



Notiziario della sezione provinciale di Cuneo



*Buone feste
e
Felice 1999
a tutti!!*

n.5
23 dicembre 1998

In questo numero:

| | |
|---|--------|
| Note di fine d'anno | pag. 2 |
| Assessò, accà nisciuno è fesso | “ 4 |
| Sta per partire lo screening ginecologico | “ 5 |
| Dal Consiglio Nazionale della FIMMG | “ 6 |
| Dal Comitato Consultivo dell'Asl 15 | “ 8 |
| Aria pesante a Milano | “ 10 |
| Albo degli Odontoiatri | “ 11 |
| Legge delega: non è tutto oro, e luccica anche poco | “ 11 |
| Ma cos'è 'sto distretto | “ 12 |
| Terminata la sperimentazione della terapia Di Bella | “ 14 |
| Anoressizzanti di nuovo prescrittibili | “ 15 |
| Per l'Eurisko siamo “li meo fichi del bigoncio” | “ 16 |
| La nuova tessera sanitaria | “ 16 |

Autorizzazione Tribunale di Cuneo
n. 442 del 2/8/90

**REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE,
DIREZIONE**
Cuneo - piazza Europa 14

DIRETTORE RESPONSABILE
Piero Sabena

COMITATO di REDAZIONE
Il Consiglio Direttivo Provinciale

IMPAGINAZIONE
Biagio Monasterolo

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

Stampato in proprio

Note di fine d'anno

Massimo Ferrua - Segret. Prov.le

Nell'ultimo Consiglio Nazionale del 28 novembre, la cui mozione finale viene pubblicata nelle pagine seguenti, sono stati portati all'attenzione dei Segretari Provinciali molti spunti di discussione.

Il Segretario nazionale ha illustrato una articolata lettera di richiesta di chiarimenti, inviata al Ministro della Sanità, per quanto riguarda alcune recenti problematiche che sostanzialmente derivano dalla concertazione che spesso manca fra gli addetti ai lavori e la parte politica.

L'interpretazione letterale del Decreto sulle esenzioni dal ticket per alcuni accertamenti in gravidanza evidenzia questo fatto: a parte alcune annotazioni di carattere puramente scientifico, delle quali in un prossimo futuro avremo modo di parlarne più compiutamente, quanto scritto nel primo comma dell'articolo 1 risulta essere in contrasto con il comma seguente.

Molti di noi si sono accorti di questa incongruenza e come Sindacato ci siamo preoccupati delle implicazioni operative immediate e dei possibili risvolti sanzionatori assunti dal solito funzionario di ASL "efficiente".

Mentre siamo tutti d'accordo che la lingua italiana presenta una certa elasticità nelle sue regole grammaticali e di sintassi, ci sembra estremamente pericoloso produrre testi legislativi che offrono la possibilità di interpretazioni diametralmente opposte fra di loro.

Comunque il Ministro ha risposto con lettera (protocollo 100/120.99/11160) che:

Art.2 comma 2: " Sono prescritte, di norma, dallo specialista, ma la limitazione non è tassativa, le prestazioni specialistiche necessarie ed appropriate per le condizioni patologiche che comportano un rischio materno e fetale;

Art.2 comma 3: devono essere prescritte dallo specialista le prestazioni necessarie ed appropriate per la diagnosi prenatale (nelle specifiche condizioni di rischio fetale indicate nell'allegato C);

Allegato A: devono essere prescritte dallo specialista solo le prestazioni indicate al punto 4 dell'allegato, in caso di abortività ripetuta o nei casi di pregresse patologie della gravidanza con morte

perinatale;

Allegato B : devono essere prescritte dallo specialista la sola cardiocografia e l'ecografia ostetrica a partire dalla 41^a settimana di gravidanza".

Questa è pertanto l'interpretazione ufficiale.

Fatte salve le precedenti valutazioni, questa risposta ci può provvisoriamente soddisfare; non accettiamo invece la spiegazione che il Ministro ha fornito per quanto riguarda la norma contenuta nel d.d.l. collegato alla legge finanziaria che prevede l'apposizione sul retro della ricetta dal parte del MG del timbro e della firma accanto all'indicazione della nota di riferimento.

Qui si è dato davvero libero sfogo alla fantasia più sfrenata di qualche solerte funzionario che ha la necessità di dimostrare pubblicamente la propria esistenza.

L'obiettivo dichiarato sarebbe quello di impedire " fraudolenti falsificazioni della ricetta da parte di terzi"; tutto questo " nell'interesse del Servizio sanitario nazionale, ma anche dello stesso medico prescrittore".

Ogni commento diventa superfluo. Il Consiglio Nazionale della FIMMG ha dato ampio mandato al Dott. Falconi per arrivare alla correzione della norma che viene considerata ininfluente ai fini del controllo della spesa farmaceutica, di nessuna valenza professionale, priva di significato giuridico positivo e foriera di un aggravio burocratico il cui risultato è solo quello di screditare ulteriormente il SSN diminuendone l'accessibilità da parte dei cittadini.

Un ulteriore problema è quello della qualità della spesa farmaceutica ospedaliera: " Il controllo e la razionalizzazione della spesa farmaceutica non può essere considerata solo un problema risolvibile con provvedimenti la cui valenza e cogenza sia limitata all'uso del farmaco sul territorio" dice Falconi nella lettera al Ministro.

Questa considerazione deriva dal fatto che, mentre può essere giustificato da una impostazione politica decisa a livello governativo l'uso di farmaci di sicura efficacia in ospedale ma non prescrivibili a carico del SSN a domicilio, rimane diffi-

cile capire le motivazioni che hanno spinto il legislatore a consentire l'uso gratuito durante il ricovero di farmaci collocati in fascia C proprio perché di non documentata e sicura efficacia.

La sperequazione della metodica è evidente e ne sottopone la valutazione all'italico concetto dei due pesi e due misure.

Ci piacerebbe molto che qualcuno illustrasse ai nostri pazienti ciò che noi non siamo ancora riusciti a capire in questi anni.

Personalmente mi trovo in difficoltà quando devo avvertire un ammalato che il farmaco che deve continuare ad assumere dopo le dimissioni dall'ospedale non è gratuito perché la CUF, sulla base dei più aggiornati e accreditati indirizzi scientifici internazionali, non ne ha previsto la rimborsabilità in quanto probabilmente inutile.

Cosa rispondere alla domanda sul perché questa terapia è stata iniziata in ospedale se non sicura nei suoi effetti sul decorso della malattia?

Che questa è una impostazione di politica sanitaria per la razionalizzazione della spesa oppure che rappresenta un messaggio, neanche poi tanto velato, per un maggiore uso delle strutture di secondo livello, paradiso esente da ticket?

Per adesso il Ministro ha risposto a queste domande segnalando l'istituzione in seno al Ministero della sanità dell'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali con il compito di "racogliere, elaborare dati di consumo, di modalità di impiego e di spesa" concernenti non soltanto i farmaci erogati agli assistiti, ma anche quelli "direttamente impiegati dal Servizio sanitario.

Consentitemi una considerazione sarcastica: se son rose fioriranno !

Intanto non si riesce a capire le ragioni che hanno spinto il Ministero ad evitare di equiparare eticamente la potestà terapeutica dei medici impegnati nell'assistenza pubblica impegnando per legge il medico ospedaliero all'obbligo di rispettare le indicazioni del prontuario terapeutico nazionale e delle note CUF

quantomeno al momento delle dimissioni del paziente nelle indicazioni delle terapie da continuare a domicilio.

Io penso che sia oramai arrivato il momento che ognuno si assuma le proprie responsabilità di fronte ai pazienti, agli operatori e alle ditte farmaceutiche: se pulizia va fatta che questo avvenga in modo trasparente evitando pericolose confusioni che altro non fanno se non diminuire la credibilità del servizio pubblico con il risultato di favorire iniziative demagogiche e dietrologiche di alcuni che vorrebbero i provvedimenti della CUF abrogati in quanto anticostituzionali.

Da segnalare, infine, la cronica mancanza di concertazione fra Sindacato e Ministero evidenziata dai provvedimenti sull'esenzione per le malattie croniche invalidanti che il Governo si appresta a varare: in questa occasione, come riferito nello scorso bollettino, l'intervento della FIMMG "nonostante non fosse stata coinvolta direttamente e ne fosse venuta casualmente a conoscenza, ha consentito di evitare gravissimi disagi ai cittadini, che sarebbero stati altrimenti costretti ad estenuanti peregrinazioni per esercitare il diritto, loro riconosciuto, laddove era più che sufficiente l'intervento del proprio medico di famiglia."

Tutta questa situazione ha comportato l'autosospensione del Prof. Olivetti nostro rappresentante in seno alla CUF.

Sempre nello stesso Consiglio nazionale si sono valutate le necessità emergenti per la trattativa per il rinnovo della convenzione: gli incontri sono iniziati con la formazione dei tavoli tecnici e proseguiranno in parallelo con la formulazione dei decreti delegati.

Questa metodica è estremamente importante perché non vogliamo correre il rischio di ritrovare annullato quanto previsto dagli accordi convenzionali da una legge non concertata con il Sindacato. Pur fondamentalmente ottimista, il Segretario nazionale ha avvertito che comunque è necessario tener alto il livello di attenzione di tutti gli iscritti per eventuali azioni correttive in corso d'opera.

