



Buon Natale
 e
 Felice 2000 !!

n.7
 21 dicembre 1999

In questo numero:

| | |
|---|--------|
| Rinnovato il Consiglio dell'Ordine dei Medici | pag. 2 |
| La Camera elimina la "doppia firma" per le note CUF | " 3 |
| "Budget di distretto" sperimentale nell'ASL 17 | " 4 |
| IIIª Conferenza sui Servizi Sanitari nell'ASL 16 | " 5 |
| Considerazioni in tema di contrattazione sindacale | " 6 |
| Convenzione: Fimmg e Snamì trattano allo stesso tavolo | " 7 |
| L'Ordine dei Medici e l'uso appropriato dei farmaci | " 8 |
| Gestione dei casi di carcinoma colo-rettale nell'ASL 16 | " 9 |
| ULTIMA ORA: Rifiuti speciali, il Ministro risponde | " 10 |

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

Rinnovato il Consiglio dell'Ordine dei Medici

di Massimo Ferrua

Si sono concluse le votazioni per l'elezione del nuovo Consiglio dell'Ordine dei Medici della nostra provincia: per la prima volta non è stato raggiunto in prima convocazione il numero minimo di votanti necessario per la validità.

Come era ampiamente prevedibile, in seconda battuta la lista appoggiata dal Consiglio uscente ha ottenuto la stragrande maggioranza dei suffragi consentendo l'elezione di tutti i componenti proposti con ampio margine rispetto ai nostri candidati.

Infatti, sono stati circa 560 i votanti su oltre 2000 medici iscritti all'Albo provinciale ed i candidati del raggruppamento proposto dal Dott. Palanca hanno ricevuto un numero di preferenze che va da 398 per il primo eletto a 366 voti per l'ultimo, contro il centinaio di voti (102 per il migliore, 87 per il meno votato) ottenuto dai nostri candidati; una sessantina circa sono state le schede bianche e nulle.

Sono state quindi rispettate le aspettative della vigilia: i numeri in democrazia giustamente continuano a far testo.

E' stata una vittoria "schacciante"?

2 Sicuramente in relazione ai numeri: in realtà essi

sono indicativi di un grave problema già emergente in passato e che oggi si è manifestato con più chiarezza.

Se è pur vero che una componente medica, probabilmente in gran parte ospedaliera di Cuneo, ha espresso in modo relativamente compatto le proprie indicazioni allineandosi verso una ipotesi di sindacalizzazione "trasversale", non tanto di nome quanto di fatto, delle funzioni dell'Ordine dei Medici, ben altra lettura deve essere data all'insieme che sottintende la votazione stessa.

Mai nella storia del nostro Ordine provinciale si era dovuto ricorrere a due tornate elettorali per mancanza del numero legale di votanti: la vittoria è stata di questi ultimi o di chi non si è presentato alle urne?

Questo astensionismo che per certi versi è fisiologico e non nuovo oggi ha raggiunto dimensioni tali da imporre profonde riflessioni.

Sicuramente è appannaggio di molti essere perennemente disinteressati alla rappresentatività e al funzionamento del nostro organismo di tutela professionale, ma altrettanto vera è la constatazione che la maggior parte ha di fatto espresso in questo modo il proprio dissenso poiché era chiaro che dalle votazioni non

ne sarebbe uscito comunque un Consiglio davvero forte.

Il Consiglio Direttivo del nostro Sindacato, visto il fallimento dei tentativi di trovare degli obiettivi condivisi ma funzionali ad una vera legittimazione dei compiti istituzionali dell'Ordine e conscio del problema, peraltro non nuovo, ha ritenuto opportuno esplicitare il dissenso di buona parte dei Medici di Famiglia, offrendo provocatoriamente la propria disponibilità a portare avanti questo progetto.

Il fine ultimo era quello di sollevare il problema della poca aggregazione della nostra categoria in generale, stimolandola con obiettivi comuni per migliorare la qualità interna e di converso la sua visibilità all'esterno, ritenendo questi i presupposti indispensabili per raggiungere davvero i compiti istituzionali che la società affida all'Ordine professionale.

A fronte di innumerevoli lamentele di "corridoio" riguardo alla gestione passata, questa nostra iniziativa non ha sortito gli effetti sperati: sono aumentate le dichiarazioni di dissenso, ma nessuno si è organizzato proponendo ulteriori spunti di riflessione utili per un

coinvolgimento più regnante.

