

**Grande successo sindacale della Fimmg.**

## **SIGLATO L'ACCORDO CON L'ASSESSORE MAZZARACCHIO: AVVIATA LA TRATTATIVA REGIONALE**

**Ulteriore acconto del 35% sugli arretrati, riconosciute tutte le forme associative preesistenti e neoformate ai sensi dei DPR 484/96 e 270/2000; competenze a regime dalla mensilità di giugno**

E' partita da Alberobello, con l'iniziale disappunto per l'assenza dell'Assessore all'affollato congresso provinciale, la riscossa sindacale della Fimmg: in tre settimane, grazie all'instancabile presenza del Segretario Provinciale, dott. Anelli in Assessorato, i medici di famiglia hanno ottenuto un importante accordo che vede, di fatto, riconosciute tutte le forme associative stipulate ai sensi dei DPR 484/96 e 270/2000, e che concede ai medici e pediatri di famiglia un ulteriore acconto del 35% sugli arretrati previsti dalla nuova Convenzione. Dichiarato ufficialmente aperto anche il tavolo delle trattative regionali per l'Accordo decentrato regionale. Di grande importanza, nell'evolversi dei fatti di queste tre ultime settimane, anche il sostegno che la stampa regionale ha dato alla protesta dei medici di medicina generale. A pagina 2 un editoriale del Segretario sulle risultanze del Congresso Fimmg e sugli sviluppi della trattativa.

### **Il testo dell'accordo siglato alla Regione con l'Assessore Mazzaracchio.**

#### **L'ASSESSORE REGIONALE ALLA SANITA' E I SEGRETARI REGIONALI DELLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI**

VISTI i DD.PP.RR. 270, 271 e 272 del 28.7.00, con i quali sono stati resi esecutivi rispettivamente l'A.C.N. per i Medici di medicina generale e l'AC.N. e l'accordo per gli specialisti ambulatoriali interni e per gli Specialisti pediatri di libera scelta, pubblicati sul Supplemento Ordinario n.165 alla Gazzetta Ufficiale n.230 del 2.10.2000, ed entrati in vigore il 17.10.2000;

CONSIDERATO che in data 2 Febbraio 2001 le Organizzazioni Sindacali di categoria e le Direzioni Generali delle Aziende UU.SS.LL. hanno concordato le modalità per l'erogazione ai medici interessati degli arretrati previsti dagli Accordi Collettivi Nazionali nonché l'applicazione degli istituti economici;

*(Continua a pagina 3)*



**All'interno  
INSERTO SPECIALE  
Il resoconto completo con gli  
interventi sindacali:**

**3° Congresso Provinciale Fimmg -  
Alberobello 26 maggio 2001**

### **I MEDICI DI FAMIGLIA ED I CITTADINI INSIEME PER UN NUOVO SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

Un successo di partecipazione al di là di ogni aspettativa il 3° Congresso Provinciale della Fimmg Barese: circa 200 gli iscritti partecipanti, la presenza concomitante del Segretario e dei due Vice Segretari vicari nazionali, ha dato lustro all'assise tenutasi ad Alberobello. Interessanti e molto frequentati gli stand con le proposte di servizi accessori offerti in occasione della manifestazione.

### **Guardia medica alle 10 anche nei pre-festivi diversi dal sabato :**

**OGGETTO: art. 48, comma 2, del DPR 28 luglio 2000, n. 270. Continuità assistenziale. Interpretazione. RETTIFICA. Nota Prot. n. 24/2732/16 del 12.6.2001**

Si fa riferimento a precedente nota dello scrivente Ufficio, datata 22 maggio 2001, (numero prot. 24/10675/116/16) in ordine all'interpretazione della dizione "giorno prefestivo" In merito, va precisato che il secondo capoverso della nota sopra richiamata va rettificato e sostituito con rinvio al disposto dell'art. 33 del DPR n. 270/2000, commi 5 e 6.

Per quanto sopra, anche per effetto di applicazione riveniente di pregressi AA.CC.NN. in materia di guardia medica, **si ribadisce che il giorno prefestivo è da intendersi non solo la giornata del sabato, ma anche tutte quelle giornate, diverse dal sabato, che precedono le festività diverse dalla domenica; in tale giorno (prefestivo (sabato e non) la continuità assistenziale si realizza con assicurazione del servizio con inizio dalle ore 10.00.**

Il dirigente: dott. Michele Carretta



### Editoriale del Segretario:

## Da Alberobello all'Accordo con l'Assessore: bruciate in poco tempo le tappe della trattativa dall'azione sindacale della Fimmg

Tutte le associazioni costituite entro la data del 14 giugno 2001 sono di fatto riconosciute sia sotto il profilo giuridico che economico.

L'intesa del 14 giugno 2001 può definirsi, a giusta ragione, un vero e proprio successo della FIMMG e dei sindacati dei medici di famiglia.

È il risultato più importante conseguito successivamente al III Congresso della FIMMG di Bari.

Un Congresso, quello di Alberobello, caratterizzato da una straordinaria partecipazione dei medici di famiglia, oltreché dalla presenza dei massimi esponenti della segreteria nazionale della FIMMG.

La qualità delle relazioni ed i numerosi servizi offerti in occasione del Congresso hanno contribuito all'ottima riuscita della manifestazione.

Il successo di questa iniziativa e la presenza di tanti colleghi hanno conferito alle richieste avanzate dalla FIMMG quel peso politico indispensabile per sostenere l'azione sindacale nei confronti dell'Assessore alla Sanità.

Chiarita l'assenza dell'Assessore al Congresso, determinata da sopraggiunti ed improrogabili impegni istituzionali, gli incontri post congressuali con l'Assessore alla Sanità sono serviti a creare quel clima di serenità necessario per dare una svolta decisiva alla trattativa regionale.

