

## ANCORA PROTAGONISTI !

Grazie al determinante contributo della FIMMG, la lista Professionalità per la salute è eletta in blocco all'Ordine dei Medici. Fallito il tentativo di screditare la lista con l'espedito delle lettere anonime.

### IL NUOVO CONSIGLIO DELL'ORDINE DEI MEDICI DI BARI:

#### CONSIGLIERI

1. LOSURDO Francesco
2. AGOSTINI Augusto
3. BISCEGLIE Antonio
4. BONADUCE Sabino
5. BOSCO Lorenzo
6. BUFANO Gaetano
7. BUX Francesco
8. DE MOLA Cosimo
9. DEPALO Tommaso
10. FAGGELLA Piera
11. LAMPUGNANI Anna
12. STRAGAPEDE Vito
13. TRICARICO Giancarlo
14. TRIGGIANI Michele
15. VIRGILIO Michele

#### REVISORI

##### Componenti Effettivi

1. PALMIOTTI Gennaro
2. LAVALLE Franco
3. ZUCARO Cataldo

##### Componente Supplente

4. ERRICO Franca

#### Le cariche

**Francesco Losurdo**  
(Presidente)

**Franco Bux**  
(vice Presidente)

**Gaetano Bufano (FIMMG)**  
(segretario)

**Lorenzo Bosco**  
(tesoriere)

Ancora protagonisti!

La FIMMG ottiene una importante affermazione nelle elezioni del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Bari.

Credo che ognuno di noi debba sentirsi orgoglioso di appartenere a questo sindacato, che a differenza di altri, ha deciso di caratterizzarsi come sindacato di proposta, attento alle esigenze assistenziali dei cittadini e alle problematiche dell'intera professione.

E' stato sconfitto il qualunquismo su cui molti avevano puntato!

Non è stato premiato l'individualismo, come criterio di rappresentatività, che alcuni avevano proposto in alternativa alla capacità di rappresentanza dei sindacati medici.

E' stato respinto il tentativo di alcuni partiti di appropriarsi dell'Ordine dei Medici.

E' miseramente fallito il tentativo di screditare l'avversario utilizzando, in modo squallido, lettere anonime.

La FIMMG ha dimostrato:

- di essere protagonista nell'organizzare la lista "Professionalità per la Salute",

- di avere un proprio programma su cui avviare il confronto politico tra le varie organizzazioni sindacali e associative,

- di affrontare le elezioni proponendo candidature di spicco,

- di superare le pregiudiziali ideologiche e partitiche, proponendo una lista caratterizzata da grande equilibrio.

Abbiamo dimostrato compattezza, organizzazione, fedeltà agli impegni assunti e capacità di essere rappresentativi.

La linea politica della segreteria provinciale FIMMG è stata premiata dalla massiccia adesione dei votanti alla lista "Professionalità per la Salute".

Oggi possiamo affermare che sen-

za la FIMMG questa maggioranza non sarebbe tale, ma, cosa ancor più importante, non avrebbe avuto quel contributo di idee e di uomini indispensabili per realizzare quanto previsto dal programma ordinistico.

Senza l'impegno di ognuno di noi, di ogni medico FIMMG, non avremmo potuto raddoppiare la nostra presenza nell'Ordine dei Medici e così porre le premesse per una azione più incisiva del Sindacato per raggiungere quei traguardi che il Paese attende dalla Medicina Generale.

Un grazie di cuore a nome della FIMMG.

Ancora protagonisti anche nella vicenda "tetti di spesa e medici di famiglia mandatarie delle ASL".

Anche in questo caso possiamo affermare che le nostre posizioni, le nostre battaglie, le nostre richieste erano giuste e finalizzate all'interesse generale.

La Giunta Regionale della Puglia ha accolto, con Delibera n.1832

del 27/12/1999, le richieste della FIMMG affermando che "il medico di base non va ritenuto mandatario dell'Azienda USL".

Un passaggio importante suffragato da una Ordinanza del TAR Puglia che tiene conto della posizione degli avvocati di parte pubblica che in una memoria presentata al Tribunale l'11/1/2000 affermano che oramai è stato acclarato e precisato "che il medico di base non va ritenuto mandatario dell'Azienda USL".

Un atto di responsabilità quello della Giunta Regionale, favorito anche dall'impegno dell'assessore Marmo e Saccomanno, che riporta un po' di serenità tra i medici di famiglia.

Avevamo sostenuto che le esigenze assistenziali dei cittadini pugliesi vengono prima di qualsiasi obiettivo di natura economica.

Oggi, dopo questa decisione, possiamo affermare di aver raggiunto un primo risultato: quello

(Continua a pagina 2)

## NON SIAMO PIU' MANDATARI !

### COMUNICATO STAMPA

#### Importante successo sindacale ottenuto dalla FIMMG.

La Giunta Regionale della Puglia ha accolto, con Delibera n.1832 del 27/12/1999, le richieste della FIMMG affermando che "il medico di base non va ritenuto mandatario dell'Azienda USL".

Un passaggio importante suffragato da una Ordinanza del TAR Puglia che tiene conto della posizione degli avvocati di parte pubblica che in una memoria presentata al Tribunale l'11/1/2000 affermano che oramai è stato acclarato e precisato "che il medico di base non va ritenuto mandatario dell'Azienda USL".

Un atto di responsabilità quello della Giunta Regionale, favorito

(Continua a pagina 14)

(Continua da pagina 1)

di non vedere attribuite al medico di famiglia responsabilità patrimoniali su eventuali sfioramenti dei tetti di spesa giustificati da esigenze assistenziali. Resta ancora da far accettare l'idea che i tetti di spesa sono il frutto di una programmazione sanitaria e non solo di tipo contabile. Vogliamo ribadire, fino alla noia, che i livelli di spesa programmati sono strettamente correlati agli obiettivi sanitari che una Regione, azienda o distretto deve porsi.

Trasformare un servizio sanitario in una mera operazione contabile, significa stravolgere le finalità del sistema, che invece di produrre salute, produrrebbe risparmio.

Come dire: trasformiamo le nostre aziende da sanitarie ad istituti di credito!

Sono sempre più frequenti gli attacchi alla nostra professione tesi a screditare il ruolo del medico di famiglia nel SSN.

Il caso "influenza" e la voglia di sensazionalismo dei mass media lo dimostrano.

Ci saremmo aspettati una migliore considerazione da parte dell'Assessore Regionale alla Sanità su questa vicenda.

La dura presa di posizione dell'Ordine dei Medici di Bari a difesa dei medici di famiglia e la censura formulata nei confronti dell'Assessore: "dovrebbe avere più fiducia nei suoi medici", mostra chiaramente il distacco esistente tra i medici ed il "Palazzo".

D'altro canto cosa ci saremmo potuti aspettare da un assessorato regionale che continua a penalizzarci sia considerandoci "mandatari" nella vicenda "tetti di spesa" e sia finanziando oltre ogni limite la spesa ospedaliera (55,2% a livello regionale del Fondo Sanitario Regionale contro il 46,5% previsto dal Ministero della Sanità) a tutto svantaggio della medicina generale e territoriale.

Anche in questo caso crediamo di aver compiuto il nostro dovere non solo difendendo la categoria da questi insulsi provvedimenti, ma anche dimostrando all'opinione pubblica che i medici di famiglia sono una grande risorsa per il nostro Paese.

Infatti, abbiamo "sottolineato come la capacità dei Medici di Famiglia di moltiplicare il proprio impegno costituisca uno strumento flessibile, efficace ed efficiente per far soddisfare l'esplosione di domanda di assistenza che l'influenza comporta".

Nuovi impegni ci attendono nel prossimo futuro.

Il Consiglio Nazionale ha indetto lo stato di agitazione e, qualora la nuova convenzione non fosse approntata entro la metà di febbraio, iniziative di lotta sindacale da effettuarsi nel mese di marzo.

**Abbiamo fiducia che tutto ciò non accadrà in quanto su molti punti, come la libera professione - la pediatria - il massimale, sembra vi sia accordo unanime. Ma ogni nuova convenzione presenta numerose insidie. Noi esprimiamo piena fiducia nell'operato della Segreteria Na-**

**zionale alla quale rinnoviamo il nostro sostegno.**

**Grande preoccupazione ha suscitato in noi la proposta, poi bocciata dalla Corte Costituzionale, di sottoporre a referendum l'abolizione del Servizio Sanitario Nazionale. Tale iniziativa è un vero attacco alla concezione che noi abbiamo della sanità pubblica, incentrata com'è sulla figura del medico di famiglia.**

L'introduzione di un modello sanitario basato sulle assicurazioni comporta per il nostro paese il rischio di trasformare la tutela della salute in un business, affidato alle leggi del mercato, dove a guadagnare siano solo i gestori delle assicurazioni, mentre i medici, ridotti a burocrati, hanno quale principale compito quello di dimostrare che le prestazioni o prescrizioni effettuate sono necessarie, efficaci ed efficienti.

I risultati di questo sistema sono quelli che possiamo osservare negli Stati Uniti d'America:

**1.43,1 milioni di cittadini senza copertura assicurativa nel 1997,**

**2. una spesa sanitaria totale pari al 13,5% del PIL nel 1997 (in Italia siamo a meno della metà con una copertura assicurativa pubblica totale);**

**3. speranza di vita: 76,1 anni, di cui 76,8 per i bianchi e 70,2 per i neri;**

**4. mortalità infantile: i bambini bianchi nati da madre con basso livello di istruzione hanno una probabilità 2,4 volte superiore di morire nel primo anno rispetto ai bambini nati da madri che hanno frequentato un college;**

**5. vaccinazioni: i bambini poveri hanno una copertura vaccinale del 69%, i bambini ricchi dell'80%;**

**6. gravidanze tra le adolescenti: 1 su 4 tra le adolescenti con madre a basso livello di istruzione, 1 su 20 tra le adolescenti con madre che ha frequentato un college;**

**7. fumo in gravidanza: metà delle donne bianche e un quarto delle donne nere con basso livello di istruzione, 3% delle donne bianche e nere che hanno frequentato un college;**

**8. piombo nel sangue: il 22% dei bambini neri poveri ha un eccesso di piombo nel sangue, solo il 6% dei bambini neri ricchi;**

**9. obesità: gli adolescenti bianchi poveri hanno una probabilità 2,4 volte superiore di essere obesi rispetto ai coetanei bianchi con reddito medio - alto;**

**10. malattie cardiache e tumori polmonari: gli uomini di 25-64 anni con reddito inferiore ai 10.000 dollari all'anno hanno una probabilità 2,5 volte superiore di morire per malattie cardiache e una probabilità 2,4 volte superiore di morire per tumore polmonare rispetto ai coetanei con reddito superiore ai 25.00 dollari;**

**11. diabete: le donne con reddito inferiore**

**ai 10.000 dollari all'anno hanno una probabilità 3 volte superiore di morire per diabete rispetto alle donne con reddito superiore ai 25.000 dollari;**

**12. suicidi: gli uomini bianchi con basso livello di istruzione hanno una probabilità 3,7 volte superiore di commettere un suicidio rispetto a quelli che hanno frequentato il college;**

**13. abitudine al fumo e attività fisica: uomini e donne neri poveri hanno una probabilità 3 volte superiore di fumare e 3 volte inferiore di svolgere attività fisica rispetto a quelli con reddito medio alto;**

**14. visite mediche: le donne povere hanno ricevuto recentemente una visita medica 3 volte in meno alle donne con alto reddito. (fonte: National Center on Health Statistics 1998) "Un sistema in cui non c'è equità è di fatto già non etico. - afferma Jerome P. Kassirer - Noi (ndr: i medici americani - AMA) abbandonammo l'idea di avere un sistema equo, quando alcuni anni fa mettemmo da parte la proposta di un sistema sanitario nazionale con una consistente copertura per tutta la popolazione. Sebbene le possibilità di rivitalizzare tale proposta siano ora remote, non dobbiamo fermarci nel tentare ancora" (Managing Care - Should we adopt a new ethic?, The New England Journal of Medicine, 1998:339; 397-8).**

Un invito dunque a vigilare per difendere un bene prezioso, quale il Servizio Sanitario Nazionale, ma anche un invito a diventare ancor più protagonisti nella costruzione di questo Sistema che è fondato sulla solidarietà tra tutti i cittadini e sulla promozione di un diritto costituzionale, quella della salute, che non può solo essere appannaggio di coloro che hanno possibilità economiche, ma deve essere garantito a tutti i cittadini in quanto esseri umani.