E' stata illustrata più compiutamente la proposta, già preannunciata nella relazione al Congresso di Perugia, che riguarda la creazione dell'équipe territoriale.

Questa deriva dall'analisi dei punti di debolezza della medicina del territorio

e rappresenta una evoluzione di quanto alcuni anni orsono la nostra sezione provinciale aveva elaborato insieme a quella di Torino per ovviare alla ventilata scomparsa del servizio di guardia medica, ipotizzato dalla riforma De Lorenzo: pur se ciò poi non è avvenuto è tuttavia necessario una profonda revisione dell'organizzazione generale al fine di raggiungere una coerente continuità assistenziale sul territorio.

Questa è condizione indispensabile per il corretto funzionamento del Distretto e dell'assistenza erogata.

A questo proposito è importante ricordare che fin quando non verrà resa operativa la strutturazione del distretto che deve tener conto del coinvolgimento attivo sino ai livelli decisionali di tutte le varie professionalità ed in particolar modo dei medici di famiglia, dell'integrazione fra esso e l'ospedale e che non vengano destinate le risorse per il raggiungimento dei livelli minimi uniformi di assistenza, l'operatività dello stesso rimane sulla carta.

Nel prossimo bollettino dedicheremo ampio spazio a questa problematica.

Il Dott. Falconi ha poi ricordato con veemenza il problema della disoccupazione medica che assume connotati sempre più demagogici in coincidenza dei rinnovi contrattuali.

La medicina generale dovrebbe sempre diventare la valvola di sfogo dei giovani disoccupati.

La FIMMG non è insensibile a questo drammatico problema, anzi diverse sono state negli anni le proposte operative formulate in tal senso: ma la pazienza ha un limite!

Come già detto a Perugia, fin quando l'università, con la complicità governativa e di alcuni altri che hanno intravisto la possibilità di mercanteggiare spazi all'interno di essa, continuerà a "sforare" laureati il cui numero non è legato alle reali necessità del SSN, il problema non è risolvibile e la medicina generale non può farsi carico di errori altrui.

La retorica vorrebbe che a questo punto delineassi una sintetica analisi dell'anno che sta per concludersi e delle prospettive future: quello che è stato fatto e quello che non è stato portato avanti è sotto gli occhi di tutti.

Forse è molto più produttivo che ciascuno si renda partecipe alla vita del Sindacato provinciale evidenziando quello che reputa più importante per il

raggiungimento degli obiettivi che la FIMMG attraverso di noi si pone.

Il bollettino viene pubblicato anche per questo e deve essere "usato" e non solo letto.

Auguri di buon anno nuovo davvero a tutti anche a chi non accetta la possibilità che alcune proprie convinzioni personali possano non essere percorribili e che intravede nella critica un affronto alla propria persona.

Auguri perché insieme si possa ricondurre la discussione ad una dialettica costruttiva che derivi dal confronto sereno e disponibile alla eventuale autocritica e revisione ragionata delle proprie idee.

Auguri a chi con sacrificio si è impegnato in questo anno passato e che spesso ha vissuto con me le delusioni e le inevitabili difficoltà.

Auguri anche a me stesso perché riesca finalmente ad esplicitare meglio ed in modo compiuto quali sono gli obiettivi che la Medicina di famiglia vuole raggiungere per consentire un confronto prima su questi e solo in seguito sugli strumenti per raggiungerli: molti problemi penso che siano derivati da questo non trascurabile aspetto.

Sul prossimo bollettino una relazione esaustiva dell'iniziativa "Metis".

ULTIMA NOTA

Mentre andiamo in macchina (così si compiacevano di scrivere i vecchi redattori, forse perché andavano molto a piedi o in bici) ci informo che la legge delega è stata approvata e che l'indicazione della nota CUF che autorizza la prescrizione a carico del SSN dei farmaci non va più fatta sul retro della ricetta ma sul fronte della stessa.

Sarà cambiata la posizione, ma a me fa lo stesso pensare tanto ad una presa per ...i fondelli!

(blitz)

Assessò, accà nisciuno è fesso!

La FIMMG Cuneo respinge le affermazioni dell'assessore D'Ambrosio

Nella pagina di Torino del quotidiano "Repubblica" di venerdì 18 u.s. è comparso un articolo di grande evidenza dal titolo "Il lungo week-end dei medici" in cui l'assessore regionale alla sanità dr. D'Ambrosio accusa i Medici di famiglia di essere latitanti dalle 10 del venerdì alle 13 (sic!) del lunedì e di essere pertanto responsabili, con la loro assenza, di un aumento dei ricoveri del 20% (sic! - sic!)

Evidentemente l'assessore, dimentico di quante volte gli abbiamo tolto le castagne dal fuoco, applica ai Medici di famiglia l'orario di lavoro degli assessorati regionali e dei ministeri e pertanto, in relazione a tali dichiarazioni, il Consiglio Direttivo della sezione provinciale di Cuneo della FIMMG, riunitosi il 17.12.1998, reputa gravemente lesive della dignità professionale dei Medici di famiglia le dichiarazioni dell'Assessore alla sanità della Regione Piemonte e dirama alle agenzie un comunicato stampa

"Quanto riportato nell'articolo di Repubblica - sintetizza il nostro Segretario Provinciale Massimo Ferrua - ci lascia alquanto perplessi e nello stesso tempo ferisce l'orgoglio e l'impegno che da sempre come medici della persona abbiamo profuso con entusiasmo nel nostro lavoro, spesso al di là dei compiti contrattuali. Da sempre abbiamo cercato di superare da soli, con la buona volontà, le carenze organizzative che il Servizio Sanitario Regionale tuttora dimostra, nonostante le dichiarazioni di intenti di coloro i quali dovrebbero garantire l'applicazio-

ne della normativa. Colpire nel mucchio sicuramente è facile e fa notizia, ma non migliora la qualità delle prestazioni: i medici, e sono tanti, che hanno lavorato e che continuano a farlo con sacrificio per raggiungere questo obiettivo nell'interesse dei cittadini, rigettano tale impostazione che risulta essere inutilmente demagogica"

La FIMMG di Cuneo condivide e si associa pertanto a quanto affermato dal Dott. Milillo nel comunicato stampa della Sezione di Torino del Sindacato che così recita:

"I medici di famiglia non accettano di essere considerati capri espiatori di responsabilità altrui e scaricare le proprie responsabilità o i propri limiti operativi è ormai un'abitudine tanto comoda quanto diffusa. Abbiamo sempre creduto che l'assessore D'Ambrosio ne fosse immune. Oggi dobbiamo nostro malgrado ricrederci. Secondo la FIMMG le accuse lanciate dall'Assessore che denuncerebbe l'irreperibilità sistematica dei medici di famiglia dal venerdì al lunedì risultano inaccettabili a causa della loro non casuale genericità e della loro assoluta infondatezza. L'aumento della spesa e dei ricoveri ospedalieri non può essere attribuita a comportamenti scorretti dei professionisti, siano essi del territorio che dell'ospedale, ma alla responsabilità della Regione che in questi anni non ha saputo dare al Servizio sanitario regionale una struttura organizzativa coerente e funzionale.

La maggior parte dei medici di

famiglia è quotidianamente impegnata nell'assistere i propri pazienti garantendo una disponibilità ben superiore a quella prevista dalle norme. Comportamenti scorretti di singoli professionisti non devono essere oggetto di accuse generalizzate a tutta la categoria ma di contestazione individuale precisa e documentata.

Come previsto dalle norme, la FIMMG non ha mai difeso i colleghi per i quali è stata dimostrata un'intenzionale inosservanza delle norme contrattuali e deontologiche.

Gli Accordi Regionali proposti dalla FIMMG e firmati dall'Assessore contengono strumenti importanti per migliorare la qualità dell'assistenza ed evitare lo spreco delle risorse. Nonostante le insistenze dei medici non sono state create le condizioni operative per applicarli. Di ciò l'Assessore è stato più volte informato ma non ha saputo o voluto o potuto intervenire.

La FIMMG ha sempre offerto la propria disponibilità a collaborare per il miglioramento del Servizio sanitario regionale, ma l'Assessore ha preferito lanciarsi in sterili polemiche piuttosto che affrontare la sostanza dei problemi.

Dove sono le vere responsabilità?

Screening ginecologici regionali (3)

di Marina Dabbene

Finalmente si parte, o almeno così speriamo!!!

La Provincia di Cuneo, o meglio il nostro DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE (ASL 15-16-17-18) è pronto a partire, nonostante i problemi organizzativi ancora presenti.

Inizieranno i distretti di Borgo San Dalmazzo, di Cuneo e di Savigliano con lo screening citologico della cervice uterina.

A tale proposito sono state inviate le liste delle pazienti ai medici generali di tali distretti per la "pulizia" per eliminare da tali elenchi le donne che hanno subito un'isterectomia, quelle che già sono portatrici di una neoplasia uterina e pertanto già seguite da un centro oncologico, le pazienti in stadio terminale per altra patologia, le donne con gravi disturbi psichiatrici che per il momento è meglio rimandino o non facciano addirittura l'esame. Le liste sono state inviate per posta ai medici interessati e devono essere rinviate per posta o fax all'UVOS di Cuneo, centro di coordinamento del progetto.

