

PPI: appropriatezza prescrittiva e addebiti ai MMG

Da 7 euro a 1500 a medico di famiglia. I distretti dell'Azienda sanitaria unica delle Marche hanno iniziato a chiedere indietro le cifre per prescrizioni "inappropriate". Alcuni medici hanno pagato, altri no. In ogni caso si è passati ai fatti, dopo le lettere dell'Asur che denunciavano lo scostamento dalla media prescrittiva distrettuale. A Pesaro hanno ricevuto molte decine di medici e per 50 si sono evocati prelievi forzosi in busta paga tanto da scatenare una presa di posizione dei sindacati locali, Fimmg e Snamì in primis, e dell'Ordine guidato da Paolo Battistini. A San Severino Marche (Macerata) rispetto a un numero ridotto di medici nel mirino c'è stato il caso più eclatante: un medico ha chiuso lo studio per protesta, evento che ha acceso i riflettori mediatici. È dei giorni scorsi la prima chiarita con l'incontro tra sindacati e direttore di Area Vasta e con il pool di monitoraggio della spesa farmaceutica: sarà un osservatorio "bilaterale" medici-tecnici Asl ad occuparsi dei singoli casi, e non si passerà subito ai bonifici o alle trattenute. La stretta nasce dal decreto sui livelli essenziali di assistenza che ribadisce le regole sull'appropriatezza prescrittiva e affida alle regioni il potere sanzionatorio sui medici "spendaccioni", ma anche dalla delibera 636 Marche che ha sollecitato le Aree Vaste ad avere più controllo della spesa, in particolare quella relativa a 22 principi attivi. L'Asur ha minacciato di spedire alla corte dei conti i medici che mostrino scostamenti significativi per categorie farmacologiche come gli inibitori di pompa (note 1 e 48) le statine (nota Aifa 13) i farmaci per la broncopneumopatia e l'asma. Tutto in un contesto dove l'azienda sanitaria regionale a fine mese già manda ai medici di famiglia "pagelle" sotto forma di faccine, quella triste se si spende troppo. Fino a due settimane fa però non era stato chiesto di rimborsare spesa impropria.

«I politici hanno fretta di conseguire risparmi e anziché concordare i percorsi con noi passano a misure repressive sulla spesa farmaceutica, la punta dell'i-

ceberg. Ciò crea incertezze nel comportamento prescrittivo di molti colleghi», spiega Dario Bartolucci vicesegretario Fimmg Pesaro che ha seguito con le altre sigle gli incontri con la direzione d'Area Vasta e il pool di monitoraggio della spesa farmaceutica. «A parte alcuni casi purtroppo "indifendibili" (farmaci per la prostata prescritti a donne e viceversa, occasionali prescrizioni a defunti, generate ad esempio dalla partenza in automatico di ripetizioni di ricette per pazienti appena deceduti nelle case di riposo) abbiamo ottenuto che tutti i prelievi forzosi siano rimandati all'Osservatorio regionale appropriatezza, composto anche da colleghi, che valuterà caso per caso gli sforamenti», dice Bartolucci. «Siamo inoltre riusciti a far sì che per i farmaci oggetto degli ultimi report i medici con forti scostamenti sulla media anziché puniti siano destinatari di una formazione sulla prescrizione. Per inciso, le stesse regioni sbagliano, indirizzandoci per una patologia su una molecola più vecchia rispetto a un'altra salvo poi scoprire che la seconda, una volta genericata, costa meno ed è più conveniente per tutti. Inoltre non sempre prescrivere meglio significa abbattere la spesa, sugli anti-Bpco censiremo i cronici così da fare in modo che chi li consuma sporadicamente una volta che li utilizza meglio ne fruisca per tutto l'anno». Altro risultato: «Il comitato d'area Vasta dovrà essere tempestivo a comunicare ai medici se ci sono incongruità nella lista dei farmaci prescritti. Dunque prima delle multe, giunte con mesi di ritardo, il medico sa già se sta operando correttamente e viene avvisato in caso negativo. Anche in caso di errori -sottolinea Bartolucci-nella nostra categoria ci sono attenuanti. Per la prescrizione indotta dagli specialisti ospedalieri per la quale non possiamo pagare noi ultimo anello della catena. E del resto la sanità è un palloncino, se ne comprimi una parte si gonfia l'altra, e se si gonfia la spesa ospedaliera sono guai. La priorità - conclude Bartolucci - è ora ripristinare la tranquillità e fare in modo che non si prescrivano ad esempio molecole vecchie per la paura di finire nel mirino Asur; personalmente diffido di più di colleghi "ipoprescrittori" e sotto media che di quelli un po' al di sopra della soglia, questi ultimi per lo più cercano di curare con attenzione il proprio paziente».

“U turco dette 'a risposta dopo sette anni”

I vecchi proverbi siciliani (esempio di una cultura frutto di una storia millenaria di popoli e genti dalle più svariate etnie e di differenti culture) difficilmente sbagliano e anche questa volta ci hanno azzeccato in pieno anche se sono passati solo pochi mesi e non sette anni....

Nel mese di agosto 2017 il problema dei PPI "l'affaire PPI" suscitò una serie di polemiche strumentali sia in campo scientifico (vedi le prese di posizioni di autorevoli esponenti della medicina dell'area gastroenterologica della medicina generale nazionale e della medicina specialistica) e sia da parte di alcune sigle sindacali marginali e poco rappresentative del mondo della medicina generale per un presunto "allarmismo sociale" che una informazione chiara ed esplicita sull'uso e abuso dei PPI avrebbero potuto ingenerare nell'opinione pubblica.

Apriti cielo!: Telefonate, convocazioni.... Solo per aver tentato di intraprendere un'azione sindacale che meglio avrebbe potuto tutelare i medici (leggi impedire ulteriori sforamenti dalla media prescrittiva nazionale e quindi in ultima analisi evitando quindi addebiti anche burocratici da parte delle ASP) e sia per motivi etici che le recenti acquisizioni scientifiche sui possibili gravi effetti collaterali ingenerati da un uso prolungato e non appropriato di tali farmaci.