È stato possibile, così, ottenere un ulteriore anticipo sugli arretrati pari al 35% del calcolo elaborato sugli emolumenti a quota fissa del nostro stipendio, mentre rimangono da determinare quelli relativi alla quota variabile e quelli maturati dalla data di pubblicazione dell'Accordo Nazionale ad oggi.

Un impegno, quello del 35%, a cui l'Assessorato ha già ottemperato inviando, tramite la Svimservice, i relativi tabulati alle ASL.

Risolto, grazie anche al lavoro degli esperti della Svimservice, il problema dell'adeguamento dei nostri stipendi ai nuovi istituti economici previsti dal contratto nazionale DPR 270/00. L'accordo, infatti, prevede che tale adeguamento sarà corrisposto ai medici con la mensilità di giugno 2001.

re invariate le percentuali previste dal contratto nazionale per il collaboratore di studio e per l'infermiere. Un punto qualificante in quanto costituisce un vero e proprio sostegno all'occupazione.

L'accordo sull'associazionismo medico, in ogni caso, costituisce la parte più importante di un'intesa che potrebbe definirsi "storica".

Per la prima volta, infatti, in Puglia vengono superati i tetti previsti dal contratto nazionale per ogni singola forma di associazione.

Il riconoscimento di tutte le associazioni alla data del 14 giugno 2001 elimina di fatto ogni forma di contenzioso e di discriminazione tra colleghi e costituisce un vero e proprio salto di qualità nella organizzazione della medicina generale in Puglia.

Infatti, alle forme associative sono demandati compiti importanti sia nell'assistenza ai cittadini: maggior numero di ore di apertura degli ambulatori; sia per la qualità dei servizi offerti: adesione a progetti obiettivi per la elaborazione di linee guida e controllo della spesa sanitaria.

Si è avviata così, nel migliore dei modi, una trattativa regionale a cui la FIMMG di Bari, insieme alle altre provincie, partecipa da protagonista.

Una trattativa che ci vedrà impegnati per migliorare la qualità dell'assistenza, attraverso la valorizzazione delle cure territoriali ed il rilancio dell'azione di programmazione e di gestione economica da parte del Distretto.

### AVVISO IMPORTANTE

**I medici che effettuano prestazioni soggette ad IVA dovranno trasmettere le dichiarazioni IVA e il modello UNICO esclusivamente per via telematica attraverso Entratel . Per quanto attiene alle dichiarazioni Iva, - essendo stato esteso l'obbligo della presentazione via telematica a tutti coloro che sono obbligati a presentare il Mod. Unico ed essendo stato predisposto un nuovo modello per la dichiarazione periodica Iva, per i mesi di gennaio, febbraio e marzo - la presentazione per via telematica è stata ulteriormente rinviata al 31 ottobre 2001.**



(Continua da pagina 1) *L'accordo con l'Assessore Mazzaracchio*

VISTA la nota assessoriale datata 05.06.2001 con cui viene disposto che " gli istituti normativi dei precedenti Accordi regionali (deliberazioni di Giunta regionale n. 1245 e n. 1246 del 29 aprile 1998) vengono integralmente prorogati fino alla sottoscrizione dei nuovi accordi regionali, ad eccezione di istituti di particolare complessità diversamente normati a livello nazionale"

#### CONCORDANO

Di corrispondere, a titolo di ulteriore acconto, **una corresponsione sugli arretrati contrattuali nei limiti del 35% da erogare con gli stessi criteri e decorrenza stabiliti nella intesa sottoscritta il 2 febbraio 2001.**

Di operare la messa a regime delle disposizioni economiche, con competenza relativa al mese di giugno 2001.

Di regolamentare l'istituto dell'associazionismo dell'assistenza primaria, ex art. 40 del DPR n. 270/2000, specie con riferimento agli aspetti innovativi dovendosi "garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana .... attraverso lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e la organizzazione distrettuale del servizio" come espressamente previsto dall'art. 8 del D. Lgs. N.

502/1991 e successive modificazioni.

**Prima di procedere all'applicazione del DPR n. 270/00 relativamente alla contrattazione regionale, le Parti convengono di rendere operative sia per gli effetti giuridici che economici, tutte le domande di associazionismo pervenute entro la data odierna e formulate ai sensi del DPR 484/96 e del DPR 270/00, sempre che esse abbiano i requisiti previsti dall'art. 40 DPR 270/00. Resta inteso che rimangono validi gli accordi sottoscritti a livello aziendale sia sotto il profilo giuridico che economico.**

**Sono confermate le percentuali previste dalle lettere B4 e B5 dell'art. 45 del DPR 270/00**

Le considerazioni e valutazioni esposte per la medicina generale sono estese anche alla pediatria di libera scelta ex DPR 28.07.2000 n. 272.

Con la riunione odierna sono formalmente avviate le trattative per il rinnovo degli Accordi regionali ai sensi dei DD. PP. RR. 270 e 272/00.

Bari, lì 14 giugno 2001

FIRMATO: L'ASSESSORE ALLA SANITA', DOTT. SALVATORE MAZZARACCHIO

LE SIGLE SINDACALI: FIMMG, FIMP, FEDERAZIONE MEDICI, CUMI, AISS, - SNAMI - CISL MEDICI - SUMAI

**31/03/2001**

### **FIMMG CONTINUITA' ASSISTENZIALE: ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI**

L'Assemblea ha deliberato quanto segue:

A) E' stata definita la quota associativa mensile di iscrizione alla F.I.M.M.G.. Continuita' Assistenziale in £ 170-00 mensili da effettuarsi con ritenute in busta. L'iscrizione è riservata ai colleghi Titolari e Sostituti e per quest'ultimi il prelievo avverrà solo nei mesi in cui gli Stessi sono incaricati.

