è caduto l'obbligo dell'apertura dello o degli studi nel solo ambito di inserimento.

Da informazioni ricevute pare

che la questione sia dibattuta in seno al Comitato Consultivo di ASL prima della delibera.

I rappresentanti della Medicina Generale facenti capo al territorio della ex 64, non essendo direttamente chiamati in causa dal provvedimento (la ex 64 ha un unico ambito, ma il territorio è molto più limitato), si sono adeguati alla volontà del rappresentante della ex 65.

Questi, favorevole egli stesso al provvedimento, ed esibendo i risultati di una vecchia indagine, secondo la quale la grande maggioranza dei Medici della ex 65 sarebbero stati favorevoli anch'essi alla liberalizzazione delle scelte, ha caldeggiato la delibera.

Ritengo, che fatto salvo il suo legittimo potere decisionale in seno all'organo, che gli deriva dalla posizione di rappresentanza liberamente suffragata, l'esibizione di risultati di una vecchia indagine (due, tre anni?), condotta in modo frettoloso e senza sicuri criteri di garanzia democratica, sia quanto meno opinabile.

Il sottoscritto vicefiduciario di ASL, essendo venuto, a distanza di mesi ed in modo del tutto fortuito, a conoscenza della delibera, ha avuto un paio di incontri con il Direttore Generale, il primo dei quali anche con il Segretario Provinciale Dott. Massimo Ferrua.

Il Dott. Monchiero, confermando i motivi che hanno condotto al provvedimento, prendendo atto della fondatezza delle nostre osservazioni e preoccupazioni, ha auspicato per il fu-

turo una fattiva collaborazione ed, in merito, ha manifestato il proposito di prendere in considerazione il problema.

Attualmente, quanto meno, si è avuta la rassicurazione, che per iscrivere un assistito residente fuori dai vecchi ambiti, ci sia sempre la preventiva dichiarazione di accettazione del Medico.

## *Comitato ex-art.11 D.P.R. 484/96 - Verbale della seduta dell'11-3-1999*

Sono presenti:

per l'ASL 18, i Dott. Brezzi ed Errico;

per i Medici di M.G., i Dott. Dallorto, Gola e Negro;

Alla richiesta relativa all'entrata in funzione dei distretti, il dott. Brezzi ricorda l'impegno del Direttore Generale per il mese di giugno.

Rende quindi note le difficoltà emerse nella conduzione del Dipartimento M.I.

Il Dott. Gola chiede che i risparmi eventualmente ottenuti mediante i corsi di formazione, ad esempio: la lezione sui farmaci ipertensivi, vengano reinvestiti sul territorio.

Il Dott. Brezzi risponde che, in assenza del Distretto, il SAST terrà conto della giusta necessità.

A proposito dell'A.D.I. si riconosce necessario un incontro con gli altri Servizi: si deve tenere conto del risparmio derivan-

te dalle 19.000 giornate di Assistenza Domiciliare del '98.

Il Dott. Errico evidenzia come quasi tutti i Medici usufruiscano del servizio, sia pure con differenze quantitative.

Il Dott. Brezzi ricorda che tale attività dovrà agganciarsi a quella del Distretto.

La Dott.ssa Dallorto propone di analizzare a fondo i dati disponibili prima dell'estate.

Il Dott. Brezzi annuncia l'inserimento di due nuove domiciliari, ma dichiara quasi impossibile l'utilizzo dei fisiatri, stante la situazione.

A proposito delle RAF, il Dott. Brezzi conferma l'evolversi della situazione.

La Dott.ssa Dallorto ipotizza come possibile l'adeguamento

delle RAF alle normative relative al Direttore Sanitario; chiede quindi se lo screening mammario partirà poi veramente a fine maggio.

Il Dott. Brezzi risponde che occorre adeguare qualche procedura.

Si respingono due proposte di incontri formativi extra programma.

Il Dott. Brezzi annuncia una iniziativa della ASL 15, a proposito delle ricette formalmente imperfette o illeggibili, che potrebbe coinvolgere anche i medici della ASL 18. La nostra ASL attribuirà comunque diverse anomalie ai medici, con relativi addebiti.

Il Dott. Negro chiede notizie circa i magazzini farmaceutici di

Distretto.

Il Dott. Brezzi risponde che l'argomento è all'ordine del giorno del Direttore Generale.