Non ci resta che ringraziare i nostri iscritti che si sono recati a votare ed hanno seguito le indicazioni anche non verbali a loro fornite, condividendo lo sforzo e le possibili letture esterne negative.

Nello stesso tempo resta l'amara constatazione che, anche all'interno di quel 30% degli iscritti all'Ordine che ha partecipato alle elezioni, le manifestazioni di disagio e di protesta sono state numerose.

A tal proposito, non vedo altro modo di interpretare, per esempio, le poche preferenze espresse a favore di tutti i componenti il Consiglio Direttivo di un sindacato che pure presentava un proprio elemento di spicco nella lista proposta dal Consiglio ordinistico uscente; che dire poi dei voti acquisiti da interi reparti ospedalieri chiaramente identificabili?

Che cosa sottintende l'evidenza che il futuro Presidente sia in realtà l'espressione di poco meno di un quinto dei medici?

Queste considerazioni

devono spingere immediatamente tutti i medici sia ad una serena autocritica sia ad un impegno profondo per avviare la nostra categoria alla unità di intenti per superare la crisi di identità di cui attualmente essa soffre.

La necessità di questa azione diventa improrogabile, pena una visione distorta che i Medici offrono alla società e con il conseguente rischio di completa *deregulation* della professione e con interventi di controllo esterni con tutti i risvolti negativi che questo comporta.

Il cambiamento dello scenario politico e sociale che ha portato alla recente Legge di riordino del SSN può diventare il presupposto di una disgregazione all'interno della nostra categoria, se non ben governato al nostro stesso interno.

E' opportuno superare le pur comprensibili manifestazioni di rifiuto di stampo qualunquistico, analizzando la storia recente, il cambiamento del rapporto cittadino-medico, medico-istituzioni ed evitando il coinvolgimento emozionale che spesso ci può

portare a scelte irrazionali e quindi potenzialmente negative.

Noi Medici di Famiglia della FIMMG siamo pronti a lavorare in tal senso, senza preclusioni di sorta: per adesso siamo volutamente alla "finestra", ma seguiremo con attenzione e suggerimenti il lavoro che il Consiglio appena eletto produrrà, disponibili sempre ad una collaborazione se legata all'obiettivo di migliorare la qualità professionale in senso lato della categoria, presupposto indispensabile per la sua tutela e non legata a funzioni vicarianti di tipo rivendicativo-sindacali.

Non ci resta che augurare sinceramente un buon lavoro al nuovo Consiglio dell'Ordine provinciale, sperando che questa nostra sintetica ma appassionata analisi possa essere oggetto di riflessione per tutti.

Buone feste a tutti !!



"Doppia firma" sulle ricette, addio?

La Camera dei Deputati ha approvato martedì scorso in aula l'emendamento alla legge Finanziaria che elimina la "doppia firma" che il medico prescrittore doveva apporre sulle ricette per farmaci sottoposti a note CUF. Il provvedimento, dopo l'opportuno iter, dovrebbe andare in vigore dal 1 Gennaio 2000

Budget di Distretto sperimentale nell'ASL 17

di Pierdomenico Bossolasco

Per l'ASL 17 si profila l'avvio di un nuovo progetto sperimentale. Dopo le esperienze, prime in provincia, dell'ADI e delle vaccinazioni antiinfluenzali affidate al M.G., sta per avere inizio un progetto dal titolo molto impegnativo, che dovrebbe vedere l'avvio nei primi mesi del nuovo anno: **“L'avvio del budget di distretto e di progetti di collaborazione con i Medici Generali”**.

Come tutti sappiamo, il quadro normativo in cui ci troviamo ad operare non è sempre coerente e a volte è molto discutibile, ma le tendenze di fondo sembrano comunque chiare, come si stanno delineando dall'ormai lontano dicembre 1996 con gli accordi regionali per la convenzione (costituzione della commissione distrettuale ex art. 4), fino agli ultimi decreti delegati, e si possono così schematizzare:

- attribuzione di **risorse definite** ai distretti, in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione, distretto che assume la titolarità della funzione di tutela della salute dei cittadini;
- **ridefinizione del ruolo di medico di M.G.** e sua integrazione nell'organizzazione distrettuale, rapportando ai programmi di distretto la **quota variabile** del compenso, correlata comunque al rispetto dei livelli di spesa programmati.

ca non si sfugge, e le attività sperimentali come quella in questione messa a punto dal CRESA (Centro di ricerca per l'economia, l'organizzazione e l'amministrazione della sanità), sono studiate in vista di una loro successiva estensione a tutte le ASL regionali.