A far data dal 1° Marzo 2001 anche il nostro Settore ha ottenuto la copertura assicurativa legale per i propri iscritti. Gli effetti di tale copertura decorrono dalla data di iscrizione alla F.I.M.M.G. Continuita' Assistenziale.

B) Numerose iniziative in termini di attività politica sono in corso altre hanno già trovato una risposta:

1) E' stato individuato un gruppo di lavoro inter-Aziendale al quale far riferimento per problematiche emergenti in seno al Servizio di Continuita' Assistenziale. Di tale Gruppo fanno parte i Colleghi: P. Drago asl ba/2, M. Ciancio asl ba/5, V. Marzano asl ba/4 oltre all'Esecutivo Provinciale. Tutti i Colleghi che operano nella C.A. della Provincia di Bari possono contattarci al numero 080/5043779 oppure all'indirizzo e-mail: [fimmgba@iol.it](mailto:fimmgba@iol.it).

2) Sono allo studio iniziative atte ad ottenere al più presto la liquidazione dei compensi arretrati, di cui il 60% in liquidazione con le competenze di febbraio o marzo, a seconda delle Aziende, per la quota del 40 % nonché per l'adeguamento a regime dei compensi previsti dal D.P.R. 270/00.

3) In data 05/02/2001 è stata formalizzata richiesta al Ns Assessorato di attivare tutte le procedure necessarie per consentire alle Aziende la regolare liquidazione dei compensi relativi alle prestazioni aggiuntive previste dall'art. 53 commi 9 e 10 DPR 270/2000 (P.I.P.P.).

**A tal proposito si sottolinea che tali prestazioni possono essere effettuate senza alcuna autorizzazione preventiva da parte della Asl e che le stesse devono essere riepilogate su apposita modulistica fornita dalla Asl di appartenenza e consegnate nei primi giorni del mese successivo.**

**Ogni comportamento difforme da parte Asl deve essere tempestivamente segnalato per le opportune azioni Sindacali.**

4) E' stata inoltrata all'Assessorato, richiesta di adeguamento dell'indennità uso automezzo a tutt'oggi ferma a £ 1895 per ora di servizio (ultimo aggiornamento anno '98).

5) Si sta lavorando per definire le modalità di erogazione degli accessi a pazienti in ADI o in ADP da parte del Medico di C.A. nei giorni in cui il Medico di Assistenza Primaria è assente.

### **AVVISO IMPORTANTE**

**Entro il 30 giugno, vanno consegnati alla propria ASL di appartenenza, gli elenchi dei soggetti da sottoporre a vaccinazione anti-influenzale nel prossimo autunno. In talune ASL puo' essere sufficiente comunicare il solo numero di soggetti da vaccinare senza produrre l'elenco nominativo, che andrà comunque presentato a consuntivo. Consultare in tal senso il proprio fiduciario di distretto.**

**DALLE SEZIONI FIDUCIARIE****ASL BA/3:  
AL VIA IL PROGETTO TRAPIANTI****Delibera del Direttore Generale dell'11.01.2001**

in data 27/12/2000 è stato stilato un protocollo d'intesa con le OO.SS. dei Medici di Medicina Generale e Pediatria allo scopo di definire le modalità operative e che le stesse OO.SS. hanno offerto la disponibilità all'esecuzione del "progetto trapianti" (acquisizione della volontà dei pazienti, compilazione della scheda, autentica della firma ed ogni altro adempimento connesso) purchè remunerati con una somma pari a £. 8.000 onnicomprensive per ogni scheda, su materiale cartaceo, consegnata alla sede del D.S.S. territorialmente competente e con una somma aggiuntiva di £. 2000 se i medici provvedono anche all'informatizzazione dei dati su supporto magnetico con l'intesa che il pagamento delle competenze spettanti ad ogni medico avvenga entro 60 giorni dalla presentazione dei dati che, avverrà trimestralmente a cura dei medici con le modalità su esposte; l'A.U.S.L. si impegna a fornire il software necessario all'inserimento dei dati nel SIT (Sistema Informativo Trapianti) ed a realizzare un corso di formazione sul tema in oggetto e sull'utilizzo del software e qualora non fornisce il predetto software si impegna a corrispondere ai medici la somma onnicomprensiva di £. 10.000 per ogni scheda che gli stessi presenteranno; le OO.SS. di categoria si impegnano a far aderire al progetto almeno il **70% dei medici di tutto il territorio aziendale ed il 5% della popolazione assistibile altrimenti nulla sarà dovuto dall'A.U.S.L. che si riterrà, pertanto, libera di interrompere il progetto.**

Nel protocollo d'intesa, di cui alle premesse del presente deliberato, sono stati concordati i livelli di spesa per l'assistenza farmaceutica con l'impegno da parte delle OO.SS. di categoria a rispettare, come tetto di spesa per la farmaceutica nella A.U.S.L. Ba/3 per l'anno 2001, la spesa dell'anno 2000 aggiornata con la variazione dell'aumento e/o diminuzione medio del **costo dei farmaci** che si registrerà nel 2001, fermo restando invariati i tassi di ospedalizzazione, e con la precisazione che nel computo della spesa farmaceutica per l'anno 2001 non deve essere contabilizzata la spesa sostenuta per la realizzazione del "Progetto Cronos" (Alzheimer).

Al fine del computo della spesa farmaceutica faranno fede i dati del Sistema Informativo Sanitario Aziendale ed il confronto di spesa tra l'anno 2000 ed il 2001 sarà eseguito per ambito distrettuale.

