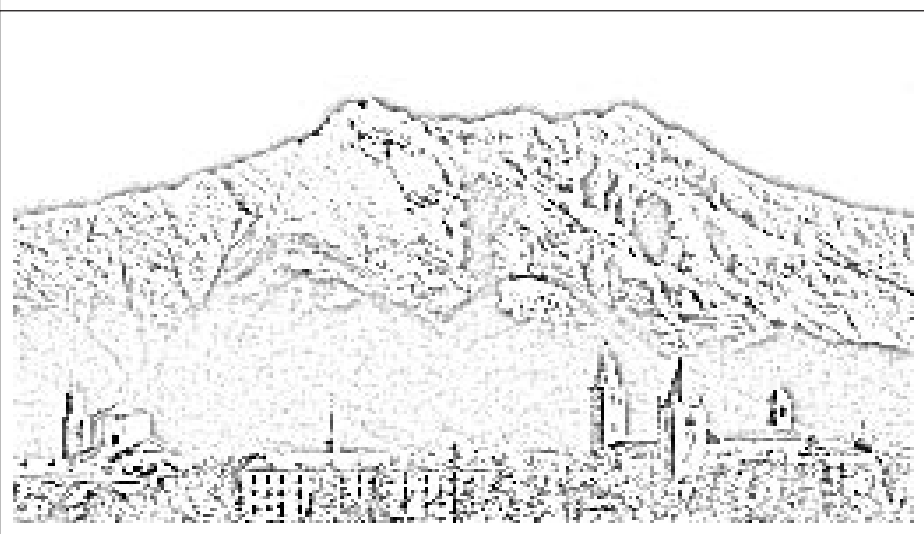




Notiziario della sezione provinciale di Cuneo



n.4

3 dicembre
1998

In questo numero:

Questioni di merito	pag. 2
Certificazioni per extracomunitari	“ 5
Continua l'assalto alla diligenza	“ 5
L'intesa con Federfarma	“ 6
Indennità informatica e di studio	“ 7
Congresso naz. FIMMG: prospettive per la M.G.	“ 8
Congresso naz. FIMMG: perplessità di un partecipante	“ 13
Congresso naz. FIMMG: mozione FIMMG	“ 14
Congresso naz. FIMMG: mozione Guardia Medica	“ 16
Congresso naz. FIMMG: la Medicina Generale in Europa	“ 17
Certificati sportivi scolastici: intesa con la Scuola	“ 17
Aggiornamento professionale: diritto-dovere	“ 18
Note sulle Note	“ 19
Critiche pretestuose	“ 23
Il sistema 118	“ 24

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

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

Pubblicità inferiore al 50%
Stampato in proprio
Contiene inserto redazionale

Medici di Famiglia, la Sanità diventa salute

Non è una questione personale ma di merito!!

Col che si dimostra che spesso il “meglio” è nemico del “bene”

Massimo Ferrua - Segretario Prov.le

La scelta del Medico di Famiglia da parte del paziente sta diventando per qualcuno uno dei tanti cavalli di “battaglia”, per molti altri un serio problema per la efficace tutela della funzionalità del SSN e quindi della qualità e accessibilità dello stesso.

Questa considerazione deriva sostanzialmente dalla semplice constatazione che solo attraverso una buona organizzazione del servizio pubblico, trovano un’insostituibile spazio le cure primarie e territoriali.

La competitività fra operatori rappresenta un elemento positivo del sistema, ma, come sempre quando si parla di Sanità, la liberalizzazione può creare dei grossi problemi.

In effetti nella nostra realtà questo è già avvenuto: la deregolamentazione della scelta del medico da parte del cittadino anche al di fuori dell’ambito di residenza ha portato a massicci spostamenti di assistiti verso medici con studio geograficamente lontano con ovvie incongruenze nella possibilità di ottenere un’assistenza efficace.

Questo sta comportando lamentele da parte dei cittadini, dei loro rappresentanti a tutti i livelli e fra gli operatori stessi (anche tra quelli che per motivi contingenti avevano visto di buon grado tale opportunità che veniva loro offerta).

Ma analizziamo con una

breve sintesi quali sono le motivazioni che hanno portato la FIMMG provinciale e regionale ad assumere questa posizione.

Alcune di esse sono di ordine sindacale mentre altre toccano aspetti etico-professionali con risvolti di tipo deontologico.

L’articolo 19 comma 1 della nostra Convenzione così recita: *“La libera scelta del medico avviene, ai sensi dell’articolo 19 comma 2, della legge n.833/78, nei limiti oggettivi dell’organizzazione sanitaria.”*

Ho voluto citare questa legge per chiarire fin dall’inizio quali sono i termini della questione sui quali dobbiamo ragionare.

Spesso per trasporto emotivo siamo portati a diffidare di quanto viene normato con le disposizioni di legge: talvolta abbiamo provato in prima persona la voluta difficoltà interpretativa che esse provocano o la celata difesa di particolari interessi.

Non mi sembra che si possa affermare questo nella situazione che stiamo analizzando.

Infatti nel comma vengo evidenziati due importanti concetti: la libera scelta che deve essere offerta al paziente per ovvi motivi di fiducia e la necessità di garantire a tutti una assistenza di qualità mediante una organizzazione puntuale e razionale della stessa.

Mentre viene accettato da tutti che nella strutturazione di un

servizio pubblico vengano fissate delle regole per il suo utilizzo ottimale valutando i costi e i reali benefici per la collettività e non solo per il singolo, in campo sanitario questa idea resta valida alcune volte solo quando viene a toccare gli interessi personali del nostro vicino.

Attualmente si stanno verificando sostanzialmente due ipotesi: la prima prevede che gli ambiti di scelta siano più grandi possibili, arrivando a tutto il territorio della ASL, mentre la seconda “riscrive” quanto previsto dall’art.26 della Convenzione in tema di scelta del medico, stravolgendolo totalmente.

La soluzione di allargare a tutta l’ASL l’ambito di scelta è sicuramente molto più trasparente della seconda e non è in contrasto con la normativa vigente. Necessità però dell’approvazione prima del Comitato Consultivo locale e poi necessariamente di quello Regionale.

Sono però necessarie alcune considerazioni sulla effettiva applicabilità e sui risvolti di tale operazione.

Qualcuno mi dovrebbe spiegare come può un medico di Bossolasco (nell’alta Langa) assicurare una efficace assistenza sanitaria per il suo paziente abitante si nello stesso ambito, ma guarda caso residente a Montà (prossimo quindi alla Provincia di Torino).

Pur apprezzando e promuovendo in tutte le sedi le innumerevoli qualità della nostra categoria, mi risulta difficile convincere chi ci guarda dall'esterno quasi sempre con occhio eufemisticamente critico, della reale ubiquità del medico di famiglia.

Questi elementi diventano in ultima analisi un messaggio negativo riguardo all'immagine del Servizio Sanitario Nazionale: è opportuno tutto ciò in questo momento ?

Oltre a ciò, cosa pensare dell'eventualità di venire chiamati (con urgenza) a Acceglio perchè il vostro paziente si è procurato una distorsione sciando? Sicuramente alcuni eroici partiranno certo (dopo aver montato le catene da neve) per esempio da Chiusa Pesio, per assolvere ai loro compiti professionali.

A me personalmente questa ipotesi non piace più di tanto: d'accordo un eroe non sono, ma è proprio necessario correre questi rischi? Mi immagino di dover inserire nelle visite quotidiane, tra gli altri, anche dei pazienti che abitano lontano e che necessitano di cure e controlli continuativi: raggiungerò gli obiettivi che la Legge mi assegna o in alcuni casi sarò costretto a far finta di niente fidando del rapporto di fiducia con il paziente e della sua ignoranza della normativa?

Come Sindacato non possiamo permettere che questo accada e la nostra presa di posizione rappresenta in realtà anche una tutela degli interessi personali di ciascun Medico di Famiglia.

La seconda ipotesi, rappresentata dalla possibilità di scelta del medico anche al di fuori dell'ambito di residenza con deroga automatica e non controllata da-

gli organismi previsti dalla Legge, comporta ulteriori e gravi problemi.

Per prima cosa è opportuno ricordare anche a chi la Convenzione dovrebbe averla quantomeno letta e posizionata nell'ottica di una tutela di tutta la categoria, che il DPR 484/96 prevede delle possibilità di deroga alle scelte.

Queste eventualità sono ben precise e sono formulate nell'ottica di venir incontro a quelle situazioni di "confine" che si vengono a creare quando si stabiliscono delle regole.

La richiesta è personale da parte del paziente, che deve motivare le proprie necessità e prevede l'accettazione scritta da parte del medico interessato.

La richiesta viene valutata dal Comitato Consultivo di ASL, dove i rappresentanti di parte pubblica e dei medici convenzionati esprimono il parere derivante dalla ammissibilità o meno della domanda in base alla normativa vigente.

Il fatto che si autorizzino direttamente agli sportelli competenti queste scelte è in prima istanza l'accettazione che comunque un organismo paritetico obbligatorio per legge non è gradito alla categoria e che pertanto delega qualsiasi decisione ai funzionari di ASL: questo è un passaggio estremamente pericoloso. Nel prossimo futuro, accentuando queste "deleghe", quante decisioni verranno prese a nostra insaputa?

Infatti andiamo strillando ai quattro venti che è inutile che i politici continuino a dichiarare quanto sia la nostra importanza nell'economia del SSN, quando non ci offrono gli strumenti operativi idonei per raggiungere ef-

fettivamente questo: noi intanto cerchiamo di svuotare di significato anche quel poco che attualmente esiste.

In secondo luogo lasciando la scelta libera al di fuori degli ambiti, oltre produrre gli stessi effetti negativi dell'allargamento a tutto il territorio dell'ASL, in questo caso comporta problemi di tipo organizzativo.

Attualmente le carenze, cioè l'individuazione delle località che necessitano l'inserimento di un nuovo medico, vengono conteggiate in base alla popolazione residente al 31.12 dell'anno precedente detratta della quota che si riferisce agli abitanti al di sotto dei 14 anni: con questa forma di deregolamentazione si arriverà (e nell'ASL 15 si è già arrivato!) a carenze fittizie in quanto gli assistiti dell'ambito potrebbero già essere in carico ad un medico inserito in una zona diversa. E' facile immaginare i problemi che si vengono a creare.

Nello stesso tempo porre come unico meccanismo limitativo allo spostamento di pazienti verso medici non dello stesso ambito territoriale, la necessità dell'accettazione scritta dello stesso medico, oltre a non essere prevista dalla convenzione e quindi illegale, non è sufficiente a produrre gli effetti desiderati e comporta alcune riflessioni etico-deontologiche.

Da circa un anno la FIMMG Regionale e Provinciale hanno evidenziato queste problematiche ai vari Direttori Generali, in sede regionale e ai propri iscritti. Mentre in sede di Comitato Consultivo Regionale il riscontro è stato positivo, alcuni Direttori e funzionari non hanno tenuto conto delle nostre affermazioni: il risultato è stato che

circa 500 pazienti si avvalgono dell'opera di un medico che è inserito in un ambito diverso, geograficamente difficile da raggiungere, quando la stessa zona è stata dichiarata carente. Intanto insorgono problemi con l'assistenza ambulatoriale, con la ripetizione delle ricette ecc.