Sicuramente una tale azione sindacale come si vede ben supportata da nuove e documentate evidenze scientifiche ha permesso almeno in Sicilia di limitare addebiti ai medici prescrittori e forse ha evitato in qualche caso anche l'insorgenza di gravi effetti collaterali ai pazienti!

Paolo Giarrusso

Direttore responsabile di Palermo Medica

“Medici che salvano vite umane”

Elogio della medicina generale, che può veramente salvarci la vita «Mi sono iscritto a medicina perché ero attirato dalla sua aura di eroismo, dalla possibilità di intervenire per risolvere un problema pericoloso.

È stata la sala operatoria, ovviamente, a catturarmi.

È lì, del resto, che vengono salvate le vite».

Atul Gawande, chirurgo statunitense e Professore alla Harvard Medical School, ricorda così l'inizio della sua carriera [...] di Giulia Cavalcanti «Mi so-

Continua da pag. 1

Medici che...

no iscritto a medicina perché ero attirato dalla sua aura di eroismo, dalla possibilità di intervenire per risolvere un problema pericoloso. È stata la sala operatoria, ovviamente, a catturarmi. È lì, del resto, che vengono salvate le vite». Atul Gawande, chirurgo statunitense e Professore alla Harvard Medical School, ricorda così l'inizio della sua carriera in un articolo sul New Yorker, pubblicato in italiano da Internazionale.

«Chirurgia significa intervenire in un momento critico della vita di una persona, con un risultato chiaro, calcolabile e spesso risolutivo. In confronto – prosegue –, la medicina generale sembrava vaga e incerta.

Quante vittorie potrai veramente ottenere ricordando ai tuoi pazienti di prendere le loro medicine, ma solo meno della metà di loro ti ascolta?

Di perdere peso quando solo una piccola percentuale ci riesce? Di smettere di fumare?

Di risolvere i problemi con l'alcol?

Di presentarsi per la visita annuale, che in ogni caso non sembrava servire a molto? Volevo fare un lavoro che contasse veramente. Ho fatto il chirurgo».

Ma una serie di storie di pazienti e di medici di base hanno fatto cambiare idea sulla medicina al dottor Gawande. Il succo del suo lungo articolo, in fondo, è probabilmente riassumibile in una delle frasi del chirurgo:

«Il successo non coincide con una vittoria momentanea ed episodica, anche se questa ha certamente un ruolo importante. È lo sviluppo a lungo termine di passaggi gradualmente che produce un progresso duraturo».

Ed è questo il segreto del successo della medicina generale.

Ci sono degli studi che dimostrano che i Paesi con più medici di base hanno tassi di mortalità più bassi, incluse la mortalità infantile e quella dovuta a condizioni specifiche come malattie cardiache o ictus. Altri hanno scoperto che coloro che si affidano abitualmente al proprio medico di base hanno un tasso di mortalità più basso di cinque anni rispetto agli altri.

Nel Regno Unito, dove i medici di famiglia vengono pagati per lavorare nelle zone più povere, l'incremento del 10% della medicina generale ha migliorato la salute della popolazione in un modo tale che anche se si aggiungessero dieci anni alla vita dei cittadini, gli effettivi benefici ottenuti non verrebbero equiparati.

Un'altra ricerca ancora ha esaminato le riforme sanitarie spagnole che hanno rinforzato l'assistenza primaria (costruendo nuove cliniche, aumentando gli orari di lavoro, pagando le visite domiciliari): dopo 10 anni, nelle regioni che avevano varato queste riforme il tasso di mortalità è crollato, ed è diminuito ancora di più dove queste novità erano state introdotte prima.

Insomma, la medicina generale fa bene alla salute delle persone. Forse anche più, a lungo termine, di un chirurgo. Perché? Per il rapporto che si instaura tra il medico e il paziente.

Gawande l'ha capito quando si è accorto che i medici di base chiamavano i propri pazienti per nome, ne conoscevano non solo la storia clinica ma anche gli stili di vita, la dieta, con quali malattie avevano familiarità – perché magari hanno curato anche i loro genitori, i fratelli o i figli.

Il medico di famiglia sa del mal di schiena di tre mesi fa e dell'influenza particolarmente aggressiva della scorsa primavera. È proprio il rapporto che

si instaura con il medico ad essere la chiave di volta che spinge il paziente a rivolgersi al proprio medico di base non appena lamenta qualche sintomo potenzialmente pericoloso. Ed è stato documentato che basta questo per dare un contributo significativo alla diminuzione dei tassi di mortalità.

‘Il medico che ti salva la vita’ è il titolo che ha scelto Internazionale per la copertina del numero con l'articolo del dottor Gawande. Eppure la società non identifica i medici di medicina generale come coloro che salvano vite: «D'altro canto – è l'esempio riportato da Gawande – nonostante sia ben noto che la manutenzione dei ponti sia molto più conveniente, continuiamo a utilizzare fondi per pagare la costruzione di nuovi ponti.

Il motivo è ovvio. Una costruzione assicura un successo immediatamente ben visibile; la manutenzione no.

Per caso c'è un politico che è stato premiato perché non è crollato un ponte?».

La prima cosa che fanno i familiari di un malato quando il chirurgo esce dalla sala operatoria annunciando che l'intervento è riuscito è ringraziarlo senza sosta. Gli ha salvato la vita, non c'è dubbio. Ma chi è che si è accorto della patologia? che ha riscontrato dei valori strani nelle analisi del sangue? Che ha convinto il paziente a farsi visitare da uno specialista?

