



Sezione provinciale di Torino

Torino, 19 settembre 2001

AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE
ISCRITTI e NON ISCRITTI AL SINDACATO

Loro indirizzi

TRATTATIVE REGIONALI: LA VERITA'

Caro collega,

Stiamo assistendo, alla diffusione di notizie distorte su una pretesa volontà della FIMMG di sovraccaricare, da una parte, i medici di famiglia dell'obbligo di sostituirsi alla continuità assistenziale e dall'altra di emarginare la stessa continuità assistenziale dai propri compiti tradizionali; tale volontà, secondo queste voci, sarebbe la base della proposta della FIMMG, per la prossima convenzione integrativa regionale.

Il nostro Sindacato ha sempre informato e dibattuto con i colleghi, con la maggior chiarezza possibile, ogni proposta, individuando le soluzioni migliori, praticabili e condivise.

La FIMMG intende adoperarsi proprio **per rafforzare la Continuità assistenziale**, travagliata, in questo momento da una profondissima crisi, gratificandone al massimo i colleghi ad essa oggi dedicati ed impedendo che tale crisi obblighi la parte pubblica a far fronte all'emergenza, con soluzioni penalizzanti per la Medicina Generale, dettate dall'emotività e dall'improvvisazione che sempre accompagnano le risposte alle emergenze non debitamente previste.

La FIMMG, parallelamente, intende incrementare la gratificazione professionale ed economica di un medico di famiglia sempre più al centro dell'assistenza territoriale e, paradossalmente, sempre più mortificato da una sofferenza economica e da un pesante divario con il comparto ospedaliero.

Intendiamo anche questa volta portare a conoscenza di tutti i colleghi, i problemi sul tappeto, i pericoli che corre la categoria e le soluzioni che **IL NOSTRO SINDACATO** sta individuando allo scopo di risolvere la situazione in modo favorevole per i due settori della Medicina Generale.

LA SITUAZIONE:

La continuità assistenziale sta vivendo ore drammatiche in tutto il Paese e nella nostra Regione.

Alla scarsa gratificazione professionale si aggiunge una sofferenza economica intollerabile.

Ciò ha spinto molti colleghi a dimettersi dal servizio causando carenze di organico.

Da qui la crescente difficoltà di molte ASL, di coprire i turni di servizio, difficoltà che si fa sempre più grave e che si teme drammatica col sopraggiungere della stagione fredda.

Inoltre la parte pubblica ha da sempre dichiarato l'assoluto bisogno di una copertura completa dell'assistenza territoriale, nell'arco delle 24 ore, allo scopo di decomprimere il carico del lavoro del Pronto Soccorso ospedaliero e di surrogare i giorni di ricovero con un'efficace assistenza domiciliare.

La situazione è tale che, tra non molto, la parte pubblica potrebbe obbligarci ad assumere il carico diretto della continuità assistenziale.

Allora le previsioni più drammatiche potrebbero avverarsi ed il medico (giovane o anziano) dovrebbe "fare la notte".

Ma c'è anche un altro grave pericolo: Non reperendo medici per coprire il servizio, la controparte potrebbe addirittura "aprire" a tutti i laureati in medicina (compresi anche i dipendenti) per instaurare un regime convenzionale di tipo libero professionale, senza regole (ricordiamo che la libera professione non può per sua natura avere limiti, se non quelli previsti dalla legge).

LE ESIGENZE DELLA CATEGORIA

Occorrono, per evitare questo, concrete e pratiche soluzioni.

Per rinforzare la sua posizione ed il conseguente riconoscimento economico, la medicina generale deve "occupare" stabilmente il territorio, anche con il ricorso alle forme associative, **salvaguardando al massimo il tradizionale rapporto fiduciario tra medico e paziente.**

Inoltre **è indispensabile ottenere un adeguato incremento degli emolumenti dell'intero comparto della medicina generale**, nel quadro dei nuovi assetti che si stanno delineando, su cui la Regione ha dichiarato la propria disponibilità finanziaria.

LA RICERCA DELLE SOLUZIONI

La difficoltà di trovare soluzioni adeguate è stata ed è tuttora oggetto di serrato dibattito da parte degli organi statuari del nostro sindacato, che si sta concretizzando in una serie di proposte che saranno oggetto, nell'immediato futuro, di un'ampia consultazione con tutti i medici di famiglia, Solo la FIMMG, comunque, si sta muovendo con proposte concrete e realizzabili che, evitando i gravi pericoli paventati, permetteranno di rilanciare professionalmente ed economicamente sia la continuità assistenziale che la medicina di famiglia.

LE NOSTRE PROPOSTE

Le proposte che la FIMMG intende sviluppare nella prossima trattativa regionale sono di natura organizzativa, economica e professionale.

Ve le illustriamo in maniera necessariamente succinta, rinviandone la presentazione dettagliata, nelle prossime occasioni.