Filippo Anelli



Comunicandoci il vostro indirizzo e-mail potrete ricevere una newsletter periodica dalla sede con tutti gli aggiornamenti in tempo reale sulle vicende sindacali dalla sezione

## **EPIDEMIA INFLUENZALE**

### **Come si crea un'emergenza che non esiste**

Tra Capodanno e l'Epifania, notiziari radiotelevisivi e carta stampata hanno montato su scala nazionale il caso "Influenza" forse perché a corto di altre notizie. Un'epidemia rivelatasi, poi, perfettamente "normale" e a media virulenza è stata enfatizzata con connotati di virosi letale, con ospedali intasati e centri di pronto soccorso in tilt. L'Assessore Regionale alla Sanità è prontamente intervenuto in questa campagna emanando una circolare urgente (unico in Italia) in cui si obbligavano i medici di famiglia a coordinare gli orari d'apertura degli studi in modo da coprire ininterrottamente l'orario dalle 8 alle 20 dei giorni feriali e dalle 8 alle 10 del sabato in aperta violazione dei dettami del DPR 484/96. Il contenuto di tale circolare è stato diffuso tramite i media prima ancora di pervenire alle ASL e di poter convocare, come richiesto, i comitati consultivi, creando - di fatto - una falsa aspettativa e panico ingiustificato nell'opinione pubblica.

### **LA CIRCOLARE DELL'ASSESSORE SACCOMANNO**

Prot. 24/728/116/16 del 10/01/2000

Ai Direttori Generali di ASL e Aziende Ospedaliere, Ai Sindaci e ai Prefetti delle Provincie di Puglia

**Oggetto: interventi urgenti e straordinari per fronteggiare l'epidemia influenzale attualmente in atto.**

La massiccia e preoccupante epidemia influenzale che si è abbattuta sull'Italia settentrionale e si sta diffondendo nell'Italia centrale e meridionale, richiede senza indugi di sorta, l'adozione di efficaci ed incisivi interventi, presso tutte le strutture ed i presidi sanitari del Paese, atti a riportare nella normalità il decorso di detta epidemia.

E' necessario, quindi, che i Signori Direttori Generali delle Aziende AA.UU-SS.IL. e delle Aziende Ospedaliere, cui competo la più ampia e diretta responsabilità della tutela e salvaguardia della salute della popolazione di riferimento, pongano in essere, con ogni tempestività ed efficacia, i seguenti provvedimenti:

- 1) rafforzare i punti di guardia medica, festiva, pre-festiva e notturna insistenti nel proprio territorio, implementando l'organico del personale assegnato, per il periodo di due mesi decorrenti dalla data della presente direttiva.
- 2) garantire per ogni ambito territoriale di distretto e/o Comune l'apertura continuativa dalle ore 8,00 alle ore 20,00, di ogni giorno feriale, ad esclusione del sabato nel quale l'apertura sarà dalle ore 8 alle ore 10, e per il periodo di due mesi a partire dalla data della presente direttiva, di studi associati, ove esistenti e di studi di singoli medici di medicina generale convenzionati, mediante appositi idonei turni che andranno a concordare con i professionisti interessati, sentiti, "ad horas", i competenti Comitati Consultivi di AUSL. Si raccomanda che la presenza numerica dei medici in turno sia tale da soddisfare la prevedibile domanda della popolazione interessata dell'ambito territoriale di riferimento.
- 3) garantire l'assistenza ai minori, mediante la turnazione, e con tutte le modalità di cui al precedente punto 2), dei pediatri convenzionati esistenti.
- 4) allertare, sempre per il già indicato periodo di due mesi, i reparti e le divisioni di medicina interna dei presidi ospedalieri esistenti sul proprio territorio, potenziando, altresì, i turni di reperibilità ad individuando un medico responsabile che funga da coordinatore nell'armonizzare gli interventi che allo stesso servizio e/o divisione saranno richiesti dall'utenza colpita dall'epidemia influenzale.

In considerazione della notevole importanza dei provvedimenti richiesti allo scopo di fronteggiare l'epidemia, in atto e rasserenare l'utenza pugliese, si raccomanda il più scrupoloso, efficace, tempestivo adempimento, richiamando per l'inosservanza la diretta, personale responsabilità dei signori Direttori Generali

### **La replica della FIMMG**

Comunicato Stampa congiunto con la CUMI

**Non c'è emergenza influenza in Puglia!** I dati emergono da uno studio epidemiologico nazionale "Influnet" condotto dai medici di famiglia, dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'Università di Milano e di Genova.

Lo studio rivela che l'incidenza in Puglia dell'influenza, nella prima settimana dell'anno 2000, è di 9 casi

su mille abitanti, al di sotto della media nazionale. Una percentuale assolutamente "normale" per questo tipo di epidemia. L'influenza è una malattia infettiva che ogni anno colpisce le nostre popolazioni.

Ogni anno, senza alcun clamore e senza che fossero adottati provvedimenti propagandistici, i medici di famiglia hanno sempre curato i loro assistiti con abnegazione e senso del do-

vere in stretta sintonia con i medici di guardia medica. Proprio per la profonda conoscenza del "fenomeno influenza" i medici di famiglia hanno chiesto con insistenza che le ASL approvassero i piani di vaccinazione di tutta la popolazione anziana e di tutte le categorie a rischio.

Sono stati i medici di famiglia a denunciare i ritardi e le omissioni da parte delle ASL nella fornitura dei vaccini antinfluenzali e a creare una vera rete ambulatoriale e domiciliare di vaccinazione di massa.

*(Continua a pagina 4)*

**CONFERENZA STAMPA PER  
LA PRESENTAZIONE DELLO  
STUDIO "606" CONDOTTO  
DAI MEDICI SIMG NEL COR-  
SO DELLA CAMPAGNA  
INFLUENZALE 1999**

Si è tenuta Sabato 29 gennaio all'Ordine dei Medici di Bari una conferenza stampa per presentare il lavoro svolto dai medici SIMG di Puglia e Lombardia sull'epidemia influenzale 1999.

6192 i casi seguiti dai 200 medici coinvolti (100 in Puglia e 100 in Lombardia) per complessivi 10104 giorni di osservazione. Dai dati presentati emerge che la popolazione maggiormente colpita è costituita da i soggetti di età compresa tra 15 e 45 anni (in genere soggetti non vaccinati). Il 69,5% dei pazienti è stato visitato entro i primi due giorni dall'insorgenza dei sintomi; l'uso di antibiotici si è reso necessario solo nel 35,6% dei pazienti (quelli che hanno presentato complicazioni). Il 65,7% dei pazienti è stato visitato a casa e il 33,9% in ambulatorio. Solo 26 sono stati i ricoveri ospedalieri.

Tali cifre evidenziano come sia del tutto inutile, ed anzi, dannoso l'invito rivolto dall'Assessore Regionale ai MMG, a stazionare in ambulatorio dalle 8 alle 20 impedendo, di fatto, di recarsi a domicilio.

Lo studio 606 ha dimostrato come il MMG possa, in condizioni di necessità, triplicare la sua mole di lavoro senza tanti clamori.

E' stata sottolineata l'utilità di allargare quanto più possibile la campagna vaccinale (nella provincia di Bari, due ASL hanno negato ai MMG la possibilità di vaccinare i propri assistiti in ambulatorio o a domicilio con campagne di profilassi di massa.)

E' stata ribadita, inoltre, l'utilità dell'ADI nella gestione domiciliare delle complicanze che hanno reso necessari i (pochi) ricoveri ospedalieri con significativo risparmio per le ASL.

Si è chiesto, infine all'Assessore maggiore considerazione e stima per il lavoro che, quotidianamente, i MMG svolgono nel fronteggiare l'epidemia influenzale nei loro studi e a domicilio degli ammalati.

*(Continua da pagina 3)*

Grazie allo spirito di servizio dei medici di famiglia in Puglia, lo scorso anno e soprattutto quest'anno, si è dato il via ad indagini epidemiologiche sull'influenza.

Ancora oggi dobbiamo registrare non solo l'assenza di programmazione della Regione Puglia, in questo campo, ma anche la mancanza assoluta di dati epidemiologici da parte dell'Assessorato Pugliese alla Sanità.

Il medico di famiglia ha garantito comunque servizio e ruolo istituzionale, nonostante l'Assessorato alla Sanità.

Di fronte a tale impegno e professionalità ci saremmo aspettati un'affiancamento al lavoro che si sta' svolgendo con proposte ed iniziative condivise di rafforzamento del servizio.

Con la circolare del 10 gennaio l'Assessore dimostra di non conoscere il nostro lavoro e di creare discredito al ruolo del medico, disinformando e allarmando l'opinione pubblica.

Chiedere ai medici di famiglia di tener aperti gli ambulatori dalle ore 8 alle ore 20 significa ignorare come questi professionisti svolgono la loro professione. Una professione imperniata sul rapporto di fiducia medico-paziente e sull'autonomia organizzativa di assistenza sia ambulatoriale che domiciliare.

**I Medici di Famiglia sono l'unica categoria in grado di adattare l'impegno lavorativo alle esigenze degli ammalati, senza necessità di adempimenti burocratici, semplicemente moltiplicando le ore di attività in base alle necessità dei pazienti.**

Infatti in questi giorni i medici di famiglia, al fine di assicurare la migliore assistenza ai propri malati, effettuano numerose visite domiciliari giornaliere e oltre ad una intensa attività ambulatoriale svolgono assistenza anche nei giorni festivi e dopo le ore 20 dei gironi feriali.

Condividiamo, per altro, l'esigenza espressa dall'Assessore Regionale alla Sanità, di potenziare in questo periodo gli organici di guardia medica.

La medicina del territorio (distretto, pediatria, guardia medica e medicina generale) è sistematicamente impegnata a favore dell'assistenza del singolo cittadino e della sua famiglia anche nelle fasi di emergenza sociale (ADI, ADP, vaccinazioni e quant'altro riguarda la prevenzione).

Il rapporto di lavoro del medico di famiglia parte sì dall'ambulatorio, ma si realizza, quando è opportuno, al domicilio del paziente.

Tutto questo avviene quotidianamente!

Esigenze di emergenza, se individuate attraverso regole, programmazione sanitaria e di organizzazione moderna del lavoro della medicina generale non avrebbero più bisogno di interventi strumentali dell'ultim'ora.

Ricordiamo che la Puglia e le sue coste sono da anni in emergenza e assistenza profughi, spesso portatori di malattie infettive, dove i medici sia del territorio che degli ospedali prestano servizio al di là di ogni ruolo e competenza integrandosi tra loro.

Interferire nell'organizzazione del lavoro del medico di famiglia, imponendo dall'alto l'apertura degli studi, senza tener conto di come si svolge realmente l'attività sul campo, compromette i livelli assistenziali che i medici attualmente assicurano e che sono sufficienti a gestire in maniera ottimale, quest'anno come gli anni passati, l'epidemia influenzale e quant'altro si verifici di straordinario.

Noi siamo certi che l'Assessore alla Sanità onorerà la sua firma posta a sigillo di un contratto che lascia al medico l'organizzazione del suo lavoro in ragione delle esigenze dei propri assistiti.

Per questo crediamo che questa circolare sia illegittima e strumentale e che costituisca una grave frattura nel rapporto tra l'assessore, i medici convenzionati ed i cittadini e ne chiediamo il ritiro e l'attivazione del 118, vera cenerentola dell'emergenza territoriale regionale.

