

Segreteria Regionale Puglia

Prot. 72/12 del 29/05/2012

Preg.mo Sig. Assessore alle Politiche della Salute
Regione Puglia

Caro Assessore,

abbiamo ricevuto l'invito a partecipare alla seduta del CPR convocato giovedì 31 maggio 2012 alle ore 14 per discutere "sulla proposta di intervento in materia farmaceutica ai fini del contenimento della spesa e appropriatezza prescrittiva degli antagonisti del sistema renina angiotensina".

La FIMMG parteciperà a questa seduta per il senso di responsabilità che ha sempre dimostrato anche se molte sono le motivazioni e le sollecitazioni da parte degli iscritti che giustificerebbero una decisione diversa e contraria a quella appena dichiarata.

Il rapporto con la Regione Puglia e con i suoi predecessori è stato sempre caratterizzato da un grande senso di responsabilità e consapevolezza del ruolo da parte della FIMMG, che Le ricordo rappresenta la stragrande maggioranza dei medici di medicina generale con i suoi 2463 iscritti.

Abbiamo sempre privilegiato il bene comune, a cui abbiamo subordinato ogni altro interesse, anche quello della categoria che rappresento. Lo dimostrano in tutti questi anni i tanti provvedimenti del Governo Regionale realizzati con la fattiva collaborazione della FIMMG sin dalla fase della progettazione e non solo in quella operativa. Tra i tanti vorrei ricordare le autocertificazioni delle esenzioni ticket raccolte nel 2004 dai medici di famiglia, i provvedimenti sulla spesa farmaceutica (inibitori di pompa), il sostegno per la chiusura dei piccoli ospedali, la regolamentazione della prescrizione delle strisce reattive per i diabetici, l'adesione al SIST attraverso il SAR, le linee guida sulla distribuzione dell'ossigeno liquido.

La politica della concertazione e della condivisione ha consentito di raggiungere in Puglia risultati ragguardevoli nel potenziamento delle cure primarie e molti in Italia guardano con interesse allo sviluppo di questo modello pugliese della medicina generale.

Certamente innovativo, anche per l'unicità di questa esperienza in Italia, risulta il processo di integrazione della medicina nel Sistema Sanitario Regionale determinatosi con la istituzione degli uffici regionale, aziendali e distrettuali delle cure primarie. Un processo culturale complesso che registra ancora numerose resistenze soprattutto da parte di molti dirigenti e amministratori, anche del massimo livello, delle ASL che continuano a considerare la medicina generale come "controparte" e quindi estranea al sistema di Governo della sanità in Puglia.

L'associazionismo ha raggiunto percentuali elevate in tutte le provincie pugliesi. In Puglia, agli inizi del 2011, il 75% dei mmg operava in forma associata. Rispetto al 2009 vi è un incremento di tre punti percentuali.

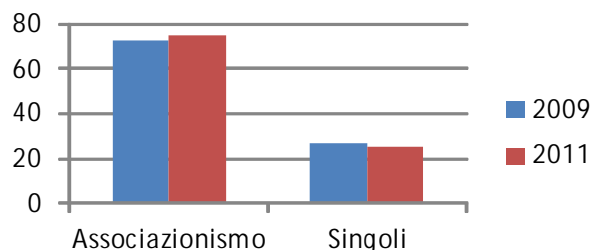


Le forme associative complesse, super rete e super gruppo, insieme rappresentano circa il 40% di tutte le forme associative, super rete al 19,13% e super gruppo al 19,55%. Segue la medicina in rete con il 17,92% e la medicina di gruppo con una percentuale un po' più bassa 11,05%.

L'associazionismo semplice è sceso al 6,84%, mentre non decolla il CPT con percentuali ancora inferiori all'unità: 0,57%.

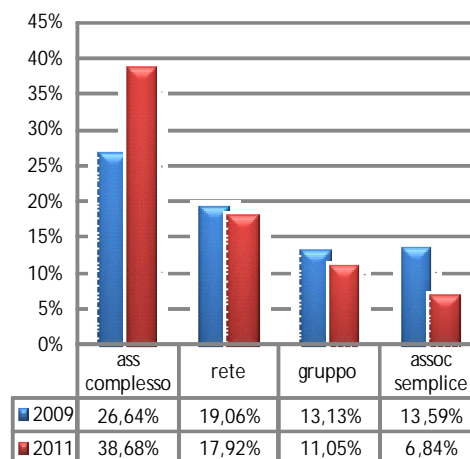
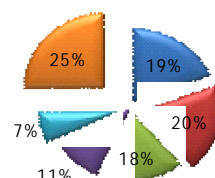
Rispetto al 2009, le forme associative complesse fanno un balzo in avanti di ben 12,04 punti percentuali, di cui 8,04% in più per la forma super rete e 4% in più per quella super gruppo.