E' comprensibile che un giovane medico accetti pazienti lontani specialmente quando le opportunità che gli vengono offerte nella sua zona sono limitate: sappiamo tutti sulle nostre spalle che si incomincia a "guadagnare" quando il numero degli assistiti diventa superiore alle 700 unità.

Non lanciamo strali in questo senso, forti della posizione che abbiamo raggiunto pur con tanta fatica.

La prima motivazione adottata da parte pubblica è quella del grande numero delle scelte in deroga e della necessità di snellire la procedura. Non mi sembra sufficiente per risolvere il problema un provvedimento superficiale: rispondiamo a tutti in modo positivo, così non esistono difficoltà.

Se si verificano tante richieste di questo tipo è possibile, forse, che gli attuali ambiti territoriali di scelta siano stati disegnati non tenendo conto di particolari situazioni geografiche-abitative della popolazione residente che nel tempo sono diventate incongruenti con un efficace servizio.

Molto più produttiva è un'analisi di queste necessità, ridisegnando localmente la strutturazione degli ambiti di ASL.

4 La seconda motivazione deriva dalla pressante istanza formulata in tal senso dal Consiglio Provinciale dell'Ordine dei Medici

di Cuneo: il libero professionista ha la potestà di curare chi lo sceglie ed inoltre esiste una sentenza del Consiglio di Stato che si esprime in merito alla questione.

Per quanto riguarda la libertà di curare ho già risposto nella prima parte dell'articolo. Noi siamo liberi professionisti ma convenzionati e quindi soggetti oltre alla deontologia ad ulteriori regole: il paziente può essere curato a spese del SSN a patto che esse vengano rispettate.

La sentenza del Consiglio di Stato non è la Legge ed è "ad personam" e quindi non applicabile ipso facto in modo generalizzato.

Inoltre, per stabilirne la reale portata, come dobbiamo interpretare un'altra Sentenza che nega la possibilità di aprire più di uno studio nello stesso ambito territoriale? Per coerenza si dovrebbe richiedere la chiusura di tutti quelli esistenti, assumendosene tutte le responsabilità.

Ritornando al problema della libera scelta e alle sue implicazioni etiche.

In ultima analisi l'accettazione del paziente spetta al medico curante: la base di questa decisione dovrebbe essere il rapporto di fiducia che si è venuto creare nel tempo.

Ma come inserire le nuove scelte in questa tematica? Chi controllerà che non vengano stimolate e approvate solo le domande dei cittadini in perfetta buona salute e tralasciate quelle dei pazienti anziani o comunque affetti da patologie croniche?

Vorrei davvero che qualcuno mi rispondesse non rapportandosi a quanto il medico dovrebbe fare, ma a quanto poi nella realtà di tutti i giorni questo effettivamente avviene.

Di missionari ultimamente ne ho conosciuti pochi.

La perplessità della FIMMG deriva da tutte queste considerazioni ed è accresciuta dal fatto che la proposta arrivi proprio dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che è un organo di autogoverno della professione e garante della qualità delle prestazioni professionali.

Forse è arrivato il momento di riflettere serenamente sulla complessità che un semplice provvedimento amministrativo può comportare, valutando profondamente gli effetti e tralasciando le dichiarazioni epiche e roboanti che hanno presa solo perchè i contenuti dimostrano un'analisi parziale, ma apparentemente favorevole del problema.



AVVISO AI NAVIGANTI

Da alcune settimane, come avevamo preannunciato, è possibile inviare posta elettronica alla nostra sede provinciale di Cuneo, il cui indirizzo e-mail è:

medici@infosys.it

Certificazioni per i cittadini extracomunitari

Attenti alle strumentalizzazioni

Sono giunte segnalazioni da parte di iscritti della crescente richiesta al Medico di Famiglia di certificazioni attestanti la presenza in Italia prima della data prevista dalle recenti Leggi per la regolarizzazione dei soggetti extracomunitari.

Tali richieste sarebbero suggerite, a detta degli interessati, dagli stessi uffici della Questura di Cuneo.

Questa evenienza è stata immediatamente verificata con il Funzionario addetto, al quale è stata evidenziata la pericolosità di una informazione frettolosa rivolta a persone con evidenti limiti di comprensione per motivi linguistici.

Dobbiamo evidenziare una ampia convergenza di vedute e la volontà alla collaborazione del personale addetto alle pratiche di regolarizzazione.

Ci preme sottolineare sinteticamente alcuni aspetti del problema:

⇒ La Questura informa che può essere accettato

come prova della presenza in Italia un documento che comprovi una visita, esame, ricovero (tipo referto di visita in PS, referto di esame o di visita medica con relativa data);

⇒ Non viene assolutamente detto che il “medico può fare il certificato“;

⇒ Ogni medico ha **il dovere di certificare, a richiesta** di qualsiasi paziente, esclusivamente gli elementi del suo stato di salute, **consegnando la certificazione solo nelle mani del diretto interessato**;

⇒ Il Medico nel redigere certificazioni, deve valutare ed attestare **soltanto dati clinici che abbia direttamente constatato** (art. 22 del nuovo Codice Deontologico);

⇒ Attenzione, comunque, di essere **sicuri della vera identità** del richiedente.

Un “esproprio” deontologicamente inaccettabile

Il leader della Fimmg, Mario Falconi, nettamente contrario alla possibilità per il farmacista di sostituire i medicinali prescritti dal medico di famiglia.

“Potrebbe configurarsi come un “esproprio” deontologicamente inaccettabile della responsabilità terapeutica che il medico si assume nei confronti del suo paziente. Per questo siamo assolutamente contrari a questa decisione che è stata presa, ancora una volta, senza che venissimo consultati”.

È così che Mario Falconi, segretario nazionale della Fimmg, il maggior sindacato dei medici di famiglia, commenta la facoltà concessa ai farmacisti - dalla nuova convenzione con le farmacie private - di sostituire i medicinali prescritti dal medico: “Posso accettare il rischio che il farmacista sostituisca un farmaco che io ho prescritto con un altro che ha lo stesso principio attivo, ma eccipienti diversi ai quali il mio paziente potrebbe essere allergico? E di chi dovrebbe essere la responsabilità di eventuali conseguenze negative?”. È vero, ricorda Falconi, che in altri Paese la sostituibilità è consentita, ma a precise

condizioni: “In Francia, per esempio, il farmacista ha questa possibilità, ma solo se nella ricetta non c’è l’indicazione contraria del medico”.

Insomma “mentre da una parte si sostiene, a parole, di voler valorizzare la figura del medico di famiglia quale figura cardine del sistema sanitario italiano – sostiene il leader della Fimmg - dall’altra parte gli si toglie di fatto il ruolo di controllo sulla terapia!”.

“In ogni caso – conclude Falconi – si perpetua la pessima consuetudine di non interpellarci prima di prendere decisioni che ci interessano direttamente. Siamo sempre stati disponibili al confronto, anche sul piano del contenimento della spesa, se questo è il senso della misura contenuta nella convenzione delle farmacie. Ma non a rischio della salute dei nostri pazienti”.

Raggiunta l'intesa coi farmacisti

In seguito alla discussione sulla facoltà concessa ai farmacisti - dalla nuova convenzione con le farmacie private - di sostituire i medicinali prescritti dal medico è stato raggiunto il seguente

PROTOCOLLO D'INTESA

FEDERFARMA - Federazione Nazionale Unitaria dei Titolari di Farmacia Italiani, rappresentata dal suo Presidente, dott. Giorgio Siri

e

FIMMG - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, rappresentata dal Segretario Generale, dott. Mario Falconi

VISTO

L'articolo 6, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private, reso esecutivo dal DPR 8 luglio 1998, n.371, e, in particolare:

- a. il comma 2 *“Qualora il medicinale prescritto sia irreperibile nel normale ciclo di distribuzione o nel caso in cui la farmacia ne risulti sprovvista il farmacista può consegnare altro medicinale di uguale composizione e forma farmaceutica e di pari indicazione terapeutica che abbia prezzo uguale o inferiore per il Servizio sanitario nazionale”*;
- b. il comma 3 *“Nei casi di urgenza assoluta o manifesta il farmacista consegna altro medicinale di uguale composizione e di pari indicazione terapeutica”*;
- c. il comma 4 *“ Ai fini del rimborso nelle evenienze di cui ai precedenti commi 2 e 3 il farmacista annoterà sulla ricetta le circostanze della modifica nella spedizione”*;

RITENUTO

che lo spirito di tale previsione non si discosti sostanzialmente dalla corrispondente normativa contenuta nelle precedenti convenzioni farmaceutiche a decorrere dal DPR 15/9/1979, la quale non ha creato alcun problema applicativo;

CONSIDERATO

che l'attuazione di tale facoltà da parte del farmacista non potrà che essere improntata al più stretto rigore professionale in coerenza con le funzioni attribuite dal vigente ordinamento sanitario rispettivamente al medico ed al farmacista nonché finalizzata alla tutela del cittadino;

PRESO ATTO

della opportunità di chiarire concordemente taluni aspetti operativi della norma predetta;

CONVENGONO QUANTO SEGUE

1. il termine “sprovvisto” sta ad indicare una carenza in farmacia del medicinale prescritto connessa a cause oggettive (quali, ad esempio, la irreperibilità del medicinale nel normale ciclo di distribuzione, la ricorrenza di festività, ecc.), vale a dire indipendenti da scelte di carattere aziendale;
2. il farmacista prima di procedere alla sostituzione del medicinale prescritto informa il cittadino al fine di acquisirne il consenso;
3. nel caso in cui il medico, all'atto della prescrizione escluda in modo esplicito la facoltà da parte del farmacista di sostituire il medicinale prescritto, il farmacista si impegna a non praticare comunque la sostituzione.

Le parti, inoltre, si impegnano a diffondere presso i propri rispettivi associati il contenuto del presente Protocollo.

Roma, 11 novembre 1998

Arrivano i (pochi) soldi per le indennità del '97-'98

Sono terminati i calcoli che i competenti uffici regionali hanno prodotto sulla ripartizione delle indennità di studio ex lettera I e lettera L, previsti dalla Convenzione nazionale e riferiti al periodo 1/7/97 - 30/6/98.

Come tutti sapete la normativa prevede che il 20% dei medici avrebbe diritto al contributo per quanto riguarda l'informatizzazione e il 5% a quello per il collaboratore di studio.

In sede di Comitato Consultivo Regionale si era deciso di assegnare comunque una indennità a tutti i richiedenti in possesso dei requisiti idonei, frazionando il budget totale regionale per ovvi criteri di equità.

Rispetto all'anno scorso sono aumentati i medici che si sono informatizzati o che hanno assunto del personale dipendente per il loro studio. Pertanto risultano diminuite le quote proporzionali assegnate a ciascun medico.