Bari 11/1/2000

Il Segretario Provinciale FIMMG: Dott. Filippo Anelli

Il Segretario Regionale CUMI: Dott. Ludovico Abbaticchio

## Epidemia Influenzale: diffida ai Direttori Generali di ASL

La nota assessorile e' in aperta violazione al DPR 484/96

### ATTO DI SIGNIFICAZIONE E DIFFIDA AL DIRETTORE GENERALE DELLA AUSL BA/5

Il sottoscritto dottor Filippo Anelli, residente in Noicattaro, assistito dall'avv. Michele Langiulli con studio in Noicattaro (BA) alla via De Rossi n. 5, nella qualità di Segretario Provinciale della FIMMG -sez. prov. di Bari-,

#### PREMESSO

- che in data 10/01/2000 è intervenuta la nota dell'Assessorato Regionale alla Sanità prot. 24/728/116/16, avente ad oggetto "interventi urgenti e straordinari per fronteggiare l'epidemia influenzale attualmente in atto";
- che la suddetta nota contiene una palese violazione delle norme che regolano il rapporto fra il SSN e i medici di famiglia di cui al DPR 484/96;
- che, in particolare, il punto 2) della suddetta nota, allorché prevede per i Direttori Generali delle Aziende AAUSSL di adottare provvedimenti onde "garantire per ogni ambito territoriale di distretto e/o comune l'apertura continuativa dalle ore 8 alle ore 20 di ogni giorno feriale... mediante appositi idonei turni che andranno a concordare con i professionisti interessati, sentiti, ad horas i competenti comitati consultivi di AUSL", si pone in violazione del comma 5 dell'art. 22 del DPR 484/96;
- che la norma appena citata espressamente prevede l'apertura dello studio professionale del medico di famiglia "per 5 giorni alla settimana secondo un congruo orario determinato autonomamente dal sanitario";
- che, pertanto, la nota assessorile apporta una palese lesione al principio inviolabile dell'autonomia del medico nell'organizzare e gestire l'assistenza, tenendo conto solo e soltanto delle esigenze e delle necessità dei pazienti, che egli stesso individua;
- che avverso tale illegittima determinazione è stata inviata all'Assessorato Regionale nota prot. 2 del 18/01/2000, a firma del Segretario

Provinciale FIMMG di Bari, con la quale formalmente si è rilevata la violazione delle norme contrattuali; tanto premesso,

#### DIFFIDA

la S.V. dall'adottare provvedimenti dispositivi, in violazione delle norme richiamate, tesi ad imporre orari di lavoro diversi da quelli che il medico autonomamente ha già determinato essere idonei ad assicurare la migliore assistenza ai propri pazienti;

#### AVVERTE

che in mancanza saranno tutelati, nelle opportune sedi, i diritti, l'immagine ed il decoro di ciascun medico.

Copia del presente atto viene inviata al competente Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Bari, 18 gennaio 2000

### IN VIGORE LE NUOVE ESENZIONI ma le ASL non sono pronte

Dal 7 febbraio entra in vigore la nuova normativa sulle esenzioni ticket per patologia.

Con telegramma del 4/2/2000 è stata richiesta dalla sezione Provinciale di Bari alle AUSL una proroga di due mesi nell'attuazione del DM 329/99 non essendo state ancora ultimate le verifiche agli aventi diritto, declinando ogni responsabilità per eventuali inadempienze.

Con una nota del Ministero, diramata alle Regioni e per conoscenza alla FIMMG, si precisa che nessun disagio sarà arrecato agli assistiti per il rinnovo dei certificati di esenzione, per ritardi che restano di esclusiva pertinenza delle ASL.

## La FIMMG per l'Ordine dei Medici Nuovi impegni ci attendono nella tutela dei Medici e dei Cittadini

### COMUNICATO STAMPA:

I medici di famiglia della provincia di Bari, aderenti alla FIMMG, esprimono la propria soddisfazione per i risultati ottenuti a seguito delle votazioni svoltesi per il rinnovo del Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Bari.

Puntare sulla qualità della professione, di cui gli Ordini Professionali sono garanti, per fornire ai cittadini un miglior servizio ed una risposta più adeguata alle crescenti richieste di "salute", è l'obiettivo che i medici di famiglia della FIMMG di sono posti per il prossimo triennio.

Un impegno che non può prescindere dalla soluzione di alcuni problemi che, per la nostra Regione, sono di importanza vitale: l'organizzazione del servizio di emergenza sanitaria, meglio conosciuto con il nome di 118, e la elaborazione del Piano Sanitario Regionale.

I Medici di Famiglia di Bari sollecitano le autorità regionali ad accelerare l'iter amministrativo per portare in porto, in tempi brevi, tali provvedimenti; ritengono indispensabile il contributo dei medici pugliesi alla elaborazione dei suddetti piani e dichiarano la propria disponibilità a collaborare per una rapida soluzione di tali tematiche.

Al nuovo Esecutivo dell'Ordine dei Medici, eletto dal Consiglio in data 27 dicembre '99, la FIMMG di Bari formula i migliori auguri e ed in particolare al dott. Francesco Losurdo, Presidente riconfermato dell'Ordine dei Medici di Bari, al dott. Francesco Bux, vice presidente, al dott. Gaetano Bufano, medico di famiglia eletto segretario dell'Ordine dei Medici, e al prof. Lorenzo Bosco, tesoriere.

Bari 29/12/99

Il segretario provinciale Dott. Filippo Anelli

### LA FIMMG DI BARI IN INTERNET:

<http://bari.fimmg.org>

Le ultime notizie giorno per giorno, banca dati normativa, links ad argomenti di interesse sindacale, culturale e d'attualità per un costante aggiornamento.

# Attività delle sezioni fiduciarie

## ASL BA/4

### Protesta contro la Direzione Generale per l'ineadeguata quantità di vaccini influenzali a fronte delle richieste:

PROT. N. 138/99 del 30/11/99

Con la presente, la sottoscritta Organizzazione Sindacale è a rilevare la grave inadempienza di cui si è resa responsabile l'Azienda non approntando le giuste quantità di vaccino antinfluenzale per i Medici di famiglia per il distretto 10 AUSL BA/4 per la campagna di prevenzione 1999.

I Medici di famiglia, ave-

vano peraltro consegnato, a

norma di contratto, il fabbisogno stimato compreso di nominativi e quantità necessarie, sin dal 30 giugno 1999.

Tale inadempienza non si configura solo come violazione delle norme contrattuali, ma incide in maniera negativa altresì sul rapporto di fiducia medico-paziente, nonché determina una discriminazione tra i cittadini che in parte sono stati vaccinati e quelli ai quali non si è potuto somministrare il vaccino.

Inoltre, i medici iscritti alla F.I.M.M.G. declinano, ogni responsabilità in merito al mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati, e prefirano sin da

ora un aumento di ricoveri e dell'uso dei farmaci derivanti dal disservizio in atto.

Infine, ogni pregiudizio che si è determinato in danno dei Medici, per la mancata corresponsione dei compensi per le vaccinazioni, dovrà essere risarcita dall'Azienda.

Pertanto, vi invitiamo sollecitamente a convocare codesta Organizzazione Sindacale per conoscere le motivazioni del disservizio e comporre, eventualmente, la vicenda.

In mancanza, saranno tutelati i diritti dei Medici nelle opportune sedi giudiziali.

Distinti saluti.

Il Segretario Provinciale  
F.I.M.M.G. Dott. Filippo Anelli

### I dati delle cartelle cliniche dell'ADI sono gestibili solo dal MMG

#### Importante risultato ottenuto dalla FIMMG nella polemica sul servizio "Rete Argento" offerto dalla Pfizer.

Giovedì 18 Novembre è stato sottoscritto un accordo tra le organizzazioni sindacali e la ASL BA 4 che sancisce in maniera inequivocabile che qualsiasi dato registrato dal medico di famiglia sulla cartella clinica in occasione dello svolgimento di un'ADI, ai sensi dell'art. 31 del DPR 484/96, è di proprietà, per quanto di competenza, del medico di famiglia e della ASL.

Si conclude così una vicenda iniziata un anno fa in occasione dell'avvio dell'ADI nella ASL BA4.

All'epoca la ASL BA4 propose di adottare, per la gestione dell'ADI, la cartella informatizzata "Rete Argento" della Pfizer.

In quella occasione i sindacati obiettarono proprio quella parte di contratto, stipulato tra la Pfizer e la ASL BA4, con cui si riconosceva, impropriamente, alla Pfizer la proprietà dei dati raccolti dai medici di famiglia.

Dopo un lungo braccio di ferro, durato un anno, i sindacati ottengono una vittoria che sancisce un principio fondamentale: i dati presenti sulle nostre cartelle cliniche, relativi al nostro lavoro, sono di esclusiva pertinenza del medico di famiglia.

Dura replica alla lettera inviata ai medici massimalisti dalla ASL BA/4

### No alle ricusazioni, se in deroga al massimale

Spett. ASL BA/4

Gestione Amministrativa del Personale Convenzionato,

Il soggetto su cui grava l'onere di verificare la possibilità di iscrivere un paziente in deroga al massimale è l'Azienda. Pertanto, se questa ha autorizzato deroghe, è legittimo ritenere che vi sia stata tale verifica e, valutata la corretta rispondenza alle norme sulle deroghe, vi sia stato il relativo provvedimento d'iscrizione. Alla luce di tanto, non è ammissibile la richiesta di ricusare i pazienti. Questo, infatti, sarebbe un modo surrettizio di attribuire al medico la responsabilità per eventuali deroghe irregolari.

Tanto premesso, questa Organizzazione sindacale chiede formalmente che sia avviata una indagine a carico dei dipendenti addetti all'iscrizione dei pazienti negli elenchi di ciascun medico e che, qualora si individuassero scelte irregolari, gli esiti dell'indagine siano comunicati allo scrivente con indicazione del responsabile.

Si comunica inoltre che, poiché la nota in questione produce un grave danno all'immagine ed al decoro di ogni MMG nonché, nel caso di revoche d'ufficio -che formalmente si diffida a non porre in atto-, al rapporto di fiducia medico-paziente, la scrivente O.S. comunica che intende adottare, nelle opportune sedi e nei confronti del D.G. e del responsabile dell'U.O. Gestione Personale Convenzionato, tutte le misure necessarie a tutelare i MMG, i quali non hanno alcuna competenza nella procedura di iscrizione delle scelte.

Si chiede infine che la detta nota sia ritirata con provvedimento immediato.

Distinti saluti.

Bari 28/01/2000

### Comunicare alla sede il vostro indirizzo e-mail

Per ricevere l'aggiornamento costante dalla sede provinciale tramite Internet dal sito <http://bari.fimmg.org> comunicate il vostro indirizzo di posta elettronica inviando una e-mail a [fimmgba@iol.it](mailto:fimmgba@iol.it) oppure [bari@fimmg.org](mailto:bari@fimmg.org).

# Attività' delle sezioni fiduciarie

## ASL BA/5

### La gestione dell'aggiornamento obbligatorio dei MMG deve coinvolgere le associazioni di categoria .

La Direzione Generale della ASL BA/5 aveva organizzato, per il 5 febbraio c.a., un corso di aggiornamento obbligatorio per il MMG (ai sensi dell'art. 8 del DPR 486/96) in pneumologia tenuto dal Primario Medico dell'Ospedale di Putignano, senza che nella gestione del corso fossero coinvolte le componenti sindacali, culturali e associative dei Medici di Famiglia. La Sezione Provinciale FIMMG è duramente intervenuta con il telegramma del quale si riporta qui il testo :

PROT. N.24/00 del 03/02/2000

Al Direttore Generale ASL BA/5

Al Responsabile  
UFFICIO CONVENZIONI  
Assessorato Regionale Sanità  
Oggetto: Aggiornamento obbligatorio ASL BA/05.