I destinatari del progetto sono 5 ASL (oltre alla 17, le ASL di Alessandria, Asti, Ivrea e Novara), collocate in diversi quadranti, nelle quali la commissione distrettuale ex art. 4 abbia già svolto una attività di una certa consistenza.

In effetti questo è quanto è successo nell'ASL 17, dove la commissione ha svolto un'analisi delle molteplici e complesse voci di spesa dei distretti (inclusa l'attività ospedaliera), individuando alcuni punti su cui porre maggiore attenzione.

Altri elementi indispensabili per far partire la sperimentazione sono l'esistenza di un buon clima di collaborazione tra funzionari e medici generali (e anche qui non abbiamo problemi), e la presenza di flussi informativi in ordine sulle attività prescrittive dei M.G., presenti anche questi.

Qual è lo scopo del progetto?

La proposta intende sollecitare le commissioni distrettuali a:

- prendere in considerazione i principali problemi connessi all'attività prescrittiva del M.G., alla quale è collegabile il faticoso budget;
- considerare i problemi dei

rapporti con gli altri operatori sanitari (in particolare gli specialisti), con i quali concordare proposte di budget;

- migliorare i rapporti con gli utenti (educazione sanitaria, informazione);
- porre attenzione ai problemi organizzativi della Medicina Generale, ad esempio l' **associazionismo**, preconditione anche questa per un discorso di budget.

Come si può intuire, il processo che sta per prendere avvio è molto complesso e richiederà una mole di lavoro non indifferente, ma soprattutto dovrà vedere la collaborazione di tutti i colleghi, adeguatamente motivati.

Schematicamente si può prospettare questo itinerario di lavoro:

- attività preliminare di preselezione dei problemi da affrontare, sia a proposito di budget sperimentale che di altre azioni organizzative;
- definizione di linee guida e di sistema incentivante applicabile in caso di esito positivo;
- riscontro finale e reimpostazione del budget.

Sarà compito della commissione ex art. 4 tenere adeguatamente informati tutti i colleghi circa gli sviluppi della situazione.

III^a Conferenza dei Servizi Sanitari dell'ASL 16

di Claudio Benedicti e Celsa Muratore

Sabato 04/12 al Santuario di Vicoforte di Mondovì si è svolta la III Conferenza Pubblica dell'A.S.L. 16 sui Servizi Sanitari, incontro che aveva lo scopo d'informare cittadini ed operatori del settore su quanto era stato svolto del precedente programma dell'A.S.L. e di quali fossero gli impegni futuri, che lo stesso ente, intendeva portare a compimento. Per dovere di cronaca è necessario rimarcare la scarsità del pubblico e in specie la quasi totale assenza dei cittadini a cui l'incontro era rivolto.

Forse perché non sufficientemente informati da chi di dovere?!!

Introduceva la conferenza il direttore dell'A.S.L.16 Dr. Cavagliani che incentrava il suo intervento sul nuovo nosocomio di Mondovì in via di realizzazione e che a suo dire avrebbe ridotto la fuga dell'utenza verso le altre A.S.L.; questo anche grazie al potenziamento dell'attività intramuraria del personale Medico Ospedaliero.

A tale proposito, in un successivo intervento, il Dr. Cavagliani ribadiva la necessità di "un patto con i cittadini", per cui all'assunzione d'impegno da parte dell'A.S.L. di svolgere al meglio l'attività di fornitore di salute doveva corrispondere da parte dell'utenza la fedeltà alle sue strutture.

Ci è parso di rilevare che in questo patto, oltre ai cittadini, anche i Medici di Famiglia, fossero considerati controparte e non dei collaboratori operanti sul territorio da coinvolgere sia nella fase decisionale che in quella attuativa del

patto stesso.

Seguiva poi l'interessante intervento del Direttore Sanitario Dr.ssa Bosco che tracciava un bilancio storico ed attuale sull'assistenza ospedaliera e su quella territoriale, sulle misure possibili di cambiamento per arrivare ad una riduzione del tasso di ospedalizzazione e al potenziamento delle attività sul territorio migliorando l'offerta strutturale dell'A.D.I. e l'assistenza ambulatoriale.