Esse sono:

- per quanto riguarda l'informatica L. 65.693 mensili (medici richiedenti 1.096 su

3600);

- per quanto riguarda il collaboratore di studio L. 93 per assistito in carico al mese.

Risulta abbastanza evidente che tutto questo argomento, che pur rappresenta una indubbia qualificazione dei nostri studi rispetto all'accessibilità, dovrà essere rivisto nella prossima piattaforma contrattuale.

Ricordo a tutti che il nostro contratto integrativo regionale offre una ulteriore possibilità di rimborso per l'informatizzazione: questa indennità che cumulabile con quella nazionale è normata dall'articolo 9 e prevede il compenso mensile di lire 600 per la gestione in elettronico delle schede sanitarie (punto a) e altre 600 lire per la memorizzazione e stampa delle prescrizioni su modelli SSN (punto b).

Queste cifre sono mensili e al lordo delle ritenute.

Per ottenerle (scusate se mi ripeto, ma fino a poco tempo addietro molti colleghi e molti funzionari ignoravano questa possibilità, i primi perchè non avevano letto le

comunicazioni ripetute delle Segreteria Provinciale FIMMG e i secondi per) bisogna segnalare alla propria ASL di essere in condizione di fornire le prestazioni di cui all'art.9, dichiarando, sotto la propria responsabilità di essere in possesso delle attrezzature e dei programmi idonei a garantire quanto richiesto dai punti a) e/o b).

Il diritto agli emolumenti decorrono dal 1° giorno del mese se la domanda è stata presentata entro il quindicesimo giorno, dal 1° giorno del mese seguente se presentata successivamente.

Il futuro della Medicina Generale

Considerazioni sulla relazione del Segretario nazionale al congresso di Perugia

di Massimo Ferrua

In un clima di tensione causato dall'incertezza sul testo del decreto di riordino delle esenzioni e su di alcuni aspetti della legge delega per la riforma del sistema sanitario, si è aperto il Congresso Nazionale del nostro Sindacato che celebra i 50 anni di attività ufficiale.

La relazione del Dott. Falconi è stata ampiamente articolata e ha preso in considerazione molti aspetti di politica sindacale: spesso è stata interrotta da considerazioni del momento derivate dalle notizie che nel frattempo giungevano da Roma.

Infatti solo il giorno precedente si è avuta conferma che il governo aveva modificato, come da richieste della FIMMG, il decreto che prevedeva (sic!!), fra le altre amenità per esempio, l'obbligo da parte del Medico di Famiglia di indicare sulle prescrizioni il codice di esenzione composto almeno di 8 cifre o la subordinazione dell'esenzione di alcune specifiche prestazioni alla prescrizione dello specialista anche dopo il riconoscimento della diagnosi e del diritto all'esenzione per quella patologia.

Solo nel corso dei lavori congressuali, inoltre, si è avuta conferma che era stata emendata la proposta del passaggio

alla dipendenza degli operatori della continuità assistenziale: elemento di notevole disturbo, come vedremo in seguito, per la realizzazione di una efficace assistenza territoriale incentrata sul distretto.

Il testo completo della relazione è a disposizione di ogni iscritto in segreteria provinciale: chi è interessato ad un approfondimento può richiederla direttamente alla Signora Cristina.

Ma veniamo ad una breve sintesi dei vari spunti evidenziati dal Dott. Falconi.

LEGGE DELEGA

Ricordando che già nella relazione dello scorso anno si era affermato che non esistevano preclusioni di principio a questa metodica legislativa a patto che fossero ben chiari e univocamente esplicitati gli obiettivi e i parametri di riferimento nel senso di tutelare nel miglior modo possibile la salute dei cittadini, il segretario ha ripercorso le strategie condivise insieme ad altre organizzazioni (TdM, Direttori Generali, Anao, Assofarma) che sono sfociate in proposte concrete ma concertate in base alle reciproche competenze al fine di raggiungere una qualità di servizio migliore.

La stesura del disegno di legge, approvato dalla commissio-

ne Sanità del Senato non consente però un giudizio del tutto positivo, nonostante le rassicurazioni in merito al recepimento di alcune nostre istanze in sede di decreti attuativi e ad alcune correzioni della cui notizia si è avuta conferma solo durante i lavori congressuali.

Mentre si registrano affermazioni ampiamente condivisibili sull'impostazione futura del SSN derivate dalla necessità di una più razionale allocazione delle risorse indirizzando la futura politica sanitaria verso il maggiore coinvolgimento del territorio inteso come parte portante il sistema ed integrato con le strutture di secondo livello, purtroppo si rileva la “ *..mancanza di un vero e nuovo coinvolgimento della componente professionale medica sia essa territoriale che ospedaliera.*”

Pur dando atto al Ministro che nella prossima Legge finanziaria è previsto un aumento del 3% delle risorse del fondo sanitario nazionale, si constata no alcuni segnali contraddittori: l'assoluta mancanza di comunicazione fra i vari comparti e il coinvolgimento dei Medici nella direzione delle Aziende sanitarie.

Falconi ha ricordato a tal proposito la scarsa incisività di

organismi già esistenti come il Consiglio dei Sanitari e la confusione di ruoli e responsabilità che regnano nell'organizzazione nell'ambito del distretto che si traduce in limitata funzionalità dello stesso.

Come interpretare, inoltre, la cancellazione della proposta contenuta nel testo approvato dalla Commissione Affari Sociali della Camera che evidenziava la necessità di “.. prevedere le modalità di raccordo tra l'Azienda Sanitaria, i Medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta da realizzare con l'istituzione di un apposito organismo.”.

Difficile inoltre è riuscire a capire le motivazioni che avevano spinto i parlamentari ad escludere nella Legge delega la stipulazione di nuove convenzioni per quanto riguarda la continuità assistenziale, i servizi di emergenza territoriale e la medicina dei servizi.

Il passaggio alla dipendenza di questo settore, oltre a comportare una maggiore spesa quantificabile in circa 1400 miliardi di lire, avrebbe di fatto depotenziato l'operatività del Distretto impedendo “ che si creino le équipes della medicina territoriale in un continuum di cure a tutto vantaggio dei cittadini... Il mondo politico attuale dovrebbe domandarsi perchè sia stato sostituito l'appellativo di medici di guardia con quello di medici di continuità assistenziale.”.

Ritornando alla problematica della spesa sanitaria il Segretario nazionale ha sottolineato come essa sia in Italia in percentuale al PIL fra

le più basse d'Europa, mentre è in costante aumento la spesa sanitaria privata.

Difficilmente, anche se auspicabile, sarà correggibile questa tendenza in breve-medio tempo: questa considerazione impone

che “.. non possiamo più permetterci di usare in maniera inappropriata le limitate risorse a disposizione attraverso una non idonea organizzazione dei processi produttivi.”.

Per raggiungere questo fine è indispensabile la condivisione degli obiettivi e degli strumenti per raggiungerli fra tutti gli attori della Sanità per arrivare a definire dei livelli minimi uniformi, appropriati ed equi di assistenza erogati dal SNN in ossequio all'articolo 32 della Costituzione.

A questo proposito merita attenzione e profonde riflessioni in merito quanto affermato dalla Confindustria nelle Proposte per una nuova Sanità: “ il Servizio Sanitario è di pubblica utilità e quindi pubbliche devono essere le regole, le garanzie ed il controllo, ma l'erogazione del servizio può essere assicurata attraverso soggetti sia pubblici che privati: gestisce e produce chi dimostra di farlo meglio.”.

Responsabilmente e serenamente dovremo confrontarci con questa ipotesi anche all'interno della nostra categoria dotandoci degli strumenti idonei, convinti che non sia più rinviabile la previsione di un finanziamento fornito anche da eventuali forme integrative opportunamente disciplinate.

Alcune di queste tematiche

portano inevitabilmente ad affrontare il problema della **DI-SOCCUPAZIONE MEDICA**.

A questo proposito Falconi ha ricordato come già nel 1977 in un articolo in occasione dell'occupazione di medici neo-laureati della Sede dell'Ordine dei Medici di Genova dettata dal grave disagio economico derivato dalle difficoltà di inserimento nel mondo lavorativo, Mario Boni denunciava la “miopia” presente in certi ambienti medici e politici, tesi a difendere interessi davvero corporativistici nel senso deleterio della parola.

Ma intanto che cosa è stato fatto? Appare difficile da comprendere se non del tutto demagogico quanto previsto dalla legge delega riguardo al pensionamento a 65 anni: a parte che nel mondo del lavoro in tutti i paesi più avanzati sta prendendo corpo una tendenza del tutto contraria per le ovvie motivazioni, quali riscontri avrebbe per il nostro Ente Previdenziale questa manovra tenendo conto anche del tentativo di annullare l'area della specialistica convenzionata?

Ricordiamo a tutti che l'ENPAM soggiace a vincoli di legge che impongono di avere riserve finanziarie per garantire l'erogazione di pensioni per 5 annualità ed un equilibrio di bilancio per almeno 15 anni.

Inoltre non è stata quantificata la reale opportunità di inserimento di nuovi medici nel SSN e, fatto ben più grave, “nessuno sembra preoccuparsi”

del fatto che i medici accedono al convenzionamento in età sempre più avanzata e quindi un eventuale abbassamento dell'età pensionabile non potrebbe dare certezza di un trattamento di quiescenza dignitoso".

Intanto si propongono soluzioni che, come già detto in precedenza, risultano essere impercorribili dal lato costi e contemporaneamente slegati dagli obiettivi che indica il piano sanitario: facciamo il distretto ma svuotiamolo prima di tutto del potenziale miglioramento della qualità dell'assistenza!

Di quanto siano contraddittori i messaggi che ci giungono ne è ulteriore prova la mancanza di volontà politica di risolvere alla fonte il problema.

A conferma di questo fatto la soppressione della norma che prevedeva la programmazione da parte del Ministero della Sanità del fabbisogno annuale di medici per le strutture sanitarie e pertanto iscrivibili all'Università: "di fatto assistiamo impotenti a una ulteriore vittoria della lobby universitaria in barba ai falsi pietismi di molti sul gravissimo fenomeno della disoccupazione e sottoccupazione medica."

Falconi parlando della **LIBERA PROFESSIONE** ha ricordato come nella attuale regolamentazione convenzionale esistano già le norme alquanto restrittive soprattutto se confrontate con l'intenzione di agevolare la libera professione intra-moenia per il settore della dipendenza.

Una parte molto importan-

te e ponderosa della relazione del Segretario nazionale è stata dedicata alla **POLITICA DELLA MEDICINA GENERALE** che il Sindacato propone per l'immediato futuro.

Dopo un dibattito interno che è durato almeno due anni e i confronti anche con gli ospedalieri e i rappresentanti dei cittadini siamo arrivati alla conclusione che per razionalizzare il SSN è necessario perfezionare l'assistenza sul territorio per ridurre il più possibile l'accesso ingiustificato alle prestazioni di secondo livello.

Ma l'obiettivo di rilancio del servizio pubblico che è condiviso da tutti e a parole, per adesso, anche dal Ministero, necessita per il suo raggiungimento degli strumenti idonei.