Il sottoscritto Dott. Filippo Anelli in qualità di Segretario Provinciale FIMMG - Bari, essendo venuto a conoscenza della convocazione dei Medici di Famiglia della Vs. ASL datata 25/01/2000 prot. 615/DG avente per oggetto : Aggiornamento Obbligatorio, che si pone in completa violazione dell'Art. 8 del DPR 484/96

### DIFFIDA

codesta ASL dall'espletare questo corso di Aggiornamento obbligatorio avvertendo formalmente che in mancanza sarà adito il competente Giudice del Lavoro per la tutela dei diritti dei Medici di Famiglia.

Al Responsabile dell'Ufficio Convenzioni si chiede di intervenire per assicurare la corretta applicazione dell' A.C.N. su tutto il territorio Regionale.

Dott. Filippo Anelli

La vicenda si è favorevolmente conclusa in 24 ore: il Direttore Generale della ASL BA/5 ha eliminato l'obbligatorietà di frequenza al corso per i MMG e si è impegnato a coinvolgere, in futuro, le organizzazioni di categoria (sindacato, società culturali, associazioni dei

## NELLA BA/5 RITARDI NEI PAGAMENTI AI MMG

Richiesta maggiore vigilanza alla Regione

Egr. sig. Direttore generale della AUSL BA/5 - Putignano

Spett.le Ufficio Convenzioni Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Oggetto: Mancata corresponsione emolumenti del mese di Novembre 1999.

In nome e per conto del dott. Filippo Anelli, Segretario Provinciale della FIMMG -sez. prov. di Bari-, sono a contestare la mancata corresponsione degli emolumenti relativi al mese di Novembre 1999 ai medici convenzionati con la AUSL BA/5. Infatti, ad oggi, nonostante la precisa e puntuale previsione dell'art. 45 del DPR 484/96 -che impone all'Azienda di pagare gli stipendi entro e non oltre la fine del mese successivo a quello di competenza, e nonostante il co.4, art. 45 citato preveda che "ai fini della correttezza del pagamento dei compensi ai medici di medicina generale si applicano le disposizioni previste per il personale dipendente dalla Aziende"- questa non ha ancora adempiuto agli obblighi di legge.

Poiché tale inadempienza non solo si appalesa come grave violazione degli obblighi contrattuali di cui è responsabile solo e soltanto il Direttore generale dell'Azienda, ma ha anche prodotto un danno ai medici, determinando un ingiusto aggravio della pressione fiscale a causa dell'aumento delle aliquote applicabili, in quanto le mensilità per l'anno 1999 sono state 11 mentre per l'anno 2000 inevitabilmente saranno ben 13.

Tale ingiustificato ritardo, inoltre, ha prodotto anche un danno all'immagine e al decoro personale di ciascun medico convenzionato che si è trovato, inspiegabilmente e senza preavviso o comunicazioni di sorta, privo del suo stipendio, determinando, in alcuni casi, difficoltà economiche in considerazione del particolare periodo, nel quale si accumulano scadenze di varia natura.

Pertanto, formalmente si chiede che venga comunicato a questa organizzazione sindacale il motivo di tale inadempienza nonché il responsabile del procedimento, avvertendo che in mancanza sarà prodotta formale istanza di accesso ai sensi dell'art. 25 della L.

241/90.

Si chiede inoltre, che l'Ufficio Convenzioni, in quanto garante dell'applicazione corretta e puntuale delle norme contenute nell'Accordo Collettivo di Categoria di cui al DPR 484/96 su tutto il territorio regionale, attivi una indagine conoscitiva al fine di appurare le responsabilità di siffatta grave inadempienza, trasmettendone, all'esito, i risultati alla scrivente Organizzazione sindacale.

Ci si riserva fin da ora di adire il competente magistrato al fine di tutelare i diritti e l'immagine dei medici di famiglia. Tanto dovevo. Distinti saluti.

Bari, 12 gennaio 2000.

~~Avv. Michele Langiulli~~

### ULTIM'ORA:

**Analogha comunicazione e' stata inviata alla ASL BA/1 per gli emolumenti di dicembre, corrisposti con molto ritardo ai**

## SEZIONE NORMATIVA

**G. U. SERIE GENERALE N. 12 DEL 17 .01. 2000  
MINISTERO DELLA SANITA' - CUF  
PROVVEDIMENTO 1.9.1999 MODIFICAZIONI ED  
INTEGRAZIONI AL PROVVEDIMENTO 7 .8. 1998  
DI REVISIONE DELLE  
NOTE RIPORTATE NEL PROVVEDIMENTO 30 DI-  
CEMBRE 1993 DI RICLASSIFICAZIONE DEI  
MEDICINALI E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI.**

### LA COMMISSIONE UNICA DEL FARMACO

(omissis) Rilevata l'opportunità di abrogare la nota 34, attese le indicazioni autorizzate, nonché di modificare ed integrare le note 2-bis, 28, 32, 42, 54, 67, 71 e 81 a seguito di ulteriore revisione delle indicazioni e di successive autorizzazioni concernenti principi attivi e specialità medicinali oggetto delle note stesse; Rilevata l'opportunità, a seguito di ulteriore revisione, di modificare il regime di dispensazione dei farmaci per i quali la prescrizione è possibile anche nel territorio da parte del medico di famiglia sulla base di una "diagnosi e piano terapeutico (posologia e durata del trattamento) di centri specializzati, universitari o delle aziende sanitarie, individuati dalle regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano" ed individuati nel dispositivo del presente provvedimento;

DISPONE:

#### ARTICOLO 1:

Il provvedimento della Commissione unica del farmaco 7 agosto 1998, pubblicato nel supplemento ordinario n. 168 alla Gazzetta Ufficiale n. 239 del 13 ottobre 1998, e successive modificazioni ed integrazioni, viene ulteriormente modificato ed integrato come segue:

a) nel testo della **nota 2-bis**, la frase "...che galleggiano durante colcicistografia orale, e..." è soppressa, nella medesima nota la frase "principio attivo acido chenodesossicolico" è sostituita dalla frase "principio attivo: sale di magnesio triidrato dell'acido chenodesossicolico e ursodesossicolico";

b) il testo della **nota 28** è sostituito dal seguente: "Classe A) limitatamente alle indicazioni: carcinoma dell'endometrio, della mammella, della prostata e del rene e alla sindrome anoressia/cachessia da neoplasia maligna in fase avanzata e da AIDS. La rimborsabilità della sindrome anoressia/cachessia da neoplasia maligna in fase avanzata e da AIDS è limitata ai soli principi attivi medrossiprogesterone e megestrolo per i quali detta indicazione risulta autorizzata."

c) nel testo della **nota 32**, al punto 2) dopo le parole "linfoma cutaneo a cellule T" sono aggiunte le parole "melanoma maligno trattato chirurgicamente";

d) il testo della **nota 42** è sostituito dal seguente: "Classe A) limitatamente alle lesioni osteolitiche da metastasi osse e da mieloma multiplo; principio attivo: acido clodronico (disodio clodronato);

specialità: Clasteon iv 6 fiale 300 mg 10 ml; Clasteon 10 cps 400 mg; Difosfonil iv 6 fiale 300 mg; Difosfonil 10 cps 400 mg; Ossiten 300 iv 6 fiale 300 mg; Ossiten 10 cps, 400 mg; registro USL";

"Classe A limitatamente al trattamento del morbo di Paget osseo; principio attivo: acido etidronico (sodio etidronato); specialità: Etidron 30 cpr 300 mg; registro USL";

e) il testo della **nota 54** è sostituito dal seguente: "Classe A limitatamente alle indicazioni: sindromi epilettiche, convulsioni febbrili; principio attivo: Clonazepam; specialità: Ritrovil os gtt 10 ml 0,25%; Ritrovil cpr 0,5 mg; Ritrovil cpr 2 mg; principio attivo: Diazepam, solo confezioni in gocce e in fiale; specialità: Ansolin im iv 3 f 2 ml 10 mg; Tranquirit os gtt 20 ml 0,5%";

f) alla **nota 67** sono aggiunte, in fine, le seguenti espressioni: "principio attivo topiramato; specialità: Topamax della ditta Janssen Cilag nelle confezioni di seguito elencate: "50" - 60 compresse rivestite uso orale; "100" - 60 compresse rivestite uso orale; "200" - 60 compresse rivestite uso orale";

g) alla **nota 71** dopo le parole "recombinante flacone 1000 U.I." sono aggiunte le parole "Helixate nelle confezioni 1000 U.L.; 50011.1.; 250 U.I." Sono, altresì, aggiunte in fine le seguenti espressioni: principio attivo: fattore IX di coagulazione da DNA ricombinante; specialità: Benefix nonocog Alfa 1000 U.I.; 500 111; 250 U.I.";

h) alla **nota 81** dalle specialità elencate sotto il "principio attivo Tinzaparina sodica" è soppresso il riferimento alla specialità "Hinnohep" 10 fiaconcini 2 ml 20000 U anti-xalml sc della ditta Leo Pharmaceutical Products Ltd, che è classificata in fascia H, e sono aggiunte, prima del testo del commercio, le seguenti espressioni "principio attivo: parnaparina; specialità Fluxum della ditta Alfa Wassermann S.p.A. nelle confezioni di seguito elencate:

6 f 0,3 ml 3200 U.I. axa; 6 f 0,4 ml 4250 U. I. axa; 6 f 0,6 ml 16400 U. I. axa".

#### ARTICOLO 2.

La **nota 34** è **abrogata**, attese le indicazioni autorizzate ed i medicinali in essa previsti restano classificati in classe B.

#### ARTICOLO 3.

1. La dispensazione di tutti i farmaci, per i quali la prescrizione è possibile anche nel territorio da parte del medico di famiglia sulla base di una "diagnosi e piano terapeutico (posologia e durata del trattamento) di centri specializzati, universitari o delle aziende sanitarie, individuati dalle regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano", segue il regime previsto dalla nota 37 con la duplice via di distribuzione. Tali farmaci sono quelli contenenti i principi attivi sottoelencati e previsti nelle note sotto distinte:

#### NOTA PRINCIPIO ATTIVO

|        |  |
|--------|--|
| 12     | Epoietina alfa e beta  |
| 30     | Filgrastim, Lenograstim e Molgramostim                           |
| 32     | Interferone alfa-2a e alfa-2b ricombinanti                       |
| 36     | Fluoximesterone, Metiltestosterone e Testosterone                |
| 39     | Somatropina  |
| 40     | Lanreotide, Octreotide   |
| 51     | Buserelina, Goserelina, Leuprorelina e Triptorelina              |
| 52     | Interferone alfa naturale (linfoblastoide n 1)                   |
| 61     | Interferone alfa naturale (leucocitario n 3)                     |
| 71     | Clozapina, Fattore Vili e IX di coagulazione da DNA ricombinante |
| 71-bis | Risperidone, Olanzapina  |
| 72     | Dornase alfa   |
| 74     | UrofoRropina, Follitropina alfa e beta ricombinante              |

2. Conseguentemente a quanto previsto dal comma 1, nel testo delle note indicate nel medesimo articolo dopo le parole "diagnosi e piano terapeutico (posologia e durata del trattamento) di centri specializzati, universitari o delle aziende sanitarie, individuati dalle regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano" sono aggiunte le parole "con erogazione sia da parte delle strutture che hanno predisposto il piano terapeutico sia da parte delle farmacie aperte al pubblico".

3. Il presente provvedimento sarà trasmesso alla Corte dei conti per la registrazione ed entrerà in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 1 settembre 1999 IL MINISTRO PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE BINDI

(Continua a pagina 9)



(Continua da pagina 8)

Registrato alla Corte dei conti il 4 gennaio 2000  
Registro n. 1 Sanita', foglio n. 2.