Nel prossimo futuro la causa principale di morte sarà l'ipertensione non controllata, che può svilupparsi in ictus, infarti o demenza. Il 30% degli americani soffre di pressione alta, ma solo la metà di questi viene curata in modo adeguato. Nel mondo la situazione è anche peggiore: un miliardo di persone con ipertensione, e il 14% curato adeguatamente. «Una cura adeguata per l'ipertensione è come la manutenzione del ponte – spiega Gawande –: necessita di un monitoraggio continuo e graduale e richiede aggiustamenti specifici con il trascorrere del tempo, ma evita disastri costosi. Eppure, i chirurghi dispongono di risorse, riconoscimenti e personale infiniti. Un medico di base ha difficoltà anche ad assumere un infermiere o ad investire in tecnologie avanzate che consentono di controllare i livelli di pressione dei propri pazienti ipertesi».

E i prossimi anni saranno anche peggiori: «Nell'era in cui abbiamo informazioni su tutto, sarà evidente – prevede Gawande – che la vita di tutti è una condizione preesistente che attende di realizzarsi.

Prima o poi scopriremo tutti di avere una malattia cardiaca, o un tumore, o una qualche forma di depressione, o una malattia rara che deve essere scoperta e curata. E questo sarà un problema per i nostri sistemi sanitari, che non riconoscono valore alle cure che danno risultati in tempi lunghi.

Ma è anche un'opportunità. Abbiamo la possibilità di trasformare il corso delle nostre vite».

Da Sanità internazionale 20 novembre 2017

Questo articolo ripreso integralmente dalla rivista "Sanità internazionale del 20 novembre 2017" non ha bisogno di alcun commento. Appare sorprendente come tali opinioni vengano espresse chiaramente in letteratura internazionale e mentre siano totalmente ignorate da parte di alcuni medici strutturati che erroneamente credono che solamente loro "salvino vite umane". ... Chi vuole intendere, intenda! Ovviamente anche questa nota rientra di diritto nella serie dei vecchi proverbi siciliani alla voce "corri corri, ca ca' t'aspiettù".

Paolo Giarrusso

Cosa ci aspetta nel 2018?

di Silvestro Scotti*

Possiamo definire un elenco degli obiettivi che ci diamo per il 2018 e metterli in fila, in ordine di importanza.

Meno facile immaginare quali saranno i risultati del nostro impegno, su cui peseranno tante variabili a cominciare dall'esito dell'ormai prossimo confronto elettorale.

Al primo posto c'è certamente il rinnovo dell'ACN che, come ha ribadito anche l'ordine del giorno uscito dal nostro Consiglio Nazionale del 16 dicembre, deve puntare a un rimodellamento delle attività territoriali della Medicina Generale che superi rigidi schemi di applicazione che, peraltro in assenza di risorse, solo in poche aree del Paese hanno trovato attuazione.

È necessario affrontare il riposizionamento dell'assistenza primaria creando nuovi scenari di contrattazione che, oltre al tradizionale rapporto con le Regioni e il Ministero della Salute, aprano un tavolo di confronto serio e costruttivo anche con il Ministero del Lavoro e dell'Economia. Occorre, infatti, dare sostegno ai fattori produttivi e alla creazione di nuovi posti di lavoro per collaboratori di studio, infermieri e assistenti sanitari, ormai indispensabili per la presa in carico delle persone. È un tema che non si può rinviare se si vuole, come si dice da tempo, che fragilità, domiciliarità, cronicità e prevenzione trovino negli studi dei medici di famiglia una risposta efficace dal punto di vista clinico e una porta di ingresso necessaria per accedere ai livelli specialistici.

Indispensabile, sempre declinando appropriatezza e prossimità, sarà moltiplicare nei territori le esperienze di prestazioni di diagnostica clinica, anche in telemedicina, ormai facilmente accessibili, superando il meccanismo di pagamento a prestazione a favore di quello di presa in carico.

E tutto questo sarà possibile a partire da un positivo esito dei tavoli di confronto operativi, aperti ormai da mesi in AIFA, che dovrebbero riaffidare alla Medicina Generale il diritto/dovere di prescrivere farmaci di prima linea per la cura delle patologie a più alta prevalenza nella popolazione generale.

Sarà un anno che ci vedrà impegnati anche nel percorso di applicazione della legge Gelli e quindi i temi di responsabilità professionale e risk management saranno oggetto di attività di formazione e informazione.

Inoltre, dovremo vigilare affinché lo sviluppo di forme integrative di assistenza, con particolare riguardo al cosiddetto Welfare Aziendale, non si traduca in derive privatistiche volte a sostituire il nostro SSN più che a integrarne alcuni aspetti. Dobbiamo cioè ribadire che il medico di famiglia resti punto di riferimento anche per quei pazienti che potrebbero seguire percorsi di cura non più gestiti direttamente dal servizio sanitario nazionale.

Sarà un anno di sfide, un anno di duro confronto che potrà vederci impegnati anche in momenti di scontro duro, ma con un solo obiettivo: valorizzare una professione, la Medicina Generale, ormai ultimo baluardo al servizio di tutti cittadini italiani.

* Segretario Nazionale Fmmg

Novità per i primi 30 giorni di malattia

Dal primo gennaio 2018 i primi 30 giorni di inabilità per infortunio o malattia saranno coperti dalla compagnia Cattolica in coassicurazione con Groupama.

La nuova polizza prevede una serie di miglioramenti: franchigie e massimali più vantaggiosi e una presenza capillare sul territorio per definire in tempi più rapidi le procedure di liquidazione.

I sinistri che si verificheranno a partire dal primo

gennaio 2018 dovranno essere denunciati tramite Pec a:

30gginfortuni.cattolica@legalmail.it (solo per gli infortuni)

30ggmalattia.cattolica@legalmail.it (solo per le malattie)

In alternativa si potrà inviare una raccomandata a:

Società Cattolica di Assicurazione

Agenzia Romagrandirichi
Piazza Sallustio 9 - 00187 Roma

Per qualsiasi informazione si potrà chiamare il numero verde gratuito dall'Italia e dall'estero 800 50 48 50 (il numero è provvisorio, quello definitivo verrà pubblicato nei prossimi giorni su questa stessa pagina).

