



FEDERAZIONE REGIONALE DELLA FIMMG

BOLLETTINO DELLA
EMILIA ROMAGNA

GIÙ LA MASCHERA!

di STEFANO ZINGONI

Nella storia dell'umanità uno dei principali indicatori di progresso ed evoluzione è certo l'uso e la diffusione della scrittura e con essa la possibilità di superare la tradizione orale con la storiografia affidata a documenti molto meno caduchi e deteriorabili rispetto alla memoria delle generazioni. Un ulteriore passo in avanti la civiltà lo ha fatto nel momento in cui ha elaborato la teoria dei corsi e ricorsi storici, perché gli uomini hanno preso coscienza di quanto i pregi e difetti che li contraddistinguono e li accompagnano, generazione dopo generazione, possano essere determinanti sugli avvenimenti che li coinvolgono. Quando e se tutti impareranno a guardare al passato come una fonte certa di ammaestramento per evitare di ripetere nel presente tragici errori o comportamenti ridicoli, allora avremo fatto un ulteriore passo in avanti nel percorso verso una civilizzazione più completa. Certi sindacati medici "minimi" non devono aver fatto neppure un passo su questa strada evolutiva o non si devono essere accorti che, mentre loro restavano fermi, gli altri invece la percorrevano in maniera compiuta.

Non si possono spiegare altrimenti certe affermazioni che abbiamo sentito e lette dopo la firma del preaccordo del 22/12/2008! Oppure ci possono essere altre spiegazioni, ma vengono così facilmente in mente che preferiamo accantonarle per evitare inutili ripetizioni.

Come costume: giova esemplificare, lasciando ad altri il vaneggiare non documentato.

Dal Comunicato stampa del 05/02/09 a firma dell'addetto stampa nazionale Snami: " I medici Snami vogliono curare i loro pazienti attraverso le forme associative che sono già presenti e che funzionano."

Fa piacere apprendere che dopo tanti anni dalla loro invenzione e sviluppo contrattuale introdotto e portato avanti dalla Fimmg, chi si era stracciato le vesti ed aveva intinto la penna nel fiele per stigmatizzarle si accorge oggi che sono un baluardo della categoria. Naturalmente le stesse argomentazioni usate allora contro le forme associative (superamento del rapporto di fiducia, asservimento della professione, rapporto di dipendenza, depauperamento del presidio del territorio da parte dei MMG)

vengono oggi utilizzate contro una formulazione evolutiva dell'erogazione assistenziale, della quale non si sa cogliere l'opportunità e di cui si sbandiera una obbligatorietà che è invece affermazione di centralità categoriale, perché può intervenire solo e se i MMG di un territorio ne hanno valutati e riconosciuti i vantaggi.

La memoria generazionale dovrebbe essere ancora viva tra i MMG per evitare di andare a ricercare l'ampia pubblicistica dell'epoca in materia. Quale affidamento possono riscuotere dei rappresentanti costantemente rivolti al passato per metabolizzare le scelte che la parte più illuminata della categoria ha fatto e realizzato sempre in costante assenza di un loro contributo costruttivo?

Dalla lettera aperta al Ministro Tremonti del Segretario generale dello SMI del 13/02/09: " La sofferenza economica del settore è ancora più evidente se analizziamo i versamenti previdenziali contemplati dallo sciagurato preaccordo, nonché il raddoppio del premio assicurativo, il previsto incremento del 4,85, si dimezza ad appena il 2,44%"