**G.U. SERIE GENERALE N. 12 DEL 17.01. 2000 MINISTERO DELLA SANITA' - CUF PROVVEDIMENTO 1.09.1999 AGGIORNAMENTO DELLE "NOTE" MODIFICA ALLA NOTA 51.**

**LA COMMISSIONE UNICA DEL FARMACO**

ha ritenuto di modificare ed integrare il testo della nota 51, a seguito della estensione delle indicazioni terapeutiche di principi attivi oggetto della nota stessa nonché delle successive registrazioni di specialità medicinali contenenti i summenzionati principi attivi con modifica delle unità posologiche;

DISPONE:  
ARTICOLO 1.

La "nota 51" ed il relativo commento, come riportati nel provvedimento 7 agosto 1998 e successivamente modificati ed integrati dai provvedimenti 10 novembre 1998 e 11 gennaio 1999, sono modificati come segue:

"Nota 51". Classe "A" limitatamente alle indicazioni:

**CARCINOMA DELLA PROSTATA:**

BUSERELINA: Suprefact Nasale 1 fl. 10 mg/dose; Suprefact Sc 1 fl. 5,5 ml 1,05 mg; Suprefact Depot Sc 1 Sir 6,6 mg; Suprefact Depot Tre Mesi Sc 1 Sir 9,9 mg;  
TRIPTORELINA: Decapeptyl im 1 fl. 3,75 mg + f; Decapeptyl Lp im 1 fl. 11,25 mg;  
GOSERELINA: Zoladex "3,6" sc 1 Sir. Depot 3,6 mg; Zoladex "10,8" sc 1 Sir. Depot 10,8 mg;  
LEUPRORELINA: Enantone "3,75" 1 fl. 3,75 mg; Enantone "11,25" 1 fl. 11,25 mg.

**CARCINOMA DELLA MAMMELLA:**

TRIPTORELINA: Decapeptyl im 1 fl. 3,75 mg + f; Decapeptyl Lp im 1 fl. 11,25 mg;  
GOSERELINA: Zoladex "3,6" se 1 Sir. Depot 3,6 mg;  
LEUPRORELINA: Enantone "3,75" 1 fl. 3,75 mg; Enantone "11,25" 1 fl. 11,25 mg.

**ENDOMETRIOSI:**

TRIPTORELINA: Decapeptyl im 1 fl. 3,75 mg + f; Decapeptyl Lp im 1 fl. 11,25 mg;  
GOSERELINA: Zoladex "3,6" se 1 Sir. Depot 3,6 mg;  
LEUPRORELINA: Enantone "3,75" 1 fl. 3,75 mg; Enantone "11,25" 1 fl. 11,25 mg.

**FIBROMI UTERINI NON OPERABILI:**

TRIPTORELINA: Decapeptyl im 1 fl. 3,75 mg + f; Decapeptyl Lp im 1 fl. 11,25 mg;  
GOSERELINA: Zoladex "3,6" se 1 Sir. Depot 3,6 mg;  
LEUPRORELINA: Enantone "3,75" 1 fl. 3,75 mg, Enantone "11,25" 1 fl. 11,25 mg.

**PUBERTA' PRECOCE:**

TRIPTORELINA: Decapeptyl im 1 fl. 3,75 mg + f;  
LEUPRORELINA: enantone "3,75" 1 fl. 3,75 mg.

**TRATTAMENTO PRECHIRURGICO:**

durata di 3 mesi, per gli interventi di miomectomia e isterectomia nella paziente metrorragica; durata di un mese per gli interventi di ablazione endometriale e di resezione di setti endouterini per via isteroscopica.

TRIPTORELINA: Decapeptyl im 1 fl. 3,75 mg + f;  
GOSERELINA: Zoladex "3,6" se 1 Sir. Depot 3,6 mg;  
LEUPRORELINA: Enantone "3,75" 1 fl. 3,75 mg.

Le indicazioni sopra riportate, diversificate per principio attivo e per singole specialità. Se riferiscono alle indicazioni cliniche richieste dalle aziende farmaceutiche e successivamente autorizzate al Ministero della Sanità. Tutti i trattamenti sopra indicati sono prescrivibili solo su diagnosi e piano terapeutico (posologia e durata del trattamento) di centri specializzati, universitari o delle aziende sanitarie, individuati dalle regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano. "REGISTRO USL"

**PRINCIPIO ATTIVO: BUSERELINA.**

Specialità: Suprefact Iniettabile sc 1 flac. 5,5 ml 1,05 mg;  
Suprefact Depot sc 1 Sir 6,6 mg; Suprefact Nasale 1 flacone 10 mg/dose;  
Suprefact Depot Tre Mesi Sc 1 Sir 9,9 mg.

**PRINCIPIO ATTIVO: GOSERELINA**

Specialità: Zoladex "3,6" sc 1 Sir. Depot 3,6 mg; Zoladex "10,8" sc 1 Sir. Depot 10,8 mg.

**PRINCIPIO ATTIVO: LEUPRORELINA**

Specialità: Enantone "3,75" 1 fl. 3,75 mg; Enantone "11,25" 1 fl. 11,25 mg.

**PRINCIPIO ATTIVO: TRIPTORELINA**

Specialità: Decapeptyl im 1 fl. 3,75 mg + f; Decapeptyl Lp 1 fl. im 11,25 mg.

**"COMMENTO ALLA NOTA 51"**

STRUTTURA: analoghi dello LHRH meccanismo di azione: le dosi iniziali stimolano la produzione di FSH ed LH; un trattamento prolungato determina desensibilizzazione dei recettori ipofisari e inibizione della produzione di entrambi gli ormoni gonadotropi. funzionalmente si determina una condizione di castrazione farmacologica.

**INDICAZIONI:**

Carcinoma prostatico: gli analoghi della gonadorelina stimolano la produzione di gonadotropine nei primi giorni di trattamento, ma introducono ipogonadismo per blocco funzionale ipofisario nel trattamento prolungato

Nell'uomo l'impiego ripetuto di questi farmaci riduce il testosterone circolante a valori inferiori al 10% rispetto a quelli normali. L'aumento del testosterone conseguente alla fase stimolatoria iniziale può indurre un aggravamento della sintomatologia dei carcinomi prostatici. L'uso clinico di questi principi attivi è soprattutto connesso all'inibizione della steroidogenesi da essi indotta.

Il leuprolide in uno studio randomizzato ha mostrato gli stessi risultati del DES in pazienti metastatici. La goserelina in diversi trial clinici controllati è risultata efficace quanto l'orchietomia (3,4). La stessa evidenza si ha anche per la triptorelina, la buserelina e il leuprolide. Pare inoltre che le reline possano agire non solo sulle neoplasie androgeno-dipendenti, ma anche su quelle androgenoindipendenti a causa di una verosimile interferenza con l'attività stimolante sullo "epidermal growth factor". In genere nella malattia avanzata le risposte obiettive, entro i primi tre mesi di trattamento, si aggirano intorno al 50%; un ulteriore 25% mostra una stabilità di malattia, mentre il restante 25% progredisce. Carcinoma mammario: l'uso clinico di questi principi attivi è soprattutto connesso all'inibizione della steroidogenesi da essi indotta, cioè al blocco farmacologico della funzione ovarica. nelle pazienti in premenopausa e perimenopausa portano ad uno stato menopausale alterando i livelli ovarici di estradiolo, LH e FSH. Nella malattia metastatica le risposte obiettive si aggirano intorno al 37-45%. Un recente trial clinico randomizzato ha evidenziato un "overall survival" in donne con metastasi simile a quella dell'ovariectomia (10). La positività per i recettori per gli estrogeni (RE+) è predittiva di risposta. Tuttavia, vista la possibile interferenza con il fattore di crescita "epidermal growth factor", non può essere, in teoria, esclusa un'attività RE indipendente. In postmenopausa i risultati sono meno soddisfacenti con risposte obiettive dell'11% in pazienti RE+. Pubertà precoce: può portare ad uno sviluppo anche dei caratteri sessuali secondari, con conseguente maturazione scheletrica ed interruzione precoce dello sviluppo della statura. Il limite inferiore di età per l'inizio della pubertà, ancorché non semplice da definire, può essere stabilito a 7 (7-13 anni) anni per le femmine e a 9 anni per i maschi. Solo la pubertà precoce di origine centrale (pubertà precoce vera o LHRH dipendente) risponde al trattamento con analoghi stabili dello LHRH naturale. L'uso di analoghi dello RHLH è stato raccomandato da un

(Continua da pagina 9)

comitato di approvazione dello FIDA. I benefici della terapia della sessualità precoce includono una completa cessazione del ciclo mestruale nelle ragazze, l'interruzione o un netto rallentamento della maturazione dei caratteri sessuali secondari, il restaurarsi di comportamenti adeguati all'età anagrafica, la prevenzione della maturazione scheletrica precoce; quest'ultimo effetto previene anche la riduzione della statura in età adulta. Endometriosi: la terapia con relinell'endometriosi è di elevata efficacia. Scompaiono i dolori, si ha una rapida involuzione degli impianti nell'endometrio ed aumentano le probabilità di successo del trattamento dell'infertilità. Trattamento prechirurgico: il trattamento per tre mesi con relinell'endometriosi, in preparazione ad interventi chirurgici sull'utero, porta ad una netta riduzione delle formazioni fibroidi uterine ed aumenta il successo di interventi di tipo conservativo che consentono di preservare la fertilità in donne giovani

**MINISTERO DELLA SANITA' GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA SERIE GENERALE  
N. 11 DEL 15 GENNAIO 2000 DECRETO 29 DICEMBRE 1999  
REGIME DI RIMBORSABILITA' E PREZZO  
DI VENDITA DELLA SPECIALITA' MEDICINALE "BETAFERON"  
E DELLA SPECIALITA' MEDICINALE "AVONEX" - INTERFERONE  
à 1a RICOMBINANTE**

**ARTICOLO 1.**

La "Nota 65" è modificata come segue:

"Classe A limitatamente alla indicazione: Sclerosi multipla relapsing-remittent (recidivante-remittente) nei pazienti con punteggio di invalidata' compreso fra 1 e 5,5 all'EDSS di Kurtzke";

principio attivo: interferone beta 1a ricombinante;

"Classe A: limitatamente all'indicazione: sclerosi secondaria"; principio attivo: interferone beta 1 b ricombinante; specialità medicinale: "Betaferon" sc. 15 fl 0,3 mg + 15 fl; Prescrizione e dispensazione riservata a centri autorizzati; Registro USL.  
(OMISSIS)

Il presente decreto, che ha effetto dal giorno della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana

**LEGGE FINANZIARIA 2000**  
**Disposizioni in materia di sanità**

**TITOLO III - Disposizioni in materia di spesa / CAPO I - Spese delle amministrazioni centrali**

**Art. 28 (Riqualificazione dell'assistenza sanitaria e attività libero professionale)**

1. Per le prestazioni libero-professionali, erogate in regime di ricovero o di day hospital, di cui alle lettere a) e b) del comma 2 dell'articolo 15-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni, la regione partecipa alla spesa nel limite di una quota variabile tra il 50 e il 70 per cento della tariffa prevista per le prestazioni istituzionali a carico del Servizio sanitario nazionale.

2. Per le prestazioni libero-professionali, erogate in regime di ricovero o di day hospital, di cui alla lettera c) del comma 2 dell'articolo 15-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni, svolte in strutture di altra azienda del Servizio sanitario nazionale, la regione partecipa alla spesa nel limite di una quota massima del 25 per cento della tariffa prevista per le prestazioni istituzionali a carico del Servizio sanitario nazionale.

3. Le tariffe delle prestazioni libero-professionali, in regime di ricovero o di day hospital, di cui alla lettera c) del comma 2 dell'articolo 15-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni, svolte in strutture sanitarie non accreditate, sono determinate da ciascuna azienda d'intesa con il dirigente sanitario interessato e sono a totale carico dei richiedenti; all'azienda è dovuta una quota della tariffa nelle misure stabilite dai contratti collettivi nazionali.