"Le attuali disposizioni inserite nella Legge delega, soprattutto in riferimento al futuro della continuità assistenziale e della medicina dei servizi, sono in stridente contrasto con la nostra progettualità rispetto a un nuovo assetto dell'area della medicina generale."

A fronte di questa constatazione Falconi ha sottolineato la necessità di riscrivere le norme in modo tale da consentire la piena integrazione tra di noi e tutto il complesso delle attività assistenziali distrettuali e ospedaliere.

La Fimmg a questo proposito ha formalizzato da ben due anni il protocollo di intesa siglato con l'ANAO: l'obiettivo è stao quello di integrare le due

metà del SSN, territorio e ospedale appunto, elementi che il "potere politico" fino ad ora non ha dimostrato di voler valorizzare come elementi portanti ma nello stesso tempo interdipendenti per il raggiungimento della qualità del servizio.

Quest'accordo prevede il suggerimento di alcune norme volte a migliorare l'operatività dei due settori e vanno dal rispetto da parte di tutti i medici del SSN delle norme CUF, alla regolamentazione nei rispettivi contratti delle modalità di comunicazione nelle fasi di proposta, ammissione, degenza e dimissione dal ricovero, all'incentivazione delle consultazioni, alla definizione di percorsi preferenziali per le urgenze e i criteri per la selezione delle stesse, alla costituzione di commissioni aziendali miste per la regolamentazione delle liste di attesa anche con la partecipazione dei cittadini e non ultima alla formalizzazione della consultazione dei rappresentanti dei medici del territorio nelle fasi di programmazione dei dipartimenti ospedalieri e dei colleghi ospedalieri in quelle dei distretti.

Tutto questo passa anche attraverso una puntuale organizzazione e strutturazione operativa del Distretto che nel prossimo futuro deve acquisire una autonomia gestionale come quella attualmente posseduta dall'ospedale per quanto riguarda la programmazione ed erogazione dell'assistenza territoriale.

Il Segretario ha sottolineato: *“Noi riteniamo che, in quanto gestore del budget, il Distretto avrebbe giuste motivazioni per razionalizzare il numero delle prestazioni richieste dando un corretto impulso alle azioni preventive (educazione sanitaria, prevenzione individuale e collettiva, ecc.) e a perfezionare le capacità assistenziali del territorio (per esempio l’Assistenza Domiciliare Integrata).”*

Dovrebbe essere prevista una Commissione fra i MMG e i funzionari medici del distretto con il compito di provvedere alla gestione delle risorse, mentre nella logica dell’integrazione di tutte le figure impegnate nell’assistenza sanitaria della ASL, importante diventa anche la collaborazione consultiva dei rappresentanti degli ospedali di riferimento.

Speculare a questa considerazione è la necessità che i rappresentanti nostri entrino a pieno diritto nella formulazione degli obiettivi dei vari Dipartimenti ospedalieri.

Ma la vera novità da percorrere nel miglioramento della qualità dell’assistenza territoriale, attraverso una sua puntuale organizzazione è la creazione di una sorta di equipe assistenziale di primo livello intesa come gruppo di professionalità diverse che lavorano insieme in ragione di un obiettivo comune: medici di famiglia, continuità assistenziale, medici dei servizi fino ad arrivare ai medici di alcune specialità di base.

Per questo motivo è estremamente importante la corretta formulazione dell’assetto

organizzativo del Distretto per un fruttuoso riordino del SSN; a questo proposito è necessario che le norme regolatrici consentano di definire in modo chiaro i compiti, il ruolo e le funzioni e che soprattutto queste consentano una uniformità assistenziale su tutto il territorio nazionale.

Il Dott. Falconi ha poi analizzato quali sono le priorità politiche che stanno a monte di queste iniziali considerazioni: la medicina territoriale deve essere quanto più possibile centrata sulle esigenze dei cittadini e verificabile nei suoi percorsi e la strutturazione assistenziale deve impedire una non completa continuità delle cure e degli interventi.

Infatti mancando questo continuum (come adesso spesso succede) ne risente la credibilità dell’intero sistema.

Solo favorendo la completa integrazione funzionale degli operatori, per altro già oggi presenti sul territorio, si potrà raggiungere l’obiettivo di una maggiore qualificazione delle cure.

Pur evidenziando che è necessario comunque garantire gli attuali livelli occupazionali e di servizi offerti, il Segretario nazionale è sceso nel merito operativo della proposta della creazione di queste équipes assistenziali di primo livello.

Queste vanno da una nuova strutturazione sia dello stato giuridico sia del lavoro, alla integrazione ospedale-territorio.

Avremo modo di illustrare compiutamente questi aspetti nelle varie assemblee di ASL

che saranno organizzate a breve termine.

Falconi si è poi soffermato su alcuni importanti aspetti dell’assistenza primaria sottolineando la ineludibile necessità di una riscrittura integrata della professione del medico di famiglia con il corrispondente riscontro nelle norme convenzionali.

Partendo dalla considerazione che *“i medici di famiglia possono essere gli unici nell’interesse del cittadino a modulare in maniera armonica il corretto equilibrio che deve esserci fra domanda e offerta.”*

Gli strumenti necessari all’operazione sono la definizione rigorosa dei livelli minimi ma uniformi ed appropriati di assistenza che il medico deve contribuire a realizzare, le procedure per la loro realizzazione e i meccanismi di verifica e controllo.

Tutto questo per raggiungere una omogeneità professionale della categoria e l’uniformità assistenziale su tutto il territorio nazionale.

Nello stesso tempo sarà opportuno rivisitare l’assistenza domiciliare, regolamentando in modo più preciso l’ADP e perfezionando l’ADI non dimenticandosi delle residenze assistenziali protette e proponendo strutture intermedie fra il territorio e l’ospedale tipo gli ospedali di comunità che attualmente, dove presenti, hanno dimostrato ottime opportunità sia per i pazienti che per il medico di famiglia.

Per quanto riguarda le incentivazioni è importante

premiare la qualità dell'assistenza nel suo complesso, favorendo nuove modalità di aggregazione dei medici pur salvaguardando il singolo rapporto fiduciario medico-paziente.

Il Segretario nazionale si è poi soffermato sulla problematica dell'accesso alla medicina generale: “ *La FIMMG ribadisce il proprio impegno a riconoscersi sempre di più in una dimensione culturale europea che per l'accesso all'area della medicina generale considera indispensabile il possesso di una formazione specifica, anche attraverso l'adozione dello strumento delle norme convenzionali.*”

Sulla libera professione, oltre a quanto già segnalato in precedenza, Falconi ha sottolineato come noi siamo gli unici professionisti a essere sottoposti a verifica da parte dei cittadini attraverso il diritto della scelta e della revoca; nello stesso tempo è necessario premiare quell'attività libero-professionale che contenga elementi qualificanti e valorizzanti l'operatività del Servizio Sanitario Nazionale.

In conclusione si è poi soffermato brevemente su alcune recenti ma annose polemiche che riporto testualmente per non incidere sulla grande serenità e signorilità delle affermazioni.

“ *Lasciamo a personaggi più o meno noti di altri sindacati minoritari del convenzionamento, maestri nel distruggere più che nel costruire, la facoltà di comunicare il nulla, di aggredire, di strumentalizzare, di alimentare tensioni. E' così*

sfuggente il tempo a disposizione che non possiamo né vogliamo raccogliere e controbattere le continue provocazioni.

.. *Continueremo ad operare perchè siano sempre più numerosi i soggetti seduti intorno al Tavolo per la Qualità (ANAAO, ASSOFARMA, DIRETTORI GENERALI, FIMMG, TDM, PENSIONATI) ben consci che il confronto continuo di varie realtà è un'importante opportunità che tutti hanno per contribuire a realizzare un SSN che sia di reale tutela del diritto alla salute.*”

Evidenziando come ancora giungano messaggi contraddittori da parte governativa per quanto riguarda la nostra collocazione funzionale, Falconi ha dichiarato apertamente che “ *coloro che hanno potestà di governo ai vari livelli istituzionali dovranno dimostrare a pieno di sapere e volere coinvolgerci, data la nostra disponibilità, in una fase nuova di governo della salute, nella quale la domanda e l'offerta possano essere giocate in maniera corretta ed armonica.*”

Sbaglia chi vuole considerarci come dei guardiani delle risorse ed usarci impropriamente per strozzare in maniera coercitiva una domanda di salute per la quale tutti, anche i cittadini, andrebbero corresponsabilizzati attraverso una educazione permanente.

Eppure si assiste ancora sui giornali ai soliti giochetti dei nostri favolosi guadagni, attraverso meccanismi poco trasparenti con l'obiettivo finale solo di far notizia.

Il momento attuale è come

sempre cruciale: se non ci saranno opportuni investimenti, sia di risorse che culturali, sul territorio derivati dalla consapevolezza della funzionalità di questo settore assistenziale nell'ottica della sua effettiva valorizzazione, il Sindacato dovrà respingere il patto che ci era stato proposto e nel quale avevamo riposto molte speranze.

“ *La pazienza, ove esercitata oltre ogni limite, si trasforma inevitabilmente in difetto: non abbiamo intenzione di svendere la categoria.*”

Il Dott. Falconi ha concluso con un appello: nonostante tutte le nostre ansie e frustrazioni che viviamo tutti quotidianamente, importante resta il fatto della nostra capacità ad essere sempre più vicini ai cittadini, specialmente a quelli che soffrono.

“ *Aiutateci a emarginare la parte pur minoritaria del nostro mondo che disonora la professione. La forza propria della Fimmg non può che risultare accresciuta da ciò che realmente conta: il nostro forte e intenso rapporto con i cittadini.*

Così è, se vi pare

di Turno Gabbi

Ho partecipato, a Perugia, al 50° Congresso Nazionale della FIMMG; **mi è piaciuto**.

La relazione del Segretario Nazionale Falconi ha ovviamente aperto i lavori; di grande comunicazione e comunicatività, ha saputo lanciare idee e proposte in un discorso sapientemente equilibrato: valutazione delle attività passate (sempre utile come revisione critica e di verifica e come punto di partenza verso future azioni), presentazione di nuovi spunti per la futura convenzione da discutere (e c'è da essere pronti vista anche l'affermazione dell'assessore toscano Martini, capo delegazione della controparte con cui si andrà a discutere, secondo cui entro ottobre si darà il via agli incontri veri e propri); apertura all'Europa (volenti o nolenti i nostri orizzonti politici, culturali, mentali, professionali, dovranno andare anche oltre le Alpi).

Gli interventi dei vari gruppi politici, sindacali e di opinione hanno rilevato una sempre maggiore attenzione al nostro sindacato, con spesso una identità di vedute a volte stupefacente, anche da parte di raggruppamenti in passato, e non solo, contrari se non ostili alle nostre posizioni. Ovviamente piuttosto pesante e critico l'intervento del delegato dello SNAMI, la risposta al quale, peraltro, da parte di Falconi, ha fatto piazza pulita di ogni dubbio su quanti anni luce la FIMMG preceda l'altro sindacato per stile, impegno e risultati.