**IMPORTANTE !**

**Entro il 30 giugno vanno consegnati alle ASL di appartenenti gli elenchi dei soggetti da sottoporre a vaccino anti-influenzale, nelle modalità previste dai rispettivi accordi aziendali**

Qualora venga rispettato il tetto di spesa, così come sopra esposto, l'A.U.S.L. corrisponderà, al medico, £. 1000 onnicomprensive più oneri ENPAM a carico dell'Ente, per ogni assistito in carico; qualora, invece, si verificasse un risparmio, rispetto al tetto di spesa, l'A.U.S.L. corrisponderà, oltre alle suddette £. 1000 più oneri ENPAM per assistito, il 50% della minore spesa sostenuta ripartita secondo le indicazioni della D.G.R. 1003/99 e più precisamente: il 30% per il potenziamento dei DD.SS.SS.; il 30% ai Medici di Medicina Generale e Pediatria in servizi; il 30% ai Medici di Medicina Generale e Pediatria in forma di quota incentivante; il 10% per la formazione dei Medici di Medicina Generale e Pediatria; nulla sarà dovuto dall'A.U.S.L. qualora dovesse verificarsi un incremento del tasso di ospedalizzazione nel 2001 rispetto al 2000.

**ASL BA/5**

**Per gli studi dei MMG non occorrono autorizzazioni specifiche, diverse da quanto previsto nel DPR 270/2000: replica ad una nota della Direzione Generale.**

Oggetto: nota 4993/DSS 1 del 11/04/01.

In relazione alla nota in oggetto, con la quale si richiedeva ai MMG l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie ex D. Lvo n. 229/99, art. 8-ter, si significa quanto segue.

Appare quantomeno singolare che il dirigente del Distretto 1 della AUSL BA5 abbia inteso applicare una norma destinata alle strutture convenzionate (laboratori analisi, gabinetti radiologici ecc) ai medici convenzionati il cui rapporto è disciplinato dal DPR n. 270/00.

E' solo a questa fonte normativa, infatti, che bisogna fare riferimento per ogni aspetto del rapporto stesso, tanto più che esiste apposita previsione relativa a requisiti per l'apertura degli studi medici. E' appena il caso di ricordare che il DPR n. 270/00 costituisce accordo collettivo triennale ai sensi dell'art. 8 del D.Lvo n. 502/92, come modificato dai decreti legislativi n. 517/93 e 229/99. Ogni altra disposizione da voi invocata deve ritenersi inapplicabile.

Bari, 4 giugno 2001

*Il segretario Provinciale dott. Filippo Anelli***Nasce la sezione Medicina dei Servizi Fimmg-Bari**

Si è costituita il 10.05.2001 la sezione Medicina dei Servizi della Fimmg di Bari che ha nominato incaricato pro-tempore il dott. Francesco Avitto con il mandato di convocare l'assemblea per l'elezione

**La polizza di tutela legale è stata estesa anche agli iscritti della sezione Fimmg Guardia Medica**



**3° Congresso Provinciale Fimmg - Alberobello 26 maggio 2001  
I MEDICI DI FAMIGLIA ED I CITTADINI INSIEME  
PER UN NUOVO SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

**MOZIONE CONCLUSIVA DEL 3° CONGRESSO  
PROVINCIALE DELLA FIMMG DI BARI**

Il 3° Congresso provinciale della FIMMG di Bari, riunito a Alberobello (BA) il 26 Maggio 2001,

UDITA

la relazione del segretario provinciale

LA APPROVA

facendo proprio, in particolare:

- L'invito del Segretario Filippo Anelli a intensificare l'alleanza con i cittadini per la promozione del diritto alla tutela della salute quale interesse della collettività, e a favorire in tutti gli organismi la loro partecipazione.
- L'impegno a sostenere l'applicazione della Legge di Riforma n.229/99 ed in particolar modo la costituzione di Distretti socio sanitari autonomi sotto il profilo economico, in grado di offrire risposte adeguate alle esigenze del territorio.
- L'affermazione a voler difendere il nostro SSN basato sui principi della solidarietà e universalità, considerato dall'OMS il secondo miglior Servizio Sanitario mondiale
- La constatazione del perdurare dello squilibrio fra assistenza territoriale ed ospedaliera, che pertanto necessita di interventi assistenziali sul territorio, come l'Assistenza Domiciliare Integrata, in grado di attenuare i disagi dei cittadini ed offrire delle reali alternative all'assistenza ospedaliera.
- La necessità di operare scelte ponderate in tema di spesa farmaceutica, in grado di superare la logica aberrante dei tetti di spesa che penalizza il malato ed il medico curante.
- La naturale vocazione del Sindacato alla Solidarietà che si manifesta anche con gesti concreti a favore dei Bambini poveri del Perù attraverso il sostegno al progetto Scegli al Vita dell'Associazione Apurimac.

Il 3° Congresso provinciale della FIMMG di Bari,

ESPRIME IL PROPRIO RAMMARICO

Per l'assenza ingiustificata dell'Assessore Regionale alla Sanità al Congresso della FIMMG, nonostante il programma comunemente concordato

DENUNCIA

il mancato rispetto da parte della Regione Puglia dell'accordo del 2 Febbraio u.s.