4. La partecipazione ai proventi delle attività professionali di cui alla lettera d) del comma 2 dell'articolo 15-quinquies del decreto legislati-

vo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni, rese in regime libero-professionale è stabilita dai contratti collettivi nazionali, per quanto concerne le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio la partecipazione non può essere superiore al 50 per cento della tariffa praticata dall'azienda.

5. Le tariffe delle prestazioni libero-professionali, ivi comprese quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio, erogate in regime ambulatoriale, sono determinate da ciascuna azienda in conformità ai criteri stabiliti dalle regioni e dai contratti collettivi nazionali di lavoro e sono a totale carico dei richiedenti. Per le predette prestazioni all'azienda compete il rimborso dei costi diretti ed indiretti sostenuti nonché una quota della tariffa nella misura stabilita dai contratti collettivi nazionali.

6. I contratti collettivi nazionali di lavoro stabiliscono i criteri per la determinazione dei proventi da corrispondere ai dirigenti sanitari in relazione alle specifiche prestazioni, nel rispetto dei limiti previsti dal presente articolo.

7. Il comma 17 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n.662, e l'ultimo periodo del comma 6 dell'articolo 3 della legge 23 dicembre 1994, n.724, sono abrogati.

8. Le economie derivanti dall'attuazione delle disposizioni di cui ai commi da 1 a 7 sono destinate in misura non superiore a 80 miliardi di lire al fondo per l'esclusività del rapporto dei dirigenti del ruolo sanitario di cui all'articolo 72, comma 6, della legge 23 dicembre 1998, n.448. Il predetto fondo è integrato a decorrere dall'anno 2000 di lire 70 miliardi annui, corrispondentemente le disponibilità destinate al finanziamento dei progetti di cui all'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, sono ridotte a decorrere dall'anno 2000 di lire 70 miliardi annue.

9. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della sanità predispone una relazione che attesti la situazione dell'attività libero-professionale dei medici nelle strutture pubbliche. La relazione è trasmessa al Parlamento.

10. Al fine di potenziare le attività previste dall'articolo 72, comma 1, della legge 23 dicembre 1998, n.448, è autorizzata l'ulteriore spesa di 1.500 miliardi di lire per gli anni 2000-2001, di cui 750 per l'anno 2000 e 750 per l'anno 2001.

11. Le disponibilità destinate al finanziamento dei progetti di cui all'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n.662, e successive modificazioni, sono ridotte di lire 750 miliardi per ciascuno degli anni 2000 e 2001.

12. Per consentire il potenziamento delle strutture di radioterapia nell'ambito dei programmi di edilizia sanitaria di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1998, è autorizzata l'ulteriore spesa di lire 10 miliardi per ciascuno degli anni 2000, 2001 e 2002.

13. Ai fini dell'utilizzo delle risorse di cui all'articolo 50, comma 1, lettera c), della legge 23 dicembre 1998, n. 448, le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB), che risultino essere state inserite nei programmi di intervento per la realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e disabili non autosufficienti e siano già state ammesse ai finanziamenti disposti dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, conservano il contributo attribuito a condizione che:

- le IPAB stesse, ancorché depubblicizzate, risultino essere enti senza scopo di lucro;
- le opere realizzate con tali finanziamenti siano autorizzate ai sensi dell'articolo 8-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ed abbiano un vincolo permanente di destinazione d'uso;
- le residenze sanitarie assistenziali per anziani e disabili non autosufficienti realizzate dalle IPAB stesse siano accreditate ai sensi dell'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

14. La misura dell'1 per cento prevista dal comma 3 dell'articolo 72 della legge 23 dicembre 1998, n.448, è elevata al 2,5 per cento.

15. Le disponibilità corrispondenti alla quota parte delle minori spese di cui al comma 3 dell'articolo 72 della legge 23 dicembre 1998, n.448, previste dal comma 15 dello stesso articolo 72 relativamente agli anni 2000 e 2001 sono integrate di 750 miliardi di lire per ciascuno dei predetti anni.

16. All'articolo 72, comma 15, della legge 23 dicembre 1998, n.448, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: "Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sono stabilite le modalità di acquisizione delle risorse da far affluire al fondo di cui al comma 6".

17. In ragione dell'autofinanziamento del settore sanitario, le disposi-

(Continua a pagina 11)

(Continua da pagina 10)

zioni di cui al presente articolo non si applicano alle province autonome di Trento e di Bolzano, alla regione Valle d'Aosta e alla regione Friuli-Venezia Giulia.

**Art. 29 (Contenimento e razionalizzazione della spesa farmaceutica)**

1. Entro il 30 giugno 2000 le imprese titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio dei medicinali, i grossisti e le farmacie provvedono, secondo criteri e modalità di ripartizione che tengano conto di principi di equità distributiva, con decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, di concerto con il Ministro della sanità e con il Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, a versare a favore del Servizio sanitario nazionale un acconto sulla quota di loro spettanza del contributo di cui all'articolo 36, comma 16, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, relativa a ciascuno degli anni 1998 e 1999. In ogni caso i grossisti saranno tenuti al versamento del contributo soltanto per le vendite effettuate alle farmacie delle regioni che hanno determinato il superamento del limite di spesa farmaceutica. Per le farmacie si tiene conto dell'incidenza della spesa di ciascuna regione sul superamento del limite di spesa nazionale.

2. L'acconto di cui al comma 1 è determinato detraendo dall'ammontare totale del contributo dovuto l'importo equivalente alla quota di aumento dell'IVA dal 4 per cento al 10 per cento non rinfanziata dal decreto-legge 31 dicembre 1996, n. 669, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 1997, n. 30. Con decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, entro il 31 ottobre 2000 è stato stabilito il termine per il versamento del saldo da effettuarsi comunque entro il 31 dicembre 2000. Per i grossisti l'acconto previsto dal primo periodo del presente comma è, in ogni caso, corrisposto in non meno di tre rate annuali stabilite con il decreto di cui al comma 1. Entro il 30 settembre 2000 il ministro riferisce al Parlamento sull'effettiva rispondenza dei dati di mercato alle vigenti disposizioni sui margini riconosciuti alle tre categorie interessate sui prezzi di vendita dei medicinali erogati con onere a carico del Servizio sanitario nazionale, fornendo elementi e proposte per una revisione di tali margini e l'eventuale adozione di correlate misure finalizzate al rispetto degli stessi e ad assicurare, ove possibile, ulteriori contenimenti della spesa farmaceutica a carico del Servizio sanitario nazionale.

3. Per l'anno 2000, l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica previsto dall'articolo 36, comma 15, della legge 27 dicembre 1997, n.449, è rideterminato in lire 12.650 miliardi. L'onere predetto può registrare un incremento non superiore al 14 per cento, fermo restando il mantenimento delle occorrenze finanziarie delle regioni nei limiti degli stanziamenti complessivi previsti per il medesimo anno.

4. Fermo restando, per le specialità medicinali a base di principi attivi per i quali è scaduta la tutela brevettuale, quanto previsto dal comma 7 dell'articolo 36 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, a decorrere dal 31 gennaio 2000 il prezzo delle specialità medicinali rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale è ridotto del 5 per cento rispetto al prezzo calcolato secondo i criteri stabiliti dal CIPE.

5. Sono escluse dalla riduzione di cui al comma precedente:

- a) le specialità medicinali coperte in Italia da brevetto di principio attivo;
- b) le specialità medicinali coperte in Italia da brevetto formulazione o di modalità di rilascio o di somministrazione purché ottenute con la procedura del brevetto europeo;
- c) le specialità medicinali coperte in Italia da brevetto di indicazione terapeutica purché giudicato dalla CUF rilevante sotto il profilo terapeutico;
- d) le specialità medicinali di origine biologica o ottenute con processi biotecnologici.

6. Restano comunque esclusi dalla riduzione i medicinali di cui all'articolo 3, comma 130, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, come sostituito dall'articolo 1, comma 3, del decreto-legge 20 giugno 1996, n. 323, convertito con modificazioni, dalla legge 8 agosto 1996, n. 425.

7. In deroga a quanto previsto dalla deliberazione CIPE del 26 febbraio 1998, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n.89 del 17 aprile 1998, per le confezioni di medicinali autorizzate secondo la procedura nazionale, qualora nell'ambito della medesima specialità siano presenti altre confezioni le cui autorizzazioni all'immissione in commercio sono state ottenute con procedura di mutuo riconoscimento, si applica, ai fini della determinazione del prezzo, la procedura negoziale di cui al comma 10 dell'articolo 36 della legge 27 dicembre 1997, n.449.

8. All'articolo 70, comma 5, della legge 23 dicembre 1998, n.448,

l'espressione "medicinali già classificati tra i farmaci non rimborsabili e successivamente ammessi per la prima volta alla rimborsabilità" deve intendersi riferita al regime di rimborsabilità introdotto dall'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n.537.

9. Le disposizioni sulla contrattazione dei prezzi recate dall'articolo 1, comma 41, della legge 23 dicembre 1996, n.662, già estese in via sperimentale alle specialità medicinali autorizzate in Italia secondo il sistema del mutuo riconoscimento dal comma 10 dell'articolo 36 della legge 27 dicembre 1997, n.449, continuano ad applicarsi in via sperimentale fino al 31 dicembre 2000.

10. Il Ministero della sanità trasmette, entro il 30 gennaio 2001, alle competenti Commissioni parlamentari, una relazione sui risultati della sperimentazione del regime di contrattazione dei prezzi dei farmaci di mutuo riconoscimento, per il triennio 1998-2000.

11. Per i medicinali oggetto di procedura negoziale secondo la deliberazione CIPE del 30 gennaio 1997, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n.109 del 13 maggio 1997, può essere prevista, sul prezzo ex fabrica, l'applicazione di sconti a favore delle strutture pubbliche o, comunque, accreditate.

12. Al comma 1 dell'articolo 19 del decreto legislativo 29 maggio 1991, n.178, come sostituito dall'articolo 1, comma 1, lettera h), del decreto legislativo 18 febbraio 1997, n.44, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: "Qualora il ritardo della prima commercializzazione ecceda i dodici mesi il Ministero della sanità sospende l'autorizzazione concessa".

13. Dopo il comma 2 dell'articolo 19 del decreto legislativo 29 maggio 1991, n.178, è aggiunto il seguente:

"2-bis. La revoca della sospensione dell'autorizzazione adottata dal Ministero della sanità ai sensi dei commi 1 e 2 è disposta previo pagamento, da parte dell'impresa interessata, di una tariffa pari al 30 per cento di quella corrisposta per ottenere l'autorizzazione sospesa. La sospensione dell'autorizzazione all'immissione in commercio non si applica, in ogni caso, ai medicinali di cui è documentata dalle imprese l'esportazione verso altri Paesi".

14. Il Ministero della sanità predisponde annualmente una relazione che identifichi i motivi del superamento del limite della spesa farmaceutica nelle singole regioni, motivando anche le discordanze esistenti fra la spesa farmaceutica delle regioni ed i dati di vendita delle ditte farmaceutiche. La relazione è trasmessa al Parlamento.

## **ANORESSIZZANTI AD AZIONE CENTRALE:**

### **Vietata la prescrizione dal 16 febbraio**

Con provvedimento pubblicato sulla G.U. del 1/2/2000 è fatto divieto ai farmacisti di eseguire preparazioni magistrali ed ai medici di prescrivere i seguenti farmaci anoressizzanti ad azione centrale:

Fentermina  
Mazindolo  
Norpseudoefedrina  
Fenbutrazato  
Fendimetrazina  
Amfepramone (dietilpropione)  
Propilixedrina

E, comunque tutte le altre sostanze che da sole o in associazione abbiano effetto anoressizzante centrale.

Il decreto del Ministero della Sanità, datato 25 gennaio 2000 entra in vigore dal 16 febbraio corrente anno.

