

Torino, 26 Maggio 1998

A Tutti i medici di Medicina Generale  
Iscritti al Sindacato della Provincia di Torino  
Loro sedi

### S O M M A R I O

- Istruzioni per la compilazione della scheda di valutazione multidimensionale dell'Anziano
- D.R.G. e compiti prescrittivi del medico di medicina generale
- Abolizione del timbro di registrazione dell'ASL per l'accesso alle strutture private accreditate
- Codici e firme
- ENPAM: incremento del contributo minimo obbligatorio del fondo di previdenza generale
- ONAOSI: nuovo centro Studi in Torino

### LA SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELL'ANZIANO

#### (VMD)

Dobbiamo rilevare nelle Aziende e nei medici di famiglia una certa confusione sulla compilazione delle schede di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano, sia per quelle cartacee, che per quelle informatizzate.

E' prevista una sessione di formazione specifica che, purtroppo, ha subito un forte ritardo a causa delle vicissitudini del bilancio della Regione Piemonte. cerchiamo con questa circolare di fare chiarezza.

#### Quando deve essere compilata e consegnata

L'Accordo prevede che la scheda sia compilata **entro tre mesi dal compleanno del soggetto anziani, di età compresa fra i 75 e i 99 anni**. La Commissione Professionale, in accordo con la Regione ha però deciso di estendere la valutazione anche al di sopra dei 99 anni. Pertanto, a scopo esemplificativo, la scheda del sig. XY, che compie 80 anni il 5 gennaio 1998, deve essere compilata e consegnata entro il 5 aprile 1998. Analogamente la VMD del sig. YZ che compie 75 anni il 25 febbraio 1998 deve essere compilata e consegnata entro il 25 maggio 1998. Analogo criterio va utilizzato per tutti gli anziani che compiono gli anni superiori al settantacinquesimo.

La VMD dovrà essere ricompilata per lo stesso individuo a cadenza biennale.

Tale regola è stata prevista nel corso delle trattative per poter consentire, in fase di analisi, l'aggregazione più corretta possibile dei dati relativi agli anziani di una stessa fascia di età.

A complicare il tutto si è verificato che le Aziende sanitarie hanno distribuito i moduli con grave ritardo, e in tempi sfasati fra loro ed hanno fornito ai medici indicazioni disomogenee e diverse da quelle sopra indicate. Poichè la raccolta deve comunque iniziare dal primo gennaio 1998 la Commissione Professionale ha stabilito una deroga temporanea alle regole sopra esposte.

Pertanto fino al 30 giugno 1998, saranno accettate e retribuite le VMD già compilate e già consegnate indipendentemente dalla relazione con il compleanno del paziente.

Dal 1 luglio 1998 saranno accettate e retribuite solo le VMD compilate e consegnate entro tre mesi dal compimento degli anni.

**Istruzioni diverse da parte delle Aziende sono errate e devono essere contestate.**

**Come deve essere compilata e consegnata la scheda?**

La scheda va compilata con cura evitando eventuali correzioni.

Inoltre le cinque facciate della stessa vanno riconsegnate tutte alla ASL; in particolare le ultime due facciate, anche se non compilate vanno sbarrate e quindi consegnate.

Insieme alle schede, a richiesta di alcune aziende, può essere necessario consegnare una dichiarazione firmata in cui si attesta il numero delle VMD allegate, eventualmente con il riferimento al n. d'ordine prestampato sul modulo cartaceo.

**Quante copie della VMD su carta devono essere consegnate all'Azienda?**

L'Accordo Regionale prevede che la VMD su carta sia predisposta su un modulo autocopiante in tre copie. La prima copia che contiene i dati identificativi del soggetto deve essere trattenuta dal medico compilatore. La seconda e la terza copia devono essere consegnate al Distretto o al Servizio di Assistenza Territoriale della propria Azienda. Queste due copie sono identiche fra loro e - in applicazione della Legge 675 di tutela della privacy - per essere rese anonime non riportano il nome e la residenza dell'assistito, ma solo l'anno di nascita. La Commissione Professionale, d'accordo con la Regione ha emesso una direttiva perché nelle due copie anonime sia aggiunto anche il mese di nascita. Ciò si è reso necessario per permettere all'Azienda di accertare che una scheda di VMD consegnata dopo il 30 giugno 1998 e riferita ad un soggetto che ha compiuto gli anni nei tre mesi precedenti.