Ora che il settore sia in sofferenza economica e che questa sia di tutta evidenza credo che sia noto a tutti, così come che, a memoria di convenzionato, nessun ACN ha potuto ripianare questa situazione, proprio perché è strutturale e non contingente, non per niente la Fimmg propone una ricetta strutturale: Ri-fondazione e non contrattuale. Ciò premesso anche per prendere le distanze da certe politiche facilmente demagogiche, solo nel paese dei sogni può esserci qualcuno che pensa che nella contingenza finanziaria in cui siamo, con un accordo su un biennio economico (2006-2007) si possa dare soddisfazione al disagio economico della categoria che abbiamo individuato come strutturale. Tuttavia all'interno di risorse rigidamente preordinate dalle leggi finanziarie 2006/7/8 Fimmg è riuscita a trovare un percorso di erogazione e di attribuzione di oneri tale da poter essere considerato, insieme alla parte normativa, preparatorio alla contrattazione ed agli obiettivi che ci dobbiamo porre nell'immediato futuro con la trattativa del secondo biennio. Ma soprattutto Fimmg ha colto la necessità del-

segue a pag. 2

GIÙ LA MASCHERA

segue da pag. 1

l'urgenza e della fissazione della pattuizione onde evitare colpi di mano attuariali da parte di uno Stato alla ricerca del fondo del barile, per motivi arcinoti. Ci siamo riusciti? Ancora lottiamo, anche a dispetto dell'alleanza, di fatto, tra certe Regioni, che si sono accorte quanto il preaccordo sia lontano dalla loro piattaforma, e certi Sindacati che, pur di fare proselitismo con la disinformazione, non sono capaci di vedere gli interessi della categoria. Ritornando al passo citato, al di là dell'errore contabile, è mai possibile che ancora non si capisca che lo stanziamento o massa salariale non è influenzata dal numero delle fette in cui si taglia la torta? In tutti gli Acn l'investimento economico statale ha sempre ricompreso la quota previdenziale, il suo frazionamento, in parte a carico della regione ed in parte del medico, è un artificio contabile tra una quota non fiscalmente rilevante ed una totalmente deducibile, ma lo stanziamento proviene comunque dal monte salariale assegnato alla categoria, infatti viene definito quota di salario differito. Quanto all'affermazione che rappresenta in questo periodo il cavallo di battaglia dello SMI: **"nell'area della dirigenzagli incrementi contrattuali sono previsti al netto dei versamenti contributivi di parte pubblica ..."** e perciò **"l'1% dell'aumento del contributo ENPAM dovrebbe essere a carico delle aziende e non computato nel 4,85%"** occorre evidenziare che, premesso quanto già precedentemente sottolineato che se vogliamo fare la gara a chi chiede di più non si capisce perché rivendicare solo un 1%, se invece si tiene alla propria credibilità anche se avviene a scapito di certa facile demagogia allora occorre anche dire che la massa salariale su cui l'ARAN calcola il 4,85% non comprende gli oneri previdenziali, mentre la massa salariale su cui la SISAC calcola il nostro 4,85% comprende tutti gli oneri previdenziali già a carico delle aziende. La differenza di metodo del calcolo trova giustificazione nel fatto che, al contrario della nostra categoria, per i dipendenti da tempo non si sono verificate, e non sono previste per il futuro, variazioni della percentuale di contribuzione che complessivamente è di circa il 33%.

Per aggiungere al 4,85% il costo previdenziale occorrerebbe cambiare la legge finanziaria, aumentando le risorse destinate alle convenzioni. Chi non lo desidererebbe? Ma è fattibile, tenuto conto che verosimilmente s'innescerebbe, fra l'altro, una rincorsa al presupposto adeguamento economico per i contratti già conclusi? In quanto tempo tutto questo si perfezionerebbe? Con quali strumenti? Aspettiamo che lo SMI indichi alla categoria le iniziative di lotta che intende proporre e la loro economicità rispetto all'obiettivo. Come coraggiosamente ha fatto lo Snami con il neologismo di "firma tecnica", che come a tutti è noto è quello strumento giuridico/notarile col quale è, ad esempio, possibile firmare il rogito di acquisto di un immobile senza pagarlo e avendo diritto a riscuoterne la locazione!!! Giù la maschera: tutta questa è lotta per la sopravvivenza associativa, non coscienza rappresentativa categoriale.