## **Rifiuti speciali: Il Medico e' tenuto allo smaltimento differenziato. Una circolare del Ministro Ronchi chiarisce, finalmente, gli obblighi dei Medici di Famiglia**

Roma 14/12/99

Ai Presidenti delle Regioni  
Ai Presidenti delle Provincie  
Al Comandante del Nucleo Operativo Ecologico dei Carabinieri  
Ai Presidenti della A.R.P.A. - Agenzie Regionali per la Protezione dell'Ambiente  
e, p.c. Alla F.I.M.M.G. - Federazione Italiana Medici di Famiglia

**OGGETTO:** Soggetti tenuti agli adempimenti di cui agli articoli 11, comma 3, e 12, comma 1, del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22 - Medici.

Sono pervenuti a questa amministrazione numerosi quesiti con i quali si chiede di chiarire se i medici siano obbligati a tenere i registri di carico e scarico dei rifiuti prodotti e a effettuare la relativa comunicazione annuale al Catasto, ai sensi degli articoli 11 e 12 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22.

Al riguardo si osserva quanto segue.

I medici vengono in considerazione come produttori iniziali" di rifiuti, cioè come soggetti che nell'esercizio della loro attività producono rifiuti.

Per quanto riguarda i rifiuti non pericolosi gli articoli 11 e 12 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22, limitano l'obbligo della tenuta dei registri di carico e scarico solo a carico dei produttori di rifiuti da lavorazioni industriali e artigianali, esclusi perciò i rifiuti non pericolosi provenienti da attività sanitaria.

I medesimi articoli stabiliscono, invece, l'obbligo della tenuta dei registri di carico e scarico e della comunicazione annuale al Catasto a carico di tutti "gli enti e imprese che producono rifiuti pericolosi". L'obbligo riguarda, perciò, tutti i rifiuti pericolosi che sono prodotti da attività imputabili ad "Enti", cioè a complessi organizzati di persone e cose dotati di autonoma soggettività rispetto alle persone che ne fanno parte, o da attività svolte in forma d'impresa, cioè da attività economiche esercitate professionalmente e organizzate al fine della produzione o dello scambio di beni e servizi (art. 2082 cc).

A ben vedere, quindi, per stabilire se il medico sia tenuto all'obbligo di registrare e ad effettuare la comunicazione al Catasto dei rifiuti pericolosi prodotti occorre verificare in concreto se l'attività di assistenza sanitaria sia svolta da Enti o nell'esercizio di attività d'impresa.

Più articolata, invece, è la situazione nel caso di prestazione sanitaria effettuata da un professionista, da più professionisti associati, da un poliambulatorio ecc.

L'esercizio della professione intellettuale, quale quella del medico, di per sé non costituisce mai impresa, per quanto dal punto di vista pratico ed economico dia luogo alla prestazione di servizi. L'articolo 2238, comma 2, del codice civile, infatti, esclude l'applicazione all' esercente una professione intellettuale delle disposizioni relative all'imprenditore. E questa esclusione opera anche se il professionista si avvalga dell'opera di sostituti o ausiliari, e quindi la sua attività sia organizzata. In altri termini in tali casi l'organizzazione non ha una portata apprezzabile nell'esercizio dell'attività perché si risolve in un'opera puramente personale del soggetto.

La situazione, peraltro, è diversa quando l'esercizio della professione intellettuale costituisca elemento di una più ampia attività organizzata (2238, comma 1, del cc), come nel caso, ad esempio, del medico che gestisca una casa di cura o un poliambulatorio, il quale è imprenditore. A norma dell'articolo 2238, comma 1, l'esercizio di una professione intellettuale può costituire elemento di un'attività organizzata in forma d'impresa, e quindi, in considerazione della destinazione del fattore personale e patrimoniale alla realizzazione di un profitto, essere conseguentemente soggetto alla disciplina dell'impresa e dell'attività professionale.

In conclusione, l'obbligo della tenuta dei registri e della comunicazione al Catasto riguarda i rifiuti sanitari pericolosi prodotti:

- a) da Enti (complessi organizzati di persone e cose aventi autonoma soggettività di diritto) che erogano prestazioni sanitarie;
- b) da attività sanitarie erogate da professionisti nell'ambito di un'organizzazione d'impresa (a mero titolo semplificativo, non esaustivo, cliniche, poliambulatori, ecc.).

Sono, invece, esclusi dal predetto obbligo i rifiuti sanitari pericolosi prodotti nell'esercizio di professione intellettuale non inquadrata in un'organizzazione d'impresa (singoli professionisti, medici generici, medici di famiglia, anche se si avvalgono della collaborazione di ausiliari).

Si ritiene opportuno sottolineare che detti rifiuti dovranno, in ogni caso, essere gestiti in modo separato dagli altri rifiuti e, anche qualora siano assimilabili ai rifiuti urbani ai fini dello smaltimento, non possono essere conferiti al servizio di raccolta dei rifiuti urbani ma raccolti e avviati allo smaltimento tramite ditte autorizzate o tramite apposito servizio organizzato dal soggetto che gestisce il servizio pubblico, ai sensi dell'articolo 10 e dell'articolo 45 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22.

Il corretto smaltimento di tali rifiuti dovrà essere dimostrato tramite la conservazione dell'apposita copia del formulario di trasporto.

Il Ministro dell'Ambiente: EDO RONCHI

## Varato il nuovo sistema informativo regionale

La regione Puglia, con la collaborazione della SVIM Service ha ufficialmente avviato dal 1° gennaio 2000 il nuovo sistema informativo regionale per il controllo delle attività sanitarie convenzionate.

La prima tangibile novità di questa procedura si è concretizzata nell'identificazione dei cittadini attraverso i codici fiscali anziché il numero di tesserino sanitario; il codice fiscale è un documento unico ed invariabile che accompagna ciascun assistito dalla nascita sino all'ultimo giorno: il problema è che – come molti stanno direttamente verificando – esistono numerosissimi codici fiscali errati o incongruenti con quelli registrati nell'anagrafe SVIM rilevabile dai tabulati mensili e dai riepiloghi semestrali che pervengono ai medici di famiglia.

L'incongruenza del codice fiscale può tradursi nel trasformare il cittadino in un "fantasma" agli occhi del SSN, con immaginabili conseguenze per il soggetto prescrittore e disagi per l'utenza. In molti casi un codice fiscale errato ha costretto i pazienti a essere rimandati indietro dai CUP ove si erano recati per prenotare esami diagnostici. In questi casi il cittadino deve recarsi allo sportello SAUB del comune di residenza per "registrare" il codice fiscale esatto.

La FIMMG provinciale, conscia del problema, aveva segnalato i possibili disagi all'Assessorato nella nota del 29 dicembre sotto riportata senza ricevere alcuna risposta.

Tra le novità del Sistema Informativo Regionale vi è anche la decentralizzazione del calcolo dei compensi per i Medici di Famiglia, di Continuità Assistenziale e Medicina dei Servizi: l'immissione dei dati relativi – specie per quanto attiene alle quote variabili del compenso quali PIPP, ADP, ADI – è ora deputata agli impiegati dei CED di ASL e non più ai dipendenti SVIM.

Purtroppo questa variazione ci fa paventare inevitabili ritardi nella corresponsione dei pagamenti mensili; in tal senso la segreteria provinciale si è già attivata inviando una nota ai direttori generali in cui si chiede il regolare pagamento degli emolumenti mensili.

### COMUNICATO CONGIUNTO FIMMG-CUMI

All'Assessore alla Sanità della Regione Puglia  
Ai Drettori Generali di ASL

Oggetto: Adozione codice fiscale ai fini dell'identificazione degli assistiti.

Le sottoscritte OO.SS., FIMMG e CUMI, in relazione alla nota Assessorile prot. 24/26752/Coord. del 21/12/1999 e della nota n. 9821/DS del 24/12/1999 della Direzione Generale AUSL BA/4, trasmesse ai MMG dai Dirigenti di Distretto in data 28/12/1999, con le quali si dispone l'utilizzo del Codice Fiscale per l'identificazione degli assistiti a far data dal 01/01/2000, rendono noto che, stante il mancato aggiornamento, da parte dei Distretti Socio-sanitari, con l'annotazione del C.F. sul libretto sanitario di gran parte degli assistiti, nonché l'impossibilità di adeguare le cartelle cliniche computerizzate al nuovo sistema nei pochi giorni che precedono la data del 01/01/2000, considerate altresì i gravi disagi cui incorrerà l'assistito a causa della richiamata inadempienza, non è possibile aderire alla richiesta di questo Assessorato.

Chiedono, pertanto, che sia disposto, con urgenza, un congruo rinvio dell'entrata in vigore del provvedimento in oggetto, al fine di evitare disagi agli assistiti e consentire ai soggetti preposti di adottare i necessari provvedimenti.

### LA NOTA INVIATA AI DIRETTORI GENERALI DI ASL

Oggetto: Emolumenti mese di Gennaio 2000

Con la presente, questa O.S. prende atto del cambiamento delle norme che regolano i rapporti tra la AUSL BA/4 e la società SVIM Service in relazione all'immissione dei dati dell'attività svolta dai MMG per il calcolo degli emolumenti mensili.

Poiché giungono informazioni di difficoltà e ritardi nell'immissione di tali dati, nel ricordare che ai sensi dell'art. 45 del DPR 484/96, i MMG sono assimilati ai dipendenti per quel che riguarda la data di pagamento degli emolumenti, si invita codesta Azienda a corrispondere nei termini di legge, una somma uguale allo stipendio pagato per il mese di Dicembre 1999, fatta salva la possibilità di procedere ad eventuali conguagli nonché a comunicare, ai sensi della L. 241/90, i nominativi dei responsabili del procedimento di immissione dei dati.

Analoga misura si richiede per i medici addetti al Servizio di Continuità Assistenziale.

Resta inteso che, ove mai gli eventuali ritardi addebitabili esclusivamente all'Azienda- producano pregiudizio a carico dei MMG, saranno intraprese le opportune azioni legali.

### BREVI

- **Una delegazione della FIMMG provinciale presieduta dal dott. Anelli è stata ricevuta dall'Arcivescovo Mons. Cacucci il 29 gennaio scorso.**
- **FIMMG e SNAMI siedono ora allo stesso tavolo di trattative nazionali per il rinnovo della consenzione: dopo anni di conflitti, i principali motivi di attrito appaiono dissipati.**

## FIMMG BARI

Tel. 080/5073779

Dal lunedì al venerdì dalle 18 alle 20

FAX sempre attivo al numero:

080/5096770

## COMUNICATO STAMPA

### ASSEGNAZIONE ZONE CARENTI MEDICINA GENERALE

ORDINANZA CONSIGLIO DI STATO  
28.9.1999 N. 1783/99

Con riferimento all'articolo pubblicato su IL SOLE 24 ORE - SANITÀ del 26.10.1999, pag. 22, a firma di Elia Sante-  
ra, intitolato "Generalisti: si alla classifica", nonché ad altre fonti di informazione (INTERNET) la FIMMG Formazione per mezzo del Segretario Nazionale Dott. Fabio D'Andrea e del consulente legale Avv. Francesco Vannicelli (che peraltro è l'avvocato che, unitamente all'Avv. Silvia Maria Cinquemani, ha redatto il ricorso di primo grado ed il successivo appello avverso la sospensiva) precisa quanto segue:

1) Il ricorso proposto non aveva ad oggetto la generica questione della priorità di assegnazione ai titolari di attestato, ovvero il doppio accesso in graduatoria ai titolari sia di attestato che di titolo equipollente, bensì una specifica questione della sola Regione Calabria. Con nota n. 60 del 2.3.1999 l'assessorato alla sanità della Regione Calabria ha stabilito che, in caso di assegnazione di n.