Per lo screening mammografico l'unico distretto pronto ad iniziare è quello di Savigliano, mentre quello di Cuneo dovrebbe iniziare entro breve tempo.

Anche per questi distretti saranno inviate le liste delle donne di età compresa tra i 50 ed i 69 anni per la "pulizia" da parte dei medici generali. I criteri sono gli stessi: donne già mastectomizzate o portatrici di neoplasia mammaria e quindi già seguite da un centro oncologico, le pazienti in stadio terminale per altra patologia, le donne con gravi disturbi psichiatrici che per il momento rimandino o non facciano addirittura l'esame. Inoltre, ove possibile, indicare la data della mammografia se già fatta entro l'anno in corso.

I colleghi delle altre ASL e degli altri distretti non disperino!!!

Purtroppo i lavori di adeguamento dei locali per effettuare gli screening hanno richiesto tempo, denaro, delibere, accordi, ecc., perciò si è dovuto ritardare l'inizio del Progetto di alcuni mesi. Non disperiamo: entro l'anno 1999 si dovrebbe lavorare a pieno regime.

I dubbi non riguardano la nostra provincia, quanto piuttosto il resto della Regione che per alcuni versanti è ancora in alto mare.

Nei primi mesi dell'anno verranno inviati degli spot televisivi nelle varie reti locali e su RAI 3. Molte testate di settimanali conterranno del materiale informativo rivolto alla popolazione che verrà anche distribuito nei nostri studi medici, nelle farmacie ecc. e sarà uguale per tutta la Regione Piemonte

Consiglio Nazionale FIMMG

Distretto e territorio, plethora medica, accreditamento ed aggiornamento

Il Consiglio Nazionale della F.I.M.M.G., riunito nella sede nazionale in data 28 novembre 1998 a Roma,

SENTITA

la relazione del Segretario Generale Mario Falconi, integrata dalle puntualizzazioni programmatiche di Bruno Palmas

la approva, prendendo atto della prossima apertura delle trattative per la nuova Convenzione

e dando pieno riconoscimento al lavoro della Segreteria Nazionale, che ha promosso un largo coinvolgimento di tutto il sindacato nello studio preliminare e nella programmazione della piattaforma contrattuale

Il Consiglio, in piena sintonia con il suo Segretario generale, ritenendo:

1) che la conclusione delle trattative per il rinnovo convenzionale non possa prescindere dalla definizione della Legge delega per il riordino dell'assi-

stenza sanitaria, attraverso una partecipazione diretta della FIMMG.

2) che, nella prospettiva di una completa definizione degli elementi contenuti nella Legge delega per la riforma dell'assistenza sanitaria, appare quale elemento fondamentale ed irrinunciabile, l'istituzione effettiva ed operativa del Distretto socio sanitario, come efficace strumento organizzativo territoriale della ASL.

3) che la situazione della plethora medica e dei livelli di disoccupazione e di sottoccupazione dei giovani colleghi siano giunte ad un livello di gravità ormai insostenibile, tali da richiedere un pronto e massiccio impegno delle categorie mediche ed un centrale e puntuale coordinamento politico svolto in tal senso dalla F.N.O.O.M.CeO.

4) che la FIMMG debba proseguire nel proprio impegno nell'organizzazione e nel controllo di un settore di assoluta priorità e

di vitale importanza quali la formazione specifica e quella permanente per la Medicina Generale, partecipando attivamente e fattivamente alla definizione per le procedure dell'accreditamento professionale.

5) che il lavoro svolto dal rappresentante della F.I.M.M.G., prof. Michele Olivetti, abbia contribuito, in modo determinante, a ricondurre tali norme alle maggiori agilità e razionalità possibili anche a vantaggio del lavoro del medico di famiglia.

6) che, nonostante tale riconosciuto impegno, permangono nel contesto delle normazioni farmaceutiche, elementi contraddittori distorti, introdotti successivamente in sedi ministeriali o provvedimenti legislativi "in itinere", tali da indurre il nostro rappresentante, di concerto con la Segreteria nazionale, ad autosospendersi dal lavoro della C.U.F.stessa.

7) che la strategia contrat-

tuale della Fimmg , nel pieno rispetto della storica autonomia professionale del medico di famiglia, privilegi le forme associative e di integrazione, quali strategici modelli organizzativi per un'offerta professionale sul territorio, sempre più avanzata in termini qualitativi e quantitativi.

Impegna la Segreteria nazionale a:

1) richiedere con forza la partecipazione a pieno titolo al lavoro di elaborazione e definizione dei Decreti Delegati relativi alla Legge-Delega per la riforma dell'assistenza sanitaria, indicando come prioritaria ed irrinunciabile, l'adozione di una completa politica istituzionale ed operativa del distretto socio-sanitario e del relativo finanziamento.

2) invitare la FNOM.CeO., vista l'estrema urgenza del problema, a coordinare l'azione di tutte le categorie mediche ed in modo particolare la componente universitaria, al fine di elaborare pronte strategie da proporre al Governo perchè questo adotti azio-

ni immediate che affrontino adeguatamente il problema della plethora medica.

3) studiare e programmare ogni possibile strumento volto a promuovere, sviluppare e mantenere un adeguato livello di preparazione ed aggiornamento del medico di famiglia e del tirocinante in Medicina Generale ed a garantire, per la categoria, un adeguato livello di accreditamento.

4) sostenere in sede contrattuale le possibili incentivazioni per le forme associative e, in particolare, la politica dell'"equipe assistenziale" sul territorio.

Il Consiglio Nazionale, inoltre:

1) Ringrazia sentitamente Michele Olivetti per il prezioso lavoro in seno alla C.U.F. e gli esprime piena solidarietà, rispetto alle azioni intraprese.

2) Formula un sentito ringraziamento ed apprezzamento a Michele Arpaia per l'ottimo lavoro organizzativo e realizzativo svolto a favore della Scuola Quadri

Nazionale.

3) Prende atto dell'impegno della Segreteria Nazionale di approfondire con tutti i quadri dirigenti, la linea e gli aspetti della piattaforma contrattuale e, nello stesso tempo, impegna la Segreteria Nazionale a consultare gli organi statutari per promuovere ogni azione sindacale utile ad una positiva soluzione delle trattative stesse.

Il Consiglio Nazionale, infine, udita la relazione del presidente della società Metis, Stefano Ausili, la approva, impegnandosi a nominare, in ogni Regione, un rappresentante F.I.M.M.G.di collegamento con Metis stessa.

Presentato da

Ausili, Milillo, Palmas, Costa, Santi.

Comitato consultivo (?) in un'ASL

Amare considerazioni, peraltro manifestate nella seduta del 15.12.1998

di Gianpaolo Bono

Quando, in qualità di componente eletto dai Colleghi dell'ASL 15 di Cuneo, ho ricevuto l'O.d.g. del Comitato Consultivo del 15.12 c.m. ed ho letto i punti riguardanti la **modalità verifica a campione prestazioni aggiuntive**, la **mobilità farmaceutica attiva** e i **requisiti minimi per studi medici** ho provato un senso di fastidio, per non dire di malessere.

Sono andato a rivedere gli O.d.g. ed i verbali dei precedenti C.C., riscontrando un elenco interminabile di argomenti-accusa nei confronti dei M.M.G. (compiti del M.M.G., uso del cellulare, sostituzioni, chiarezza nelle ricette, campagna antinfluenzale, paletti per evitare sfondamento del budget ADI-ADP, cartella nelle case di riposo, mobilità attiva per esami e visite, depliant informativo sui compiti e doveri del M.M.G., etc....).

Nello stesso tempo mi sono ricordato che nella riunione avuta con i Rappresentanti dell'A.O. S. Croce, allorquando un collega di dell'A.O. ha affermato che **"...purtroppo esistono 2 aziende, il S. Croce, e l'ASL 15 con l'appendice dei medici di base..."**, e che **".....i M.M.G. hanno il telefono intestato alla moglie e quindi difficilmente raggiungibili....."** non uno, dico uno, dei funzionari Asl presenti ha confutato tale affermazione, soprattutto quei funzionari che ti dicono, non so bene con quale falsa complicità o con quale altrettanto falsa solidarietà, che anche loro hanno fatto il medico della mutua (dimostrando peraltro di non aver capito assolutamente niente di cosa significasse fare il medico della mutua 10 - 20 anni fa, di quale sia l'impegno del

M.M.G. oggi e, soprattutto di quali saranno i compiti del M.M.G. domani, nel 1999).

Ed allora ho deciso che era ora di fare un bilancio di quanto è stato fatto, o meglio, di quanto non si è voluto fare in quest'anno.

Avevo accettato con entusiasmo il fatto di essere stato eletto membro del C.C., perché pensavo di essere entrato a far parte di una struttura manageriale-organizzativa, in grado di applicare una sequenza logica ai processi decisionali, una struttura che finalmente passasse dalla semplice idea di cosa fare (**qualsiasi attività pur di far vedere che ci si è mossi**) all'idea ben più costruttiva di cosa conseguire (**finalmente un risultato !!**), acquisendo di volta in volta una forma mentale ed operativa che ci facesse fare un balzo in avanti nell'assistenza sanitaria dei cittadini.

