



Torino, 4 Novembre 1998

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

Sommario

- **Presentazione Note CUF**
- **Comunicazione di Mario FALCONI**
- **IRAP**
- **Progetto di Comunicazione tra ospedale e Territorio**

Caro Collega,

è convocato un incontro **MERCOLEDI' 18 NOVEMBRE 1998** alle ore 21
presso la Sede FIMMG C.so Svizzera 185/bis TORINO.
Nella riunione, alla quale **parteciperà** :il Prof. Michele OLIVETTI, verranno
presentate e commentate le nuove note CUF.

Cordiali saluti.

si coglie l'occasione per precisare che l'espressione **"REGISTRO USL"**
riportata nell'ultima circolare deve essere riferita esclusivamente alla nota che
immediatamente la precede e di cui fa parte integrante.

COMUNICAZIONE DI MARIO FALCONI

Riportiamo una circolare inviata alla Sedi Provinciali dal Segretario Generale Nazionale Mario FALCONI:" Carissimi, continuo a ricevere messaggi di notevole apprezzamento per l'alto profilo del nostro recente Congresso Nazionale e pertanto, orgogliosamente, ringrazio voi per il contributo dato al successo di tale importante appuntamento annuale.

Le rassicurazioni avute in sede congressuale, sia da parte del Ministro della Sanità che dell'Assessore MARTINI, in merito ai decreti attuativi della Legge Delega e al prossimo Accordo collettivo nazionale, non devono illuderci più di tanto. E' opportuno pertanto che in ogni Provincia vengano svolte assemblee

al fine di illustrare chiaramente la posizione della FIMMG e di tenere ben desta l'attenzione degli iscritti.

La mozione finale, approvata all'unanimità al Congresso di **Perugia**, impegna tutti a operare affinché nel nostro paese ci sia un effettiva rilancio della sanità territoriale e, soprattutto, del ruolo professionale dei medici di medicina generale. ove dovessimo registrare che tali obiettivi non dovessero essere perseguiti da parte del potere politico ai vari livelli istituzionali, dovremo iniziare nel paese una dura battaglia aiutati dai nostri abituali alleati e soprattutto dai cittadini.

E' arrivato il momento di pretendere più che di chiedere. Nella malaugurata ipotesi di dover mettere in cantiere delle forme di lotta sono certo che comprenderete l'importanza di dover preparare per tempo tutti gli Iscritti al Sindacato.

Sta per ricominciare l'iter parlamentare di approvazione della legge delega e l'Assessore Martini fa sapere che ci convocherà per l'avvio concreto delle trattative entro i prossimi 15 giorni".

IRAP

Dal 1 gennaio 1998 è stata introdotta una nuova tassa, l'IRAP, che sostituisce tutta una serie di imposte cosiddette "minori": tassa sulla salute e sulla Partita IVA., Iciap, ilor e Patrimoniale.

La FIMMG ritiene che la fiscalizzazione attraverso l'IRAP del contributo sanitario obbligatorio, oltre a dare certezze e continuità al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, 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.

Poichè il ricorso è ammesso soltanto se presentato dal singolo cittadino, la FIMMG lascia facoltà al singolo iscritto di fare ricorso di incostituzionalità dell'IRAP.

Il contenzioso tributario è composto di due fasi. Inizia con la presentazione di un'istanza di rimborso degli acconti versati quest'anno, relativamente all'anno 1998. Scaduti senza alcuna risposta i 90 giorni dalla presentazione dell'istanza, scatta il silenzio-rifiuto: l'istanza si intende respinta

ed entro i successivi 60 giorni si può inoltrare il vero e proprio ricorso.

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 domanda di rimborso, lasciando ai singoli la facoltà di presentare ricorso dopo l'eventuale silenzio-rifiuto da parte dell'amministrazione finanziaria. Questa anche in quanto il ricorso è oneroso e le spese del 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 essendone unica l'aliquota, è 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.

PROGETTO DI COMUNICAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO

In questi giorni stiamo avviando con il Reparto di Medicina Interna del Dott. VALENZANO (Osp. S.Vito) un progetto sperimentale che prevede scambi di informazioni tra il medico che ha temporaneamente in cura in ospedale un cittadino ed il medico di famiglia.

Potrà quindi accadere nei prossimi mesi, a tale proposito, di venire contattati da colleghi del suddetto reparto quando un nostro assistito viene ricoverato.

Il progetto nasce dalla necessità, sentita dal medico ospedaliero come dal medico di medicina generale, di approfondire la conoscenza reciproca e di attuare una integrazione ospedale-territorio proficua per il funzionamento del servizio sanitario e per il cittadino malato innanzitutto.

L'accordo che ci avviamo a siglare è in sintonia con l'art. 35 della nostra Convenzione (accesso del medico di famiglia presso gli ambienti di ricovero).

Nei primi incontri preparatori sono emerse le difficoltà da parte dei reparti ospedalieri internistici nel gestire le dimissioni. Abbiamo constatato insieme che ciò in parte è dovuto alla mancanza di conoscenza da parte dei colleghi ospedalieri delle potenzialità del territorio ed in particolare delle possibilità di assistenza domiciliare.

