

Avv. Michele Langiulli  
Via De Rossi n. 5  
70016 Noicattaro (BA)  
Tel. e Fax 0804780556

**ALL'ASSESSORE ALLE POLITICHE DELLA SALUTE REGIONE PUGLIA**

**ATTO DI DIFFIDA STRAGIUDIZIALE**

Il sottoscritto dott. Filippo Anelli, nella qualità di Segretario della FIMMG Sezione Regionale per la Puglia, assistito dall'Avv. Michele Langiulli con studio in Noicattaro (BA) alla via De Rossi n. 5,

**PREMESSO**

- che in data 28/03/07, durante la seduta del Comitato Permanente Regionale per la Medicina Generale, veniva a conoscenza della DGR 06/02/07 n. 68, avente ad oggetto “Adempimenti ex intesa Stato-Regioni 28/03/06: Piano regionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008. Integrazioni e modificazioni alla DGR n. 1200/2006”;
- che con il predetto atto, a modifica della precedente DGR 1200/06 “*viene affidata ai medici prescrittori la responsabilità di indicare la priorità di accesso entro 10 giorni secondo i criteri della classe A della precedente tabella, nella caso in cui ritengano necessaria una prestazione tra quelle incluse nell'elenco in tempi ancor più ridotti rispetto al tempo massimo definito. A tal fine essi devono contrassegnare la casella B della nuova ricetta motivando nella ricetta il quesito diagnostico o il sospetto clinico.....*”.
- che si prevede inoltre l'uso estensivo di reti e strumenti informatiche (CUP e CUP di 2° livello) per razionalizzare l'accesso alle prestazioni coinvolgendo tutti gli operatori.
- che nella conseguente parte “adempimenti aziendali” della delibera, peraltro immediatamente esecutiva, si legge che le AUSL devono recepire e

poi comunicare ai medici le nuove modalità per la prescrizione e l'accesso alle prestazioni dell'elenco (cfr pag. 6 e 7, Allegato A della citata Delibera).

- Che tale unilaterale previsione, mai concordata o discussa con le OOSS di settore presenti nelle sedi istituzionali –nel caso di specie il Comitato Permanente Regionale- si pone in violazione delle norme contrattuali sulla contrazione regionale perché pone nuovi ed ulteriori compiti a carico del MMG che non sono previsti in convenzione, né per questi compiti viene previsto una qualsiasi forma di compenso.

- che infatti, l'art. 4 dell'ACN prevede che:

*“Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali si impegnano a definire, entro e non oltre i sei mesi successivi all'entrata in vigore dell'Accordo collettivo nazionale, le intese regionali contemplate nel presente accordo per la definizione dei seguenti aspetti specifici:*

*e) le modalità di realizzazione della appropriatezza delle cure, delle prescrizioni e dell'uso etico delle risorse, l'organizzazione degli strumenti di programmazione monitoraggio e controllo;*

*f) la modalità di partecipazione dei medici di medicina generale nella definizione degli obiettivi della programmazione, dei budget e della responsabilità nell'attuazione dei medesimi;*

*g) i criteri e le modalità nella organizzazione del sistema informativo fra operatori - strutture associate - Distretti - Aziende Sanitarie – Regione”*

- che l'art. 6 prevede altresì che:

*“Le Regioni e le Organizzazioni sindacali, per il perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria indicati nel presente Accordo, convengono*

*sulla necessità di attuare una significativa riorganizzazione del servizio sanitario attraverso le seguenti scelte:*

*a) realizzazione in ambito distrettuale e territoriale di una rete integrata di servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie al fine di garantire la continuità dell'assistenza, la individuazione e la intercettazione della domanda di salute con la presa in carico dell'utente e il governo dei percorsi sanitari e sociali, in una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica. Ciò consentirà al territorio, di soddisfare, nella misura massima possibile, la domanda di salute a partire dal primo intervento perseguendo anche l'obiettivo di ricondurre le liste di attesa entro tempi accettabili;*

*b) a tal fine convengono sulla necessità di costituzione di una organizzazione distrettuale e territoriale integrata per l'assistenza primaria con lo sviluppo della medicina associata prevedendo la sperimentazione, definita in sede regionale d'intesa con le oo.ss., di strutture operative complesse, organizzate dagli stessi professionisti e fondate sul lavoro di gruppo con sede unica, composte da medici di medicina generale (assistenza primaria e medici di continuità assistenziale) e pediatri di libera scelta, con la presenza di specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità sanitarie, in un quadro di unità programmatica e gestionale del territorio di ogni azienda sanitaria, in coerenza con l'intesa Stato - Regioni del 29.07.04”;*

– che l'art. 14, comma 4, dell'ACN di settore prevede tra l'altro che:

*“Gli accordi regionali possono prevedere:*

*C) lo svolgimento delle seguenti attività:*

*partecipazione a procedure di verifica della qualità;*

*svolgimento di attività di ricerca epidemiologica;*

*attivazione di un sistema informativo integrato tra medici di medicina generale, presidi delle Aziende ed eventuali banche dati, per il collegamento degli studi professionali con i centri unificati di prenotazione e lo sviluppo di scambi telematici di informazioni sanitarie (medico generale - specialista – servizi ospedalieri);*

*fornitura di flussi informativi, a fini epidemiologici, di valutazione della qualità delle prestazioni e dei relativi costi”;*

- che l’art. 49, comma 8, prevede che “In particolare sulla base di indirizzi regionali l’Azienda promuove e realizza, d’intesa con i sindacati maggiormente rappresentativi e con le Associazioni di tutela dei cittadini, tutti gli adempimenti necessari a rendere trasparenti i meccanismi di inserimento dei cittadini nelle liste d’attesa dei ricoveri ordinari, dei ricoveri d’elezione, dei ricoveri in Day Hospital. Promuove inoltre criteri e condizioni di equità nella realizzazione delle liste d’attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ospedaliera;*
- che a sua volta, l’art. 50, comma 4, dispone che “Il medico è tenuto alla compilazione della ricetta secondo le norme di legge vigenti. Eventuali particolari modalità di annotazione del diritto, o meno, all’esenzione e di quant’altro necessario, anche legate alle metodiche locali di rilevazione dei dati, sono definite con accordi regionali”;*
- che il Decreto Ministeriale 18 maggio 2004, avente ad oggetto “Applicazione delle disposizioni di cui al comma 2 dell’art. 50 del decreto-*

*legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, concernente la definizione dei modelli di ricettari medici standardizzati e di ricetta medica a lettura ottica*”, nel disporre le modalità di compilazione dell’area “priorità della prestazione” della ricetta prevede che *“L’avvio, nelle singole regioni, della compilazione di questa area è subordinato alla definizione di modalità stabilite attraverso accordi locali tra le regioni e le associazioni rappresentative dei medici di famiglia, anche nell’ambito della contrattazione decentrata”*;

- che fin dal 07/07/06 la scrivente, con nota prot. 129/06, ha chiesto di discutere qualsiasi provvedimento relativo alla materia in questione nella sede del Comitato Permanente Regionale non ricevendo alcun riscontro in merito;
- che il l’art. 1, comma 179, della L. 311/04 (Finanziaria 2005) dispone che *“Al fine di garantire il rispetto degli obblighi di cui al comma 173, ciascuna regione provvede a disciplinare appositi meccanismi di raccordo tra le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, attribuendo a questi ultimi il compito di segnalare tempestivamente alle strutture competenti a livello regionale le situazioni di inefficienza gestionale e organizzativa che costituiscono violazione degli obiettivi di contenimento della dinamica dei costi di cui ai commi da 164 a 187”*.
- che appare quindi chiaro che la Regione, nella impellente necessità di adottare i provvedimenti di razionalizzazione complessiva del SSR, definiti dalla Conferenza Stato-Regioni, ha commesso oltre che una violazione di

legge, un atto di grave turbativa dei rapporti con le OOSS di settore, peraltro violando i limiti imposti dal contratto in termini di concertazione e condivisione delle scelte con le OO.SS. medesime, adottando atti senza preventivo coinvolgimento.

- che tale omissione rappresenta per la FIMMG un gravissimo ostacolo all'esercizio delle sue prerogative istituzionali, disegnate dal legislatore sulla base della concertazione permanente tra la parte pubblica e la parte sindacale anche a livello aziendale, ancor più sconcerata ove si consideri che è stata inviata apposita richiesta di discussione della questione in Comitato Regionale;
- che la FIMMG Puglia non intende tollerare simili limitazioni ed iniziative unilaterali in materie devolute alla contrattazione regionale, specie per quelle che attengano direttamente all'attività giornaliera del MMG e che aggiungono unilateralmente compiti burocratici non previsti dall'ACN;

ciò premesso, il deducente

### **DIFFIDA**

l'Assessore alle Politiche della Salute Regione a modificare la predetta Delibera n. 68/07, previa concertazione con le OO.SS. di settore, intervenendo personalmente alla prima seduta utile del Comitato Permanente Regionale al fine di concordare gli interventi atti a garantire la partecipazione della scrivente alle scelte di politica sanitaria e avviando formalmente il procedimento de quo, del quale dovrà essere comunicato il Responsabile ai sensi della L. 241/90.

Con espresso avvertimento che, in mancanza, saranno intraprese, nei termini di legge, tutte le iniziative che competono, ivi compreso il ricorso giurisdizionale dinanzi al giudice amministrativo e del lavoro.

Chiede infine che al presente atto, a valere anche come memoria di partecipazione ex art. 10 della L. 241/090, sia dato riscontro nei termini di legge.

Bari, data del timbro postale.

Dott. Filippo Anelli

Avv. Michele

Langiulli