Sono seguiti gli interventi preordinati dei delegati delle varie sezioni, che in complesso hanno ribadito le apprensioni e le difficoltà economiche, normative, professionali, di rapporto con le altri componenti del SSN, in cui la nostra categoria si trova; da parte di tutti si è avuto un forte richiamo perché l'azione del sindacato sia sempre più incisiva e decisa nella difesa di una medicina generale moderna.

Il secondo giorno si è svolta una tavola rotonda sulla medicina generale europea, con la partecipazione di rappresentanti dei nostri colleghi di parecchi stati europei, con un chiaro paragone fra la nostra situazione e la loro, in merito al lavoro professionale svolto, al trattamento economico e normativo, ai rapporti con i pazienti, con le istituzioni mediche e politiche, con i colleghi.

L'intervento del ministro della sanità Bindi si è avuto solo nella penultima giornata dei lavori, per gli impegni in relazione alla crisi di governo. Un discorso deciso e a volte duro, anche nei confronti della nostra categoria, ma sempre aperto a soluzioni di contrattazione; in questa la FIMMG resta l'interlocutore privilegiato perché più valido.

Ho partecipato, a Perugia, al 50° Congresso Nazionale della FIMMG; **non mi è piaciuto**.

La relazione del Segretario Nazionale Falconi ha ovviamente aperto i lavori, con una difesa d'ufficio della azione della segreteria nazionale e con il consueto richiamo del passato e della gestione Boni, senza però specificare quale dovrà essere l'atteggiamento del sindacato nei riguardi della sofferenza economica, normativa, professionale e di "futuro" dei nostri iscritti.

Gli interventi dei vari gruppi politici, sindacali e di opinione hanno rilevato come questi si siano adeguati al momento non esaltante che vive la nostra categoria, con lunghe dissertazioni sulle poche cose che possono unire politicamente noi e loro e sorvolando sulle corpose differenze e contrasti: la posizione dell'inviato di Confindustria, di quello della CGIL Pensionati, e di quelli degli altri sindacati di area medica sono riuscite a stupire spesso la platea, troppo spesso per non essere a volte viste come opportuniste.

Sono seguiti gli interventi preordinati dei delegati delle varie sezioni, che in complesso hanno riaffermato il profondo disagio della nostra categoria, stretta oramai solo più fra lacci burocratici, difficoltà di rapporto con pazienti e colleghi, impossibilità a trovare un vero appoggio da parte delle strutture pubbliche sanitarie; da parte di tutti il richiamo al sindacato perché non perda ulteriore tempo a dialogare "con chi non ci merita" e faccia finalmente sentire la sua voce, anche con azioni pubbliche, che escano dai canali di una piatta contrattazione con una controparte che ci lusinga ma non ci soddisfa.

Il secondo giorno si è svolta una tavola rotonda sulla medicina generale europea, con una lunga e noiosa elencazione dei privilegi dei nostri colleghi di tutti gli altri stati europei paragonati alla nostra vita da maltrattati e malpagati; non a caso il momento più vivace per la platea è stato quello della affermazione del nostro collega danese che ha rivelato il suo guadagno medio di 150.000 dollari annui.

L'intervento del Ministro della Sanità Bindi, confermato e rinviato fino all'ultimo, ha quasi concluso i lavori, mentre avrebbe dovuto forse aprirli, per dare possibilità ai delegati di discuterne le affermazioni. Ancora una volta siamo stati indicati dal ministro come i perni del SSN, l'asse portante delle future regole e disposizioni sanitarie e il centro della salute di tutti; ma tali affermazioni non sono state seguite da alcuna precisazione sulla futura convenzione, sui rapporti fra spesa ospedaliera e del territorio, su incompatibilità e libera professione, su età pensionabile.

Ho partecipato, a Perugia, al 50° Congresso Nazionale della FIMMG.

Non so se mi è piaciuto o no; prendo qualche frase dalla prima relazione e qualche frase dalla seconda, per fare la mia vera relazione; ognuno si scelga quelle che preferisce.

La mozione conclusiva del 50° Congresso Nazionale FIMMG

Perugia 23-27 settembre 1998

Nella solenne occasione del cinquantenario congressuale, i cui lavori sono stati seguiti via Internet da circa 2000 accessi registrati, i Quadri responsabili provinciali, regionali e nazionali, riuniti a Perugia con la presenza di oltre 600 delegati, con la partecipazione, inoltre, delle massime rappresentanze della medicina generale dell'Unione Europea,

RINGRAZIANO

il Presidente Antonio Panti e l'esecutivo nazionale del Sindacato e plaudono all'opera svolta dal Segretario generale nazionale Mario Falconi con sacrificio, continuità e concretezza di risultati;

RINGRAZIANO

le Commissioni di studio e i Gruppi di lavoro che si sono impegnati nei vari settori operativi del Sindacato, dalla organizzazione alla comunicazione a mezzo stampa ed informatica, dalla ricerca, alla formazione e alla rappresentanza nelle varie sedi istituzionali;

RINGRAZIANO

tutti gli iscritti alla Fimmg, che hanno garantito e continuano a garantire con l'impegno quotidiano, la qualificazione professionale e la piena aderenza al rapporto fiduciario con il paziente per una sempre migliore qualità di vita e tutela della salute. Questi infatti hanno reso possibile un ulteriore rafforzamento dell'assistenza territoriale nel SSN, anche avviando percorsi di razionalizzazione dell'impiego delle risorse nel rispetto della qualità delle prestazioni e

dei diritti dei pazienti.

Il 50° Congresso nazionale della Fimmg, sentita la relazione del Segretario generale nazionale Mario Falconi,

NE CONDIVIDE

l'impostazione sia per quanto riguarda l'analisi puntuale e critica dell'attuale situazione, compresa la riaffermata difesa della libera professione, sia per quanto concerne la parte programmatica propositiva sugli obiettivi del Sindacato a tutela della categoria e LA APPROVA CON PLAUSO.

Il 50° Congresso nazionale della Fimmg registra comunque gravi elementi di preoccupazione:

- lo stallo delle trattative dopo il loro formale avvio, a contratto già scaduto dall'inizio dell'anno;
- la sofferenza economica della categoria per la perdita del potere d'acquisto delle retribuzioni anche conseguente all'accentuarsi di un'iniqua pressione fiscale e all'aumento dei costi di gestione dello studio;
- la prospettata anticipazione dell'età pensionabile senza adeguati provvedimenti a garanzia della sopravvivenza del proprio Ente di previdenza e dell'adeguatezza dei trattamenti previdenziali, sia per le classi di età più avanzata sia, e soprattutto, per i più giovani e fra questi in particolare quelli costretti ad un ritardato accesso alla professione;
- la mancanza di garanzie sul

raggiungimento di livelli appropriati ed uniformi di assistenza su tutto il territorio nazionale nel rispetto dei principi di equità e giustizia anche a causa del mancato coordinamento degli accordi integrativi regionali;

- l'ennesimo tentativo di trasferire nei disposti dell'annuale legge finanziaria scelte decisionali proprie della libera contrattazione che, pur riguardando nel momento contingente il settore dei medici ospedalieri, introduce un principio che costituisce gravissima offesa e pregiudizio alla libertà e democraticità della contrattazione;
- il ritardo dell'avvio dei corsi di formazione specifica in medicina generale e l'inadeguatezza delle risorse ad essi destinate;
- la mancata armonizzazione dell'attività universitaria rispetto alle esigenze concrete del SSN, che impone l'inserimento dell'insegnamento della medicina generale nel corso di laurea e l'adozione di un numero rigorosamente programmato delle iscrizioni, anche per rispettare i diritti e le attese dei giovani laureati;
- la carenza di ogni provvedimento organico mirato alla formazione permanente dei medici e all'educazione sanitaria dei cittadini per una corretta erogazione e fruizione dei servizi sanitari;
- la volontà politica trasversale a tutti i partiti, di trasferire alla

dipendenza i settori della medicina dei servizi, dell'emergenza e della guardia medica, senza tener conto dei danni economici e funzionali con gravissimo pregiudizio della continuità assistenziale, che solo l'azione del Sindacato ha potuto mitigare ottenendo l'esclusione di quest'ultima da questo provvedimento.

Di fronte ad un panorama così complesso, difficile ed ostile, il 50° Congresso nazionale della Fimmg

PRENDE ATTO

- delle dichiarazioni rilasciate dal Ministro in sede congressuale sulla riaffermata centralità del medico di famiglia quale perno del SSN;
- del riconoscimento della peculiarità del nostro rapporto libero-professionale con il SSN;
- dell'attenzione dimostrata dal Ministro al recepimento, sulla base di norme condivise, delle proposte del Sindacato per quanto concerne la migliore organizzazione della professione anche in relazione all'esercizio integrato fra i diversi settori della medicina generale al fine di una reale continuità assistenziale;
- della formulazione attuale della legge delega che prevede la concertazione delle norme relative al pensionamento con l'impegno di tutelare adeguatamente tutti i medici evitando provvedimenti di destabilizzazione dell'ente previdenziale;
- della dichiarata disponibilità del Ministro ad una consultazione nella fase di definizione dei decreti delegati in parallelo al procedere e alla con-

clusione delle trattative per il rinnovo della convenzione.

Per quanto riguarda lo specifico del settore medicina dei servizi Il 50° Congresso nazionale della Fimmg valuta negativamente il passaggio di questo settore alla dipendenza in quanto tale da compromettere il miglior funzionamento delle attività distrettuali, indispensabili all'affermazione e al progresso dell'assistenza territoriale. Un simile provvedimento comporterebbe grave penalizzazione per i medici ivi operanti, ai quali verrebbe a mancare il riconoscimento dell'anzianità di servizio ed un'adeguata copertura previdenziale stante l'elevata età media degli operatori e il ridotto numero di anni contributivi, nonché il mancato riconoscimento di una possibilità di progressione di carriera riconosciuta ai settori della dipendenza. In questo settore il mantenimento del convenzionamento viene individuato come l'unica via per il riconoscimento doveroso di ruolo e funzioni adeguati a questi colleghi.

Per lo specifico settore della continuità assistenziale ed emergenza sanitaria territoriale il 50° Congresso nazionale della Fimmg

FA PROPRIA

la mozione conclusiva di detto settore che integra il presente documento.

Il 50° Congresso nazionale della Fimmg

DÀ MANDATO

al Segretario generale nazionale e alla Segreteria di perseguire con intransigente determinazione gli obiettivi individuati dal Congresso e puntualmente specificati nella

relazione del Segretario. In carenza di decisioni contrattate e condivise

IMPEGNA

il Sindacato alla convocazione di un eventuale congresso straordinario per la mobilitazione della categoria e l'individuazione delle più adeguate forme di lotta sindacale, già fin d'ora individuando nella sensibilizzazione e nel coinvolgimento dell'opinione pubblica e nel rafforzamento delle alleanze con le altre categorie mediche, le forze sociali e le rappresentanze dei cittadini, le linee portanti della propria azione.