Si esaminano le richieste in deroga: tutte le decisioni vengono adottate all'unanimità.

Il Dott. Errico ricorda che è stata ripristinata la possibilità di assegnare allo stesso utente letto ad acqua e carrozzina.

La seduta ha termine alle ore 15.

Letto, approvato e sottoscritto.

---

## Le modifiche al Decreto Bindi

*(continua dalla pag. 5)*

quali eventuali ulteriori esigenze da attività specialistiche ambulatoriali alle quali non sia stato possibile far fronte con gli interventi di cui al punto precedente possono essere soddisfatte attraverso la instaurazione di nuovi rapporti orari a tempo determinato.

### DISTRETTO

Articolo 3 quater, comma 1: Aggiungere "nell'ambito delle funzioni aziendali il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della USL.

Articolo 3 quinquies, comma 1, punto a): Dopo guardia medica notturna e festiva aggiungere "e di servizi dei presidi ambulatoriali polispecialistici".

Articolo quinquies, comma 1, lettera b): Sostituire "inserimento" con "coordinamento della attività"; aggiungere "e con i servizi dei presidi ambulatoriali polispecialistici".

Articolo 3 sexies, comma 2: Sostituire "può avvalersi" con "si avvale". Aggiungere "ed uno degli specialisti convenzionati".

Articolo 3 sexies, comma 3: Eliminare "di secondo livello".

### CONSIGLIO SANITARIO AZIENDALE

Articolo 17: Aggiungere "e di rappresentanti dei medici convenzionati ai sensi dell'articolo 8".

# Accanto al malato inguaribile

*Tra disperazione e speranza: assistenza e presenza in famiglia.*

di Guido Govone

I profondi mutamenti che si sono verificati nel corso degli ultimi anni nella scienza medica e nella società hanno modificato non solo il rapporto medico-paziente, ma il ruolo stesso della medicina nella società. Queste continue trasformazioni, non sempre indolori, hanno un impatto ancora più forte su alcuni settori di frontiera, come quello della medicina generale, dell'assistenza domiciliare ai malati inguaribili, delle cure palliative.

Da un lato la cultura dominante, vitalistica ed efficientistica, che percepisce la morte come simbolo di negatività da occultare e rimuovere, alimenta fantasie di immortalità e non concepisce una "cultura della perdita" e una visione della morte come evento naturale ed ineluttabile, da accettare. Dall'altro, una certa medicina ipertecnologica, quella che "tutto può" e che ha anche più voce, non fa che rinforzare la concezione che non si dovrebbe più morire.

La stessa etica deontologica impone al medico due doveri: *sanare infirmos*, cioè ripristinare la salute, rimuovere la malattia per *restituere ad integrum* il soma, e *sedare dolorem*, ma il dovere più forte è quello di *sanare*. Questa impostazione, questi obiettivi non sono però appropriati per affrontare i problemi di quella parte di persone che sono afflitte da malattie inguaribili in fase evolutiva: i malati cosiddetti terminali, per i quali gli interventi terapeutici e diagnostici finalizzati solo alla

guarigione sono inutili.

Un sistema di cure adeguato ai bisogni di questi malati richiede una nuova filosofia assistenziale, che impone al medico un passaggio dalla mentalità del guarire a quella del prendersi cura, una conversione dell'obiettivo "durata della vita" in quello di "qualità di vita residua", accettabile benessere. È un passaggio difficile, che ci ha colto, in un passato ancora recente, spesso assai poco preparati. Quante volte, come medici di trincea, ci siamo ritrovati a dibatterci tra due vie opposte ma parimenti inadeguate: quella dell'accanimento terapeutico, della condotta aggressiva, del fare qualcosa a tutti i costi e con tutti i mezzi (infusioni, trasfusioni, esami strumentali e di laboratorio frequenti quanto inutili) e la opposta via della fuga, con visite rare e brevi, colloqui ridotti al minimo, lanciando così un messaggio di abbandono, di inutilità di qualsiasi nostro intervento, che lascia malato e famiglia soli a sbrogliarsela con tutti i problemi della sofferenza fisica e morale. E questo perché ci siamo trovati impreparati a sopportare sentimenti di impotenza, di fallimento, di colpa, per la perdita capacità di esercitare quel controllo sulla malattia e sulla morte a cui eravamo stati educati dalla medicina tradizionale e che sempre più ci viene richiesto dalla cultura corrente.