Il call center sarà attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 17.30 (esclusi festivi e prefestivi).

Tutti i documenti relativi alla polizza si potranno scaricare da qui: www.polizza30giornimedici.it (il link sarà attivo tra pochi giorni).

Per i casi di inabilità che si sono verificati entro il 2017 occorre invece rivolgersi alla compagnia Generali.

Tutti i dettagli e le informazioni sono disponibili qui:

nelle istruzioni all'interno del modulo Enpam oppure alla pagina web di Assicurazioni Generali.

Incidenti stradali, chiarimenti per omesso referto

I medici legali fanno un passo avanti per offrire ai colleghi, medici di famiglia in primis, un orientamento lineare sull'obbligo di referto per le lesioni da incidente stradale superiori ai 40 giorni. La Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni Simla guidata da Riccardo Zoia prende posizione dopo che a seguito della legge 41/2016 sull'omicidio stradale alcuni medici sono stati perseguiti penalmente per omissione di referto. Dal 2016 l'adempimento è obbligatorio entro 48 ore ogniqualvolta a seguito di una visita post-sinistro il medico certifi chi un prolungamento della patologia oltre i 40 giorni. In quel caso infatti le lesioni riportate si considerano gravi e chi le ha procurate va perseguito d'ufficio dalla Procura della Repubblica, mentre per le lesioni "lievi" la perseguibilità è a querela di parte lesa. La misura nasce per scoraggiare lunghe assenze e mega-risarcimenti a seguito di traumi minimi. L'inadempienza può essere "scoperta", ad esempio quando l'assicurazione chiamata a risarcire si accorgesse che manca il referto. Oggi Zoia ricorda che la segnalazione del reato perseguibile d'ufficio si fonda sulla durata della patologia segnalata dal medico certificatore che a sua volta ha significato di prognosi. Ma tale durata non si può prevedere, e in termini medico legali può essere giudicata solo a posteriori, sulla base dell'andamento clinico del paziente. E qui serve lo specialista in medicina legale.

«La valutazione medico-legale di una condizione di "malattia" intesa come da Codice Penale ai sensi dell'art. 582 può essere eseguita solo alla stabilizzazione del quadro clinico. E qui è bene intendersi che la prognosi non corrisponde affatto alla definizione di "malattia"», afferma Franco Marozzi membro

del Consiglio Direttivo Simla. «Ciò dovrebbe valere, in genere, per tutte le patologie traumatiche di non rilevante entità (per esempio i colpi di frusta). Per le condizioni previste dall'art. 583 – le cosiddette aggravanti delle lesioni personali – in linea teorica il referto o la denuncia di reato (più di frequente quest'ultimo perché i MMG sono considerati esercenti un pubblico servizio) andrebbero senza dubbio eseguite. Vi è però da dire che l'omissione di referto o di denuncia di reato, come faceva notare di recente il professor Paolo Cortivo, docente di medicina legale all'Università di Padova, è un reato di pericolo: l'interesse pubblico tutelato dalla norma è che l'autorità sia più rapidamente possibile informata dei fatti che possono rappresentare i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio. L'interesse protetto è, quindi, la tempestività della ricezione della notizia criminis da parte dell'autorità giudiziaria. Ove mancasse la tempestività temporale, il referto sarebbe una esercitazione astratta, piuttosto di disturbo che di concreta utilità per l'autorità giudiziaria, stante il fatto che un soggetto rimasto vittima di una lesione personale, quasi certamente, è stato soccorso in ambiente ospedaliero. In quella sede la comunicazione diventa essenziale per rispettare gli obblighi del legislatore. Si tratta di una interpretazione dei fatti che quanto meno tiene conto della realtà e che certo aiuterebbe l'Autorità giudiziaria a non essere sommersa da denunce che avrebbero già dovuto essere messe in opera da altri in quanto il medico di famiglia interviene in un momento, quasi sempre, successivo all'erogazione della lesione. Forse, bisognerebbe aprire un tavolo con la Fnomceo perché la stessa che ha correttamente ricordato ai medici i loro obblighi, si possa confrontare con esperti. E chi meglio della Simla – riflette Marozzi – potrebbe rappresentarli, per dare a tutti i medici, un orientamento più lineare verso norme che rischiano di produrre una serie di certificazioni eseguite solo a mero scopo difensivo con possibili gravami sull'attività dell'Autorità Giudiziaria?» SIMLA propone un tavolo con i ministeri di Salute, Giustizia e Interni: «È giunto il momento – afferma il presidente Zoia – di una riforma globale della medicina legale italiana specie per la sua attività in ambito penalistico». Il medico legale – ricorda Simla – è interessato a più ambiti, dai riconoscimenti di paternità alle indagini sulle violenze personali, sessuali, etc, a quelle tossicologiche, al riconoscimento dell'inabilità fino alla valutazione della malpractice dei sanitari. In Francia i ministeri di Giustizia e Salute sono stati autorizzati ad assumere specialisti medico-legali che operano per conto del Pubblico ministero. Per Zoia questa «potrebbe essere un'indicazione importante, ma è certo che so-

lo percorrendo una strada di confronto delle istituzioni si può sperare in un sistema realmente funzionale e stabile, omogeneamente distribuito sul territorio, in termini di prevenzione e non solo di azione improvvisata quando ve ne sia la necessità».