ABOLITO IL CERTIFICATO DI RIAMMISSIONE PER ALIMENTARISTI

Si ricorda ai Colleghi che il certificato di riammissione al lavoro per i lavoratori del settore alimentare, assentatisi dal lavoro per oltre 5 giorni, è stato definitivamente abolito con la L.R. 24 giugno 2003, n.11, che prevede, tra l'altro, anche l'abolizione del libretto di idoneità sanitaria.

Con successive indicazioni operative del 18 novembre 2005, la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della R.E.R., a proposito del certificato di riammissione si esprime in maniera inequivocabile:

"Alla luce del quadro normativo delineato dalla più recente legislazione comunitaria, nazionale e regionale si ritiene di poter affermare che **tale prescrizione risulta superata**. Se la ratio sottostante l'abolizione della obbligatorietà del libretto sanitario risulta essere quella di eliminare funzioni che si sono dimostrate inutili e inefficaci in termini di risultati per la prevenzione, inducendo, tra l'altro, "false sicurezze" negli operatori del settore alimentare, la medesima ratio vale per il certificato di cui trattasi, stante la sua inidoneità - in quanto adempimento burocratico - a garantire l'assolvimento degli obblighi di salvaguardia della salute collettiva".

IL CONSIGLIO DEI MINISTRI APPROVA L'ATTO DI INDIRIZZO

30 gennaio 2009

Il Consiglio dei Ministri si è riunito oggi, alle 12.50, a Palazzo Chigi

Omissis

Il Consiglio inoltre, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Maurizio Sacconi, ha espresso avviso favorevole sull'atto di indirizzo integrativo per il rinnovo degli accordi collettivi nazionali 2006-2009 relativi ai medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialistica convenzionata.

Omissis

La seduta ha avuto termine alle ore 14,05.

F.I.M.M.G. - FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI MEDICINA GENERALE
BOLLETTINO DELL' EMILIA ROMAGNA
ORGANO UFFICIALE DELLA F.R.E.R.

Direttore: STEFANO ZINGONI Direttore responsabile: PIETRO VELONA'
Comitato di redazione: ARGENTI, CASAROLI, CINTORI, GRASSI, LE PERRA, PARODI, RAGAZZINI, SACCHETTI, STELLA, SUBINI.
Sede, Amministrazione e Pubblicità: Via Todaro, 8

40126 Bologna - Tel. 051247337 - Fax 051247338

e-mail emiliaromagna@fimmg.org

STAMPA : Tipografia Alfa Beta Bologna

UTILIZZO DEL RICETTARIO E ESENZIONE TICKET

Le precisazioni della FIMMG regionale

La FIMMG regionale è intervenuta in merito ai contenuti delle circolari regionali 8/2008 e 9/2008, formulando alcune precisazioni in tema di **Utilizzo del ricettario e Modalità di attestazione dell'esenzione ticket sulla ricetta** per una migliore intellegibilità delle "nuove disposizioni operative" e richiedendo una riformulazione delle indicazioni trasmesse ai medici al fine di evitare fraintendimenti e disagi prescrittivi/erogativi sia per i medici che per i cittadini.

1. Utilizzo del ricettario: l'utilizzo esclusivo del ricettario regionale è riservato ai medici in regime di convenzione ed ai medici dipendenti, "nell'ambito dei rispettivi compiti istituzionali", risultandone ovviamente "escluso l'uso per prestazioni rese in regime libero professionale". Appare opportuno rimarcare, a maggior chiarimento per i medici prescrittori ed i cittadini, che il ricettario è quindi legittimamente utilizzabile da parte dei medici per tutte le prescrizioni effettuate gratuitamente dagli stessi professionisti, **indipendentemente dal fatto che le prestazioni conseguenti (farmaci accertamenti o altro) siano concedibili o meno dal S.S.N.**

2. Sempre in tema di utilizzo si ritengono utili alcune precisazioni circa il comma 2 e 3 del titolo Uso del Ricettario a pagina 3 della richiamata circolare regionale e precisamente :

Nel comma 2 : Si ribadisce che le prescrizioni di prestazioni a carico del SSN devono essere fatte **esclusivamente** sui ricettari SSN a lettura ottica (decreto 17 marzo 2008, relativo al comma 2 art. 1)... ; con ciò

intendendo che tutte le prescrizioni di prestazioni erogabili a carico del SSN debbono essere prescritte esclusivamente su ricettario SSN, e non su altro modulo, in quanto la ricetta SSN è titolo unico ed esclusivo per usufruire delle prestazioni a carico del SSN. In assenza del quale la prestazione non può essere resa a carico del SSN.