SI DICHIARA PRONTO

a sostenere ogni iniziativa di lotta per indurre l'Assessore ad avviare il tavolo di trattativa regionale sull'applicazione della nuova Convenzione

ESPRIME CONTRARIETA'

Per il tentativo di sottrarre risorse ai medici di famiglia, introducendo autonomamente e inappropriatamente limitazioni al lavoro in associazione del medico di famiglia,

NON CONDIVIDE

Il metodo sinora utilizzato dall'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia nella costituzione di gruppi tecnici di lavoro dai quali siano esclusi i medici di famiglia

RITIENE CHE,

non sia più prorogabile questo stato di cose ed invita il Segretario Regionale a indire lo stato di agitazione

della categoria

CHIEDE

All'Assessore Regionale alla Sanità

Di convocare immediatamente i Sindacati per avviare la trattativa regionale ed integrare con i rappresentanti dei medici di famiglia il tavolo tecnico per il calcolo degli arretrati;

Di stabilire con certezza le date in cui verranno corrisposte le competenze dei medici ai sensi del DPR 270/00 e gli arretrati;

Di riportare le percentuali dell'associazionismo e dei collaboratori di studio immediatamente nei limiti previsti dalla Convenzione Nazionale;

Di avviare la procedura per l'elezione dei rappresentanti dei medici di famiglia nell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.

SI IMPEGNA

a costituire un tavolo di consultazione permanente tra Tribunale dei Diritti del Malato e FIMMG Bari e a convocare il tavolo di alleanza tra medici, cittadini ed amministratori locali già costituitosi a Bari per la definizione di un programma comune di interventi.

INVITA

gli organi politici di questa Regione a definire i tempi e le modalità con le quali permettere al distretto di raggiungere quella "autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale", che rappresenta il punto nodale e di svolta nella organizzazione sanitaria regionale, sancita dalla Legge di Riforma (comma 2 Art. 3-quater L.229/99).

CHIEDE

All'assessore di convocare i Medici di Famiglia per discutere su come utilizzare i fondi regionali destinati all'ADI, che vedono il MMG al centro del sistema, ed a prorogare l'attuale accordo regionale sull'ADI, da tutti definito molto utile ai cittadini.

ESPRIME DISAGIO

All'introduzione dei tetti di spesa sulla farmaceutica poiché penalizza la professionalità del medico di famiglia e il paziente seriamente ammalato

SI DICHIARA DISPONIBILE

Ad individuare soluzioni globali per il controllo della spesa che siano impiegate sulla programmazione e sulla riduzione della spesa ospedaliera ancora esorbitante nella nostra regione

CONCORDA

Con la richiesta dell'Assessore regionale alla sanità pugliese di introdurre un nuovo parametro nella ripartizione del Fondo Sanitaria Nazionale che tenga conto dell'indice di "povertà relativa" (che definisce povera una famiglia di due componenti la cui spesa per consumi è pari o inferiore alla spesa per consumi pro-capite) comune a molte regioni del Sud.

CONFERMA

Il proprio impegno di solidarietà invitando tutti gli iscritti e tutti i cittadini ad aderire al progetto "Scegli la Vita" che prevede l'adozione di un bambino povero della regione peruviana APURIMAC.

Presentato da: Vito De Robertis Lombardi, Gaetano Bufano, Sergio Zizzari, Giancarlo Tricarico, Giovanni Sportelli.



**3° Congresso Provinciale Fimmg - Alberobello 26 maggio 2001**  
**I MEDICI DI FAMIGLIA ED I CITTADINI INSIEME PER UN NUOVO**  
**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**  
**IL CONTRATTO REGIONALE E LE NUOVE OPPORTUNITA' ASSISTENZIALI:**

**Le relazioni:**

**DOTT. FILIPPO ANELLI:**  
 I MEDICI DI FAMIGLIA ED I CITTADINI INSIEME  
 PER UN NUOVO SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

**Medici di famiglia e cittadini.**

Essere dalla parte dei cittadini significa:

- preoccuparsi dei loro problemi e della loro salute;
- formarsi adeguatamente per rispondere alle esigenze del malato;
- migliorare gli standard assistenziali e strutturali;
- combattere l'ottusa e dannosa burocrazia;
- impegnarsi per incentivare l'assistenza domiciliare;
- avere un occhio critico sui tetti di spesa per la farmaceutica e la diagnostica-specialistica, perché penalizzano il malato grave;
- favorire la partecipazione dei cittadini in tutti i processi decisionali;
- dare attuazione a quanto previsto nella 502/92 sulla partecipazione dei cittadini e sulla tutela dei diritti nei servizi sanitari, che tra l'altro prevede all'art.14 :

- 2. Le regioni utilizzano il suddetto sistema di indicatori per la verifica, anche sotto il profilo sociologico, dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini, per la programmazione regionale, per la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie. Le regioni promuovono inoltre consultazioni con i cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali ed in particolare con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi. Tali soggetti dovranno comunque essere sentiti nelle fasi dell'impostazione della programmazione e verifica dei risultati conseguiti e ogniqualvolta siano in discussione provvedimenti su tali materie. Le regioni determinano altresì le modalità della presenza nelle strutture degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, anche attraverso la previsione di organismi di consultazione degli stessi presso le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere.

- Al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere provvedono ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni

erogate, sulle tariffe, sulle modalità di accesso ai servizi. Le aziende individuano inoltre modalità di raccolta ed analisi dei segnali di disservizio, in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

- Il direttore generale dell'unità sanitaria locale ed il direttore generale dell'azienda ospedaliera convocano, almeno una volta l'anno, apposita conferenza dei servizi quale strumento per verificare l'andamento dei servizi anche in relazione all'attuazione degli indicatori di qualità di cui al primo comma, e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. Qualora il direttore generale non provveda, la conferenza viene convocata dalla regione.