Data l'importanza che la tessera sanitaria avrà nel futuro riportiamo:

Punti di attivazione della tessera sanitaria ASP Palermo

ASP 206 PALERMO	
C/da Pietrapollastro	Cefalù
Corso Italia 151	Carini
C/da S. Elia	Petralia Sottana
Via Scarpello 53	Misilmeri
Via Ospedale Civico 10	Termini Imerese
Via Fisco Cali	Lercara Friddi
Via Vittorio Veneto 11	Palazzo Adriano
Via Mattarella 166	Bagheria
Via Don Giovanni Colletto 19	Corleone
Via Siracusa	Partinico
Via La Loggia 5	Palermo
Via Papa Sergio 15	Palermo
Via Giorgio Arcoleo 25	Palermo
Via Cusmano 24	Palermo
Via Turrisi Colonna	Palermo

PALERMO
MEDICA

*Si invitano i Colleghi
di comunicare
le e-mail
in Segreteria*

Richiesta dati studi medici di Medicina Generale

Ai Sigg. Medici di Medicina Generale del P.T.A. Biondo ASP di Palermo Loro Sedi

Dovendo ottemperare alla richiesta del Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica dell'Assessorato Regionale della Salute, pervenuta con nota prot. n. 1974 del 17/7/2014 dell'U.O.C. Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie dell'ASP di Palermo, si invitano le SS.LL. a trasmettere allo scrivente PTA Biondo: Dichiarazione relativa al possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente per gli Studi di Medicina Generale, anche in materia di abbattimento delle barriere architettoniche. I dati richiesti devono pervenire nel più breve tempo possibile.

Il Responsabile U.O.S. ASB
Dr. Biagio Trapani

Il Direttore del PTA Biondo
Dr. Silvio Buccellato

Parere della Fimmg in merito ai requisiti richiesti per l'apertura degli studi dei MMG e in materia di barriere architettoniche

Al Direttore U.O.C.
Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie
Ai Direttori dei Distretti sanitari n.33-42
LORO SEDI

Signori Direttori,

Si rappresenta che con autonoma determinazione in qualche occasione gli oneri a cui vengono sottoposti i MMG al momento in cui decidono di aprire ex novo uno studio professionale o di variare l'ubicazione dello studio convenzionato per l'assistenza primaria in altro locale all'interno del medesimo ambito sono stati di tale genere:

- Relazione di un tecnico abilitato e una planimetria con scala 1:100 che asseveri l'idoneità dei locali, dei servizi igienici distinti per gli assistiti e per il personale, della sala visita dotata di punto acqua ed idonea sala di attesa.
- Attestazione di abitabilità e/o agibilità e compatibilità per il tipo d'uso richiesto.
- Attestazione di assenza di barriere architettoniche per l'accessibilità agli invalidi civili.

A tali richieste ne sono state aggiunte altre concor-

date con l'U.O. Territoriale di prevenzione, nella fattispecie che gli studi dei MMG siano in possesso dei requisiti previsti dalle strutture soggette ad autorizzazione.

In pratica da quanto su esposto lo studio del MMG viene considerato spesso a tutti gli effetti un "Ambulatorio", secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

A conferma di quanto prima si rileva che in qualche occasione si è operato come se fosse stata introdotta una nuova norma di legge, nello specifico che lo studio del medico di medicina generale sia soggetto ad "autorizzazione distrettuale".

Tali pretese non supportate da corretti riferimenti normativi, mortificano e conculcano, ostacolando l'attivazione e/o la prosecuzione, il diritto del MMG di esplicare la propria attività libero - professionale in regime convenzionato, ed inoltre hanno determinato un danno economico diretto per il MMG, che ha dovuto, costretto dall'Autorità adeguare il proprio studio a standard non previsti dalla Convenzione di Medicina generale e quindi non dovuti; nonché un danno economico indiretto per il ritardo nell'inizio dell'attività convenzionale a causa dei sopralluoghi effettuati in ritardo anche a più mesi dalla richiesta.

E ciò in contrasto con quanto previsto dall'art. 35 comma 9 dell'ACN vigente che prevede: "Entro 15 giorni dalla comunicazione dell'avvenuta apertura dello studio l'Azienda procede con proprio personale sanitario alla verifica dell'idoneità dello stesso in rapporto ai requisiti minimi di cui all'art. 36 e ne notifica i risultati al medico interessato assegnandogli, se del caso, un termine non superiore a 60 giorni per adeguare lo studio alle suddette prescrizioni..." Infine alcune volte viene richiesta ai medici di pagare una tassa facendo riferimento erroneamente al DECRETO 4 giugno 2004 che tratta del tariffario unico regionale delle prestazioni rese dal dipartimento di prevenzione dove non è prevista tale fattispecie, assimilando la richiesta dei MMG a quella di Soggetti esterni, non considerando minimamente che al comma 1 dell'art. 36 dell'ACN vigente viene testualmente ad appositamente sancito che "1. Lo studio del medico di assistenza primaria è considerato presidio del Servizio Sanitario Nazionale e concorre, quale bene strumentale e professionale del medico, al perseguimento degli obiettivi di salute del Servizio medesimo nei confronti del cittadino, mediante attività assistenziali convenzionate e non convenzionate retribuite". Da ciò si deduce che tale pretesa è illegittima in quanto la richiesta di apertura o di trasferimento dello studio da parte del MMG, considerato presidio del SSN e l'eventuale sopralluogo, viene trattata alla stessa stregua di un soggetto esterno al SSN, potendosi configurare con l'adozione di tale prassi un indebito arricchimento da parte dell'Azienda per cui si porrebbe in essere l'opportunità di rifondere tali somme ai MMG.

Innanzitutto si deve precisare che il MMG esercita la propria attività professionale in un "studio medico" e che i suoi obblighi minimi derivano esclusivamente da quanto previsto dal richiamato ACN vigente all'art. 36, a cui si rimanda per ogni dettaglio. Infatti nello stesso articolo è affermato che "Lo studio del medico di medicina generale, ancorché destinato allo svolgimento di un pubblico servizio, è uno che deve possedere i requisiti previsti" per gli studi professionali.