Per contro, la cultura delle cure

palliative ci ha fornito un grande aiuto e si è innestata con una certa facilità nella nostra *formamentis* di medici di famiglia, da sempre attenti alla soggettività, unicità, globalità della persona malata più che alle singole malattie, e abituati al colloquio, alla mediazione, al confronto con i nostri pazienti. Per il malato, i vantaggi dell'assistenza a domicilio, quando è possibile, sono evidenti: stare nel proprio ambiente, mantenere un rapporto vivo con famigliari ed amici, godere di una posizione psicologica più forte ("giocare in casa"), fare riferimento a poche figure professionali ben conosciute.

Secondo la nostra esperienza, un adeguato intervento a domicilio per un paziente inguaribile non può essere standardizzato, non deve rispondere a criteri astratti e predefiniti; interventi e decisioni vanno modulati di volta in volta, talora inventati di sana pianta, perché ogni persona differisce dall'altra per carattere, sensibilità, cultura, modo di reagire alla malattia, rapporti famigliari e sociali, capacità di comunicare, fede religiosa, ed è sempre un caso a sé stante, intorno a cui deve ruotare il nostro lavoro. Il rispetto degli operatori sanitari per la "differenza", per la soggettività del malato deve costituire l'elemento qualificante dell'assistenza che forniamo; assistenza che necessariamente deve avvalersi di un lavoro multidisciplinare imperniato su tre poli: il malato, i terapeuti, la

famiglia, tra i quali è indispensabile che si instauri una rete di alleanze.

Con il malato inguaribile, infatti, il medico deve stringere un nuovo patto terapeutico, una nuova alleanza, il cui obiettivo non sarà coltivare false aspettative di guarigione, ma concordare concrete possibilità di cura, per raggiungere un accettabile benessere controllando i sintomi e in particolare il dolore con i metodi più moderni ed efficaci fino alla fine. L'inganno non è certamente consigliabile; a domande dirette si deve rispondere in modo diretto, rispettando comunque e sempre la quantità di verità che il paziente vuole sapere. Ciò non significa uccidere le speranze, anche perché la stragrande maggioranza dei pazienti informati ha una coscienza di essere ammalato che convive con altri stati di coscienza che negano l'esistenza della malattia: anche di questo dobbiamo essere consapevoli, e avere sempre ben presente che la speranza è l'ultima a morire: "*Spes ultima dea*".

Di fronte ad un dolore che giustamente è stato definito totale, perché è dolore fisico, psicologico e spirituale, dare più tempo all'ascolto delle paure, delle angosce del malato spesso vuol già dire recargli sollievo: ancora una volta il medico farà bene, da un lato, a ricordare che il primo strumento terapeutico a sua disposizione è il medico stesso, dall'altro, a fare atto di umiltà, tenendo conto dei limiti e delle potenzialità dell'arte medica e dell'uomo.

Altra tappa fondamentale del nostro percorso assistenziale è l'alleanza con la famiglia del malato. Infatti la maggior parte delle ore di assistenza sono a carico della famiglia e non devono es-

sere ore di solitudine e di paura di fronte a problematiche sconosciute, ma non ingestibili. L'avanzamento della malattia, il precipitare delle condizioni fisiche del malato causano nei famigliari paura, incertezza, senso di colpa per l'impotenza ad arrestare l'evoluzione della malattia, talora atteggiamenti di critica e svalutazione dell'opera dei terapeuti, spesso un'iperattività che li spinge alla ricerca del guaritore, sconfinando anche nel campo del magico e dell'irrazionale (viaggi della speranza). Anche questo può essere un modo di dare un senso alla propria sofferenza e può nascere da difficoltà di comunicazione con il medico e con gli altri operatori sanitari. Non dobbiamo dimenticare che i famigliari del malato hanno un doppio ruolo: uno è quello di "assistiti" da parte degli operatori, perché la malattia inguaribile è malattia della famiglia, l'altro è quello di partecipanti attivi all'opera di assistenza al malato terminale, influenzandone positivamente l'adattamento alla malattia stessa. Medico e infermiera devono rappresentare dei veri e propri serbatoi di strategie da adottare, suggerimenti pratici, risorse emotive.