Una delle due copie sarà trattenuta dall'Azienda, che provvederà ad inviare l'altra alla commissione Professionale.

**E' obbligatorio compilare le schede di VMD ?**

**Si**, tutti i medici di famiglia del Piemonte sono obbligati a compilare le schede di VMD come sopra indicato e le Aziende sono obbligate a ritirarle e il medico può facoltativamente compilare la scheda su modulo di carta o utilizzando il programma prodotto e distribuito dalla FIMMG (CRONOS), che è in grado di trasferire i dati su un dischetto in un formato già validato dalla Commissione

Professionale. Per ogni VMD su carta al medico spetteranno 35.000 lire, per ogni VMD su dischetto spetteranno 38.000 lire.

**Le VMD compilate con il programma della FIMMG** devono essere stampate su carta?

**No.** il programma CRONOS permette di trasferire - VMD compilate su un dischetto, provvedendo automaticamente a renderle anonime. Nel dischetto di CRONOS la data di nascita riporta solo il mese e l'anno.

E' quindi sufficiente consegnare all'Azienda periodicamente tale dischetto in unica copia - L'Azienda provvederà a riprodurlo prima di inviarlo in Regione. In alcune aziende è richiesta la contestuale consegna di una dichiarazione che attesti il numero di VMD consegnate. L'Azienda potrà esaminare e verificarne il contenuto del dischetto con un qualsiasi programma di EXCEL.

In ogni caso la Regione sta rapidamente mettendo a punto un programma per le Aziende che consenta di acquisire ed esaminare i dischetti consegnati dai medici- Tale programma sarà distribuito alle Aziende entro il 30 giugno 1998.

**La FIMMG ha distribuito gratuitamente il programma anche ai medici non iscritti al Sindacato?**

**No.** La FIMMG ha regalato il suo programma CRONOS solo agli iscritti. I vincoli statuari del Sindacato gli impediscono di offrire lo stesso servizio ai non iscritti. La FIMMG non ha interesse a commercializzare il prodotto.

### **D.R.G.**

**La FIMMG ha rivisto le disposizioni Regionali circa i DRG ed ha estratto per i medici di medicina generale questa serie di norme che sono state verificate presso l'Assessorato della Sanità.**

Sulla base della deliberazione della Giunta Regionale 27.10.97 n. 4422844 e della deliberazione della Gazzetta Regionale 12.11.97 n.1523125 si ritiene opportuno specificare i comportamenti prescrittivi dei medici di medicina generale riguardanti i ricoveri ospedalieri:

#### **1) iter diagnostico per la decisione di un ricovero**

Gli accertamenti diagnostico per la decisione della necessità o meno di un ricovero vengono prescritti dal medico di famiglia o dallo specialista e l'assistito è tenuto alla partecipazione della spesa secondo le regole vigenti. Quando il medico di famiglia o lo specialista hanno deciso l'opportunità del ricovero, le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato comprese le visite anestesologiche e l'autoemotrasfusione vengono prescritte dal medico della struttura presso la quale avverrà il ricovero.

il costo di queste ulteriori prestazioni rientrano nei vari DRG ed il paziente non è tenuto ad alcuna partecipazione della spesa.

Qualora siano necessari per il ricovero prestazioni non disponibili presso la struttura di ricovero, il medico di questa struttura Provvederà a farle eseguire presso altre strutture ed anche in questo caso nessuna partecipazione della spesa verrà richiesta al paziente.

## **2) esami diagnostici**

Tutti gli esami diagnostici richiesti durante il ricovero rientrano nel DRG. Questi esami devono essere eseguiti entro 7 gg dalla data di dimissioni ed ovviamente sono prescritti dal medico della struttura di ricovero prima delle dimissioni e senza richiesta di partecipazione della spesa al paziente.

La stessa procedura è valida qualora gli esami richiesti durante il ricovero non fossero disponibili presso la struttura stessa e dovessero essere effettuati presso altre strutture.

## **3) visite post-ricovero chirurgico**

Le visite di controllo, l'asportazione di suture, le medicazioni e le rimozioni di drenaggio di norma vengono fornite in forma ambulatoriale presso la stessa azienda sanitaria in cui è avvenuto il ricovero, ENTRO 30 GG dalla data di dimissione.