In secondo luogo si rappresenta che ormai ci sono norme regolatorie consolidate e giurisprudenza che distinguono le caratteristiche e gli obblighi a cui deve essere sottoposto lo studio medico e i poli-studi o studi associati che esercitano la medicina di gruppo da quelli che riguardano gli ambulatori aperti al pubblico o i poliambulatori.

Solo per fare un esempio **si attenziona che la richiesta dell'assenza di barriere architettoniche** è indispensabile solo per gli ambulatori "aperti al pubblico", cioè per quelle strutture dove tutti i cittadini possono e debbono potere accedere liberamente stante che l'attività dei medici che in esse operano si svolge solo nella struttura in questione (esempio Consultori familiari). Invece il MMG esercita la propria attività nei confronti dei pazienti che l'hanno scelto e tale attività si realizza in attività di studio e in attività domiciliare. Pertanto è prassi consolidata e attuata, che ove nello studio del MMG esistono delle barriere architettoniche, il MMG si impegna per iscritto a visitare i pazienti a domicilio che non possono accedere allo studio; inoltre non viene preso in considerazione che l'ACN prevede l'Assistenza Domiciliare Programmata e Integrata (ADP e ADI) proprio per i pazienti che hanno deficit funzionali e/ o impedimenti. Né si possono pretendere sale d'attesa parametrata a flussi di persone ormai di passata memoria stante che i medici ricevono per appuntamento, infatti il richiamato articolo 36 prevede al comma 8. "Le visite nello studio medico, salvi i casi di urgenza, vengono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione."

Ancora si rappresenta che ogni iniziativa che a livello distrettuale si abbia intenzione di intraprendere dovrebbe essere concertata preventivamente con gli organismi gerarchicamente superiori a livello aziendale, che hanno funzione di indirizzo e coordinamento e ciò per mere ragioni di determinare uniformità e omogeneità di prestazioni su tutto il territorio aziendale. Immaginiamo nella fattispecie MMG divisi da una strada che delimita due distretti o due paesi limitrofi e che vengano sottoposti a due regimi differenti con evidenti sperequazioni economiche fra i MMG pur essendo sottoposti allo stesso contratto di lavoro con uguali capacità di guadagno e operando sullo stesso bacino di utenza.

In ultimo mi preme sottolineare che la materia in questione è materia da trattare primariamente a livello regionale, infatti il DECRETO 17 giugno 2002.- Direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione siciliana all'Art. 20 sancisce che: "In sede di applicazione del presente decreto il processo di accreditamento non riguarda gli studi professionali dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta né gli studi dei liberi professionisti nei quali il medico esercita la propria attività clinica nelle branche a visita esclusivamente nei confronti dei propri pazienti e per i quali si procederà con separato provvedimento, prevedendo le adeguate forme di partecipazione previste dall'art. 8 quater, comma 5, del decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni".

Il DASOE con protocollo n.237 del 19.2.2010 ha convocato una conferenza di Servizio dei soggetti interessati per una definizione di un percorso proteso alla definizione della materia. La conferenza ha concluso i lavori rimandando ad altro tavolo la individuazione e la negoziazione degli standards degli studi dei MMG e dei PLS. Le OOSS presenti hanno dichiarato che attendono con interesse la costituzione di un tavolo ad hoc che definisca di concerto gli standards e che allochi le giuste risorse, ove, la volontà politica regionale sia favorevole, affinché possano migliorare le condizioni di lavoro dei Medici e le attese dei pazienti, ovviamente tenendo conto, come presupposto negoziale delle rendite catastali degli immobili che i medici mettono a disposizione del SSR.

Il Segretario generale Provinciale
Luigi Galvano

Dottori fai da te

di Dino Artale*

Un popolo di sfigati con debolezze culturali radicate non potrebbe mai sfuggire a certe tentazioni.

Così una bellissima ricerca, condotta da Altroconsumo, svolta in collaborazione con l'Istituto Mario Negri che ha intervistato un campione di oltre mille pazienti tra i trenta e i settantaquattro anni, dimostra che molti italiani (più ancora i siracusani, ndr), quando vanno dal medico, hanno già idee chiare sul modo di essere curati, al punto che si prescrivono da soli accertamenti ed esami, insistendo per averli prescritti anche quando il medico ne mette in discussione l'utilità o si rifiuta di prescriberli.

Uno su tre non prende le medicine prescritte. E se un 25 per cento insiste perché è persuaso di dover fare un test, c'è anche all'opposto un 38% che non fa un esame o non prende un farmaco che il medico gli prescrive perché lo considera assolutamente inutile. Della serie fidarsi sì ma non troppo. E così alla fine emerge un quadro che vede il 54 % decidere assieme al medico la cura, terapia ed esami necessari, un 26% che lascia l'ultima parola al dottore mentre un bel 20 % di pazienti alla fine decide da solo il da farsi, infischandosi dei consigli dei sanitari.

Bisogna precisare che se il medico si offende quando il paziente insiste per dettargli i comportamenti prescrittivi e imporgli la propria opinione, negando la propria firma, il paziente, nel sei per cento dei casi, cambia medico.

Quella che è la normalità nel rapporto tra medico e paziente in qualsiasi paese al mondo (il medico fa il medico e il paziente fa il paziente!) In Italia subisce una deroga costante, lasciando al paziente una discrezionalità altrove ritenuta inammissibile.