La dottoressa affermava poi che l'istituto dell'A.D.I. attuale, a suo avviso, non era in grado di cambiare quantitativamente il tasso di ospedalizzazione vista la non enorme quantità di casi finora trattati, ma che per questi casi il servizio offerto era stato comunque qualitativamente alto.

Si è però dimenticata di dire che l'A.D.I. non è di fatto mai andato a pieno regime per la cronica mancanza di fondi e non è quindi possibile stilare bilanci veritieri sulla sua incapacità di riduzione dei tassi di ospedalizzazione. Prendevano successivamente la parola funzionari A.S.L., medici e personaggi politici vari.

Tra i vari interventi vorremmo sottolineare quelli dell'Assessore Casoni, del Sindaco di Dogliani Chiappella e del Medico di Famiglia e Segretario Provinciale F.i.m.m.g. Dr. Ferrua:

tutti avevano in comune, sia pure nella loro diversità, la messa in risalto della cronica dimenticanza del territorio da parte dell'A.S.L., che spaccia strutture e personale

ospedaliero quali operatori del territorio e non si adoperava invece a fornire mezzi e personale per la gestione diretta della sanità territoriale da parte della Medicina di Base che dovrebbe essere il suo vero centro, anche secondo quanto espresso dai recenti decreti delegati.

Emblematico, a questo riguardo, l'esordio del Dr. Ferrua. Dopo i complimenti per aver portato in dirittura d'arrivo le azioni necessarie per la realizzazione del nuovo ospedale di Mondovì, il Segretario della FIMMG ricordava quanto sottolineato dallo stesso Ministro Bindi in occasione della cerimonia di presentazione del progetto esecutivo della struttura. Infatti un nuovo ospedale, per ben strutturato che possa essere, diventa "una cattedrale nel deserto" se non esiste un territorio forte, messo in grado di gestire l'assistenza per quanto di sua competenza.

Solo riportando l'assistenza di primo livello sul territorio attraverso la gestione del Distretto, come previsto dalla Legge di riforma del SSN, si potranno fugare i dubbi e le preoccupazioni formalizzate dai Sindaci delle zone periferiche della ASL: no ai ricoveri non appropriati, ma in cambio che cosa offre l'amministrazione sanitaria?

A contrattare si impara

di Gianpaolo Bono

Più di una volta, in veste di rappresentante sindacale o di membro di una qualche commissione o di un qualche comitato, ho dovuto partecipare ad una contrattazione, momento *clou* di tutta una trattativa, magari durata mesi, quasi dovessi scegliere la cornice per un quadro d'autore. E, lo confesso, mi sono sentito estremamente impreparato ed insicuro.

Ho pensato, quindi, dopo aver partecipato alla Scuola Formazione Quadri di Montecatini, di mettere giù alcune idee che possano tornare utili ai colleghi sindacalmente impegnati.

E' fuor di dubbio che spesso siamo chiamati a partecipare a trattative su iniziativa e su richiesta della parte pubblica, dove gli obiettivi non sono ben chiari in origine, ma sono rappresentati da ipotesi, aspettative, da una visione soggettiva del problema, a volte condizionati da una conoscenza unilaterale della questione e dal livello di autostima da parte del funzionario di parte pubblica.

Diventa quindi indispensabile per la categoria medica poter contare su una rappresentanza sindacale autorevole e non ostile in modo preconcepito, che prepari in modo corretto e meticoloso la trattativa passando attraverso la conoscenza del problema, i livelli base dai quali partire e quali potranno essere i risultati che andranno colti con soddisfazione solo quando si avrà la certezza che questi rappresentino il massimo raggiungibile.

6 Vorrei però soffermarmi su tre momenti fondamentali e cioè: la leadership del rappresentante

sindacale, la conoscenza della controparte e dei suoi limiti, la contrattazione locale.

E' fondamentale che il rappresentante sindacale, o la delegazione, abbia implicito il consenso della propria base, in quanto pienamente legittimato a portare a casa un risultato che sarà comunque considerato da tutti il massimo possibile raggiungibile in quel momento o in quell'occasione.

Infatti, le possibili code polemiche indeboliscono dall'interno il sindacato stesso, per non dire la categoria medica, soprattutto se sfociano in un tentativo di "adeguamento personale" che sul piano dell'immagine delegittimano agli occhi della controparte la rappresentatività del delegato o della delegazione.