- Il direttore sanitario e il dirigente sanitario del servizio, a richiesta degli assistiti, adottano le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza. Al fine di garantire la tutela del cittadino avverso gli atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, redatti in carta semplice, da presentarsi entro quindici giorni, dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende osservare od opporsi, da parte dell'interessato, dei suoi parenti o affini, degli organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la regione competente, al direttore generale dell'unità sanitaria locale o dell'azienda che decide in via definitiva o comunque provvede entro quindici giorni, sentito il direttore sanitario. La presentazione delle anzidette osservazioni ed opposizioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnativa in via giurisdizionale.

- 7. E' favorita la presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti. A tal fine le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere stipulano con tali organismi, senza oneri a carico del Fondo sanitario regionale, accordi o protocolli che stabiliscano gli ambiti e le modalità della collaborazione, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito al cittadino e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori sanitari; le aziende e gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti concordano programmi comuni per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini. I rapporti tra aziende ed organismi di volontariato che esplicano funzioni di servizio o di assistenza gratuita all'interno delle strutture sono regolati sulla base di quanto previsto dalla legge n. 266/91 e dalle leggi regionali attuative (68).

In pratica, per raggiungere questi obiettivi, la

*(Continua a pagina 7)*

**AUGURI !!**

Il segretario regionale, Fimmg di Puglia, dott. Luigi Pepe eletto alla Camera dei Deputati. Dalla Sezione Provinciale di Bari le felicitazioni più fervide e gli auguri di Buon Lavoro.



## **DOTT. FILIPPO ANELLI: I MEDICI DI FAMIGLIA ED I CITTADINI INSIEME PER UN NUOVO SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

*(Continua da pagina 6)*

FIMMG si impegna a costituire un tavolo di consultazione permanente tra Tribunale dei Diritti del Malato e FIMMG Bari e la convocazione del tavolo di alleanza tra medici, cittadini ed amministratori locali già costituitosi a Bari per la definizione di un programma comune di interventi.

Procedere nell'attuazione di quel processo di riforma avviato con la legge 229/99.

Il Punto nodale nell'attuazione di questa riforma è rendere autonomo il Distretto Socio-sanitario.

- Il Distretto Socio Sanitario
- Alcuni giorni or sono si è svolto a Bari un interessante Convegno organizzato dall'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia sul tema: "Il Distretto Socio Sanitario del Terzo Millennio nella Realtà Regionale Pugliese".

È un esempio tipico per rendersi conto di quale sia la concezione del personale amministrativo e dirigenziale sanitario sui distretti socio-sanitari.

In questa concezione manca l'attore principale del distretto: il medico di famiglia.

Ma mancano, anche, i cittadini e le loro associazioni. Insomma, il distretto è visto dalla parte di coloro che lo dirigono e non dalla parte di chi giornalmente opera in prima linea, come i medici di famiglia, e da chi quotidianamente ne usufruisce dei servizi, i cittadini.

Il distretto socio sanitario, afferma la Legge di Riforma Bindi, deve garantire:

"l'assistenza primaria (la medicina di famiglia - ndr), ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e presidi specialistici ambulatoriali;

il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;

l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni" (art. 3 quinquies L. 229/99).

Un ruolo importante nel distretto, quello del medico di famiglia e del pediatra di libera scelta, legato da una parte alla erogazione diretta di importanti servizi territoriali e dall'altro alla insostituibile funzione di coordinamento con tutte le strutture territoriali e ospedaliere.

Un ruolo chiave e centrale che obbliga chiunque debba occuparsi di tematiche distrettuali ad interessarsi prevalentemente di queste figure professionali. L'Assessore Regionale alla Sanità più volte ha sottolineato l'importanza del ruolo del medico di famiglia nella gestione della sanità in relazione ad un miglior uso delle risorse e ad un potenziamento delle attività sanitarie distrettuale e territoriali in alternativa a quelle ospedaliere, considerate molto più costose.

Per questa ragione ci sembra importante che gli organi politici di questa Regione stabiliscano i tempi e le modalità con le quali permettere al distretto di raggiungere quella "autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale", che rappresenta il punto nodale e di svolta nella organizzazione sanitaria regionale, sancita dalla Legge di Riforma Bindi (comma 2 Art. 3-quater L.229/99).

I Distretti hanno l'obbligo di definire gli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, attraverso il coinvolgimento degli operatori e dei Sindaci del territorio.

"Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative... è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto" (comma 3 Art. 3-quater L.229/99).

Il coinvolgimento dei medici di famiglia nell'attività di programmazione e monitoraggio delle attività distrettuali, oltre dalla Legge di Riforma, viene disciplinata dall'Accordo Nazionale Collettivo per la Medicina Generale, DPR 270/00.

Infatti, "il Direttore del distretto, unitamente ai propri collaboratori, è coadiuvato, per il monitoraggio delle iniziative previste dal Programma stesso concernenti la medicina generale, da un medico di medicina generale membro di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali sulla base delle disposizioni regionali in materia e da due rappresentanti dei medici di medicina generale eletti tra quelli operanti nel distretto" (art.14).

Dunque "al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento" (comma 3 Art. 3-quater L.229/99).

questo sistema.

- L'ADI
- "Il luogo naturale e abituale d'incontro tra cittadini e sanità deve però essere rappresentato dalla rete degli ambulatori di famiglia e specialistici, dai centri diagnostici e, in caso di necessità, dalle abitazioni dei malati stessi, attraverso le varie forme di assistenza domiciliare, comprese le cure palliative. La rete del territorio è il vero fulcro del sistema, quello che assicura la continuità, la conoscenza profonda dell'intero nucleo familiare, il rapporto umano di

*(Continua a pagina 8)*



## **DOTT. FILIPPO ANELLI: I MEDICI DI FAMIGLIA ED I CITTADINI INSIEME PER UN NUOVO SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

*(Continua da pagina 7)*

confidenza e fiducia. È qui che la malattia può essere individuata e riconosciuta per tempo (se possibile anche prima che si manifesti sul piano clinico, attraverso i fattori di rischio), ed è solo qui che se ne può affrontare la gestione prolungata nel tempo, al di fuori delle necessità puntuali di ricovero: sempre più, perciò, la nostra sanità dovrà far conto su questa risorsa". (Lo stato Sanitario del Paese 2001).