Nel comma 3, infine, si indica che il ricettario è destinato alla prescrizione per l'erogazione (cioè per l'ottenimento) di prestazioni sanitarie con onere a carico del SSN presso strutture pubbliche o private accreditate (per esempio richiesta di cure termali, ricoveri in strutture convenzionate). Se la prestazione è richiesta su modello o ricettario diverso (per es. ricettario personale) non può essere posta a carico del SSN.

Da quanto prima evidenziato si evince chiaramente che il ricettario SSN **può** essere utilizzato in via esclusiva nell'ambito dei propri compiti istituzionali dai medici aventi titolo per tutte le prescrizioni effettuate nei confronti dei cittadini, indipendentemente dal fatto che le prestazioni conseguenti siano o meno concedibili dal SSN. Le prescrizioni che comportino l'erogazione di prestazioni a carico del SSN **debbono** invece essere **obbligatoriamente** effettuate sulla ricetta SSN.

3. Modalità di annotazione dell'esenzione: si ritiene utile precisare che *L'esenzione deve essere sempre indicata dal Medico, ma solo per le prestazioni esenti per patologie.* Si tratta di una necessaria precisazione, da puntualizzare sia per i cittadini che per gli operatori del CUP: l'esenzione per reddito è auto-certificata dal cittadino avente diritto.

TAVOLO REGIONALE DELLE NUOVE TECNOLOGIE

Da alcuni mesi la FIMMG regionale ha sollecitato e ottenuto dall'Assessorato l'apertura di un tavolo tecnico di confronto sulle nuove tecnologie con la partecipazione oltre che dello stesso Assessorato anche della Società CUP 2000.

Nell'ultima riunione la FIMMG ha sottolineato come criticità il fatto che una serie di iniziative intraprese dalla Società CUP 2000 coinvolgano sempre più spesso i MMG come semplici fruitori passivi, senza che si siano discusse ed eventualmente condivise con le OO. SS. a livello politico/

programmatico regionale le scelte portate avanti da Assessorato e Società CUP 2000. Gli esempi sono numerosi e riguardano la cartella CUP 2000 per il Progetto Diabete, il passaggio della proprietà degli hardware del Progetto SOLE dalle ASL a CUP 2000, l'ormai annoso problema inerente la gestione del Progetto SOLE e del catalogo SOLE, la iniziativa di superamento, a favore della proposta fatta da CUP 2000, delle reti orizzontali esistenti tra MMG.

A fronte di tutto questo la FIMMG regionale ha chiesto la

sospensione del tavolo tecnico e la convocazione di un Comitato Regionale sul tema delle politiche nel settore della Medicina Generale della Società CUP 2000 concordate con l'Assessorato.

Quanto sopra allo scopo di esprimere un parere, in una sede istituzionale, sulle scelte che questa Regione ha intenzione di fare in materia di ICT dopo aver ricevuto una doverosa e completa informativa necessaria a precisare, se sarà il caso distinguendole, le responsabilità di ciascuno.

L'ASSISTENZA INTEGRATA AL PAZIENTE AFFETTO DA DIABETE TIPO 2 DA PARTE DEI MMG ASL DI IMOLA: ANALISI DI 5 ANNI

S. Ehrlich, M. Baldini, A. Vacirca, P. Zaccherini et al.

Lo studio è stato realizzato grazie a 48 MMG che hanno dato il consenso all'estrazione dati (esami laboratorio, terapie, decessi, ecc.) di 1640 pazienti in 5 anni dal 2002 al 2006; di questi, 18 MMG (*Albertazzi Ilario, Aldrovandi Emanuela, Barducci Andrea, Barilli Aldo, Beghini Franco, Buscaroli Vanni, Cerullo Angelina, D'Angelo Daniela, Ehrlich Shirley, Lanosa Gisella, Lincei Lavinia, Malavolta Gabriella, Marocchi Mauro, Mirri Gian Franco, Orselli Daria, Senaldi Roberto, Spada Catia, Veronese Enzo*) hanno compilato anche 409 schede riguardanti stili di vita e misure antropometriche dei pazienti.