Un vero terremoto, a discapito dell'associazionismo semplice che perde il 6,75% e in misura minore delle forme associative di gruppo -2,08% e rete -1,14%.



Medici

- Super rete
- super gruppo
- rete
- gruppo
- assoc semplice
- singoli



Apertura degli studi: anche sotto questo aspetto il modello pugliese della medicina generale rappresenta una vera e propria innovazione.

- 1008 medici, il 30,5% dei medici di medicina generale pugliesi, assicura l'apertura degli studi mediamente per 9 ore giornaliere, in quanto operano in uno studio associato (medicina di gruppo e super gruppo).
- 1222 medici, il 37% dei medici di medicina generale pugliesi, assicura l'apertura degli studi in maniera coordinata tra loro mediamente per 9 ore giornaliere, in quanto le schede sanitarie individuali sono gestite telematicamente in rete dai medici che fanno parte dell'associazione (rete e super rete).

Anche il numero di collaboratori di studio e di infermieri impegnati negli studi dei medici di famiglia appare considerevole, se paragonato a quanto accade nel resto dell'Italia. Complessivamente questo personale supera le 2000 unità. I dati sul numero degli addetti, purtroppo, non sono disponibili, possiamo invece utilizzare quello relativo alle indennità percepite dal medico. In particolare le indennità per infermiere corrisposte ai medici in

associazionismo complesso raggiungono nel 2011 il numero di 698. A questo numero bisogna aggiungere parte delle 278 indennità nazionali percepite dai medici per gli infermieri. Stesso discorso vale per i collaboratori di studio. Le indennità nazionali erogate ai medici ammontano a 1413 a cui aggiungere parte di quelle erogate ai medici in associazionismo complesso che sono pari a 834.

Il sistema delle cure primarie, così, sembra prendere forma. Ci sono in Puglia circa 1000 medici che organizzati in associazionismo utilizzano il collaboratore di studio e offrono al cittadino un servizio infermieristico.

Così, sono aumentati gli accessi per l'assistenza domiciliare. Siamo passati da 621.723 accessi in ADP nel 2009 a circa 800.000 nel 2011. Mediamente 240 accessi annui per medico. Circa un accesso in assistenza domiciliare in media al giorno per ogni medico di famiglia pugliese, considerando i giorni lavorativi.

Anche gli accessi per l'assistenza domiciliare integrata (ADI) sono aumentati. Siamo passati da 40.000 nel 2009 a circa 80.000 nel 2011. Mediamente due accessi domiciliari settimanali per ogni medico di famiglia pugliese.

La nuova organizzazione delle cure primarie ha portato anche ad un incremento delle prestazioni di particolare impegno professionale. Nel 2009 il valore di tali prestazioni si è attestato in Puglia a circa €. 8.500.000 nel 2009, mentre nel 2010 tale valore ha raggiunto i 9.000.000 di euro. Ipotizzando il costo medio di €. 10 di una prestazione di particolare impegno professionale, in Puglia si può stimare che i medici di famiglia hanno effettuato nei loro ambulatori circa un milione di prestazioni: medicazioni, rimozioni punti, vaccinazioni, posizionamento o sostituzione di cateteri, fleboclisi, iniezioni endovenose, ecc. 1.000.000 di accessi in meno negli ospedali o negli ambulatori polispecialistici!

Gli accessi negli studi dei medici di famiglia sono stati stimati in Puglia essere mensilmente pari a 700 per ogni medico con 1000 assistiti e complessivamente per medico a 8.400 accessi all'anno. Se moltiplichiamo questi accessi per i medici pugliesi, gli accessi annui negli studi dei medici di famiglia si avvicinano alla quota di 28 milioni di accessi! Senza tener conto degli accessi telefonici!