E mi confortava anche il fatto che il mio principale interlocutore, il Direttore, proveniva da una delle più importanti aziende nazionali private e che quindi si sarebbe mosso magistralmente nell'ottica di soddisfare il cliente-assistito contemporaneamente ai medici-fornitori e agli obiettivi aziendali, almeno per la parte che ci riguarda e cioè la Medicina di Base.

Invece mi sono ritrovato con un Direttore che bene o male corrisponde al contenuto di ruolo dei vecchi presidenti USL, con gli stessi luoghi comuni sui M.M.G. (scansafatiche, spendaccioni, gratificati da laute prebende, quando invece è universalmente riconosciuta la sofferenza economica della categoria) e con dei Funzionari per i quali la soddisfazione del cliente-assistito rappresenta il massimo

dell'obiettivo raggiungibile, e che molto spesso dimenticano, o forse non sanno, che il più delle volte l'insoddisfazione del cliente è tutt'altro che indice di bassa qualità, anzi. E via, via la dicotomia di come la Parte Pubblica ed io intendessimo le finalità del C.C. si è fatta più profonda: mi eravo illusi che la razionalità decisionale potesse svilupparsi armonicamente in tutte le sue tre componenti: quella tecnica, mirata a raggiungere l'efficacia degli interventi, quella economica, mirata a conseguire l'efficienza degli interventi stessi, ed la terza, quella politica, per ottenere il consenso dei clienti.

Con rammarico mi sono accorto che sono in C.C. esclusivamente per avvallare la ricerca direi quasi frenetica, da parte dell'Azienda, del consenso del cittadino il quale oltretutto non è neppure correttamente informato.

A fronte di altre realtà regionali e nazionali che stanno cercando vie nuove di coinvolgimento dei M.M.G. nella gestione della sanità, (da progetti di linee guida condivise, presidi avanzati sul territorio, poliambulatori di medicina generale, etc...., fino a nominare direttore di distretto un M.M.G.), questa ASL ha volutamente ed elegantemente tenuto fuori i M.M.G. da qualsiasi progetto (dall'informatizzazione farmaceutica a quella dei poliambulatori, dalle scelte di medicina preventiva, alla teleprenotazione a qualsiasi altro progetto, mi si permetta la parola, di marketing aziendale), convalidando l'affermazione di cui sopra che i M.M.G. sono un'appendice: alla luce dei fatti potremmo

dire un'appendicite e quindi da estirpare il più in fretta possibile !!!! Per altro sono stato convinto a **contribuire ad avvallare studi**, dove non solo non è stato possibile chiarire che cosa si facesse, come e perché, ma che stanno alzando la spesa farmaceutica, relativa allo studio stesso, in modo quasi esponenziale (dati degli ultimi 3 mesi), sempre nell'ottica del consenso populistico, ma meno che mai nell'ottica dell'organizzazione e della finalizzazione delle risorse insieme ai M.M.G.

A pensarci bene **non si è mai voluto affrontare il problema della Verifica di Qualità.**

Certamente **campionare le prestazioni aggiuntive** rappresenta un obbligo di legge a cui l'Asl è tenuta: verifichiamo il collega spendaccione (per non dire il disonesto) che presenta una distinta chilometrica e quello scansafatiche che non ne presenta affatto!!! Certamente troveremo una casistica infinita ma, mi si consenta il realismo, senza alcun risultato.

Forse sarebbe più interessante e più proficuo un controllo che, oltre a verificare eventuali abusi, verificasse la qualità di come vengono fatte queste prestazioni, di come vengono arruolati gli utenti, etc...., verifica che porterebbe a fotografare il servizio sia dal lato tecnico che da quello funzionale, oltre l'efficacia e l'efficienza del servizio stesso.

L'ASL 15 Cuneo è l'unica, ripeto l'unica, in Italia ad aver preteso che i M.M.G. facciano controfirmare dal paziente l'avvenuta prestazione, deliberazione assunta in qualche lontano C.C. in quanto, forse, i rappresentati medici di allora non avevano chiare nozioni sindacali per rigettare sul nascere tale impostazione, per altro non prevista dalla Convenzione.

Invito i colleghi ad associarsi nel **denunciare immediatamente**

tale accordo come non più valido e ad impegnarsi che, stante l'attuale posizione di diffidenza della dirigenza Asl, ci rifiuteremo di continuare a subire l'umiliante imposizione di far controfirmare al paziente le nostre prestazioni.

Sono stanco di venire in C.C. per sentirci direttamente ed indirettamente accusati di **fatti inesistenti o quanto meno pretestuosi.**

Sono stanco di venire in C.C. per **prendere atto di decisioni assunte altrove**, senza preventivo esame e discussione, quasi la direzione Asl sia la depositaria per eccellenza del razionale sanitario, mentre il negativo sanitario sia prerogativa dei M.M.G.

Come, con battuta poco felice, asseriva un funzionario Asl 15 che "gli sarebbe piaciuto poter licenziare alcuni M.M.G.", così anche a noi M.M.G. qualche volta piacerebbe poter fare altrettanto nei confronti di alcuni funzionari.

Sono stanco di venire in C.C. per **ritrovare sistematicamente nelle varie ed eventuali dell'O.d.g. problemi corposi ed importanti** che vengono liquidati in poche battute alle 6 di sera, durante la smobilitazione generale.

Sono stanco e un po' irritato di venire in C.C. dove vengono **assunti accordi verbali che poi sistematicamente vengono disattesi.** Mi riferisco in particolare al problema delle **revoche d'ufficio** (art. 28 della Convenzione) e del relativo recupero delle quote di pazienti trasferiti o deceduti. Nell'ultimo C.C., visti gli innumerevoli errori contenuti nei tabulati presentati, ci si era verbalmente accordati di rivedere il tutto e di riproporre l'argomento al prossimo C.C. Con decisione unilaterale l'Asl ha iniziato il recupero quote a tambur battente senza minimamente sentire la parte medica su come procedere in tal senso. E mi pare che fosse percor-

ribile una giusta via senza scontrarsi per l'ennesima volta con i M.M.G. Sono stanco di venire in C.C. per contribuire alla diffusione di quella **malattia nazionale che va sotto il nome di comitatite**, intendendo la creazione di sottocomitati e gruppi di lavoro che non si sa quando si riuniscano, cosa facciano e che soprattutto non portano a nulla.

Sono stanco di venire in C.C. quando soltanto noi, liberi professionisti, dobbiamo ritagliarci il tempo tra studio, visite a domicilio, sostituto, paracomitatini e quant'altro, per dover ogni qualvolta **rivendicare e pretendere una corretta informazione, una corretta applicazione degli accordi nazionali e regionali**, dovute dalle vigenti normative.

Ed infine siamo stanchi di sentirci riproporre **il problema dei requisiti minimi per gli studi medici**, quando per legge l'autorizzazione all'apertura dello studio del M.M.G. deve corrispondere soltanto ai requisiti previsti dai regolamenti d'igiene. E, detto per inciso, ci piacerebbe conoscere quali e quanti ambulatori Asl siano in possesso di tali requisiti (vedi ad esempio l'Ambru che per la vaccinazione antinfluenzale da parte dei M.M.G. era condizione sine qua non e per gli ambulatori Asl?).

Forse si vuole **confondere lo studio medico con un ambulatorio medico?** Pertanto rigettiamo sul nascere l'iniziativa e ci opporremo a questa fin tanto che avremo fiato.

L'altra è che si voglia far avallare sottobanco una qualche sperimentazione di **"accreditamento"** degli studi Medici: in primis, per ottenere un consenso populistico da parte del cliente-assistito, quindi per mettere i M.M.G. l'uno contro l'altro ed infine per farci belli in qualche al-

tra sede o consesso, coinvolgendo i M.M.G. in un qualcosa che non è assolutamente obbligo di legge e senza prevedere per essi un qualsiasi sistema incentivante di qualsiasi natura e forma, fermo restando il principio che dai M.M.G. tutto è dovuto.

Per parlare di requisiti minimi bisognerebbe avere ben chiaro che questo “accreditamento” dello studio dovrebbe prima passare attraverso “l’accreditamento delle strutture” (barriere architettoniche, numero stanze, poltroncine, etc.....), quindi attraverso “l’accreditamento dei professionisti” (formazione, partecipazione a stesura di linee guida condivise, controlli reciproci tra pari non per puri fatti ispettivi ma per elevare gli standards di qualità, carattere esclusivamente volontario dell’operazione, etc.....), quindi attraverso “l’accreditamento dell’organizzazione” (associazionismo, obiettivi dell’associazione stessa, corsi di formazione finalizzati allo scopo, discussione su casi clinici, etc.....). Certo è molto più facile buttare giù un elenco di apparecchiature e di farmaci, senza neppure porci la domanda sull’uso e sulla professionalità dell’uso stesso.