"Nei paesi avanzati l'ultimo periodo di vita è fortemente medicalizzato, e spesso viene trascorso in ospedale. Questa tendenza è in crescita, per lo meno nei paesi più ricchi. Il Comitato ministeriale per le cure palliative ha proposto di dotare le aziende sanitarie di una rete di assistenza domiciliare e residenziale per malati al termine della vita, accessibile e gestita da personale specificamente formato. Ogni elemento della rete dovrà essere raggiungibile da parte dei cittadini, e dovrà essere prevista e favorita ogni possibile forma di collaborazione tra le strutture pubbliche, quelle private accreditate e gli enti o le organizzazioni del volontariato, operanti sul territorio, in particolar modo tra i servizi di medicina primaria e le strutture ospedaliere, al fine di garantire una continuità assistenziale e terapeutica reale".

"L'assistenza domiciliare è un programma di visite periodiche (con o senza l'aiuto di infermieri o fisioterapisti) che il medico di famiglia può mettere in opera per assistere pazienti anziani non facilmente trasportabili o fragili, malati al termine della vita, o anche convalescenti che necessitano di riposo a letto dopo un intervento chirurgico; lo scopo è di evitare, per quanto è possibile, lunghi ricoveri nell'ambiente estraneo e angosciante dell'ospedale sostituendoli con cure domestiche che consentano di tenere sotto controllo i cambiamenti delle condizioni cliniche. Il minor costo sociale dell'assistenza è, in questi casi, a totale vantaggio del paziente".

L'ADI rappresenta una modalità assistenziale che realmente consente di spostare risorse dall'Ospedale al territorio e, allo stesso tempo, offrire una adeguata assistenza sanitaria e sociale al cittadino presso il proprio domicilio.

L'attivazione dell'ADI riguarderebbe:

- malati terminali;
- malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi;
- incidenti vascolari acuti;
- gravi fratture in anziani;
- forme psicotiche acute gravi;
- riabilitazione di vasculopatici;
- riabilitazione in neurolesi;
- malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro);
- dimissioni protette da strutture ospedaliere.

Anche il cittadino pugliese dovrebbe essere assistito a casa, dal proprio medico di famiglia, dagli specialisti di riferimento, coadiuvati dall'infermiere e, se

- riabilitazione di vasculopatici;
- riabilitazione in neurolesi;
- malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro);
- dimissioni protette da strutture ospedaliere.

Anche il cittadino pugliese dovrebbe essere assistito a casa, dal proprio medico di famiglia, dagli specialisti di riferimento, coadiuvati dall'infermiere e, se necessario, dal terapeuta di riabilitazione e con la collaborazione dell'assistente sociale.

I distretti possiedono tutte le professionalità e gli strumenti operativi per erogare il servizio. Bisogna conferire loro quella autonomia gestionale che consentirebbe realmente di attivare l'ADI sia come strumento assistenziale che come risorsa in grado di tenere sotto controllo la spesa sanitaria.

Altri modelli, come l'affidamento dell'ADI ai privati o a strutture pseudo-sociali - come l'ANT, sono fonte di incremento della spesa sanitaria e costituiscono una rinuncia, in termini gestionali, al sistema di assistenza distrettuale.

Sono, cioè, doppiamente inutili del SSN, con grave incremento della spesa sanitaria regionale.

Perché non prendiamo atto che esiste l'équipe a più basso costo delle cure primarie domiciliari?

È quella prevista dalla nostra convenzione!

Caro Assessore perché non chiede ai suoi direttori generali quanto costa l'ADI affidata all'ANT?

Inutile doppiamente dell'ADI che la stessa ASL è in grado di offrire oggi, a bassissimi costi, utilizzando i medici di famiglia, gli infermieri professionali e gli specialisti della ASL.

L'ADI gestita dalle ASL e dal MMG costa dalle 30.000 alle 200.000 lire al giorno, l'80% in meno del costo ospedaliero (fonte CNR).

"Il costo sanitario di un paziente/anno in ADI è pari a circa 17.244.000 e cioè di 47.500 lire/die.

Il costo sociale di un paziente/anno in ADI è pari a 6.088.000 e cioè di 16.700 lire/die.

Totale dei costi sanitari e sociali: lire 64.200/die (Piemonte 1996).

Per una degenza media di 8,02 giorni il costo medio giornaliero è stato all'incirca di lire 457.000." (Euro Grassi).

Nell'ADI bisogna crederci, cioè investire ed organizzare il servizio per consentire la continuità assistenziale.

Come pensate di ridurre gli alti indici di ospedalizzazione se non garantite al cittadino una adeguata assistenza domiciliare?

Oggi in Puglia abbiamo questo problema: garantire la continuità assistenziale nell'ADI.

Non possiamo attivare un'ADI e poi non poter offrire al paziente l'assistenza pomeridiana, notturna, né quella del sabato e della domenica.

È un'assistenza ridicola, che aumenta la sfiducia del cittadino nel SSR.