Questa nuova organizzazione ha consentito di avviare in Puglia progetti che migliorano la qualità dell'assistenza. L'ultimo accordo regionale ha fatto registrare un consenso sui progetti proposti pari al 90% dei medici pugliesi (questionario anonimo a cui hanno risposto 684 mmg). Progetti che stanno migliorando le performance professionali dei mmg. Ad esempio il 65% dei medici intervistati ha dichiarato che il calcolo del RCV gli ha permesso di prescrivere in maniera appropriata le statine.

È partito il primo aprile di quest'anno il progetto NuFoSE che rappresenta, anche questo in maniera assolutamente innovativa rispetto al panorama italiano, un nuovo modello di formazione dei medici attraverso il corretto utilizzo dello strumento informatico. Infatti, tutti i medici di famiglia pugliesi, suddivisi in piccoli gruppi composti da 13 elementi, sono impegnati a impostare la gestione delle schede informatizzate individuali per problemi. Anche in questo campo siamo antesignani in Italia, avendo concordato questa attività in seno all'AIR. Ciò determinerà una qualificazione dei malati cronici a seconda delle patologie di cui sono affetti. La conseguenza è che finalmente saranno disponibili dati reali sulla prevalenza e incidenza di queste malattie (come ad esempio diabete e ipertensione arteriosa) e i medici potranno

finalmente avviare programmi di ricerca e di valutazione delle performance, oltre ad attività di verifica della qualità dell'assistenza attraverso un confronto tra pari.

Naturalmente, i nuclei di formazione della sanità elettronica servono anche a valutare l'efficienza del sistema SIST e a favorire l'invio delle ricette elettroniche al SAR. In meno di un anno i medici pugliesi collegati al SIST sono oltre 2500 e la Puglia si colloca ora dietro sole due regioni, Lombardia ed Emilia Romagna, che però utilizzano il sistema informativo regionale da oltre 10 anni.

Nonostante il Piano di Rientro e il taglio ai finanziamenti dei progetti di piano previsti per il potenziamento dell'assistenza primaria, la medicina generale ha rappresentato e rappresenta per i cittadini pugliesi una garanzia di assistenza, in linea con i principi di universalità ed equità ispiratori del Servizio Sanitario Nazionale. L'accesso alle prestazioni di assistenza primaria, visita medica – prestazioni di particolare impegno professionale – cure domiciliari, infatti sono gratuite per tutti, cittadini italiani ed extracomunitari.

Alla proficua concertazione e condivisione sinora perseguita, in questi ultimi tempi, si è pian piano sostituita un'attività di duro confronto e talora di ostracismo svolta dalla parte pubblica che non trova ragion d'essere, ma costituisce motivo di criticità nei rapporti con il Governo Regionale che Lei rappresenta.

La rottura dei rapporti tra i sindacati di categoria della medicina generale e i vertici della ASL di Bari rappresenta solo la punta dell'iceberg di questa situazione di malessere.

È difficile immaginare di poter chiedere la collaborazione ai medici di medicina generale quando nelle ASL, ed in particolare in quella di Bari e Brindisi, gli accordi regionali non sono rispettati ed i sindacati debbono far ricorso alla magistratura per far rispettare gli accordi e le prerogative di carattere sindacale. Mi riferisco al mancato rispetto di quanto previsto dall'art. 61 dell'AIR in tema di fondi residui, al rifiuto opposto dalle ASL per l'utilizzo dei fondi residui relativi alla continuità assistenziale e ad un uso improprio dei fondi del 118 in contrasto con la programmazione regionale, ma anche alla mancata conclusione del progetto RCV. Il mancato rispetto delle norme regionali in tema di formulazione del bilancio delle ASL (art. 61 AIR) ha permesso, di fatto, agli amministratori delle ASL di chiudere il bilancio consuntivo con un saldo negativo inferiore a quello che si sarebbe consolidato se le norme regionali fossero state rispettate.