D'altra parte, contrariamente al principio di visibilità o di rappresentatività, è fondamentale che la delegazione sia rigorosamente limitata nel numero per essere facilmente controllabile sul piano dell'unitarietà degli intenti e degli obiettivi.

Inoltre è altrettanto essenziale che il contenuto della trattativa debba rimanere il più possibile "riservato" per sfruttare "l'intelligenza politica" del negoziatore consentendogli di trasformare un'intransigenza della base in una immagine decisionale, potendo, egli, dare l'impressione di avere un piano alternativo o di riserva nella trattativa, a seconda che la controparte dimostri di avere più spazio per le concessioni normative piuttosto che per quelle a contenuto economico (o viceversa).

Aspetto assai delicato di tutta la vicenda contrattuale è la preventiva e, per quanto possibile, la più esatta possibile valutazione dei limiti della controparte.

I contatti informali con i funzionari di parte pubblica per i più disparati motivi (conoscenza personale, militanza politica, incontri occasionali, etc...) da parte dei singoli medici dovrebbero sistematicamente giungere al delegato sindacale per portarlo a conoscere, almeno in parte, in anticipo le posizioni e lo spazio di manovra della controparte che a volte è condizionata dai fattori più disparati dei quali, spesso, il fiduciario sindacale non ne è a conoscenza.

Verrebbe così facilitato quel raggiungimento di una "quantificazione" economica o di un "compromesso" normativo che potrebbe consentire ad ambedue le parti di uscire a testa alta dalla trattativa: sia a chi ha dato (capacità di resistere alla pressione delle richieste), sia a chi ha richiesto (moderazione delle pretese in presenza di contenuti o di impegni della controparte): con buona pace di chi invoca fuori luogo l'applicazione deontologica del tariffario, confondendo un accordo contrattuale con la tariffa minima!

Infine e non ultimo il momento della contrattazione locale, che consente di motivare la categoria medica con indennità di risultato tanto più flessibili quanto più vicini alla realtà locale. Ed a questo proposito, mi sia consentito esprimere un'idea personale.

Considerando che gli ambiti regionali sono storicamente situati su standards omogenei in quanto rappresentano un momento di aggregazione sociale abbastanza uniforme, diventa fondamentale ed essenziale che la trattativa locale sia regionale, in quanto, per definizione, la programmazione sanitaria più tipica è quella regionale e che i risultati della trattativa stessa siano inseriti negli obiettivi dei Direttori di Asl.

L'Adi, le campagne vaccinali, lo screening di alcune malattie (gozzo, tumori, ...), l'utilizzo di sistemi informatici o forme di educazione sanitaria ed alimentare, etc....., devono essere ancorati ad obiettivi e a livelli assistenziali regionali, in quanto, se lasciati a contrattazioni locali, potrebbero innescare processi pericolosi anche contro la nostra categoria.

E laddove Asl confinanti non forniscono prestazioni uniformi in forza di contratti integrativi solamente territoriali la stessa capacità di valutazione di funzionari e direttori, più o meno illuminati o

lungimiranti, verrebbe falsata da comportamenti locali difficilmente confrontabili e ponderabili.

Non va dimenticato che le Asl sono enti regionali e che scelte locali potrebbero avere un impatto ed un interesse assai diverso, motivando in modo assai dissimile sia le aziende che gli operatori stessi e quindi determinando discordanti modalità di erogazione di prestazioni con risultati divergenti rispetto agli orientamenti generali regionali e rispetto agli obiettivi programmatici, prevaricando un contesto di omogeneità di riferimento regionale.

La nuova convenzione ci porterà delle innovazioni di fondo nella gestione della medicina territoriale:

Come organizzare l'attività economica all'interno del rigenerato distretto dei servizi sanitari?

Come organizzare concretamente la medicina del territorio con i finanziamenti da parte del Fondo aggiuntivo distrettuale del-

l'assistenza territoriale (FADAT)?

Come pensare alla formazione del M.G. in ambito ASL?

Al *peer review* tra medici di famiglia?

Alle prestazioni aggiuntive dei medici di famiglia (compresi epidemiologia e calcolo della spesa)?

Ai servizi di supporto strutturali, strumentali e di personale al M.G.?

Ai progetti obiettivo regionali ed aziendali?

Ai progetti di rispetto dei livelli di spesa programmati?

Alla informatizzazione degli studi?

Allo sviluppo delle forme associative?

A *Consensus conference* distrettuali?

Allo sviluppo di attività integrate ospedale-territorio??