Il 50° Congresso nazionale della Fimmg

REGISTRA

con grande soddisfazione la partecipazione ai propri lavori delle rappresentanze europee della medicina generale che ha consentito di individuare una reale alleanza per l'Europa della sanità sulla base della condivisione degli obiettivi generali da conseguire e dalla necessità di rivendicare in tutti i paesi della comunità l'investimento di risorse adeguate per lo sviluppo e la migliore qualità delle cure primarie nel territorio.

Presentato da: Michele Arpaia, Giacomo Milillo, Stanislao Napolano, Michele Olivetti, Mauro Ucci, Franco Zema

Sottoscritto da: Vittorio Angelini, Stefano Ausili, Bruno Cristiano, Saverio La Bruzzo, Bruno Palmas, Angelo Pizzini, Nunzio Romeo, Luigi Santi, Guido Scudellari.

La FIMMG Guardia Medica al Congresso di Perugia

La mozione conclusiva del settore della continuità assistenziale al nostro congresso nazionale

Il Congresso Nazionale del Settore Guardia Medica (Continuità Assistenziale ed Emergenza Sanitaria Territoriale) riunitosi a Perugia dal 23 al 27 settembre 1998 in occasione del 50° Congresso Nazionale della FIMMG;

SENTITA

la relazione del Segretario Nazionale Generale Mario Falconi nella quale si evidenzia il disagio professionale dei medici che operano nel servizio della continuità assistenziale e della Emergenza Sanitaria Territoriale;

CONDIVISA

la necessità di una ristrutturazione funzionale e normativa della Continuità Assistenziale, con la massima tutela e garanzia della professionalità degli operatori;

SENTITA

la relazione del Segretario Nazionale del Settore Francesco Zema con la quale ribadisce l'importanza per il medico di guardia di acquisire una mentalità più intraprendente e mirata alla qualificazione e alla valorizzazione del proprio ruolo, anche attraverso l'aggiornamento professionale e la qualificazione delle proprie prestazioni,

VALUTATA

la legge delega di riforma sanitaria approvata dal Senato nella quale viene evidenziata la presenza del medico della Continuità Assistenziale nel SSN,

INVITA

16 il Segretario Nazionale Generale

ad adoperarsi in stretta collaborazione con il settore per:

- 1) garantire ai cittadini un servizio di continuità assistenziale all'altezza degli standard europei, che non sia limitato alla sola urgenza ma sia complementare all'attività del medico di famiglia nell'ambito di una équipe assistenziale;
- 2) consentire la realizzazione di un rapporto di fiducia, dei cittadini con i medici della continuità assistenziale;
- 3) sollecitare il completamento del servizio di emergenza territoriale su tutto il territorio nazionale;
- 4) garantire in questa fase di transizione la stipula di un nuovo ACN adeguato alla complessità del servizio di emergenza territoriale;
- 5) individuare specifici strumenti normativi al fine di garantire ai medici dell'emergenza territoriale un adeguato rapporto di lavoro nell'ambito del SSN, attraverso il riconoscimento del diritto al ricongiungimento ed alla progressione di carriera e all'accesso ai livelli dirigenziali.

Il Congresso Nazionale del Settore

ESPRIME

la volontà di un costante rapporto di collaborazione con gli altri settori del sindacato tendente ad armonizzare le legittime aspirazioni di ciascuno salvaguardando

gli interessi dell'intera categoria della Medicina Generale;

RIVENDICA

l'importanza del ruolo del medico della continuità assistenziale e dell'emergenza territoriale quale figura professionale insostituibile nell'ambito del SSN;

RINGRAZIA

il Segretario Nazionale Generale e tutti i componenti della Segreteria Nazionale Generale che si sono impegnati per la qualificazione del medico della Continuità Assistenziale e dell'Emergenza Sanitaria

SI IMPEGNA

nelle persone dei suoi rappresentanti al massimo sforzo per raggiungere gli obiettivi che il settore e tutta la FIMMG si sono proposti.

Perugia, li 27/9/98

IL SEGRETARIO NAZIONALE
Francesco ZEMA

Anche noi siamo in Europa!!

Perugia, 25 settembre 1998

In occasione del 50° Congresso della Fimmg, a seguito della Tavola Rotonda “La Medicina di Famiglia in un Europa che garantisce livelli appropriati e uniformi di assistenza” i partecipanti sottoelencati notate e considerate

- la crescente tendenza all'integrazione economica, sociale e politica tra gli Stati Membri dell'Unione Europea;
- la crescente mobilità dei cittadini nell'Unione Europea ed il loro diritto di accesso a tutti i livelli di cura, specialmente le cure primarie nella nazione ospitante;
- l'importanza di una forte presenza della medicina generale in un sistema di cure di alta qualità; sottoscrivono la necessità di una maggiore integrazione nella formazione sia specifica che permanente rivolta alla Medicina generale degli Stati Membri dell'Unione Europea, al fine di perseguire una più uniforme qualità delle cure disponibili a tutti i cittadini.

Notato che ci sono differenze sostanziali tra Stati Membri nelle risorse disponibili per questa formazione e per il supporto ad una Medicina generale di alta qualità il gruppo auspica che le Associazioni mediche nazionali e le Organizzazioni dei Medici di famiglia si facciano promotrici a livello nazionale e internazionale affinché in tutti gli Stati Membri siano destinate alle cure primarie risorse adeguate a garantire livelli di qualità più uniformi.

Le associazioni Mediche, per la parte che loro compete, saranno così in grado di sviluppare meglio la promozione della qualità delle cure, quale loro obiettivo primario.

I moderatori della Tavola Rotonda: Dott. Alan Rowe - Prof. Michele Olivetti

I partecipanti: Dott.ri Willy André, Paul André Befort, John Chisholm, Mario Falconi, Uwe Jansen, Cormac McNamara, Martine Mergen, Fernando Pèrez Ecanilla.



Certificati sportivi scolastici

L'annosa e *vexata quaestio* del rilascio dei certificati per uso sportivo scolastico ha vissuto nelle ultime settimane un nuovo capitolo.

Su richiesta della Segreteria Provinciale della FIMMG ed in seguito ad una stretta collaborazione col dott. Cattero, responsabile dell'Ufficio Educazione Fisica e Sportiva del Provveditorato agli studi di Cuneo, il Provveditore ha inviato in data 20 ottobre '98 e 17 novembre '98 due circolari a tutti gli Istituti di istruzione secondaria di II° grado statali e non statali.

In essi vengono ribaditi i seguenti concetti:

- 1) non può essere richiesta l'idoneità per le lezioni curriculari di Educazione Fisica;
- 2) il certificato va richiesto solo per gli usi previsti dal DM 28.2.83 e dal DPR 484/96 art. 31 lett. A ed E (Convenzione per la Medicina Generale);
- 3) la scuola deve fornire allo studente una richiesta compilata in ogni sua parte (mediante un modulo che prevede anche l'indicazione dello sport da praticare) e regolarmente sottoscritta in originale dall'autorità scolastica;
- 4) la scuola deve scaglionare l'invio degli studenti dal Medico onde evitare l'intasamento dei nostri Studi e l'intralcio della nostra normale attività.

L'aggiornamento del Medico Generale: diritto-dovere

di Massimo Papini

Riteniamo utile ritornare, con brevi cenni esplicativi, sulla spinosa questione della “formazione”, in questo momento di grande attualità.

L'argomento è analizzato e pianificato con precisione in una circolare dell'Assessorato Regionale alla Sanità, risalente ormai al 26-01-1998, di cui riassumeremo i punti salienti.

Viene formalizzata innanzitutto l'istituzione, a livello Regionale, di un Comitato Tecnico Scientifico (CTS), con i seguenti compiti:

- formazione iniziale e permanente di “Animatori di Formazione”, Medici di Medicina Generale e Pediatri scelti in base alle competenze, ai curriculum formativi, e alle esperienze e motivazioni professionali, con tenuta e aggiornamento dei relativi Albi Regionali;
- definizione degli indirizzi e dei temi della formazione, sia in relazione ai bisogni organizzativi del servizio, sia in base a specifiche esigenze professionali dei Medici;
- controllo sulla produzione dei corsi e verifica periodica della qualità in base ai requisiti didattici previsti (Art.8 punto 4 Accordi Regionali).

È quindi a livello Regionale che vengono stabilite le linee di indirizzo, la programmazione delle aree tematiche, le metodologie ed il modello economico-gestionale.

Per il 1998 sono state individuate le seguenti tematiche OBBLIGATORIE:

- le procedure dell'ADI e dell'ADP;
- la valutazione multidimensionale dell'anziano;
- l'assistenza al malato oncologico in fase terminale;
- la gestione del paziente con BPCO.

È compito delle Aziende provvedere all'attuazione pratica dei corsi, avvalendosi preferibilmente della collaborazione di MMG con la qualifica di Animatori di Formazione, scelti negli appositi Albi Regionali.

Qualora le Aziende ritenessero opportuno affidare la conduzione dei corsi ad altre figure professionali, l'Animatore indicato dall'Azienda dovrà essere appositamente formato sul pacchetto specifico del corso a cura del CTS.

Per quanto riguarda il programma di aggiornamento di libera scelta Aziendale, fermo restando la raccomandazione di usufruire di corsi la cui struttura risponda alle esigenze formative e alle metodiche didattiche previste dagli Accordi Regionali, il CTS ha individuato il seguente gruppo di argomenti che potrebbero essere presi in considerazione:

- le procedure diagnostiche nei disturbi dell'Apparato Digerente Superiore
- l'uso del laboratorio nelle terapie ormonali nella donna
- la semeiotica di primo livello di ginocchio e caviglia
- la terapia antibiotica delle IVU
- elementi di farmacoeconomia
- indicazioni cliniche alle Terapie Fisiche

Le Aziende potranno ovviamente individuare, in accordo con il Comitato Consultivo locale, altri temi od argomenti rispondenti ad esigenze specifiche locali.

Come potete vedere la “carne al fuoco” è molta, e le varie ASL stanno avviando, sia pure con tempi e modalità diverse, l'attuazione delle precise

18 direttive Regionali.

BUON LAVORO!!

Alcune note in materia di Note

Come “dare i numeri” correttamente

di Luciano Bertolusso

Dal 16 ottobre scorso è entrato in vigore, dopo la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale, il provvedimento legislativo di revisione delle Note CUF.

Non so quanti di noi siano abbonati o assidui lettori della G.U.; certo, a parte i pochi che lo sono, non saremo stati in molti a saperlo.

Personalmente non ho attinto questa notizia, così rilevante per il nostro lavoro, grazie ad una tempestiva informazione da parte dell'ASL o di un qualche altro Ente a ciò preposto, bensì via Internet, grazie al collegamento con il sito della FIMMG di Roma

Una disamina veramente completa ed esauriente di tutte le note (delle variazioni rispetto alle precedenti, del fondamento scientifico - bibliografico, delle possibili interferenze o conseguenze cliniche e professionali) richiederebbe sicuramente molto spazio e molto tempo: certamente più di quanto ne ho a disposizione.