Una domanda: **a che punto è l’accreditamento delle strutture Asl ??**

Concludendo: stanti questi gli obiettivi ed i modi aziendali di porre in essere i dettati dell’art. 11, commi 7, 8, 9, 10 della Convenzione, con profondo rammarico, d’ora in poi la mia presenza sarà limitata ad un semplice **controllo da un punto di vista strettamente sindacale e legale degli atti** e cercherò di limitare il più possibile il numero e la durata dei miei interventi affinché i tempi interminabili del C.C. si riducano al minimo, per poter ritornare quanto prima agli impegni della mia professione.

Aria pesante a Milano *(in partibus infidelium)*

Non è certamente facile difendere gli interessi di una professione quando i suoi stessi componenti, anzi i suoi dirigenti, “remano contro” per motivi che non riusciamo a comprendere.

Questo è infatti il testo delle dichiarazioni recentemente rilasciate dal Presidente dell’Ordine dei medici di Milano al Corriere della Sera: “...che cosa si può dire di una professione che 30 anni fa assicurava al medico di medicina generale un milione al mese (ci si compravano due cinquecento) e ora gli dà un reddito che arriva a 6 - 7 milioni lordi nel migliore dei casi? E i giovani medici che restano fuori da ogni possibilità di lavoro? Ci vuole una riforma. Bisogna rendere libera la convenzione e pagare il medico a prestazione. E vinca chi cura meglio e di più”.

E’ stata pertanto durissima la risposta del segretario della FIMMG regionale lombarda Fiorenzo Corti:

“Gravissime ed inaccettabili ci paiono le proposte del Presidente dell’Ordine dei Medici di Milano. Da anni lottiamo per dare corpo professionale a quella che fino a poco tempo fa era considerata “medicina generica, medicina della mutua”. Essere medici di famiglia oggi significa avere una competenza specifica, aver frequentato il corso di formazione, e ci sembrava ormai assodato che questa figura fosse accettata soprattutto da quelle istituzioni che dovrebbero tutelare l’immagine ma anche la sostanza e la qualità di questa nostra professione. Ci auguriamo che affermazioni riportate non siano l’inizio di una campagna falsamente liberalizzatrice che veda il Sindacato Snami alla testa di un movimento protestatario di giovani disoccupati illusi di potersi creare uno spazio professionale utilizzando il ricettario del servizio pubblico. Altrettanto inaccettabile, e pericoloso (per la qualità della professione e per la qualità delle cure) è che si continui a considerare la medicina generale, la medicina di famiglia, una valvola di sfogo per la disoccupazione medica. Già ci hanno provato i politici, ministri e demagoghi di ogni specie, mancava proprio l’Ordine dei medici, l’ORDINE DEI MEDICI DI MILANO.

La difesa del RAPPORTO OTTIMALE, che fa parte del nostro patrimonio genetico, non rappresenta una gretta chiusura nel nostro particolare economico, non siamo animati da biechi interessi di bottega. Il rapporto ottimale è un elemento di ordine, di stabilità e di programmazione, una preconditione senza la quale è impossibile solo parlare, in un paese che si dice europeo, di un medico di cure autorevole, motivato, flessibilmente integrato (da libero professionista) in un Servizio Sanitario ad accesso universale.

Abbiamo sempre difeso la libera professione, intendiamo difendere anche il nostro ruolo di medici di famiglia a convenzionati con il servizio sanitario nazionale, alleati dei cittadini per una sanità migliore.

NON CI SEMBRA CHE L’ORDINE DEI MEDICI DI MILANO, NELLA FIGURA DEL SUO PIU’
10 AUTOREVOLE RAPPRESENTANTE, STIA PERCORRENDO QUESTA STRADA.

Iscrizione all'Albo degli Odontoiatri

E' stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale N.260 del 6 novembre 1998 il decreto legislativo del 13/10/1998, N.386 sull'iscrizione all'albo degli odontoiatri emanato in attuazione dell'art.4 della legge 24 aprile 1998 n. 128.

Il decreto dispone che i laureati in medicina e chirurgia immatricolati al relativo corso di laurea negli anni accademici 1980-1981, 1981-1982, 1982-1983, 1983-1984 e 1984-1985, in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, possano iscriversi all'albo degli odontoiatri previo superamento di una prova attitudinale, ripetibile una volta.

I suddetti, beneficiari della legge 31 ottobre 1988, n.471, che abbiano fatto domanda di partecipazione alla prova mantengono l'iscrizione all'albo degli odontoiatri.

Dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo e' abrogata la Legge del 31/10/98 n.471. Inoltre sulla stessa G.U. vengono spiegate le caratteristiche di tale prova attitudinale.

"Rosy, adelante con juicio!"

Principi condivisibili, ma anche punti oscuri

Roma, 11 novembre 1998

"E' una legge che certamente contiene principi condivisibili, ma nella quale ci sono troppi punti oscuri." E' così che Mario Falconi, segretario nazionale della Fimmg, il sindacato dei medici di famiglia, commenta la definitiva approvazione - ieri alla camera dei deputati - della legge che delega al Governo la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale.

"Sicuramente il provvedimento ha in sé alcuni elementi positivi, tra i quali, soprattutto, la riaffermazione dell'universalità del sistema di tutela della salute e la certezza sui tempi della riforma - precisa il leader dei medici di famiglia - tuttavia, altrettanto certamente, è pericolosamente ambiguo su molte questioni di fondo per le quali invece sarebbe stata indispensabile maggiore chiarezza. Perciò mi auguro che i decreti che il ministro dovrà emanare in attuazione della delega diano la possibilità di sciogliere le ambiguità in senso positivo - conclude Falconi - e che a questo scopo il ministro stesso, come peraltro ha già più volte dichiarato, voglia concretamente avvalersi del contributo delle categorie interessate, a cominciare dai medici di famiglia della Fimmg, coinvolgendoli nella definizione dei provvedimenti attuativi"



Per gli iscritti alla FIMMG, al presente numero è allegato un inserto contenente:

- la nuova nota CUF 79 relativa alla prescrivibilità dell'alendronato
- la questione del ricorso contro l'IRAP
- la normativa sulla detenzione del farmaci scaduti

Il distretto, questo sconosciuto

Riflessioni del Segretario della FIMMG di Torino

di Giacomo Milillo

Con l'ingresso in Europa, va attenuandosi il bisogno urgente di contenere la spesa pubblica, che nel recente passato aveva determinato una gestione ragionieristica di quella sanitaria. Resta però la sfida fondamentale, comune a tutti i sistemi sanitari dei Paesi sviluppati cercare di conservare, anzi migliorare, gli attuali livelli di tutela della salute, utilizzando al meglio le risorse disponibili, inevitabilmente limitate.

L'Italia aveva un SSN che dava tutto a tutti limitandosi a pagare a piè di lista i costi di una sempre crescente domanda di assistenza. Al medico di famiglia chiedeva, fra l'altro, di stringere sempre più le maglie del suo filtro per contrastare l'aumento della pressione a tergo. Tale ruolo è stato però vanificato da un'offerta non governata ed aggressiva degli erogatori di prestazioni ((industria e ospedale), tanto da determinare una sua progressiva emarginazione e colpevolizzazione.

Il 502 non ha certo saputo correggere questo inconveniente (mi riferisco all'eccesso di offerta) del vecchio SSN italiano, anzi lo ha forse peggiorato. Da un lato ha creduto di poter frenare la domanda responsabilizzando a "tetti di spesa" Regioni, Direttori Generali e Medici di Famiglia (obiettivo a tutt'oggi fallito per tutti e tre i soggetti), dall'altra, introducendo il sistema tariffario, ha cercato di rendere più efficienti gli ospedali, riuscendo però solo a

stimolare la loro capacità di offerta su un piano quantitativo piuttosto che qualitativo.

L'aumento dell'insoddisfazione dei cittadini credo che sia in gran parte da attribuire alla discrepanza fra ciò che continua ad essere promesso (offerto) e l'esiguità delle risorse disponibili per poter mantenere le promesse con prestazioni a livelli di qualità soddisfacenti. Il patrimonio edilizio, organizzativo e tecnologico medio degli ospedali italiani credo che sia oggi assolutamente inadeguato ai livelli di professionalità che devono servire.

Io credo che per vincere la sfida debbano realizzarsi due condizioni:

- la prima è quella di riuscire a trovare il modo di governare sia la domanda che l'offerta, attraverso un sistema sufficientemente dinamico da potersi adattare continuamente all'evoluzione delle esigenze.
- la seconda è quella di potenziare la quantità e la qualità delle cure primarie (nel cui ambito le prestazioni sono erogabili a costi minori), per poter ricorrere ai più costosi livelli secondari e terziari di assistenza (ospedali e centri super-specializzati) solo nei casi in cui ciò è strettamente necessario. (Fra l'altro, allentare la pressione quantitativa sugli ospedali consentirebbe una loro riqualificazione organizzativa, tecnologia e professionale gratificante sia per i professionisti che per i cittadini e sicuramente assicurerebbe loro una quantità

notevolmente maggiore di risorse per singola prestazione erogata).

Uno dei punti deboli dell'attuale assetto del SSN, che la nostra Regione non è ancora riuscita a correggere, è l'insufficiente strutturazione del Distretto. Spero che il nuovo riordino in cantiere sappia eliminare questa carenza.