Da che cosa vogliamo incominciare??

E soprattutto da che parte vogliamo stare??

Fimmg e Snami insieme alle trattative per la nuova Convenzione

Colpo di scena alla trattativa per il rinnovo della convenzione di medicina generale: la Fimmg e lo Snami, finora su due tavoli diversi, tornano insieme.

I rispettivi leader Mario Falconi e Roberto Anzalone hanno infatti siglato un documento comune nel quale «pur esprimendo giudizi sostanzialmente differenti sull'impianto complessivo del decreto 229/99 di riordino del Ssn, riconoscono che la riforma-ter tende a rilanciare il distretto».

Questa formula salva la posizione dello Snami, che ritiene la riforma Bindi troppo penalizzante per gli ospedalieri, e quella della Fimmg, che invece apprezza la pari dignità tra distretto e ospedale affermata dal decreto legislativo.

In sintesi, le due sigle sindacali maggioritarie della medicina generale chiedono di essere convocate insieme per la ripresa del confronto.

Ministero della Sanità e regioni stringono per firmare l'accordo a breve, mentre dall'altra parte l'ennesima divisione tra i medici avrebbe potuto, a lungo andare, ripercuotersi negativamente sull'immagine della categoria.

Uso appropriato dei farmaci

Il nostro collega Franco Magnone, essendogli stata richiesta la trascrizione di un farmaco, prescritto da uno specialista ospedaliero, la cui scheda tecnica ministeriale non prevede l'indicazione per la patologia di cui era affetto il paziente del caso, ha inviato al Presidente del nostro Ordine dei Medici e, per conoscenza, al Fiduciario FIMMG dell'ASL 15 di Cuneo, al Segretario Provinciale FIMMG, al Direttore Sanitario dell'ASL 15 ed al Direttore Sanitario dell'Ospedale Santa Croce e Carle la richiesta di chiarimenti che riportiamo nella colonna di sinistra in quanto la conoscenza del fatto può essere utile ed istruttiva per tutti. Nella colonna di destra è pubblicata la risposta fornita dall'Ordine dei Medici:

Cuneo, 9 novembre 1999

Caro Presidente,

ti disturbo per un articolo apparso sul numero 24 del 13 settembre 1999 della rivista "M.D.", che credo arrivi a casa di molti medici. Ti allego comunque fotocopia, che giungerà anche agli altri destinatari di questa mia.

Non ti scrivo per parlarti del caso personale (che, per coincidenza, riguarda proprio il tamoxifene!), poiché non sono mosso da sentimenti di rivalsa né di conflittualità: credo ci sia un problema generale di scarsa informazione sull'argomento. Quando infatti ho fatto presente al collega ospedaliero i miei dubbi sulla prescrizione del farmaco, mi sono sentito obiettare, con profondo e, credo, sincero stupore, che altri medici di base non avevano posto alcune difficoltà, dato che la letteratura ha evidenze su quella specifica indicazione!

Non metto certo in dubbio quanto affermato dal collega (mi sono anche documentato, non conoscendo l'argomento), ma resta il fatto che quanto afferma il dr. Marin circa il D.M. del 27-4-1992 circa la sperimentazione è corretto: non esiste più, infatti, la possibilità di prescrizione "ad uso compassionevole" sotto la diretta responsabilità del medico.

Ti sarei grato se, magari con il parere di qualche medico legale, si potesse fare un po' di chiarezza sull'argomento, eventualmente anche sulle pagine del Notiziario dell'Ordine.

Cordiali saluti

Dott. Franco Magnone

Cuneo, 1.12.1999

Caro Magnone,

in merito al tuo quesito posto in data 9.11.1999, il Consiglio Direttivo in data 11.11.99, ha all'unanimità ritenuto che non è possibile la trascrizione su ricettario regionale, da parte del Medico di Medicina Generale, di farmaci prescritti da Specialista per indicazioni cliniche non riconosciute in scheda tecnica da parte del Ministero della Sanità.

Nello stesso tempo la prescrizione su ricettario personale avviene sotto la diretta ed esclusiva responsabilità del medico prescrittore, essendo prescrizione di farmaci per indicazioni cliniche ancora riconosciute da considerarsi sperimentazione soggetta a precise disposizioni di Legge. Non è giustificata pertanto la richiesta da parte dello Specialista di trascrizione da parte di altro Medico. Assumendosene la piena responsabilità lo Specialista può effettuare la prescrizione su proprio ricettario personale o su ricettario di Azienda apponendo propria firma e timbro dopo aver ovviamente osservato le disposizioni di Legge.