Questi tipi di prestazione vengono prescritti dal medico della struttura in cui è avvenuto il ricovero.

Il loro costo rientra nel DRG e pertanto non viene richiesta al paziente alcuna partecipazione alla spesa.

**4)** Gli esami pre e post ricovero riferiti a ricoveri assicurati in regime libero professionale, intramurale seguono le procedure vigenti per i ricoveri ordinari.

**5)** I punti 2 - 3 - 4 si applicano esclusivamente per le strutture pubbliche o private provvisoriamente accreditate per attività di degenza.

**6)** Gli esami pre e post ricovero in struttura privata possono essere eseguiti in struttura pubblica con pagamento del ticket ( prestazione ambulatoriale oppure eseguiti con pagamento totale del conto da parte del paziente nella struttura privata stessa.

**7)** Il ricovero in day Hospital segue le stesse regole del ricovero ordinario.

---

### **MODALITA' PROCEDURALI DI ACCESSO ALLE STRUTTURE PRIVATE PROVVISORIAMENTE ACCREDITATE PER ATTIVITA' SPECIALISTICO- AMBULATORIALE.**

La Giunta Regionale, con D.G.R. n. 210-17235 del 3.3.1997, aveva prorogato per il 1997 la sperimentazione delle modalità procedurali di accesso alle strutture private eroganti prestazioni specialistico-ambulatoriali in regime di provvisorio accreditamento, disposte con D.G.R. n. 193-13622 del 4.11.1996.

La sperimentazione effettuata fa emergere la considerazione che i risultati ottenuti in termini di assicurazione al cittadino dell'attuazione della libera scelta delle strutture sanitarie pubbliche o private provvisoriamente accreditate, nonché, il rispetto dei livelli di spesa sanitaria predeterminati, possono essere mantenuti anche attraverso un ulteriore snellimento delle modalità procedurali

di accesso ed una implementazione degli attuali sistemi di controllo sulle attività esplorare dalle strutture e professionisti provvisoriamente accreditati.

In considerazione di quanto sopra l'accesso alle strutture di cui all'ultima **alinea non è più subordinata all'opposizione sulla prescrizione-proposta del timbro di registrazione ed a partire dalle attività esplorare nel mese di maggio 1998**, dovrà essere attuato il sistema di controllo che è in fase di predisposizione e che vede nella procedura attualmente funzionante il suo asse portante.

Sarà cura degli Uffici competenti dell'Assessorato fornire tempestivamente il nuovo sistema integrato di controllo.

Conseguentemente, l'attuazione delle linee guide relative alla corretta erogazione delle prestazioni di TAC e RMN, di cui alla D.G.R. n. 31-20656 dell'1-7-1997, dovrà essere oggetto di controllo anche da parte delle strutture private provvisoriamente accreditate per la branca di radiologia ed eroganti tali prestazioni.

In Particolare, per le indagini di TAC e RMN, comprese nei punti A e Al) del provvedimento regionale sopra richiamato, le strutture suddette dovranno verificare che la prescrizione-proposta sia formulata dallo specialista; in caso contrario dovranno indirizzare l'utente alla propria ASL per l'opposizione del "visto di congruita" **nei** termini di cui alla D.G.R. n. 31-20659 dell'1.7.1997.

Distinti saluti.

Antonio D'AMBROSIO

### **CODICI E FIRME**

Gli Uffici dell'Assessorato Regionale chiedono la nostra collaborazione per poter risolvere più agevolmente il problema dell'attribuzione dei costi dell'assistenza.

Pertanto ci pregano di controllare che il codice personale del medico nelle ricette e/o prescrizioni sia chiaro e leggibile; ci chiedono inoltre di fare in modo che la firma autografa non ricopra il numero di codice. Pensiamo che la richiesta che ci è stata fatta possa essere accolta.

### **INCREMENTO DEL CONTRIBUTO MINIMO OBBLIGATORIO DEL FONDO DI PREVIDENZA GENERALE**

Si riporta di seduto la circolare ricevuta dal nostro Segretario Nazionale Mario FALCONI: "Oggetto: Incremento del contributo minimo obbligatorio del fondo di Previdenza Generale.