Altra alleanza parimenti importante è quella tra operatori sanitari. Infatti per una comunicazione franca e onesta con il malato e la sua famiglia è indispensabile un buon livello di sintonia tra gli addetti alle cure, per evitare di fornire informazioni contraddittorie - sintonia che si ottiene con la condivisione degli obiettivi terapeutici, il confronto periodico, il lavoro di formazione e di aggiornamento comune. Solo in questo modo potremo evitare atteggiamenti di segno opposto ma ugualmente dannosi, quali il pietismo, l'eccessivo

coinvolgimento, oppure il distacco, la freddezza, l'impersonalità, o ancora la frustrazione alimentata spesso dalle pressioni e dalle aspettative dei famigliari, oppure la disillusione, l'apatia, il cinismo, che configurano la ben nota sindrome del 'burn out'.

In definitiva, l'arte di aiutare questi malati e le loro famiglie è quanto di più complesso e difficile ci possa essere. Ne sono elementi basilari: l'accettare di porsi domande scomode attraverso una personale introspezione sul tema della morte; la disponibilità a mettersi continuamente in gioco attraverso l'ascolto empatico, l'accettazione incondizionata della persona; un atteggiamento 'maieutico' che porti a far emergere capacità, risorse interiori, che sono presenti nel malato stesso e nei suoi famigliari, e che fanno sì che l'aiuto si produca anche dall'interno di queste persone, che noi sbaglieremmo di molto a considerare solo destinatarie, fruitrici passive di nostre prestazioni.

# I migliori se ne vanno per primi

*Ricordo dei colleghi Ezio Giraudò, “medico” speciale e Filippo Aloì, “specialista” speciale*

di **Salvio Sigismondi**

In un assoluto pomeriggio di tarda primavera abbiamo accompagnato all'ultima dimora il collega Ezio Giraudò medico in Villafalletto presidente del Collegio dei Probiviri del nostro Sindacato.

Avevo conosciuto tardi Ezio, al momento dei miei primi incarichi sindacali, ma da subito era nata una reciproca profonda stima, cui era seguita una intensa amicizia basata sul comune sentire e sul fatto che, da subito, avevo riconosciuto in lui un maestro di vita.

Nessuno si stupisce se in un piccolo paese vi sia della ruggine tra colleghi.

Ezio lo ricordo alle riunioni, sempre insieme all'insuperabile Giacomo Dotta prima ed ai colleghi giovani poi: grazie per l'esempio di

amicizia e colleganza che ci hai dato!

La maggioranza di noi si lamenta del carico burocratico, spesso è demotivata. Ezio lo ricordo sempre interessato, mai un lamento od una afflizione, disponibile nel lavoro come nei consigli: grazie per l'esempio di entusiasmo nella professione che ci hai dato!

Colpito da male inesorabile, con serenità ha affrontato la malattia raccogliendo tutte le sue forze per continuare il proprio lavoro, senza lamentarsi mai di nulla e di nessuno, anzi esprimendomi più volte sensi di profonda gratitudine ed ammirazione nei confronti dei colleghi più giovani che lo aiutavano in quelle mansioni che gli erano fisicamente impedito.



Noi che ti abbiamo conosciuto, caro Ezio, piangiamo la tua mancanza e ci uniamo al dolore dei tuoi familiari, ma non potremo dimenticare mai i tuoi insegnamenti ed i tuoi esempi unitamente al bene che ci hai voluto.

Riposa in pace!

di **Maurizio Sarotto**

Filippo Aloì era un Signor Dermatologo; professore all'Università a Torino, visitava anche ad Alba e nella sua Montà d'Alba. Molti colleghi cuneesi lo hanno conosciuto e apprezzato.

12 Pensate: i pazienti che gli inviavo tornavano con una diagnosi o una ipotesi dia-

gnostica scritta, sempre! Quanti dermatologi lo fanno?

A qualche paziente è capitato di sentirsi dire: "Mi spiace, ma non so cosa lei abbia". Quanti specialisti saprebbero ammettere il loro limite davanti al paziente?

Prescriveva raramente

due pomate, quasi sempre una sola! Quanti dermatologi si sentono di poter fare così?

Era in gamba; e per noi di queste parti, era una sicurezza.

Ci mancherà.