PREMESSA

Il diabete mellito è una patologia cronica in progressivo aumento di incidenza e prevalenza a causa soprattutto dell'aumentato benessere e a non salutari stili di vita. L'ASL di Imola ha avuto un incremento del 36% di pazienti affetti da DM dal 2002 (2538 pazienti) al 2006 (3940) (dato ottenuto dall'incremento delle esenzioni ticket con codice 013.250); nella Regione E.R. sono noti 125.637 pazienti affetti da DM. Tutti e 100 i MMG dell'ASL di Imola partecipano al Progetto Diabete dal 2001 dopo aver effettuato un percorso di condivisione sulle linee guida con gli specialisti diabetologi di riferimento in tavoli paritetici.

Tutti i dati raccolti sono stati confrontati e classificati come da Linee Guida per gli indicatori di qualità (struttura, processo, esito) S.I.M.G., standard valutati - data base *Health Search*; ESH (European Society of Hypertension); ESC (European Society of Cardiology); NCEP-ATPIII (National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III); Standard italiani per la cura del diabete mellito 2007 elaborati da A.M.D (Ass. Medici Diabetologi) e S.I.D (Società Italiana di Diabetologia).

LA RICERCA È DIVISA IN 2 RAMI:

1. Dati di laboratorio (8 parametri) di 5 anni (2002-2006) di 1690 pazienti affetti da DM tipo 2 (807 F vs 883 M)
2. Dati di un gruppo di pazienti (182 F vs 227 M) per i quali sono stati compilati questionari (25 item) da 18 MMG sulla gestione del DM dal 2002 al 2006 dai parametri del rischio CV, alla terapia e stili di vita ecc.

OBIETTIVI PRIMARI

1. Migliorare la prevalenza, ridurre i casi di diabete mellito di tipo 2 misconosciuti
2. Efficienza del follow up annuale secondo indicatori di processo in relazione al genere ed a fasce d'età
3. Definizione e controllo del rischio CV diviso per genere e fasce d'età.

MATERIALI E METODI

- Reclutamento MMG ASL di Imola su base volontaria (dagli autori della ricerca autonomamente gestiti)
- Adesione di 7 gruppi di MMG e 4 Colleghi che aderiscono ad altri Reti o Gruppi, per un totale di 48 MMG.
- Estrazione dei pazienti diabetici assistiti dai MMG singoli (Servizio Distretto ASL) diviso in fasce d'età (<65aa, 66-75aa, >75aa)
- Costruzione di un questionario (ex novo): 25 item con risposte codificate (chiave allegata a tutti i MMG - sulla base dei dati SIMG "Indicatori di qualità e standard nell'assistenza al paziente diabetico mellito tipo 2 in MG"); distribuzione con istruzione autonoma.
- Recupero degli esami di laboratorio di 5 anni (2002-2006) dei pazienti identificati (glicemia, emoglobina glicata, microalbuminuria, creatinemia, colesterolo, HDL-colesterolo, trigliceridi, LDL-colesterolo). I Colleghi di Medicina, che sono entrati nel comprensorio imolese solo dal 2004, hanno fornito dati di laboratorio solo per 3 anni di attività
- Elaborazione statistiche dei valori per anno distinte per genere
- Raccolta dei questionari compilati per ogni anno (2002-2006)

prodotti dai 18 MMG

RISULTATI: PUNTI SALIENTI (dati preliminari non definitivi in via di elaborazione ed approfondimento)