A decorrere **dal 1° gennaio c.a.** l'ammontare del contributo obbligatorio (**quota "A" del Fondo Generale**) richiesto agli iscritti ultraquarantenni, è stato sensibilmente elevato a **L. 1.850.000.**

Tale novità, resa assolutamente indifferibile ed indispensabile da una serie di motivazioni tecniche, potrà tuttavia generare equivoci, interrogativi ed anche strumentali polemiche.

### **COSA E' CAMBIATO ?**

Con il nuovo regolamento del Fondo il contributo minimo obbligatorio è stato elevato a **L.1.850.000** (rispetto alle precedenti **L. 1.008.000**) .

Il contributo è rimasto INVARIATO per gli iscritti con MENO di 40 ANNI DI ETA' .  
in considerazione delle gravi difficoltà di inserimento nel lavoro incontrate dai più giovani.

### **PERCHE' TALE AUMENTO**

Questo è un atto dovuto a causa di una precisa indicazione del Ministero, già formulata nel 1990 (la cui proroga è ormai scaduta) .

Ma è anche un atto necessario per la stessa sopravvivenza del fondo generale. Risulta, infatti, assolutamente indispensabile ripianare il deficit del fondo generale, deficit 'strutturale, creatosi fin dalla fondazione dell'Ente a causa della corresponsione di pensioni non coperte da sufficiente contribuzione per via di malinteso senso di solidarietà ed oggi aumentato a causa del differimento dell'aumento del 15,49% già ritenuto necessario nel 1990 e rinviato per richiesta della categoria.

**Il ripianamento consente, in primo luogo il pagamento delle pensioni in essere (attualmente in numero di 72.000 e per molti unica fonte di sostegno) .**

**E' infatti, assolutamente necessario - anche per evitare le condizioni per un commissariamento dell'Ente -ricostituire le riserve obbligatorie** (che alla luce del D.L. 509/94 debbono essere pari almeno alla somma di cinque annualità delle pensioni in godimento e che - attualmente - per la quota "A" - ammontano solo a due).

### **PERCHE E' URGENTE?**

Un ulteriore ritardo provocherebbe un gravissimo incremento del deficit.

### **FONDO GENERALE; SI CAMBIA MODO DI GESTIRE: COME?**

Non più contributi uguali- per tutti e pensioni uguali per tutti ma **anche per la quota A** analogamente a quanto già avviene per i fondi speciali e la **quota "B"** del fondo generale - a versamenti maggiori corrisponderanno pensioni più elevate.

### **CON QUESTO AUMENTO SI RIPIANA SOLO IL DEFICIT?**

Principalmente . Si finanzia, però anche il nuova sistema di calcolo delle pensioni e l'indicizzazione delle stesse, oltre che la già accennata costituzione di una somma pari alle cinque annualità di pensioni in essere, previste per Legge (attualmente, per la quota "A", ammontano solo a due) .

In tal modo tale aumento si traduce, in parte, in una maggior resa pensionistica.

### **PERCHE' IL FONDO GENERALE E' UN BUON INVESTIMENTO?**

### **PERCHE' DEVE CONTINUARE AD ESSERE OBBLIGATORIO?**

Perche' dal 1/1/98, con il nuovo sistema di calcolo delle pensioni, viene dato un rendimento dell'1,75'%, identico a quello della quota ed assai apprezzato dai medici libero professionisti.

Perchè si erogano anche prestazioni assistenziali straordinarie, ai medici ed ai superstiti, in caso di bisogno (per bassissimo reddito o disastri come alluvioni, terremoti ecc.).

Perchè l'Ente esercita ( a differenza di qualsiasi compagnia assicuratrice privata)un'istituzionale **ed indispensabile funzione solidaristica che permette - tra l'altro - di finanziare i trattamenti corrisposti agli attuali pensionati ed ai superstiti della gestione.**

### **DOVE FINIRANNO i PROVENTI DERIVANTI DALL'AUMENTO CONTRIBUTIVO?**

**Interamente a vantaggio della quota "A"** allo scopo di ricostituire le riserve obbligatorie della gestione di cui abbiamo detto.

### **PERCHE' NON SONO STATE MANTFNUTE FORME DI CONTPIBUZIONE RIDOTTA,**

### **COME PREVISTO DAL PRECEDENTE REGOLAMENTO?**

Perchè ciò sarebbe in contrasto con quanto ribadito, in sede di approvazione del precedente Regolamento del Fondo, dal Ministero del Lavoro, che stigmatizza tale norma. Comunque l'Ente ha individuato delle modalità per venire incontro a tali situazioni- già acquisite nel precedente regolamento, sempre nel rispetto dell'equilibrio finanziario del Fondo e delle Leggi preposte in materia.