Per rispondere efficacemente alla sofferenza economica dei medici, rivalutando il compenso destinato alla continuità assistenziale e quello di pertinenza dei medici di famiglia occorrerà

- Investire nell'assistenza attraverso un forte incremento degli emolumenti
- Aumentare la retribuzione per l'Assistenza Domiciliare Integrata
- Incrementare il contributo - spese per la gestione degli ambulatori (personale ,informatizzazione, ecc.), specie nelle forme associative

A fronte di questo la Categoria dovrà mettere a disposizione la propria competenza per:

1. **a-Coordinare l'assistenza notturna e festiva sul territorio (copertura assistenziale, assistenza domiciliare, ospedali di comunità ecc.) tra tutte le proprie componenti: i servizi di continuità assistenziale e la medicina di famiglia, soprattutto, ma anche con i pediatri di base, gli specialisti ambulatoriali ed anche i farmacisti, in modo tale da garantire il lavoro notturno e festivo ai colleghi della continuità assistenziale, con la possibilità per il medico di famiglia con basso numero di scelte che lo richieda a titolo volontario , di effettuare uno o più turni, subordinatamente alla priorità riservata ai colleghi di continuità assistenziale.**

2. b-Coordinare la copertura dell'assistenza in ore diurne, attraverso la disponibilità telefonica mediante il coordinamento tra le categorie sovraccitate, e **con la possibilità**, per il medico di continuità assistenziale, **che lo richieda a titolo volontario**, di effettuare uno o più turni, **subordinatamente alla priorità riservata ai colleghi della medicina di famiglia.**

In tal modo si configurerà una vera e propria cura del territorio e crescerà proporzionalmente, il potere contrattuale di tali categorie, equiparandosi con quello degli ospedalieri, favoriti, da sempre, da una cultura sanitaria ospedalocentrica.

3. Organizzare **al proprio interno** la presa in carico dell'assistenza sul territorio, evitando, per quanto possibile, il ricorso improprio all'ospedale e, quindi, dirottando sul Territorio, le risorse risparmiate, prima destinate al comparto ospedaliero.

4. Potenziare, in tal modo, **la gratificazione professionale ed economica** dei medici delle cure primarie, mortificati ingiustamente da una sofferenza economica cronica, a fronte di carichi di lavoro e responsabilità sempre maggiori.

STRUMENTI

1. Organizzazione dei medici del territorio in UAT (Unità di Assistenza Territoriale), di un numero approssimativo di quindici medici ciascuna, tra medici di famiglia, pediatri di base e di continuità assistenziale, riferite ad una popolazione assistita di circa 20.000 persone e, quindi, "personalizzando" per quanto possibile, il servizio stesso.
2. Costituzione a disposizione del servizio di copertura assistenziale, e **quindi del medico di famiglia che intenda avvalersene**, un "Call-center", cioè un sistema centralizzato di ricezione delle chiamate dell'utente, che costituisca un valido "filtro", attraverso un sistema di "triage" delle priorità di intervento. In tal modo il medico non sarà esposto alla chiamata diretta dell'utente, ma sarà eventualmente contattato dal servizio, che potrà anche attivare direttamente il 118 oppure fornire all'utente gli orari di ambulatorio del suo medico.

Abbiamo espresso con chiarezza, alla Regione Piemonte, che un tale impegno richiede investimenti adeguati, in assenza dei quali, la categoria non è disposta ad assumere alcune impegni.

Questo è quanto la FIMMG, nell'altrui totale silenzio propositivo, sta elaborando come oggetto centrale della prossima trattativa regionale.

Come già detto il Sindacato, secondo la propria consuetudine, prevede l'avvio di un'ampia consultazione sui temi proposti.

Ci chiediamo, come altre volte, quanto sia utile, o meglio a chi giovi, attraverso notizie distorte o argomenti qualunquisti, gettare destrutturante panico sulla Categoria, cercando di dividerla in un momento così delicato e foriero di scelte strategiche da cui dipende il suo futuro.

***CIRCOLARE REGIONALE DEL 9 AGOSTO 2001
per il contenimento della spesa farmaceutica***

Come probabilmente avrai appreso dalla Tua ASL la Regione Piemonte ha adottato una delibera tesa al contenimento della spesa farmaceutica attraverso meccanismi prescrittivi che la FIMMG di Torino ha duramente contestato perché penalizzanti nei confronti del lavoro del medico di medicina generale.

I contenuti di tale delibera sono stati successivamente adottati anche in sede nazionale.

Abbiamo reagito prontamente e stiamo ottenendo una revisione degli aspetti più penalizzanti.

Ti allego la lettera che il Presidente regionale FIMMG del Piemonte – dott. Milillo - ha inviato in proposito all'Assessore Regionale alla sanità

Ti avviseremo tempestivamente degli sviluppi della faccenda.