Molti medici ospedalieri conoscono poco l'ADI e come attivarla, nulla sanno del funzionamento del servizio infermieristico e della possibilità di eseguire riabilitazione a domicilio sotto la guida di un fisioterapista (servizi che, a complicare le cose, variano da azienda ' ad azienda). Di qui derivano degenze protratte oltre il necessario con inevitabile ostacolo ad un ragionevole turnover dei posti letto e con un inutile aggravio di spesa.

Ma l'esigenza di contatti con il medico di famiglia è sentita dal medico ospedaliero fin dall'inizio della degenza per le utili informazioni che, grazie alla conoscenza spesso di lunga data del malato, solo il medico di famiglia stesso è in grado di fornire.

Anche dal nostro punto di vista la mancanza di contatti con l'ospedale crea problemi.

spesso sentiamo di "perdere" il rapporto con il malato quando viene ricoverato, non ne abbiamo più notizia e non possiamo dare il nostro parere nelle scelte diagnostiche e terapeutiche che vengono condotte. E sovente si creano situazioni conflittuali quando ci troviamo costretti, dalle regole prescrittive e/o da nostri convincimenti, a modificare le terapie consigliate alla dimissioni e non concordate.

Inoltre ci possiamo trovare a dover gestire dimissioni intempestive per le contingenti possibilità di assistenza domiciliare. E ancora sentiamo l'esigenza di poter concordare con il medico ospedaliero ricoveri (o anche solo esami diagnostici) secondo criteri di precedenza per situazioni urgenti o comunque ingestibili a domicilio.

Anche nella fase del post-ricovero è importante che vengano concordati percorsi che evitino da un lato la difficoltà di ottenere consulenze e dall'altro che vengano prefissati controlli che riteniamo inutili.

Di seguito viene proposta la bozza del progetto che costituisce il documento di avvio dell'intesa.

(Comunicazione tra ospedale e territorio)

operatori coinvolti: Medico ospedaliero - Medico di Medicina generale

Strutture coinvolte: Azienda ospedaliera San Giovanni Battista - Medicina generale convenzionata

sperimentazione:tra i medici dalla Med.C - San Vito e medici di famiglia interessati (con pazienti ricoverati in questa struttura) .

Strumenti: - disponibilità di entrambi i professionisti coinvolti - accessi telefonici

noti, facili e immediati

Scopo:

-informazione da parte dell'Ospedale al Medico curante riguardo all'ingresso di un suo assistito in reparto

-passaggio di consegne clinico-terapeutiche (note anamnestiche, eventuali indagini e terapie già instaurate) tra i due operatori

-informazioni circa l'iter ospedaliero previsto - informazioni complete e specifiche circa il tessuto socio-ambientale del paziente, gli strumenti operativi e le strutture territoriali per l'assistenza domiciliare (ADI, ADP) o tramite RSA, per la riabilitazione motoria e logopedica di cui l'Azienda USL interessata dispone - informazioni circa le risorse e gli strumenti a disposizione delle strutture ospedaliere

- passaggio corretto e completo di consegne cliniche e terapeutiche alla dimissione del malato al fine di garantire un ottimale, concordato, reinserimento al proprio domicilio e superare le difficoltà per il cittadino di avere la copertura terapeutica quando la dimissione avviene nei giorni prefestivi e festivi

- gestione concordata del post-ricovero per evitare tra l'altro che vengano consigliati in sede ospedaliera farmaci con ostacoli prescrittivi e vengano prefissati controlli ritenuti incongrui dal medico di famiglia - disponibilità dell'ospedale a garantire vie preferenziali di accesso per ricoveri concertati e per l'esecuzione di indagini diagnostiche con liste di attesa improponibili.

Vantaggi:

- ricaduta positiva sulla qualità dell'assistenza sanitaria fornita - flusso continuo d informazioni con conseguente reciproca conoscenza e coordinamento

- evitare degenze irragionevolmente protratte

- evitare reiterazione di esami già eseguiti o comunque inutili

- somministrazione di messaggi coerenti all'ammalato

- risparmio di risorse

-gratificazione professionale per il superamento di alcuni attuali motivi di disagio comunicativo tra medici ospedalieri e di famiglia.

Metodo proposto:

PRIMA FASE:informazione telefonica nelle prime ore dal ricovero da parte del medico ospedaliero al curante per presa di contatto diretta con trasmissione delle prime notizie utili.

SECONDA FASE: eventuale incontro, se ritenuto necessario, per approfondimenti e per concordare strategie di cura.

TERZA FASE: programmazione concordata della dimissione ospedaliera.

Obiettivo finale:

GARANTIRE UN FLUSSO DI INFORMAZIONI E CONOSCENZE TRA OSPEDALE E TERRITORIO CHE CONSENTA UN PIANO DI ASSISTENZA CONCORDATA NELL'INTERESSE DEL CITTADINO MALATO E CON PIENA GRATIFICAZIONE PROFESSIONALE DEGLI OPERATORI COINVOLTI.

Durante la sperimentazione sono previsti incontri di verifica tra i promotori dell'intesa, cercando di coinvolgere i colleghi partecipanti, per correggere eventuali incongruenze e per valutare i risultati. Nei propri ambiti verranno inoltre pubblicizzare le caratteristiche dell'iniziativa anche al fine di correggere comportamenti che ostacolano un proficuo e corretto dialogo tra ospedale e territorio.

Cordiali collegiali saluti.

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