Lo scoprono i nostri emigranti per necessità quando si recano all'estero dal proprio medico di famiglia. In Inghilterra, paese che importa da tutto il mondo medici di famiglia dopo un'infelice riforma sanitaria del welfare inglese che rende gravoso e poco remunerativo per i medici autoctoni questo lavoro, è frequente che l'italiano che si sogna di dire al medico cosa debba prescribergli sia cacciato in malo modo dallo studio e invitato a non farsi più vedere. Chi voglia fare la prova del nove non ha che da chiedere a qualsiasi medico straniero la prescrizione di un antibiotico. Cosa vergognosamente frequente in Italia, è interpretata come gravissima all'estero. È certissimo che il medico urlerà obbligando il paziente ad andarsene immediatamente. Pochi italiani sanno che da noi gli antibiotici non funzionano proprio per l'abuso che ne abbiamo fatto. In Inghilterra si usano ancora dosi pediatriche italiane per curare gli adulti con il massimo effetto, proprio perché nessun medico si sogna di prescriberli in maniera inappropriata.

Un medico su tre fa fare esami ritenuti inutili solo per insistenza del paziente. E se il 19 % degli italiani insiste col proprio dottore perché gli faccia fare quel determinato esame e un altro 6 %, deluso dal no, bussa ad altri professionisti, da una recente indagine della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri emerge che il 36% dei dottori ha prescritto un esame richiesto con insistenza dal paziente, anche se lo riteneva inutile.

Il sanitario cede, esasperato dalla continua richiesta del malato, ma forse anche per paura che gli siano imputati errori futuri.

"A volte si fanno fare esami in nome della "medicina difensiva", che da un lato genera sprechi di denaro pubblico di 10 miliardi di euro, circa il 10% della spesa sanitaria, in un sistema già messo alla prova da tagli, inefficienze e da casi di corruzione." Quando, poi, è il medico a proporre esami o cure, nel 50% dei casi il paziente non ubbidisce o addirittura consulta un altro medico per decidere se aderire o no ai consigli ricevuti.

Potremmo desumere che la fiducia, elemento indispensabile fra medico e paziente, sia un'opzione che si applica nella metà dei casi.

Non è un dato confortante se si pensa che una volta su due gli italiani ritengono di poter entrare, da protagonisti a pari merito, nel processo decisionale di una scienza tra le più complesse e delicate esistenti.

Mentre dalla Corte dei Conti arrivano denunce sul rischio che il servizio pubblico stia portandosi a rivolgersi sempre di più ai privati, a causa dei tagli sbagliati, degli sprechi, della corruzione, delle liste di attesa, dei costi dei ticket sempre più alti, ci sembra importante considerare che la fiducia in Italia sia un'istituzione già assolutamente crollata.

Nel frattempo si aggrava un fenomeno che era scomparso da decenni:

Il 13% degli italiani chiede prestiti per pagare le spese sanitarie. Nel 2015 un'inchiesta di Altroconsumo ha rilevato come il 13 % degli italiani doveva chiedere un prestito per pagarsi le spese sanitarie e in alcuni casi era costretto a rinunciarvi. Ora la situazione è peggiorata ancora. Non solo, l'associazione in difesa dei consumatori sottolinea che, secondo gli analisti, c'è in Italia un trend a finanziare sempre meno il servizio sanitario, che nel 2019 scenderà al 6,5% del Pil, collocando il nostro paese in fondo ai paesi Ocse.

Per quanto riguarda la medicina di famiglia non v'è dubbio che, per tutta una serie di comportamenti derivati dalle norme introdotte nel sistema sanitario, prima e dalle centinaia di decreti, dopo, sia avvenuta una progressiva delegittimazione del ruolo del medico.

I ruoli assegnati agli specialisti delle varie branche hanno indotto la convinzione che il compito del medico di famiglia fosse più burocratico che altro, mortificandone il ruolo clinico e decisionale di tutore della salute in senso lato.

Mentre lo specialista ha una visione molto parziale della salute della persona, la medicina generale e di famiglia ha una visione globale. È chiaro che l'ultima parola sulle decisioni cliniche e terapeutiche spetta solo a chi la esercita.

Quando il cittadino, opportunamente confuso da una serie di condizioni di cattivo governo dei fenomeni ormai diventato regola, ritiene di poter aver opinioni da contrapporre a un medico nel campo della salute, inizia un percorso che lo danneggerà anche economicamente.

Il laureato su Google ignora che il 57% delle notizie riguardanti la salute che trova sulla rete sono false, tendenziose, distorte da interessi commerciali. La cosa più importante che devo segnalare è che tali notizie non sono state messe in rete da medici ma da associazioni che hanno scopo di lucro.

Basterebbe questo per dubitare.

È spettacolare come persino insegnanti e altre categorie di laureati cadano nella trappola e vengano a impartire lezioni di medicina clinica proprio al medico di famiglia. Quando, in "camera caritatis", sono invitati a considerare le conseguenze di questi comportamenti incivili o assurdi, molti confessano candidamente che ritengono inadeguato cultural-

mente il loro medico e che ne utilizzano la funzione secondo criteri di convenienza, di prossimità al loro quartiere, di elasticità nel rilasciare prescrizioni e certificazioni di comodo.

Considerando che le colpe potrebbero ascrivere alla qualità del professionista e a chi lo tiene in ruoli che non potrebbe ricoprire, rimane il fatto che sostituirsi a esso o ritenersi parimenti competenti senza averne titolo, rimane una delle prove più certe di non aver capito nulla delle regole della convivenza civile e di sopravvalutazione delle proprie capacità.

Se questi sono i maestri chissà cosa saranno gli allievi!

* SIMG Sicilia, Siracusa

Tumori gastrici: PPI a lungo termine raddoppiano il rischio

da Vobis News dic. 2017

L'uso di un PPI a seguito dell'eradicazione dell'*H. pylori* porta ad un rischio più che raddoppiato di tumore gastrico, e la chiara correlazione temporale e dose-risposta fra questi due elementi suggerisce la necessità di usare cautela nella prescrizione di PPI in questi pazienti anche dopo l'eradicazione del batterio.

Queste conclusioni derivano da uno studio condotto su 63.397 soggetti da Wai Keung Leung del *Queen Mary Hospital* di Hong Kong. Lo studio, tuttavia, era di natura osservazionale, e non è in grado di provare relazioni di causa-effetto.