**In tal caso, pero' anche la pensione risulterà proporzionalmente ridotta.**

### **QUANDO CI SARA' NOTIFICATO IL PAGAMENTO?**

Le cartelle esattoriali in arrivo riguarderanno la cifra precedente (in quanto, fino all'ottobre scorso, gli aumenti non erano ancora stati approvati dai Ministri di tutela).

Riceveremo una cartella con le cifre di conguaglio, nel prossimo autunno".

## **ONAOSI**

Il 31 gennaio del corrente anno è stato inaugurato in Torino il nuovo centro studi dell'ONAOSI (Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani) che accoglie studenti universitari

Questo felice evento ci dà l'occasione per ricordare ai nostri iscritti l'esistenza dell'Onaosì.

E' una istituzione ormai centenaria nata alla fine dell'800 per volere dei sanitari italiani allo scopo di assistere gli orfani dei sanitari, fornendo loro la possibilità di completare la loro istruzione e con essa la possibilità di un inserimento adeguato nella vita sociale.

All'Onaosì sono iscritti obbligatoriamente tutti i medici dipendenti. Possono iscriversi volontariamente anche i medici liberi professionisti con una quota d'iscrizione differenziata in relazione all'anzianità d'iscrizione all'albo professionale e che attualmente è di :

- L.300.000( per anzianità fino a 5 anni interi)
- L.350.000(per anzianita' da 5 anni interi e un giorno fino a 10 anni)

- L.400.000(per anzianità da 10 anni interi e un giorno fino a 15 anni)
- L.500.000(per anzianità oltre 15 anni)

Tali somme possono essere detratte dalla denuncia dei redditi nell'ambito di quanto previsto per la previdenza volontaria.

Le prestazioni e gli interventi dell'Onaosi sono:

1) ammissione gratuita degli orfani negli istituti dell'Opera: convitti maschili e femminili di Perugia; Collegi Universitari di Perugia; Centri universitari di Perugia, Bari, Padova, Pavia, Torino e Messina. Sono ammessi fino alla copertura dei posti disponibili, anche i figli di contribuenti viventi, però a titolo oneroso a particolari tariffe.

2) Ammissione in centri vacanze

3) contributi a domicilio con assegnazione di borse di studio per tutto il corso degli studi partendo dall'età prescolare fino a 30 anni di età, 32 se specializzandi post-laurea.

4) Contributi integrativi straordinari per studenti in Particolare difficoltà economica

5) Contributi per corsi di specializzazione o perfezionamento post-laurea presso Università Italiane o straniera

6) Possibilità di partecipare ad un corso di formazione manageriale "progetto logos

7) Contributo per soggiorni all'estero

8) Interventi speciali a favore di giovani portatori di handicap

Hanno diritto alla prestazione gli orfani dei Sanitari che risultino contribuenti obbligatori alla data del decesso, gli orfani dei sanitari che risultino contribuenti volontari alla data del decesso e che abbiano versato i contributi per almeno due anni consecutivi, gli orfani dei sanitari che risultino non iscr@-t-,i all'Onaosi alla data del decesso, ma che abbiano versato contributi per almeno 25 anni prima dell'interruzione, figli di sanitari contribuenti divenuti inabili all'esercizio della professione durante il periodo della contr4.buzione, figli di sanitari contribuenti obbligatori dell'Onaosi collegati a riposo per limiti di età, figli di sanitari contribuenti dell'Onaosi che abbiano versato contributi per almeno 30 anni .

L'Onaosi sta ultimamente ipotizzando di estendere la previdenza anche ai medici anziani, ovviamente iscritti all'ente. A tal fine si sta sperimentando l'attuazione di un centro di accoglienza anziani in Perugia.

**-Per maggior e piu' precise informazioni e per le modalità d'iscrizione all'Ente siete pregati di rivolgervi**

All'Assistente Sociale dell'Onaosi di Torino  
Via Palazzo di Città 10 tel. 011/4310463



dalle ore 8 alle 14 escluso il sabato.

I nostri iscritti possono ritirare i moduli presso la nostra Sede

Cordiali collegiali saluti.

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