Personalmente non credo che sia utile l'introduzione di regole del mercato in sanità, ma ancora meno credo a modelli incoerenti come quello che stiamo subendo. Le aziende sanitarie, dotate di Presidi ospedalieri, si ritrovano ad essere acquirenti e fornitori di se stessi, fino al punto che il controllo della mobilità, risulta oggi la migliore cura per i bilanci aziendali, anche quando costringe ad autoacquistare prodotti di bassa qualità a costi elevatissimi. Se si vogliono introdurre regole di mercato bisogna avere il coraggio di farlo fino in fondo, attribuendo al Distretto la funzione di acquirente ed all'ospedale quella di erogatore, così come il SSN inglese aveva fatto epoca pre-Blair. (Cosa che peraltro in Italia non potrebbe comunque funzionare bene perché nel nostro SSN il cittadino è libero di scegliere luogo e di cura, al contrario di quanto accade per esempio nel Regno Unito in cui è tenuto a rivolgersi allo specialista o all'ospedale scelto dal medico di famiglia). L'assenza all'interno del l'Azienda Sanitaria Territoriale di un Distretto Autonomo (almeno come lo è un presidio ospedaliero), di

fatto costringe i Direttori Generali ad occuparsi prevalentemente di migliorare la produttività dell'ospedale (che ha un maggior peso nel loro bilancio), rinviando gli investimenti sul territorio ad un tempo successivo che non potrà mai arrivare.

Spero invece che il prossimo riordino del SSN (almeno sperare mi sia consentito) risolva questo problema definendo già a livello nazionale la struttura, i compiti ed il sistema di finanziamento del Distretto. Questa è l'unica strada per riuscire a governare contemporaneamente l'offerta e la domanda.

Spero in un distretto depositario della responsabilità diretta e complessiva della gestione delle risorse economiche e professionali che vi operano.

Spero in un'Azienda sanitaria che in sede di programmazione generale ripartisca il suo finanziamento individuando un budget per ogni Distretto e per ogni Presidio ospedaliero in essa compreso, lasciando nel distretto la quota di finanziamento strettamente necessaria alle prestazioni tariffarie per consentire la mobilità e la libertà di scelta del cittadino. Auspico un superamento perfezionamento del sistema tariffario per DRG, tale che essi costituiscano solo una parte del finanziamento all'ospedale, che va ad integrare un'altra quota stabilita sulla base delle attività programmate e dei livelli di qualità della struttura.

In tale situazione potrebbe essere superata la visione mercantile della contrapposizione fra acquirente e fornitore - che ripeto a mio avviso male si adatta alle esigenze dell'assistenza sanitaria - per lasciare spazio a processi di concertazione che definiscano

per ciascuna struttura ed operatore i rispettivi ruoli e le prestazioni che devono garantire, in modo da assicurare, almeno i problemi assistenziali più frequenti ed importanti, le prestazioni più appropriate, nel momento opportuno, al costo più basso e senza sprechi.

Il Distretto deve essere la sede in cui gli stessi operatori (sia del territorio che dell'ospedale) devono avere occasioni di confronto con chi localmente rappresenta i Cittadini (Provincia, Comuni, Sindacati, Associazioni). Insieme questi soggetti devono programmare e valutare.

I professionisti della sanità non sono componenti di una catena di montaggio, ma soggetti deputati a risolvere problemi, ed una certa autonomia decisionale anche nell'impiego delle risorse, è parte irrinunciabile del loro operare. Per questo motivo non devono essere trascurate e considerate perdite di tempo e di energie le occasioni di un loro coinvolgimento, diretto o mediato, nei momenti in cui sono definiti gli obiettivi ed i percorsi per raggiungerli.

Nell'ambito dell'Organizzazione del Distretto uno specifico ufficio dovrebbe occuparsi della gestione dell'attività dei medici di famiglia, dei pediatri e dell'ADI. Questo ufficio dovrebbe prevedere la partecipazione professionale istituzionalizzata e retribuita di uno o più rappresentanti dei medici di famiglia.

Il Distretto deve sostenere l'attività dei medici di famiglia; da un lato deve motivarli alla piena collaborazione e promuovere la loro azione coordinata su obiettivi e procedure individuate in base a dichiarati e condivisi criteri di priorità, dall'altro deve, insieme a

loro, "contrattare" e concordare con le altre strutture (presidi ospedalieri o Aziende ospedaliere di riferimento), non già il costo delle prestazioni in una stretta logica di mercato, ma la più conveniente divisione dei compiti per garantire la migliore utilizzazione delle risorse, risultato cui devono essere incentivati tutti gli operatori coinvolti, siano essi del territorio che dell'ospedale.

Per realizzare ciò è importante che tutti i medici, ma in particolare quelli di famiglia, comprendano la necessità di evolvere gradualmente da un modello d'esercizio professionale prevalentemente individuale, ad un altro in cui sia sempre maggiore la parte d'attività mirata e coordinata, tale da garantire, pur nel rispetto delle esigenze individuali dell'assistito, un comportamento più uniforme rispetto a definiti problemi assistenziali.

In tale ottica, il ruolo del medico di famiglia non può essere limitato a quello di filtro dell'accesso alle prestazioni (Gate keeper) del SSN, ma deve prevedere il suo coinvolgimento nella programmazione di un'offerta appropriata ai reali bisogni della popolazione.

In conclusione, il ruolo del medico di famiglia nel nostro Distretto non deve essere limitato a quello di rubinetto regolatore della domanda di assistenza, ma allargato a quello di professionista che, in posizione strategica, collabora ad un'azione complessiva mirata da un lato a educare e governare la domanda, dall'altro a rilevare i bisogni dai quali deve essere condizionata la definizione dell'offerta. Il Distretto deve essere dunque l'officina in cui questi processi sono promossi e governati.

Concluso lo studio sperimentale sul multitrattamento Di Bella

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 276 del 25 novembre 1998 il Ministro della sanità ha emesso il seguente comunicato relativo alla conclusione degli studi sperimentali sul multitrattamento Di Bella (MDB):

In data 13 novembre c.a. l'Istituto superiore di sanità ha presentato delle ulteriori cinque sperimentazioni cliniche del multitrattamento Di Bella (MDB) disciplinate dall'art.1 del decreto legge 17 febbraio 1998, n.23, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1998, n.94.

I Protocolli sperimentali riguardano:

Pazienti affetti da malattie linfoproliferative (linfomi non-Hodgkin ad istologia aggressiva e leucemia linfoide cronica) (protocollo n.1);

Pazienti affette da carcinoma mammario metastatico non suscettibili di trattamento ormonoterapico e/o chemioterapico - PS ECOG = 0-2 (Protocollo n.3);

Pazienti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule metastatico (Protocollo n.5);

Pazienti affetti da carcinoma del pancreas esocrino (Protocollo n.7);

Pazienti affetti da recidiva di glioblastoma dopo chirurgia e radioterapia (Protocollo n.9);

I risultati della sperimentazione sono stati sottoposti all'esame della Commissione oncologica nazionale, la quale, anche relativamente alle patologie riconducibili ai cinque menzionati protocolli, ha convenuto che i dati conclusivi della sperimentazione evidenziano l'assenza di risposte favorevoli circa la verifica dell'attività antitumorale del multitrattamento Di Bella e che non sussistono le condizioni per proseguire la sperimentazione MDB e per procedere a studi di fase III.

Sui risultati della sperimentazione si è pronunciata, altresì, la Commissione unica del farmaco, la quale, per quanto di sua competenza, ha ribadito che non sono soddisfatte le condizioni per l'inserimento dei farmaci costituenti il multitrattamento Di Bella nell'elenco previsto dall'art.1, comma 4, del decreto legge 21 Ottobre 1996, n.536, convertito dalla legge 23 dicembre 1996, n.648.

Anche il Comitato etico nazionale ha esaminato i risultati dei predetti cinque protocolli, osservando che il numero delle risposte obiettive, anche parziali (una nel protocollo 1, una nel protocollo 3 e una nel protocollo 7), è risultato inferiore al numero minimo previsto per poter giudicare positivo l'esito della sperimentazione e che, anche qualora tutti i pazienti attualmente stabili rispondessero al trattamento con altrettante risposte obiettive, nessuno dei cinque studi potrebbe ugualmente ritenersi concluso positivamente, in quanto non potrebbero essere raggiunti in nessun caso i numeri minimi di risposte obiettive previsti dai protocolli.

Alla luce delle valutazioni espresse, l'intera sperimentazione MDB deve dichiararsi conclusa e, pertanto, deve cessare ogni forma di arruolamento di nuovi pazienti, ivi compresa quella disciplinata dall'art.1, comma 1, del decreto legge 16 giugno 1998, n.186, convertito dalla legge 30 luglio 1998, n.257.

Sia la Commissione oncologica nazionale, sia il Comitato etico nazionale hanno raccomandato che ai pazienti stabili venga garantita la prosecuzione del trattamento sino ad eventuale progressione.

Tale orientamento è del tutto coerente con quanto previsto dai protocolli relativi ai due studi osservazionali attivati ai sensi del decreto legge 17 febbraio 1998, n.23, come già rilevato nel comunicato ministeriale pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.181 del 5 agosto 1998.