2 zone carenti di medicina generale, sussistendo una riserva del 30% in favore dei titolari di attestato ed una riserva del 70% in favore dei titolari di titolo equipollente, tutte e due le zone carenti devono essere assegnate a quest'ultima categoria, senza che nulla resti per i titolari di attestato. E' contro questo illegittimo sopruso che si sono scagliati i medici ricorrenti, e nel merito difficilmente potranno avere torto, atteso che nessuna norma giuridica esistente può giustificare l'assunto dell'assessorato calabrese.

2) Il Consiglio di Stato si è pronunciato limitatamente alla sospensiva confermando, come già indicato dal TAR Lazio nel primo grado di giudizio, che non fosse opportuno sospendere l'assegnazione delle zone carenti perché ciò avrebbe arrecato un

danno all'utenza e nessun beneficio concreto ai ricorrenti, che sono più di 250 e che non avrebbero potuto comunque aspirare tutti insieme all'assegnazione delle zone carenti. Meglio quindi attendere la decisione di merito.

3) L'ordinanza del Consiglio di Stato in questione è, comunque, priva di qualsivoglia motivazione. E' estremamente scorretto volergliene attribuire una a tutti i costi. Stesso discorso vale per l'ordinanza del TAR Lazio, Sez. III ter, n. 1074/99 del 5.6.1999, impugnata dinanzi al Consiglio di Stato.

4) Il Consiglio di Stato, quindi, non è entrato assolutamente nel merito della questione. Non corrisponde al vero quanto riportato dalle fonti di stampa, secondo le quali i Giudici di Palazzo Spada avrebbero ratificato la legittimità della "doppia graduatoria" o, addirittura, avrebbero affermato che anche i titolari di "titolo equipollente" (rectius diritto acquisito all'accesso in graduatoria) devono beneficiare dei dodici punti.

5) Le uniche pronunce di merito ad oggi pubblicate (TAR Umbria n. 640/98 e sgg.; TAR Molise 190/99 e sgg.) sono di segno opposto ed affermano senza mezzi termini che i titolari di attestato e, contemporaneamente, di "titolo equipollente" possono concorrere ad entrambe le percentuali di assegnazione. Dette sentenze non sono state annullate dal Consiglio di Stato.

Si ritiene pertanto assolutamente scorretto strumentalizzare questioni specifiche ed tutt'altro tenore per ingenerare nella categoria dei medici idee sbagliate ed inesistenti.

(Continua da pagina 1)

**NON SIAMO PIU' MANDATARI !!!**

anche dall'impegno del capo gruppo Ass. Marmo, che ha recepito le istanze espresse da una delegazione della FIMMG di Bari, e dell'assessore Saccomanno, che riporta un po' di serenità tra i medici di famiglia.

Avevamo sostenuto che le esigenze assistenziali dei cittadini pugliesi vengono prima di qualsiasi obiettivo di natura economica.

Oggi, dopo questa decisione, possiamo affermare di aver raggiunto un primo risultato: quello di non vedere attribuite al medico di famiglia responsabilità patrimoniali su eventuali sforamenti dei tetti di spesa giustificati da esigenze assistenziali.

Resta ancora da far accettare l'idea che i tetti di spesa sono il frutto di una programmazione sanitaria e non solo di tipo contabile.

Trasformare un servizio sanitario in una mera operazione contabile, significa stravolgere le finalità del sistema, che invece di produrre salute, produrrebbe risparmio.

Come dire: trasformiamo le nostre aziende da sanitarie in istituti di credito!

I livelli di spesa programmata, i tetti di spesa, sono strettamente correlati agli obiettivi sanitari che una Regione, azienda o distretto, deve porsi.

Orbene, è a tutti noto che la Regione Puglia non si è mai dotata di un Piano Sanitario Regionale e che tale mancanza si riverbera sulle programmazioni sanitarie delle Aziende Sanitarie e dei Distretti.

Tutto ciò rischia di trasformare il nostro servizio sanitario regionale in una corsa al risparmio, con l'unico obiettivo di uniformarsi agli indici nazionali senza capire dove e come intervenire in ragione delle esigenze sanitarie della popolazione.

Per questo ribadiamo la nostra disponibilità a collaborare alla stesura del Piano Sanitario Regionale, senza il quale ogni iniziativa rischia di essere vanificata dalla mancata programmazione. Non è più sostenibile che la sanità in Puglia sia gestita senza uno strumento importante quale il Piano Sanitario Regionale. Una scelta prioritaria su cui le forze politiche, alla vigilia di una competizione elettorale, devono confrontarsi per ottenere quel

#### Annuncio preliminare

### CORSO DI SESSUOLOGIA CLINICA

#### L'approccio clinico alla sessualità ed ai disordini della funzione sessuale.

Pacchetto formativo per i MMG patrocinato dalla SIMG e dall'Ordine dei Medici.

Si terrà all'Ordine dei Medici di Bari nei mesi di Aprile o Maggio, con seminari settimanali tenuti anche da docenti universitari.

Per informazioni: Segreteria Organizzativa **Dott. Pasquale Lisena**. Tel. 080/4688975 - 0347/4151309

**Scriveteci !**

Il notiziario ed il sito Internet ospitano editoriali degli iscritti.

## CONSIGLIO NAZIONALE DEL 15 GENNAIO 2000: PROCLAMATO LO STATO DI AGITAZIONE

### Ordine del giorno

UDITA LA RELAZIONE DEL SEGRETARIO GENERALE NAZIONALE, CHE HA AFFRONTATO TUTTE LE TEMATICHE DI POLITICA SANITARIA DI ATTUALITA', DAI RAPPORTI CON GLI ORGANISMI ISTITUZIONALI ED I "MASS MEDIA" RELATIVI ALLA SITUAZIONE CREATASI IN SEGUITO ALL'"EMERGENZA-INFLUENZA", ALLA PUNTUALIZZAZIONE SUGLI SVILUPPI DELLA TRATTATIVA IN CORSO PER IL RINNOVO DELLA CONVENZIONE, DALLA CONTINGENZA POLITICA RELATIVA ALLA CAMPAGNA REFERENDARIA AL POTENZIAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE INTERNA DEL SINDACATO, LA APPROVA, CONFERMANDO AL SEGRETARIO GENERALE NAZIONALE ED ALLA SEGRETERIA NAZIONALE, PIENA FIDUCIA E CONVINTO SOSTEGNO.

#### **Il Consiglio nazionale della FIMMG constata con soddisfazione:**

L'ULTERIORE AFFERMAZIONE ED IL RAFFORZAMENTO UNITARIO DEL SINDACATO CON IL POTENZIAMENTO DELL'INCIDENZA DELLA SUA AZIONE IN TUTTI I SETTORI DI COMPETENZA

IL SUCCESSO DEL SINDACATO NELLA TORNATA ELETTORALE PER IL RINNOVO DEI CONSIGLI PROVINCIALI DEGLI ORDINI DEI MEDICI, CHE HA CONSENTITO, NELLA STRAGRANDE MAGGIORANZA DELLE PROVINCE ITALIANE, LE ELEZIONI DI NUMEROSI RAPPRESENTATI DELLA CATEGORIA NEI CONSIGLI STESSI, CON L'AFFIDAMENTO A MOLTI DI ESSI DELLA CARICA DI PRESIDENTE O DI MEMBRO DELL'ESECUTIVO

LA FORTE TENUTA DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE DELLA CATEGORIA, CHE HA SAPUTO FAR FRONTE ALL'EMERGENZA INFLUENZA, GARANTENDO DI FATTO A TUTTI I CITTADINI ITALIANI TEMPESTIVITA' ED ADEGUATEZZA DI INTERVENTO

LA PRONTEZZA, L'EFFICACIA E L'ADEGUATEZZA DEGLI INTERVENTI SU OGNI MEZZO DI COMUNICAZIONE, DA PARTE DELLA SEGRETERIA CENTRALE A LIVELLO NAZIONALE E DI QUELLE REGIONALI E PROVINCIALI A LIVELLO LOCALE,

PER RIBATTERE CON EVIDENZA DI DOCUMENTAZIONI E DI DATI, OGNI STRUMENTALE TENTATIVO VOLTO A CRIMINALIZZARE LA CATEGORIA, SCARICANDO SU DI ESSA RESPONSABILITA' DISFUNZIONALI AD ESSA ESTRANEE, INVENTANDO PROPOSIZIONI DI EMERGENZA INESISTENTI E CREANDO NELLA PUBBLICA OPINIONE CONFUSIONE ED ALLARMIAMO INGIUSTIFICATI CHE NON ESCLUDE UN TENTATIVO STRUMENTALE DI SCREDITARE IL SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO A VANTAGGIO DI NOTI INTERESSI CHE VANNO SVILUPPANDOSI AI MARGINI DELLO STESSO

LA CONTINUAZIONE DEGLI INCONTRI DI TRATTATIVA PER IL RINNOVO DELLA CONVENZIONE, ANCORCHE' RESI PIU' DIFFICILI DA CARENZE ISTITUZIONALI DELLA CONTROPARTE, SOPRATTUTTO DELLA RAPPRESENTANZA A LIVELLO REGIONALE, PER ALTRO OGGI RECUPERATI POSITIVAMENTE

IL CONFERMATO IMPEGNO SCRITTO DEL MINISTRO DELLA SANITA' , SIA PER IL RINNOVO CONVENZIONALE, SIA PER L'ATTUAZIONE DI CONCRETI E PRECISI INTERVENTI DI DEBUROCRATIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' MEDICA, SIA PER L'INCISIVO INSERIMENTO DELLA CATEGORIA NELL'AMBITO DELLA RICERCA E DELLA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA.

#### **Il Consiglio, constatati con preoccupazione:**

IL GRAVE RITARDO COMUNQUE ACCUMULATOSI PER ESCLUSIVA RESPONSABILITA' DELLA CONTROPARTE, NEI TEMPI DI SVOLGIMENTO DELLA TRATTATIVA

I RISCHI EMERGENTI DALLA EVENTUALE ATTUAZIONE DELLA CONSULTAZIONE REFERENDARIA SUI TEMI SOCIO-ASSISTENZIALI ED IN PARTICOLARE SU QUELLI MIRATI ALLA DESTABILIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO E DELLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI RAPPRESENTATIVE DI CATEGORIA.

#### **Responsabilmente decide:**

L'ALLERTAMENTO ED IL POTANZIAMENTO DI TUTTE LE STRUTTURE OPERATIVE DELLA FIMMG PER INTERVENIRE TEMPESTIVAMENTE SU TUTTI I FRONTI DELLA COMPLESSA SITUAZIONE ESISTENTE

#### **E pertanto, dichiarando lo stato di agitazione, dà ampio mandato al Segretario ed alla Segreteria nazionali:**

DI ATTIVARE PRONTAMENTE, QUALORA ENTRO IL CORRENTE MESE DI GENNAIO NON SI REALIZZASSERO PROSPETTIVE ED ACQUISIZIONI CONCRETE PER LA SOLUZIONE DELLE VERTENZE E DEI PROBLEMI SUL TAPPETO, OGNI IDONEA INIZIATIVA DI LOTTA SINDACALE COMUNQUE RISPETTOSA DELLE ESIGENZE ASSISTENZIALI E DA EFFETTUARSI A PARTIRE DALLA SECONDA QUINDICINA DI FEBBRAIO P. V.

DI PREDISPORRE L'EVENTUALE UTILIZZAZIONE DI TUTTI GLI STUDI DEI MEDICI DI FAMIGLIA PER DIFENDERE IL SISTEMA SANITARIO PUBBLICO E L'AUTONOMIA DEL SINDACATO CONTRO I RELATIVI QUESITI REFERENDARI

### IMPORTANTI RICONOSCIMENTI ALLA SEZIONE DI BARI

**Nel corso del Consiglio Nazionale e' stata conferita al Segretario Provinciale Dott. Filippo Anelli la delega alla solidarietà sociale.**

**Il dott. Anelli è stato, altresì, nominato membro effettivo del Comitato Tecnico Scientifico Nazionale.**

**Un incarico importante ed un riconoscimento al lavoro svolto dal Segretario e da tutta la sezione.**