Cordiali saluti.

A CURA DELLA REDAZIONE DEL BOLLETTINO DEL SINDACATO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE.

Torino, 5 settembre 2001
Prot. n. 76/2001

Egregio Dottor

Antonio D'AMBROSIO
Assessore Regionale Sanità
Corso Regina Margherita 153 bis

10121 - TORINO

Egregio Assessore,

ancora una volta la FIMMG deve registrare che la Regione Piemonte, con lo strumento della delibera, interviene pesantemente, senza alcuna consultazione, nell'attività dei medici di medicina generale convenzionati.

Ci riferiamo alla delibera 09/08/01 sulla quale sono necessarie alcune considerazioni tecniche e politiche.

Per quanto riguarda l'erogazione dei presidi per soggetti diabetici, la metodica stabilita dalla delibera in oggetto crea indubbi disagi ai cittadini e allungamento dei tempi di attesa per chi invece ha bisogno di cure.

La preoccupazione maggiore della FIMMG si accentra poi sulla distribuzione dei farmaci per l'intero ciclo di cura programmato ai pazienti ricoverati in regime di day hospital medico o chirurgico (art. 6 – comma 1 – DPR 20/10/1992) e dei farmaci relativi al primo ciclo terapeutico completo a seguito di visita specialistica ambulatoriale e ai pazienti in fase di dimissione da ambiente di ricovero.

Queste disposizioni, ben lungi dal conseguire risparmi, saranno per contro causa di notevoli sprechi. Infatti il consulto diagnostico con lo specialista non è, salvo rari e dichiarati casi, un passaggio in cura, ma un atto di consulenza utile al medico di fiducia per l'inquadramento diagnostico. Lo specialista o il medico ospedaliero all'atto della consulenza o della dimissione consiglia attualmente farmaci che verranno materialmente prescritti dal medico di fiducia solo dopo aver filtrato il consiglio terapeutico, tenendo conto dei farmaci già in possesso del paziente, della terapia già in atto, delle intolleranze note e delle interazioni, evitando inoltre l'acquisto di farmaci simili o similari. La mancanza di questo filtro ha come conseguenza non più recuperabile la consegna al paziente di farmaci di cui magari è già in possesso sotto altri nomi commerciali, creando confusione e accumulo di terapie già in atto.

Ulteriore conseguenza preoccupante è l'interruzione della continuità terapeutica esercitata dal medico della persona (medico di medicina generale) e l'impossibilità di monitorare efficacia e compliance della cura.

Chi sarà il responsabile di eventuali intolleranze, interazioni ed effetti avversi della terapia? (vedi caso lipobay e gemfibrozil)

La FIMMG considera fondamentale la formulazione di linee guida condivise, per l'appropriatezza dei trattamenti e giudica aberrante prendere decisioni come la distribuzione diretta dei farmaci, prima dell'adozione di tali linee guida.

Di fronte ad una delibera del genere verrebbe voglia di pretenderne l'immediata e totale applicazione lasciando alla parte pubblica l'onere di gestirne le conseguenze, che, a nostro parere, sarebbero certamente pesanti. Chi ha proposto queste soluzioni sa forse quante visite specialistiche e quante dimissioni vengono effettuate giornalmente e quali code spaventose si creerebbero per ritirare i farmaci? Che risparmio è stato ipotizzato di fronte alla necessaria riorganizzazione delle ASL?

La FIMMG, fedele al proprio stile, ritiene ancora una volta di affrontare il problema sul piano collaborativo, a fianco dei cittadini e della stessa Regione, anche se stigmatizza duramente il fatto, che ormai si sta ripetendo, che l'Assessorato alla Sanità affronti problemi cruciali senza minimamente coinvolgere e consultare la FIMMG, obbligando tutti ad un pesante lavoro di recupero, ove invece si sarebbe potuto procedere con un costruttivo confronto.

Di questa delibera condividiamo lo scopo: la razionalizzazione della spesa. Non il metodo né le indicazioni operative che invece di essere fonte di risparmi, sono causa di spese inutili e di disagi per i cittadini.

La FIMMG rimane ancora molto perplessa di fronte alla dicotomia tra la proposta di un piano sanitario che riconosce l'essenzialità e l'economicità del territorio ed una delibera che demanda al secondo livello competenze delle cure primarie, e nutre l'amaro dubbio di essere vittima di decisioni confuse ed affrettate.

Siamo comunque disponibili a concertare urgentemente con l'Assessorato i necessari perfezionamenti della delibera d'intesa con L'Associazione Titolari di Farmacia, la Fimp e il Sumai, chiedendo la temporanea sospensione della delibera.

In attesa di una pronta convocazione
Distinti saluti.

Il Presidente Regionale
(Dott. Giacomo MILILLO)