Puntualmente sono ripresi i controlli da parte della Guardia di Finanza per la spesa farmaceutica. Le porto quanto già espresso al prof. Fiore, suo predecessore, il 9/12/2009. "Premesso che abbiamo sempre condannato con ossessiva puntualità ogni tipo di reato da parte di chiunque ed in particolare da parte del personale sanitario, vogliamo ripetere oggi quello che avevamo detto nel 2003 all'allora Presidente Fitto: non possiamo accettare uno stato di polizia nella Pubblica Amministrazione. Infatti, la Guardia di Finanza, essendo un organo di polizia giudiziaria, considera tutte le irregolarità di carattere amministrativo come ipotesi di reato, rimettendo al magistrato competente la decisione di aprire un procedimento giudiziario. Demandare il controllo amministrativo alle forze di polizia significa rinunciare ai propri compiti e certificare il proprio fallimento politico. Ciò detto, comprendiamo la situazione in cui versa il Servizio Sanitario Regionale e consideriamo l'ipotesi di un protocollo di intesa con la Guardia di Finanza una risorsa se gli interventi sono mirati su casi specifici sotto la supervisione di un comitato che governi e garantisca l'intero sistema, evitando ogni tipo di degenerazione".

I controlli sinora effettuati dalla Guardia di Finanza hanno permesso di constatare la correttezza dei comportamenti dei medici di famiglia. Una constatazione che avevamo già evidenziato al Presidente Vendola il 10/1/2011. " Più volte abbiamo fatto rilevare l'inefficacia dei controlli così come sono attualmente svolti dalla Guardia di Finanza nei confronti dei medici di medicina generale". Auspicavamo una modifica del protocollo di Intesa tra Regione e Guardia di Finanza. Una proposta che rilanciamo oggi, alla vigilia di questo nuovo invito alla collaborazione.

L'assenza di qualsiasi concertazione sul progetto Nardino contribuisce ad alimentare un clima di scontro-confronto continuo, allontanandoci sempre più da quel modello di condivisione che nella nostra Regione ha prodotto molti risultati positivi. Nel caso specifico, l'ARES ha deciso di gestire il progetto intervenendo direttamente sul versante assistenziale con un coinvolgimento della medicina generale, in assenza di accordo in seno al CPR.

I fondi regionali per l'associazionismo e il personale di studio sono esauriti. Giacciono inevase molte domande di medici che intendono procedere sulla strada che insieme abbiamo intrapreso. La mancanza di fondi rischia di bloccare non si sa per quanto tempo il processo di completamento dell'associazionismo e dell'assunzione di personale di studio ed il correlato miglioramento della qualità dell'assistenza.

L'assistenza sanitaria nelle carceri mostra tutti i suoi limiti, dopo il passaggio delle competenze alle regioni e gli operatori sanitari, in particolare i medici, continuano a lamentare lo scarso coinvolgimento nei processi di riorganizzazione dell'assistenza.

Sul versante dell'assistenza farmaceutica nella ASL di Taranto è stata avviata una sperimentazione sull'appropriatezza prescrittiva con risultati lusinghieri anche sul versante del contenimento della spesa. Nella ASL di Bari una proposta analoga è stata avanzata dalla Fimmg 15 mesi or sono. La proposta prevedeva l'utilizzo degli stessi strumenti messi a disposizione dei medici di famiglia nella ASL di Verona e l'applicazione di linee guida condivise. Così facendo si sarebbero dovuti raggiungere gli stessi indici di prescrizione della ASL di Verona con un contenimento della spesa pari a 20 milioni di euro. Purtroppo, dopo più di un anno di trattative la Direzione Generale ha rinunciato al progetto.

Molti di questi temi appena richiamati le sono stati illustrati in occasione dell'incontro con la Segreteria Regionale della FIMMG circa due mesi fa. Da allora siamo in attesa di conoscere le sue risposte e le sue proposte sullo sviluppo futuro dell'assistenza primaria in Puglia. Purtroppo, sino ad oggi non c'è stata l'opportunità di un confronto con le organizzazioni di categoria in seno al CPR.

Ci sembra quanto mai opportuno, pertanto, alla luce di quanto sinora illustrato che Lei sia presente e presieda la seduta del CPR del 31 maggio p.v., nonostante la nostra Regione e l'Assessorato alla Salute in particolare abbiano a disposizione Dirigenti in grado di consentire, unico caso in Italia, di raggiungere in così poco tempo risultati economico-finanziari come quelli stabiliti dal Piano di Rientro. Un'occasione irripetibile quella del prossimo CPR per riavviare l'interlocuzione politico-sindacale senza la quale tutto il resto può apparire superfluo. Per questo, Le preannuncio, che in caso di assenza chiederemo di aggiornare i lavori del CPR.

Colgo l'occasione per inviarLe i miei più cordiali saluti.

Bari, 29 maggio 2012



Filippo Anelli