Conseguentemente, la prosecuzione del trattamento dovrà essere assicurata anche ai soggetti che hanno avuto accesso allo studio osservazionale in base alle specifiche previsioni contenute nel decreto legge n.186 del 1998.

Per disciplinare le modalità dell'ulteriore trattamento dei malati stabili, fino a progressione di malattia - e, ovviamente, dei malati che hanno ottenuto risposta obiettiva, seppure parziale è stata emanata apposita ordinanza ministeriale pubblicata nelle presente Gazzetta Ufficiale.

Si fa presente, infine, che con la conclusione della totalità delle sperimentazioni relative al multitrattamento Di Bella viene a cessare la disciplina speciale contenuta nell'art.4 del decreto legge n.23 del 1998, che ha consentito, in deroga alla normativa vigente, la vendita al pubblico di medicinali a base di Octreotide e di Somatostatina ad un prezzo concordato fra il Ministero della Sanità e le aziende farmaceutiche.

Lotta alla fame (...in Italia)

Sono nuovamente prescrittibili alcuni anoressizzanti

La Gazzetta Ufficiale n. 281 del 1 dicembre 1998 ha pubblicato il decreto 30 ottobre 1998 che autorizza nuovamente e così regola le prescrizioni di alcuni farmaci anoressizzanti ad azione centrale:

PUNTO. 1

La dispensazione da parte dei farmacisti di **preparazioni magistrali** contenenti le sostanze **FENDIMETRAZINA** e **AMFEPRAMONE** (Dietilpropione), da sole o in associazione, è disciplinata dalle disposizioni previste per le specialità medicinali ai punti 2, 3, comma 2, e 4 seguenti e per un quantitativo comunque NON superiore a quello necessario per **TRENTA GIORNI DI TERAPIA**.

PUNTO. 2

1. La dispensazione al pubblico delle specialità medicinali e allestimento di preparazioni magistrali a base delle sostanze di cui al punto 1, è soggetta, oltre che alla presentazione di ricetta NON RIPETIBILE, anche alla presentazione contestuale di un **PIANO GENERALE DI TRATTAMENTO** del paziente.

2. Il piano generale di trattamento dovrà recare le seguenti informazioni:

- a) Nome e Cognome del Paziente;
- b) Data di Compilazione;
- c) Indicazione del nome e della confezione della specialità medicinale;
- d) Dichiarazione del medico, sot-

to propria responsabilità, che all'inizio del trattamento, l'indice di massa corporea del paziente era maggiore od uguale a 30 kg/m²;

e) Dose giornaliera del farmaco e durata della terapia, che non può in nessun caso superare i **TRENTA GIORNI DI TERAPIA**;

f) Nome, cognome, indirizzo e firma del medico con indicazione della specializzazione posseduta.

3. Il piano terapeutico, se presentato da solo, e le ricette redatte dopo la data di scadenza del piano terapeutico o, comunque, dopo UN mese dalla data di compilazione di questo, non sono spedibili.

PUNTO. 3

La dispensazione di più confezioni è possibile, per un quantitativo comunque non superiore a quello necessario per **TRENTA GIORNI** di terapia, limitatamente alla prima spedizione, ed esclusivamente dietro presentazione di ricetta NON RIPETIBILE, che può essere rilasciata sia dallo specialista che dal medico curante, unitamente al piano generale di terapia redatto dallo specialista. Nelle successive spedizioni potrà essere dispensata una sola confezione per ricetta.

2. All'atto della spedizione, il farmacista apporrà **TIMBRO DATA** e **PREZZO** sul piano generale di terapia, che riconsegnerà al paziente, e **TRATTERRÀ** la ricetta.

3. Il farmacista è tenuto a NON provvedere a nuove dispensazioni qualora non sia intercorso, in base

alla posologia prescritta dallo specialista, il periodo di tempo previsto per l'assunzione da parte del paziente delle unità posologiche contenute nell'ultima confezione dispensata.

PUNTO. 4

1. Il piano generale di trattamento potrà essere redatto in conformità alle presenti disposizioni, da medici specialisti in **SCIENZA dell'ALIMENTAZIONE** e **ENDOCRINOLOGIA** e **MALATTIE del RICAMBIO** o **DIABETOLOGIA** o **MEDICINA INTERNA**.

PUNTO. 5

1. Le confezioni di specialità medicinali di cui al punto 1 devono riportare in etichetta esterna la seguente dicitura ((**DA VENDERSI DIETRO PRESENTAZIONE DI RICETTA MEDICA UTILIZZABILE UNA SOLA VOLTA**)). Deve essere esibito contestualmente il piano generale di terapia redatto da un medico specialista in scienza dell'alimentazione o endocrinologia e malattie del ricambio o diabetologia o medicina interna.

PUNTO. 6

1. Il presente decreto non si applica alle sostanze **FENFLURAMINA** e **DEXFENFLURAMINA**, per le quali restano valide le disposizioni di cui al decreto ministeriale 17 settembre 1997, richiamato nelle premesse.

Tutto male, anzi no!

Due italiani su tre bocciano la sanità italiana, ma il giudizio negativo non resiste alla prova dei fatti. E' questo, in sintesi, quello che emerge da un'indagine sulla soddisfazione dei cittadini per il servizio sanitario nazionale realizzata dall'Eurisko per conto del ministero della Sanità e presentata oggi in un conferenza stampa alla presenza del ministro Rosy Bindi.

Se l'immagine del servizio sanitario nazionale è negativa per il 64% degli intervistati, la valutazione in base all'esperienza premia invece i singoli servizi: ben il 60% del campione (10.000 unità) li ha giudicati in media molto o abbastanza buoni. Ai primi posti nella classifica della qualità si collocano la medicina di base, i laboratori di analisi e i servizi domiciliari. Fanalino di coda sono ambulatori specialistici delle USL, pronto soccorso e sportelli delle USL.

Dalla ricerca, oltre a questa di-

screpanza enorme tra ciò che la gente pensa e ciò che verifica sulla propria pelle, emerge pure un profondo gap territoriale: se infatti il 36% degli intervistati si è detto soddisfatto del servizio sanitario, questa percentuale sale al 55% in Emilia Romagna e scende al 19% in Sicilia.

La soddisfazione per la qualità della sanità pubblica tuttavia risulta in generale aumentata negli ultimi anni. Dal '93 al '97 la quota di soddisfazione degli italiani per la nostra sanità è più che raddoppiata, passando dal 16,7% al 36,1%, e dal '95 all'anno scorso tutti i servizi sanitari, dalla medicina di base, ai laboratori di analisi, dagli ospedali agli sportelli delle Usl hanno guadagnato in qualità, almeno a detta dei fruitori. Unica eccezione i servizi di pronto soccorso che non solo non sono affatto migliorati, ma sono scesi di tre punti nei due anni.

La ricerca dell'Eurisko fa quindi un bilancio dei punti di debolezza e di forza dei servizi sanitari pubblici individuando tra i primi senz'altro tempi di attesa, code e ambienti e tra i secondi le risorse professionali. In mezzo, alcuni punti riassumibili sotto la voce 'competenza comunicativo-relazionale' variabili da un servizio all'altro.

"E' la prima volta - ha detto il ministro - che un settore ha il coraggio di guardare dentro se stesso per capire come vanno le cose e rende pubblici i risultati. E' un tentativo per colmare la forbice ampia che esiste tra immagine ed esperienza". Quanto ai gap territoriali, Bindi ha chiamato in causa la responsabilità delle regioni ricordando che con la Finanziaria prende avvio il modello di nuovo rapporto Stato Regioni previsto nella legge delega.

La nuova tessera sanitaria

Il testo della proposta di legge

La "carta sanitaria" - spiega il ministero della Sanità in un comunicato - può essere ben più di un semplice strumento di riconoscimento del cittadino nei confronti del Servizio sanitario nazionale. In uno scenario tecnologico in cui i sistemi informativi di Regioni, aziende sanitarie, presidi ospedalieri, ecc. saranno collegati fra loro attraverso la rete della pubblica amministrazione e quella del Ssn, la carta permetterà di correlare informazioni contenute nelle diverse banche dati e stabilire tutti i possibili collegamenti fra assistiti, strutture sanitarie e medici di base, facilitando il monitoraggio della spesa sanitaria, l'osservazione dei fenomeni epidemiologici e la gestione e organizzazione delle diverse strutture sanitarie. Il ministero conferma quindi che prima della messa a punto del sistema si procederà con una fase sperimentale sia per quanto riguarda la graduale diffusione sul territorio sia nell'attivazione delle varie funzioni.

La sperimentazione coinciderà con l'attuazione del decreto sul sanitometro e in questa fase la Sanicard servirà anche come attestazione del diritto all'esenzione, per patologia o reddito, dei cittadini. Gli interventi infrastrutturali necessari per l'operatività della carta - spiega ancora il ministero - riguarderanno l'acquisizione di carte elettroniche, lettori, PC, dispositivi di rete per un importo di circa 180 miliardi.