Cordiali saluti.

*Il Presidente dell'Ordine
(Dott. Renato Palanca)*

8 Il collega Magnone, nel comunicarci il fatto e lo scambio di comunicazioni con l'Ordine, così commenta: "A mio parere, dove si dice: "...dopo aver ovviamente osservato le disposizioni di legge" si deve intendere "... dopo aver acquisito il consenso informato del paziente".

Cancro colo-rettale: proposte operative dall'ASL 16

di Guido Govone

E' noto che le neoplasie del colon retto (CCR) sono in assoluto le più frequenti affezioni neoplastiche dell'apparato digerente e sono, sia tra i maschi che le femmine, il secondo tumore per incidenza e la seconda causa di morte per tumore. Vi sono chiare evidenze che la riduzione della mortalità per CCR può essere ottenuta attraverso l'identificazione e il trattamento in stadio precoce delle neoplasie.

Partendo da queste premesse, nella ASL 16 si è costituito un gruppo di lavoro composto da medici ospedalieri dell'ambulatorio di coloproctologia, di gastroenterologia, di oncologia e da rappresentanti dei medici di medicina generale indicati dal Comitato ex art.11 D.P.R. 484/96, con l'obiettivo di formulare proposte operative condivise per ridurre incidenza e mortalità per CCR.

Innanzitutto si è preso in considerazione l'avvio di un programma di screening della popolazione tra i 50 e i 70 anni attraverso la ricerca del sangue occulto nelle feci e successiva colonscopia nei soggetti positivi, ma tenendo conto che le

più recenti ed autorevoli indicazioni della letteratura ne evidenziano ancora le molteplici zone d'ombra e non concordano sulla sua utilità pratica, nonché considerando le notevoli difficoltà applicative che tale campagna di prevenzione comporta, non si è per il momento ritenuto opportuno procedere su questa strada.

Ci si è quindi concentrati su interventi fattibili di diagnosi tempestiva sui soggetti che presentano sintomi di allarme per CCR e/o polipi adenomatosi, che devono essere adeguatamente informati e sensibilizzati attraverso i mezzi di informazione (articoli su giornali locali, pieghevoli reperibili nelle sale d'attesa degli studi medici), in modo che si rivolgano tempestivamente al proprio medico curante, per avviare gli opportuni accertamenti clinici. Per tali pazienti si è definito un preciso iter diagnostico di base (visita ed esplorazione rettale, rettosigmoidoscopia/colonscopia) e l'attivazione di corsie preferenziali per l'attuazione di esami e visite preoperatorie.

Per quanto riguarda i sog-

getti a rischio elevato per CCR (familiarità positiva per CCR e/o adenomi, lunga storia di estesa colite ulcerosa o malattia di Crohn, sindromi genetiche quali poliposi adenomatosa familiare, poliposi ereditarie, storia familiare di CCR ereditario), si è proposto una screening comune per una diagnosi precoce, nonché una particolare informazione e sensibilizzazione dei medici di medicina generale attraverso incontri con gli specialisti ospedalieri, invio di materiale didattico e trasmissione scritta a tutti i MMG delle linee comuni concordate.

Nei pazienti già operati si è proposto uno schema di follow up comune a tutti gli operatori, sia ospedalieri che del territorio, che può essere applicato non solo dalla struttura ospedaliera, ma anche dal curante che se ne faccia carico, con l'impegno di un reciproco scambio di informazioni, agevolato anche dall'adozione di un "diario" affidato al paziente e contenete tutti i dati clinici salienti del percorso del follow up.

RIFIUTI SPECIALI

Circolare del Ministero dell'Ambiente

Ai Presidenti delle Regioni, ai Presidenti delle Province, al Comandante del Nucleo Operativo Ecologico dei Carabinieri, ai Presidenti della A.R.P.A.

e, p.c. Alla F.I.M.M.G. – Federazione Italiana Medici di Famiglia

OGGETTO: Soggetti tenuti agli adempimenti di cui agli articoli 11, comma 3, e 12, comma 1, del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22 – Medici.

Sono pervenuti a questa amministrazione numerosi quesiti con i quali si chiede di chiarire se i medici siano obbligati a tenere i registri di carico e scarico dei rifiuti prodotti e a effettuare la relativa comunicazione annuale al Catasto, ai sensi degli articoli 11 e 12 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22.