Pertanto, i suoi risultati sono in conflitto con un recente studio commissionato dall'FDA sul pantoprazolo, in cui questa correlazione non è stata osservata. Secondo gli esperti, il presente studio è propenso all'errore geografico, dato che è stato svolto ad Hong Kong, ed è noto che i pazienti asiatici presentano specifici fattori di rischio per i tumori gastrici. È stato dimostrato che l'eradicazione dell'*H. pylori* riduce il rischio di tumori gastrici del 33-47% ma, molti pazienti, sviluppano questi tumori nonostante la sua eradicazione. La terapia con PPI, per quanto in genere considerata sicura, è associata al peggioramento dell'atrofia gastrica, specialmente nei pazienti con infezione da *H. pylori*, ed una recente ricerca ha riscontrato un incremento del rischio di tumore gastrico del 43% nei soggetti che ne fanno uso a lungo termine, ma non è stata in grado di eliminare l'azione interferente proprio dell'infezione da *H. pylori* sull'associazione.

Secondo alcuni esperti, la maggior parte degli studi ha dimostrato che qualunque potenziale effetto dei PPI tende a scomparire con il tempo, e che la spiegazione più probabile per gli effetti collaterali osservati è da ricercarsi negli errori di indicazione piuttosto che in un qualche rapporto di causalità ma, nonostante questa ed altre limitazioni del presente studio, esso è stato comunque il primo a dimostrare una correlazione fra PPI a lungo termine e tumori gastrici anche dopo l'eradicazione dell'*H. pylori*. Questo fenomeno è probabilmente correlato con la profonda soppressione degli acidi provocata dai PPI che peggiora la gastrite atrofica, specialmente nei pazienti in cui essa è già conclamata per via dell'infezione cronica da *H. pylori*.

Palermo Medica, Anno XXXIV, n. 1, 2018; *Direttore responsabile: Paolo Giarrusso*

Editore FIMMG Palermo; Redazione P.zza Sturzo, 14 Palermo – Tel. 091 331902 - 091 331832 – E-mail fimmgpa@tiscali.it
 Autorizzazione Tribunale di Palermo n. 25 del 2 novembre 1983 - Stampato dalla Tipolitografia Luxograph s.r.l., Via Amilcare Barca, 1/h, Palermo

Le opinioni espresse nei vari articoli rispecchiano solamente l'opinione dell'Autore e possono anche essere divergenti dalla linea politica della Redazione:

tutto ciò arricchisce la dialettica all'interno della professione per un suo continuo miglioramento.

I dati relativi agli abbonati sono trattati nel rispetto delle disposizioni contenute nel D. Lgs del 30 giugno 2003 n. 196 a mezzo di elaboratori elettronici ad opera di soggetti appositamente incaricati.

I dati sono utilizzati dall'editore esclusivamente per la spedizione della presente pubblicazione.

www.fimmgpa.it

Il giornale è stato chiuso in tipografia il 12 gennaio 2018

Tiratura di questo numero: 3000 copie.

Autonomo avviso ai cittadini recanti messaggi imprecisi non in linea con le attuali normative

Al Direttore generale
 Ospedali riuniti Villa Sofia Cervello
 e p.c.
 Al Direttore generale
 ASP Palermo
 loro indirizzo pec

Egregio Direttore,

Le rappresento quanto in oggetto come da allegato che viene esposto presso i reparti dell'UO Cervello. È del tutto evidente che si tratta di una elencazione di messaggi incompleti oltre che con proposte di indagini senza i dovuti riferimenti del Nomenclatore tariffario vigente.

Peraltro in detto avviso vengo affidati compiti al Medico di Medicina generale senza, a nostra conoscenza aver mai partecipato ad alcuno accordo condiviso in linea con le normative vigenti.

In attesa di auspicare soluzioni condivise con la ASP, che legge per conoscenza, e con le rappresentanze di categoria La invito a dare disposizioni affinché sia cassato dall'avviso compiti da riferire al MMG stante che tutti gli operatori sanitari medici del suo Ospedale sono dotati di ricettario del SSN e di credenziali per la redazione della ricetta dematerializzata secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

L'occasione mi è gradita per porgerVi distinti saluti unitamente agli auguri per le prossime festività.

Il Segretario Generale Provinciale
 Luigi Galvano

Ricetta dematerializzata

Onorevole Assessore,
 Preg.mo Direttore

la gestione della ricetta dematerializzata per i farmaci e per le prestazioni di diagnostica è stata regolata negli anni da un Accordo con i MMG e i PLS ormai scaduto dal 21 dicembre 2016. (Allegato ultimo Decreto).

Orbene più di una volta è stato convocato il tavolo

nel corso del 2017 in merito, ma non si è arrivati ad una decisione in quanto l'Assessorato voleva legare l'Accordo alla implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, a detta dei responsabili di imminente realizzazione.

Purtroppo alla data odierna ciò non è avvenuto e non sono state risolte molte criticità in essere sotto diversi profili.

In conseguenza di ciò i MMG hanno dovuto anticipare per tutto il 2017 gli oneri in capo a loro per la gestione della ricetta dematerializzata e ciò non solo per le ricette di loro pertinenza ma anche per le ricette che dovrebbero essere rilasciate dai Medici specialisti ospedalieri o ambulatoriali interni che non le rilasciano se non in maniera minimale, discontinua e in pochissime strutture.

Sicuro di un sollecito riscontro l'occasione mi è gradita per porgere distinti saluti.

Dr Luigi Galvano



13° Congresso Regionale
 dei "Dialoghi di Palermo Medica"

Palermo, 10-11 marzo 2018
 Mondello

PALERMO
 MEDICA

Per notizie in tempo reale
 contattare:

- www.fimmg.org
- www.fimmgpa.it
- fimmgnotizie