Prevista, prima della messa a punto del sistema, una fase sperimentale che diffonderà gradualmente la "carta" sul territorio attivandone le "funzioni", che nel complesso saranno relative alla identificazione dell'assistito al riconoscimento del diritto d'esenzione, alla gestione amministrativa, alla gestione delle emergenze nonché alla gestione clinica e consentirà anche la valutazione del progetto stesso sul SSN.

La fase di sperimentazione coinciderà con l'attuazione del decreto legislativo 124/98

Cambiano le note, non la musica!

E' ora prescrivibile l'alendronato (con nota CUF e Registro ASL)

La Gazzetta Ufficiale del 1 dicembre 1998 ha pubblicato il provvedimento della CUF del 2 novembre 1998 relativo alla prescrivibilità a carico del SSN dell'alendronato per il trattamento dell'osteoporosi postmenopausale.

Viene pertanto introdotta la seguente:

NOTA n. 79

Classe A) Limitatamente alla seguente indicazione:

Trattamento continuativo per almeno un anno per la profilassi di fratture osteoporotiche in donne con fratture di femore o di almeno un corpo vertebrale non dovute a traumatismi efficienti, verificata dopo la menopausa.

La frattura di un corpo vertebrale deve essere documentata da un esame radiologico che evidenzi una riduzione di almeno 4 mm (15%) dell'altezza globale del corpo vertebrale. **(Registro UsI)**

Principio attivo: Alendronato di Sodio.

Specialità: Fosamax 14 cpr 10 mg; Dronal 14 cpr 10 mg; Alendros 14 cpr 10 mg; Adronal 14 cpr 10 mg.

L'alendronato è un potente inibitore selettivo del riassorbimento osseo operato dagli osteoclasti; nell'osteoporosi postmenopausa questo effetto determina un aumento della densità minerale ossea, presupposto a una protezione contro il rischio di fratture osteoporotiche (1). L'alendronato è ammesso alla rimborsabilità per le donne con fratture osteoporotiche in considerazione del fatto che queste donne hanno un rischio particolarmente elevato di successive fratture. Il beneficio terapeutico offerto dall'alendronato a queste donne, documentato da un trial controllato e randomizzato (2), è di moderata entità. Nei tre anni di durata del trial le percentuali di fratture, nelle donne non trattate e - rispettivamente - trattate con alendronato erano le seguenti: 15% contro l'8% per le fratture vertebrali; 14,7% contro 11,9% per le fratture non vertebrali; 2,2% contro l'1,1% per le fratture di femore. Un trattamento per 3 anni con alendronato consente perciò di evitare - per 100 donne trattate - 7 fratture vertebrali ($15 - 8 = 7$), o 3 fratture non vertebrali ($14 - 11 = 3$) o 1 frattura del femore ($2 - 1 = 1$); espresso in termini diversi (NNT: numero di pazienti da trattare per evitare un evento patologico; la definizione NNT è un acronimo dall'inglese number needed to treat) (3); occorre trattare per 3 anni 14 donne per evitare una frattura vertebrale ($100/7 = 14$), 33 donne per evitare una frattura non vertebrale ($100/3 = 33$) e 100 donne per evitare una frattura di femore ($100/1 = 100$). Risultati più modesti ha ottenuto il trattamento con alendronato per tre anni in donne con osteoporosi documentata, ma di cui solo un quinto aveva già sofferto di fratture (NNT: 33 donne per evitare una frattura vertebrale, 47 per evitare una frattura non vertebrale, 166 per evitare una frattura del femore (1). Come recepito dalla nota, il trattamento nei trials citati era rigorosamente continuativo, il che richiede una buona compliance; il massimo dell'effetto era ottenuto durante il primo anno di trattamento; la durata di questo trattamento non era protratta oltre i 3 anni.

Si raccomanda l'integrazione del trattamento con la somministrazione di calcio e vitamina D. Questo suggerimento deriva dal fatto che tali supplementi erano aggiunti sia all'alendronato che al placebo nei due trials citati, e da un trial (4) che dimostra come in soggetti di età pari o superiore a 65 anni il solo trattamento con calcio (500 mg/die) e vitamina D (536-700 UI/die) aumenta la densità minerale ossea e riduce significativamente l'incidenza di fratture osteoporotiche. La compressa di alendronato va presa al mattino, a digiuno, con un bicchiere d'acqua (200-250 ml) e rimanendo in posizione eretta o seduta senza assumere alimenti per almeno 30 minuti (vedi foglio illustrativo).

Tali raccomandazioni si devono al rischio di esofagite e ulcere esofagee da contatto con la compressa di alendronato o suoi residui. Questo rischio suggerisce di non estendere il trattamento oltre i 3 anni che equivalgono alla durata dei trials (1,2). Per la stessa ragione l'alendronato non dovrebbe essere prescritto in donne con esofagite da reflusso, ulcera dell'esofago, o con affezioni che possano prolungare il tempo di contatto del farmaco con l'epitelio esofageo e predisporre al danno esofageo (disturbi della motilità, acalasia, stenosi, diverticoli). È infine raccomandata cautela nella prescrizione di alendronato in soggetti che assumono farmaci antinfiammatori non steroidei (6). L'incidenza di reazioni avverse esofagee è variamente valutata: la stima più probabile, basata sul monitoraggio di 1523 pazienti, è dell'1,3% (6).

IRAP: si potrà ricorrere?

Abbiamo ricevuto in questi giorni una comunicazione della Segreteria nazionale della FIMMG che riguarda il problema della particolarità della nostra posizione fiscale, particolarità che deriva dallo svolgere un'attività libero-professionale retribuita con tariffe "sociali" predeterminante e che non possono variare col variare delle spese sostenute per lo svolgimento dell'attività stessa.

A questo proposito è giusto ricordare che continuano gli incontri tra gli esperti fiscali del nostro Sindacato ed i funzionari del Ministero del Tesoro, che hanno dato la loro disponibilità a valutare il nostro rapporto col fisco in modo diverso da quello degli altri liberi professionisti che possono applicare liberamente le loro parcelle.

"... Per quanto riguarda l'IRAP è bene precisare che essa è stata introdotta dal 1° gennaio 1998 e che sostituisce una serie di imposte così dette

"minori" come la tassa sulla salute e sulla Partita IVA, l'Iciap, l'Ilor e la Patrimoniale.

La Commissione Fisco della FIMMG ritiene che la fiscalizzazione attraverso l'Irap del contributo sanitario obbligatorio oltre a dare certezze e continuità al finanziamento del SSN, elimina l'iniqua regressività del contributo stesso.

Rileva però che l'Irap comprende anche l'Ilor e le tasse patrimoniali non dovute dai liberi professionisti, quali noi siamo, e che sono di pertinenza delle imprese.

Poiché il ricorso è ammesso soltanto se presentato dal singolo cittadino, lasciamo la facoltà al singolo iscritto di fare ricorso di incostituzionalità dell'Irap.

Il termine per la presentazione di una domanda di rimborso scade diciotto mesi dopo il pagamento della prima rata e quindi abbiamo tutto il tempo a disposizione per programmare il ricorso. In linea di massima consigliamo ai medici di presentare do-

manda di rimborso, lasciando ai singoli la facoltà di presentare ricorso dopo l'eventuale silenzio-rifiuto da parte dell'amministrazione finanziaria. Questo anche in quanto il ricorso è oneroso e le spese di giudizio sono a carico del soccombente.

La facoltà del singolo iscritto di presentare ricorso è giustificata dall'eterogeneità delle singole posizioni considerato che, a causa dell'indeducibilità, l'incidenza dell'IRAP, pur essendo unica l'aliquota, e indirettamente progressiva, così da risultare attualmente penalizzante soltanto per i compensi superiori ai 100 milioni.

Sarà cura della FIMMG predisporre un modulo per l'inoltro dell'istanza di rimborso e fornire in seguito le informazioni utili alla formulazione dell'eventuale ricorso."

Naturalmente anche la FIMMG Cuneo terrà informati gli iscritti e fornirà l'assistenza necessaria per l'inoltro di tale ricorso.

Farmaci scaduti: che fare?

E' buona norma controllare periodicamente i saggi farmaceutici conservati nei nostri studi per evitare di consegnare distrattamente ai nostri assistiti medicinali scaduti.

Benchè infatti risulti improbabile che, superata la scadenza i farmaci diventino nocivi, attenuandosi tutt'al più la loro efficacia terapeutica (The Medical Letter 15.09.96 n.18), essi vanno comunque considerati imperfetti e la loro somministrazione viene severamente punita dal nostro codice penale (art.433: è punibile chi "detiene per il commercio, pone in commercio o somministra medicinali guasti o imperfetti").

Ad ogni buon conto va segnalato che la semplice detenzione a fini non commerciali è stata giudicata non rientrare tra le responsabilità previste dall'articolo citato.

La Corte di Cassazione, con sentenza 10 Febbraio 1995, si è infatti espressa in questo senso confermando l'assoluzione di due caposala di reparto ospedaliero inquisite dopo il rinvenimento di farmaci scaduti in alcuni armadietti del reparto.

Tale principio si può presumibilmente applicare anche al Medico che detiene (senza somministrare!) nel proprio studio medicinali che hanno superato l'epoca di scadenza.