Al riguardo si osserva quanto segue. I medici vengono in considerazione come "produttori iniziali" di rifiuti, cioè come soggetti che nell'esercizio della loro attività producono rifiuti. Per quanto riguarda i rifiuti non pericolosi gli articoli 11 e 12 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22, limitano l'obbligo della tenuta dei registri di carico e scarico solo a carico dei produttori di rifiuti da lavorazioni industriali e artigianali, esclusi perciò i rifiuti non pericolosi provenienti da attività sanitaria.

I medesimi articoli stabiliscono, invece, l'obbligo della tenuta dei registri di carico e scarico e della comunicazione annuale al Catasto a carico di tutti "gli enti e imprese che producono rifiuti pericolosi". L'obbligo riguarda, perciò, tutti i rifiuti pericolosi che sono prodotti da attività imputabili ad "Enti", cioè a complessi organizzati di persone e cose dotati di autonoma soggettività rispetto alle persone che ne fanno parte, o da attività svolte in forma d'impresa, cioè da attività economiche esercitate professionalmente e organizzate al fine della produzione o dello scambio di beni e servizi (art. 2082 cc).

A ben vedere, quindi, per stabilire se il medico sia tenuto all'obbligo di registrare e ad effettuare la comunicazione al Catasto dei rifiuti perico-

losi prodotti occorre verificare in concreto se l'attività di assistenza sanitaria sia svolta da Enti o nell'esercizio di attività d'impresa.

Più articolata, invece, è la situazione nel caso di prestazione sanitaria effettuata da un professionista, da più professionisti associati, da un poliambulatorio ecc.

L'esercizio della professione intellettuale, quale quella del medico, di per sé non costituisce mai impresa, per quanto dal punto di vista pratico ed economico dia luogo alla prestazione di servizi. L'articolo 2238, comma 2, del codice civile, infatti, esclude l'applicazione all'esercente una professione intellettuale delle disposizioni relative all'imprenditore. E questa esclusione opera anche se il professionista si avvalga dell'opera di sostituti o ausiliari, e quindi la sua attività sia organizzata. In altri termini in tali casi l'organizzazione non ha una portata apprezzabile nell'esercizio dell'attività perché si risolve in un'opera puramente personale del soggetto.

La situazione, peraltro, è diversa quando l'esercizio della professione intellettuale costituisca elemento di una più ampia attività organizzata (2238, comma 1, del cc), come nel caso, ad esempio, del medico che gestisca una casa di cura o un poliambulatorio, il quale è imprenditore. A norma dell'articolo 2238, comma 1, l'esercizio di una professione intellettuale può costituire elemento di un'attività organizzata in forma d'impresa, e quindi, in considerazione della destinazione del fattore personale e patrimoniale alla realizzazione di un profitto, essere conseguentemente soggetto alla di-

sciplina dell'impresa e dell'attività professionale.

In conclusione, l'obbligo della tenuta dei registri e della comunicazione al Catasto riguarda i rifiuti sanitari pericolosi prodotti:

- a) da Enti (complessi organizzati di persone e cose aventi autonoma soggettività di diritto) che erogano prestazioni sanitarie;
- b) da attività sanitarie erogate da professionisti nell'ambito di un'organizzazione d'impresa (a mero titolo esemplificativo, non esaustivo, cliniche, poliambulatori, ecc.).

Sono, invece, esclusi dal predetto obbligo i rifiuti sanitari pericolosi prodotti nell'esercizio di professione intellettuale non inquadrata in un'organizzazione d'impresa (singoli professionisti, medici generici, medici di famiglia, anche se si avvalgono della collaborazione di ausiliari).

Si ritiene opportuno sottolineare che detti rifiuti dovranno, in ogni caso, essere gestiti in modo separato dagli altri rifiuti e, anche qualora siano assimilabili ai rifiuti urbani ai fini dello smaltimento, non possono essere conferiti al servizio di raccolta dei rifiuti urbani ma raccolti e avviati allo smaltimento tramite ditte autorizzate o tramite apposito servizio organizzato dal soggetto che gestisce il servizio pubblico, ai sensi dell'articolo 10 e dell'articolo 45 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22.

Il corretto smaltimento di tali rifiuti dovrà essere dimostrato tramite la conservazione dell'apposita copia del formulario di trasporto.

Roma 14/12/99

EDO RONCHI