Tuttavia la lettura delle note mi spinge a sottoporvi alcune modeste considerazioni di ordine generale e poi, in breve, ad esaminare alcune delle variazioni più importanti.

Il testo della G.U. in realtà è ben più corposo del semplice elenco delle note. Si tratta di circa quaranta pagine fitte, scritte in ottimo burocratese italico, ma anche ricche di puntuali citazioni bibliografiche a riferimento di ciascuna nota e del commento che l'accompagna.

Alcuni dubbi e molte obiezioni potrebbero essere superati se tutti avessimo la voglia di leggere anche queste parti del documento (anche se ci vuole un po' di tempo e molta, molta buona volontà ...).

Non si ripeterà mai abbastanza che le note non sono linee guida, ma semplici limitazioni della prescrivibilità di un farmaco (o di una classe di farmaci) a carico del SSN. Quindi i Colleghi che le hanno vissute, sin dall'inizio, come grave limitazione alla propria libertà professionale, forse non hanno ben centrato il senso del provvedimento legislativo. Semplicemente lo Stato ha deciso, nell'ambito di un processo di razionalizzazione nell'impiego delle risorse economiche in ambito sanitario, di limitare la spesa per i farmaci, destinandola alle terapie che avessero dimostrato adeguata efficacia, insostituibilità, prezzo conveniente, ecc. Nessuno ci ha mai impedito di prescrivere alcunché; purtroppo qualche volta abbiamo dovuto spiegare al paziente che il farmaco, che noi giudicavamo per lui utile, non era rimborsato dal SSN.

Prescindendo da tutti gli altri aspetti, tutt'altro che secondari (le conflittualità con i pazienti, l'inosservanza delle note da parte dei Colleghi Ospedalieri e Specialisti, il crescente carico burocratico, ecc.) personalmente ritengo che le note, e in particolare questa ultima redazione, abbiano avuto l'innegabile merito di “costringerci” a ripensare un po' alla fondatezza scientifica ed alla qualità di certe nostre prescrizioni.

Se le precedenti redazioni delle note (e soprattutto l'allungamento progressivo e apparentemente inarrestabile dell'elenco) hanno lasciato in molti di noi non poche (e non infondate) perplessità, dobbiamo riconoscere che ora ci sono i segni positivi di una inversione di tendenza.

In primo luogo, pur con tutti i limiti del linguaggio (volutamente?) sibillino (vedremo poi la nota 55), molti dubbi sono stati chiariti.

C'è un po' più di chiarezza riguardo a patologie molto diffuse per le quali la prescrivibilità dei farmaci era fonte di dubbi e conflittualità (vedi nota 9 e 48).

Un gruppo di farmaci tutt'altro che trascurabile è ora prescrivibile solo previo Registro USL e dietro presentazione di un "piano terapeutico" da parte di Centri Specialistici qualificati e riconosciuti dalla Regione. Personalmente ritengo questo non una limitazione alla nostra professionalità, bensì (finalmente) un tentativo di responsabilizzazione del mondo specialistico in merito alle norme sulle prescrivibilità dei farmaci: dovrebbero così avere termine le prescrizioni "estemporanee" o di durata indefinita di farmaci come l'interferon e l'ufofolitropina ...

Infine: da sempre rivendichiamo per la Medicina Generale una sua centralità all'interno di un Servizio Sanitario rivolto a tutta la popolazione. Di fatto, anche per mezzo delle note, ci viene riconosciuta la capacità e la responsabilità di un giudizio clinico rispetto a patologie importanti e diffuse, per le quali esprimiamo una valutazione di concedibilità su farmaci fortemente influenti sui costi che la collettività sostiene.

Sfuggire a questa responsabilità sarebbe, ancora una volta, lasciare spazio alla possibilità di altre figure professionali a decidere "chi paga che cosa e per quali patologie". Il nostro spazio professionale va difeso anche attraverso questi strumenti.

In quest'ottica va riconosciuto il merito al prof. Olivetti, membro FIMMG della CUF (osservatore, ma senza diritto di voto !!!) di essere riuscito a portare la voce e le esigenze della Medicina Generale in un ambito difficile ed in gran parte ostile ad essa (in analoga situazione tempo addietro il dott. Pagni era stato costretto ad andarsene sbattendo la porta ...!!!). Certamente i piccoli progressi di cui si è detto li dobbiamo anche a lui. E lo scrive la stessa G.U. quando, nell'introduzione, parla esplicitamente dell'intervento del maggiore sindacato della MG come "una politica mirata all'ottimizzazione delle note in adeguamento alle necessità clinico - professionali e per una migliore erogazione dell'assistenza". Con ciò, naturalmente, non si è data soluzione a tutti i problemi, ma è stato, di fatto e di diritto, riconosciuto un ruolo alla MG e un'attenzione alle sue esigenze.

Altri Sindacati, che ritengono le note uno svilimento della professionalità, non hanno contribuito a questo riconoscimento in sede ufficiale e hanno scelto la opposizione velleitaria e sterile.

Ora una breve analisi delle principali novità.

Il **numero delle note** è diminuito: ne sono state eliminate 21.

Sono state **abolite** (tra le altre) le note: **19** (Nimodipina), **23** (Clindamicina), **24** (Trimetoprim-sulfametoxazolo), **26** (Gestonorone, Medrossiprogesterone, Megestrolo), **68** (Ferro gluconato), **69** (Ranitidina - Bismuto citrato).

Note con **obbligo della prescrizione specialistica** (...solo su diagnosi e piano terapeutico di Centri Universitari od Ospedalieri specializzati ed individuati dalle regioni) con attivazione del Registro USL: **12** (Eritropoietina), **30** (Filgastrim, Lenogastrim, Molgramostim), **32** e **33** (Interferon), **39** (Somatotropina), **40** (Lanreotide, Octreotide), **51** (Buserelin, Goserelina, Leuprorelina, Triptorelina), **52** (Interferon), **56** (Aztreonam, Imipenem+cilastina, Meropenem, Rifabutina, Teicoplanina), **61** (Interferon), **65** (Interferon), **74** (Urofollitropina).

Note con **obbligo di prescrizione solo su diagnosi e piano terapeutico di Centri Universitari od Ospedalieri specializzati ed individuati dalle Regioni, senza attivazione del Registro USL**: **36** (Fluoximesterone, Metiltestosterone, Testosterone), **71** (Clozapina, Fattore VIII di coagulazione da DNA ricombinante), **71 bis** (Risperidone, Olanzapina), **72** (Dornase alfa).

Note con **attivazione del Registro USL da parte del Medico Generale**: **8** (Levocarnitina), **9** (Ticlopidina), **15** (Albumina umana), **41** (Calcitonine), **42** (Ac. Clodronico, Ac. Etidronico), **59** (Lattitolo, Lattulosio), **77** (Biotina).

Nota 2 e 2 bis: sono escluse dall'elenco delle epatopatie croniche colestatiche le epatiti virali croniche con colestasi; è cambiata la identificazione delle calcolosi suscettibili di terapia.

Nota 8: è stata eliminata la necessità della biopsia muscolare o miocardica per la diagnosi di carenza

Nota 9: è stata modificata precisando meglio in 4 possibili voci i criteri di prescrivibilità in fascia A; tra questi sono stati inseriti il pregresso sanguinamento gastroenterico da ASA e l'ischemia cerebrale recidivante resistente al trattamento con ASA. Viene ribadito che il corretto dosaggio è di 500 mg / die; nell'attivare il Registro USL bisogna ricordarsi di indicare per quale tipo di condizione viene prescritto il farmaco, segnando sul modulo il numero della voce corrispondente riportata in nota.

Nota 10: viene confermata la indicazione ristretta ai deficit dimostrati di B12 e folati; rimane esclusa la indicazione per la profilassi delle malformazioni del tubo neurale del feto (per la quale esistono inoppugnabili dati in letteratura) solo perché in Italia non esiste in commercio un prodotto contenente la dose consigliata per tale indicazione: esiste solo una specialità di compresse da 5 mg, mentre la dose sarebbe di 0,4 mg: viene consigliato di praticare la profilassi con gli integratori alimentari presenti in commercio.

Nota 11: viene definita più chiaramente l'indicazione per il trattamento, in associazione con il 5-fluoro-uracile, delle neoplasie del tubo digerente.

Nota 13: sostanzialmente invariata; è sparita, tra i principi attivi, la colestiramina, mentre manca la cerivastatina (?!?)

Nota 14: tra i criteri aggiuntivi per la diagnosi di iperlipemia familiare compare la voce "pancreatiti recidivanti in pazienti iperlipemici che iniziano la terapia prima dei 75 anni".

Nota 15: viene chiarito meglio il criterio di definizione per l'ipoalbuminemia grave, in particolare nel cirrotico; viene ribadita la non prescrivibilità nei casi di proteinodispersione e malassorbimento.

Nota 31: è stato inserito il dimemorano.

Nota 32: viene identificato, per ogni tipo di interferone, l'elenco delle patologie che ne consentono la prescrizione.

Nota 33: viene ristretta la prescrivibilità ai soli pazienti già in trattamento.

Nota 34: viene concessa la prescrivibilità in classe A per l'indicazione "mestruazioni irregolari e/o abbondanti con perdita di ferro" invece della precedente "ipoovarismi"; per le altre indicazioni (contraccezione) resta la classe B.

Nota 37. Ampliato l'elenco dei farmaci.

Nota 39: definite con precisione le indicazioni cliniche, nel bambino e nell'adulto, per l'utilizzo della somatotropina.

Nota 42: limitazione alla somministrazione parenterale dei clodronati e degli etidronati (questi ultimi in commercio solo in capsule !!!??).

Nota 48: è stato meglio chiarito il ruolo degli anti-H2 e degli inibitori di pompa protonica nella malattia peptica acuta (eradicazione dell'*Helicobacter* e tempi di trattamento) e in quella cronica; l'ulcera recidivante o la malattia da reflusso gastroesofageo recidivante devono essere dimostrate endoscopicamente, ma per questi casi non è previsto limite temporale di trattamento; rimane una piccola (?) "incongruenza": la nota consente di fatto la prescrizione cronica di farmaci (gli inibitori di pompa protonica) che tale indicazione non hanno in scheda tecnica (e che quindi, a rigore di legge, non possiamo prescrivere con questa indicazione...).

Nota 51: si precisa che la goserelina è prescrivibile solo nei casi di carcinoma della prostata.

Nota 53: ricompare (era stata eliminata nell'aggiornamento del marzo 1997) con la stessa formulazione originaria: uso del levamisolo nel cancro del colon-retto.