Primo ramo della ricerca - 1690 pazienti

- La riduzione della **microalbuminuria** (% divisa in <30mg/24h, fra 30-300mg/24h e >300 mg/24h) nei 5 anni è risultato del 29% nei M>75aa, del 64% nei M 66-75aa, del 57% nei M<65aa; del 78% nelle F<65aa, del 58% nelle F66-75aa; si è invece rilevato un incremento della microalbuminuria (30-300mg/24H) del 26% nelle F >75aa.
- Valori **HDL -colesterolo** in % (LG = <46mg/dl per F e <40mg/dl per M) sono stati migliorati nel corso dei 5 anni: del 60% (F>75aa), del 111% (F66-75aa) e del 85% (F<65aa) vs M del 80% (>75aa), del 250% (M66-75aa) e del 94% (M<65aa)
- La **glicemia** è stata esaminata nelle 3 fasce d'età per ogni anno con i seguenti risultati: F>75 anni = Media 132 (dev standard da 30.97-35.53), F 65-74 = Media 142 (dev. standard da 31.98-39.12), F <65 anni = Media 139 (dev. standard da 31.08-37.73 vs M >75anni = Media 136 (dev.standard da 27.67-39.77), M 65-74anni = Media 142 (dev. standard da 31.96-34.31) e M <65anni= Media 146 (dev standard da 34.17 a 46.58).
- Il cambiamento della **emoglobina glicata** nei due generi a confronto ha visto un netto contenimento con una riduzione delle glicemie alte (7.6-8.5% e >8.6%) nella media di 5-8% nei M, e un peggioramento nelle F specie nella fasce d'età (66-75aa) e (<65aa) del 10-12%.

Secondo ramo della ricerca - 409 pazienti

(così divisi in fasce d'età: 67 M < 65 anni, 94 M 65 - 74 anni, 66 M >75 anni e 49 F < 65 anni, 62 F 65 - 74 anni, 71 F >75 anni).

Sono state esaminate anche le cartelle cliniche di questi, procedendo alla verifica di molti parametri fondamentali ai fini della prognosi oltre che alla stadiazione di questi pazienti e per indicatori di processo:

- Valutata la familiarità: % registrazione (da 82-90% per i M e da 94-99% per le F)
- Effettuata la registrazione delle comorbidità: quella prevalente è risultata per tutte le fasce d'età l'ipertensione arteriosa, seguita dalla dislipidemia e/o obesità.
- Stadiazione dei valori pressori, M e F dove è emersa la netta prevalenza del grado 1 nelle F in tutte le fasce d'età con una media di rilevazione PA del 3-4 volte all'anno dal MMG (come da LG)
- La terapia prevalente per tutti era farmaci del gruppo Ace inibitori/Sartani (come da LG)
- Insufficienza Renale Cronica valutata con la formula di Cockcroft -Gault ha evidenziato: lo stadio 1 e 2 prevalente nelle femmine e lo stadio 3 nei maschi che avanza dal gruppo <65aa a quello >75aa in maniera inesorabile in tutte le fasce d'età con un 24% nel 2002 M (75>aa) al 45% nel 2006 (M>75aa): stadio 3 assente nelle femmine.

CONCLUSIONE

Molti parametri sono ancora in via di elaborazione: come i motivi di ricovero dei 409 pz (DRG), i motivi di decesso (è deceduto solo un paziente di questi 1690 pazienti nei 5 anni di ricerca) anche nei 20 mesi successivi, i farmaci assunti da tutti i pazienti (elaborati dal Serv. Farmaceutico dell'ASL) in via di elaborazione ora da un esperto di Statistica medica, ecc.

Il lavoro di questa ricerca ci ha permesso di evidenziare quanto l'impegno del MMG documentato può migliorare le conoscenze epidemiologiche sulla prognosi. Inoltre la collaborazione in tandem con gli Specialisti evidenzia l'importanza del primo livello qualificato. Il monitoraggio del paziente affetto da DM tipo 2 (con basso livello di complicità) in maniera globale permette di fare la vera prevenzione primaria secondaria e terziaria in maniera efficace.