Nota 55: è cambiato l'elenco degli antibiotici iniettivi (non ci sono più gli aminoglicosidi, che sono stati compresi nella nuova 55 bis); ma il punto più "critico" (e possibile fonte di dubbi interpretativi) è contenuto nel commento alla nota: "Tutti gli antibiotici di cui si è detto devono essere riservati al trattamento, abitualmente e necessariamente, ospedaliero di infezioni serie provocate da microrganismi provati resistenti"; da qui se ne potrebbe derivare un divieto all'uso extra-ospedaliero dei suddetti antibiotici, oppure si potrebbe interpretare la frase come semplice restrizione dell'uso a quei casi che, di solito, richiedono il ricovero ospedaliero. Non ci addentriamo nel dibattito che certamente ne uscirà (anche perché le aziende produttrici degli iniettivi non compresi nella nota, le cefalosporine di I e II generazione, stanno già "spingendo" l'interpretazione più restrittiva...naturalmente...) ma vorremmo solo ricordare

che: 1) si tratta, come già detto, di un commento alla nota (e quindi presumibilmente con valore meno vincolante...), 2) si tratta di una sottolineatura di un aspetto terapeutico (l'uso degli antibiotici più recenti solo per quelle infezioni per le quali sono realmente indispensabili), 3) lo scopo è verosimilmente di correggere l'abuso (economicamente dannoso e clinicamente ingiustificato) di questa classe di farmaci.

Nota 58: cambiata un po' nella forma, non nella sostanza e per i riflessi nell'uso pratico dell'ossigeno terapeutico.

Nota 61: semplificata la prescrivibilità dell'interferon alfa leucocitario n-3.

Nota 63: ricompare (era assente nella versione dell'anno scorso); regola la prescrivibilità dell'alfantrina nel trattamento della malaria clorochino-resistente.

Nota 66: finalmente è comparsa la prescrivibilità dei FANS nel trattamento del dolore oncologico.

Nota 67: aggiunti all'elenco degli antiepilettici prescrivibili il gabapentin e il felbamato.

Nota 71 bis: inserito il risperidone nella terapia della schizofrenia resistente ai comuni antipsicotici.

Certamente ci sarà sfuggito qualche particolare, che qualcuno più attento potrà indicarci (e gliene saremo grati se vorrà mettere queste informazioni a disposizione di tutta la categoria), ma speriamo di aver messo in luce le variazioni più significative e, per noi, rilevanti.

La speranza, che ci ostiniamo a coltivare, è che, grazie all'impegno di tutti, anche questi strumenti possano servire alla nostra professionalità per un migliore livello di assistenza alla persona.

“Ultime” sulle note CUF

La Segreteria Nazionale informa che:

Per quanto riguarda le osservazioni critiche sull'interpretazione relativa all'uso nel territorio dei farmaci di cui alla **nota 55** del recente decreto legislativo di revisione e riordino dei precedenti disposti sulle “note CUF”, si conferma che per intervento del nostro Sindacato con decisione assunta l'11 novembre 1998 dalla CUF stessa, è stato licenziato il testo per un decreto ministeriale di correzione relativo anche alla nota appena citata che testualmente recita:

“Nel testo di commento alla nota 55: *“Tutti gli antibiotici di cui si è detto **devono** essere riservati al trattamento, abitualmente e necessariamente, ospedaliero di infezioni serie provocate da microrganismi provati resistenti alla maggior parte di altri farmaci;...”*

E' sostituita dalla seguente: *“Tutti gli antibiotici di cui si è detto **dovrebbero** essere riservati al trattamento, abitualmente e necessariamente, ospedaliero di infezioni serie provocate da microrganismi provati resistenti alla maggior parte di altri farmaci;...”*

Ogni dubbio interpretativo risulta pertanto definitivamente fugato e pertanto i medici di famiglia erano e sono ovviamente legittimati a prescrivere tali farmaci ove ne ravvedano la necessità.

Pretestuose critiche alle note CUF

Gli obiettivi perseguiti sono qualità delle prestazioni e risparmio per il cittadino

La Fimmg ritiene di dover intervenire con alcune precisazioni in merito al nuovo testo delle note CUF recentemente pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale relativamente all'incomprensibile protesta da parte di alcuni ambienti nei confronti della precisazione in sole 15 note delle 56 componenti il documento, che prevedono "diagnosi e piano terapeutico (posologia, durata del trattamento) affidato a centri universitari o ospedalieri specializzati individuati dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano," relative all'uso di farmaci di costo elevato in patologie severe e in situazioni cliniche difficili, necessitanti di un processo diagnostico di particolare impegno e di un progetto terapeutico che richiede competenze specifiche di alta specializzazione.

Al riguardo si precisa:

- § L'individuazione di Centri deputati a tali compiti costituisce elemento di tutela del paziente per quanto concerne la garanzia dell'appropriatezza e della qualità delle delicate prestazioni richieste, prima affidate genericamente alla responsabilità di medici in possesso di un semplice titolo accademico in specialità in discipline diverse.
- § L'attuale normativa, a differenza della precedente, garantisce ai pazienti affetti da queste patologie di poter usufruire di una prescrizione terapeutica nel territorio, da parte del proprio medico di famiglia per tutto il periodo della durata del trattamento programmato. Con ciò si evita al paziente l'aggravio economico per reiterate consulenze specialistiche non indispensabili e inutili perdite di tempo e di lavoro per la semplice continuazione della cura il cui proseguimento rimane affidato alla responsabilità del medico curante. Infine si superano in tal modo i gravi disagi emergenti, in particolari condizioni logistico-territoriali, che costringerebbero il paziente a costosi e defaticanti pendolarismi.

La Fimmg ritiene pertanto strumentali, distorti e fuorvianti le dichiarazioni comparse in alcuni comunicati stampa e in alcune dichiarazioni diffuse dai mezzi di informazione.

Un decalogo infallibile per demolire una associazione

Abbiamo letto sulla rivista "Pro Avibus" questo interessante decalogo che presentiamo all'attenzione dei nostri associati, avendovi trovato qualcosa di familiare:

1. Non assistete mai alle assemblee della vostra Associazione.
2. Se ci andate, cercate di essere in ritardo.
3. Contestate comunque il lavoro dei dirigenti e dei membri.
4. Non accettate incarichi: è più facile criticare che realizzare.
5. Non partecipate a nessuna decisione ufficiale ma non esitate a dire che i rappresentanti non ci hanno saputo fare.
6. Se il presidente vi domanda il parere su un qualsiasi argomento, rispondete che non avete nulla da dire. Dopo la riunione, dite a tutti che non avete imparato nulla di nuovo. Meglio ancora, dite come si sarebbe dovuto fare.
7. Fate solo quello che è assolutamente indispensabile ma, quando gli altri si tirano su le maniche e si prodigano senza riserve, lamentatevi che l'associazione è retta da "una mafia".
8. Ritardate il più possibile il pagamento della vostra quota.
9. Non vi preoccupate di fare nuovi soci.
10. Lamentatevi che il bollettino non pubblica nulla di interessante ma guardatevi bene dallo scrivere voi stesso un articolo.

Il sistema "118"

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

Da questo numero del bollettino intendiamo iniziare un viaggio nel pianeta 118 che attraverso tappe successive tenterà di fornire ai colleghi, siano o no operatori del sistema, in maniera semplice ma completa le informazioni inerenti la struttura ed il funzionamento del Sistema 118.

Il servizio 118 ha inizio in Piemonte nel 1993 con la costituzione della Centrale Operativa di Torino. Dopo alcune esperienze a carattere sperimentale, dal 1994, la Regione Piemonte ha dato vita al progetto di organizzazione della emergenza su tutto il territorio regionale, che ad oggi, può dirsi quasi concluso.

Il Sistema 118 dell'emergenza risulta così strutturato:

- l'utente accede al servizio tramite il numero 118;
- intervento regolatore della Centrale Operativa;
- si attiva la fase del soccorso qualificato e del trasporto finalizzato del paziente;
- prestazioni del D.E.A.;
- fase delle cure e riabilitazione del paziente.

Il numero telefonico dell'emergenza sanitaria territoriale è il **118**:

- **Numero unico per tutto il territorio nazionale** ed attualmente attivo su gran parte di esso;
- **Numero gratuito** al pari degli altri servizi di emergenza (vedi Vigili del Fuoco, Carabinieri, Polizia ecc.).

Al numero 118 risponde una Centrale Operativa. Essa è lo strumento attraverso il quale si disciplina il soccorso ed il flusso dei pazienti verso i D.E.A., laddove necessario, e rappresenta il nodo di collegamento ed integrazione tra la fase territoriale e quella ospedaliera dell'emergenza.

La Centrale Operativa assume anche il compito di coordinare i trasporti non urgenti.

Obiettivo primario della Centrale è quello di rispondere a tutte le richieste di emergenza sanitaria, di valutare l'evento e decidere di inviare sul territorio il mezzo ed il personale qualitativamente più idonei e più vicini disponibili in quel momento, di gestire e coordinare le fasi del soccorso di emergenza e provvedere, se necessario, al ricovero del paziente nel presidio sanitario più vicino ed appropriato.

In caso di maxiemergenze (alluvioni, terremoti ecc.) la Centrale 118 attiva, secondo una procedura standardizzata, l'insieme delle risorse che coordina sul territorio, ampliandole, integrandole e rilocalizzandole secondo le esigenze specifiche.

Per ciò che riguarda nello specifico la Provincia di Cuneo, il Sistema 118 può attualmente contare sulle seguenti risorse:

- 46 sedi di soccorso di base;
- 1 D.E.A. 2° livello ubicato a Cuneo;
- 3 D.E.A. 1° livello ubicati a Savigliano, Alba, Mondovì;
- 4 Pronto soccorso attivi ubicati a Bra, Ceva, Fossano, Saluzzo;
- 1 base Elisoccorso;
- 16 Mezzi di Soccorso Avanzato.

Le figure professionali operanti nell'emergenza sono rappresentate da: medici; infermieri professionali; tecnici dell'emergenza. Fra i tecnici distinguiamo:

- operatori di Centrale operativa;
- soccorritori (volontari del soccorso)
- tecnici del soccorso alpino.

Un adeguato numero di ambulanze in relazione al territorio da servire, permette una riduzione dei tempi di intervento; ma la dimensione numerica dei mezzi terrestri non risponde da sola alla necessità di una migliore qualità delle prestazioni. Per elevare qualitativamente i servizi è necessario un ricorso sempre più capillare alle ambulanze di soccorso avanzato, mezzi con dotazioni strumentali sofisticate e con un equipaggio composto da un medico dell'emergenza, un infermiere professionale e da due soccorritori. Con tale configurazione tecnica e professionale dell'ambulanza, il paziente riceve prestazioni qualificate direttamente sulla scena dell'evento, permettendo così una riduzione notevole dei tempi di intervento terapeutico necessario. Inoltre in caso di chiamate domiciliari, l'équipe sanitaria, attraverso una iniziale valutazione del problema clinico e la messa in atto dei primi provvedimenti terapeutici, può evitare ricoveri impropri.

Per concludere questa prima parte possiamo affermare che affinché il Sistema risulti integrato e coerente con i bisogni dei cittadini, è necessario favorire lo sviluppo di una cultura dell'emergenza in ampi strati della popolazione.

Il Sistema della emergenza territoriale non deve né sostituire né supplire le funzioni del Sistema Sanitario stesso. Esso deve dispiegare le sue potenzialità nelle prime fasi del soccorso per destinare poi i pazienti agli ospedali e/o ai medici di famiglia.