Sono stati fissati gli standard assistenziali minimi annuali che il servizio ADI deve assicurare:

- 1 assistente domiciliare ogni 10 anziani;
- 1 caposala ogni 12 infermieri professionali
- 1 infermiere per 14 pazienti anziani assistiti;
- 1 terapeuta della riabilitazione ogni 50 anziani assistiti.
- 1 Mezzo di trasporto-autovettura ogni 25 assistiti
- 1 Personale amministrativo ogni 90 pazienti

**SCEGLI LA VITA: PROGETTO APURIMAC  
Al 10 giugno 2001: 69 adozioni !**





## DOTT. FILIPPO ANELLI: I MEDICI DI FAMIGLIA ED I CITTADINI INSIEME PER UN NUOVO SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

(Continua da pagina 8)

Ogni utente ha diritto a :

140 ore annue di assistenza di tipo socio - assistenziale (aiuto domestico, pulizia della persona e così via);

100 ore annue di assistenza infermieristica;

50 ore annue di assistenza riabilitativa;

50 accessi dal medico di medicina generale;

3 interventi Interventi notturni del Medico /paziente/ anno

8 consulenze l'anno di carattere medico specialistico o psicologico;

più altri servizi, secondo le necessità (assistenza religiosa, podologo).

Abbiamo bisogno di tutto questo.

Non abbiamo bisogno di affidare l'ADI al privato!!!

Oltretutto ciò sarebbe caratterizzato da aspetti di illegittimità che, come nel caso Medicasa nel Nord Italia, ha provocato dure reazioni da parte dei Medici di Famiglia, e ricorso al competente magistrato.

Lei Assessore, ha sempre asserito che il metodo della concertazione è quello che produce il maggior consenso.

Allora applichiamo all'ADI!

Siamo certi che Lei ci convocherà i Medici di Famiglia per discutere anche con noi su come utilizzare i fondi regionali destinati all'ADI, che vedono il MMG al centro del sistema.

Abbiamo sottoscritto con la Regione Puglia un Accordo sull'ADI molto valido. Oggi con la pubblicazione della nuova Convenzione rischia di essere, inutilmente e stupidamente, "sospeso".

Le chiediamo ufficialmente di prorogarlo in attesa di concludere un nuovo Accordo Regionale.

- Spesa farmaceutica e tetti di spesa.

• Riprendo una proposta che Le avevamo inviata alcuni mesi or sono e che ha suscitato il suo interesse venerdì scorso nel corso del Convegno Regionale sui Distretti

Il federalismo sanitario prevede che dal 2001 le Regioni dovranno provvedere da sole al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale (SSR). In altri termini, non si potrà più far affidamento su un eventuale ripiano da parte del Governo Centrale per eventuali disavanzi, nè provvedere al risanamento attraverso l'accensione di mutui.

La particolare situazione finanziaria della Regione Puglia non consentirebbe lo storno da altri capitoli di bilancio. Dunque, eventuali disavanzi in Sanità dovrebbero essere coperti dall'introduzione di nuove tasse.

Siamo consapevoli che le risorse per far funzionare un Servizio Sanitario sono limitate e "finite". Pertanto, le nostre azioni professionali devono tener conto di tale presupposto.

Siamo, dunque, pronti a mettere in atto ogni sforzo che consenta di curare al meglio i nostri assistiti con cure che abbiano il minor costo possibile.

L'introduzione nel 1998 nel nostro SSR dei "tetti di spesa" ha consentito di ottenere una programmazione economica efficace, capace di "contenere" il deficit in Sanità nella nostra regione.

Ma, quanto hanno inciso i "tetti di spesa" sull'efficacia delle cure prestate dal SSR ai cittadini pugliesi?

Siamo certi che questa efficace programmazione finanziaria consente di dare risposte esaurienti alle esigenze di salute dei cittadini pugliesi?

Esaminiamo, ad esempio, i tetti di spesa sull'assistenza farmaceutica convenzionata: la somma di L. 260.000 - spesa lorda pro-capite annua - a

parte le esigenze di bilancio, a quali criteri di programmazione sanitaria risponde?

Consente di curare tutti gli ipertesi, i diabetici, i cardiopatici, gli asmatici, i malati di cancro ecc.?

Siamo certi che la migliore risposta assistenziale sia sempre quella legata alla minore spesa?

Negli altri Paesi Europei la spesa farmaceutica pubblica pro-capite annua è nettamente superiore

a quella italiana. Nel 1999 essa ha fatto registrare, in Italia, una media di L. 255.117 contro una media di L. 467.681 in Francia, di L. 420.423 in Germania e di L. 327.899 nel Regno Unito (fonte: Farmindustria) in percentuale sul PIL l'Italia spende lo 0,69% contro l'1,05% della Francia, lo 0,90 della Germania e lo 0,76 del Regno Unito.

In questi paesi è stata condotta, anche, una politica di sviluppo del "farmaco generico". In Italia questi farmaci costano in media il 20% in meno degli stessi "firmati" (es: Aulin L. 20.000, stesso farmaco "generico": Nimesulide L. 10.000). Basterebbe rendere rimborsabile l'equivalente del generico per risparmiare molti miliardi senza intaccare il profilo di qualità del sistema di cura.

Inoltre se esaminiamo la spesa farmaceutica globale vedremo che in Puglia il 60% della spesa è a carico dello Stato, mentre il 40% è a carico del cittadino.



**Il segretario provinciale dott. Filippo Anelli**



## **DOTT. FILIPPO ANELLI: I MEDICI DI FAMIGLIA ED I CITTADINI INSIEME PER UN NUOVO SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

Tale rapporto tende a ridursi sino ad invertirsi man mano che la spesa farmaceutica pubblica pro-capite viene ridotta sempre più. In altri termini, il cittadino acquista direttamente quello che il Pubblico, con misure di contenimento della spesa, sembra negargli.

È necessario, a questo punto, che si operi una vera "rivoluzione copernicana": mettere al centro del sistema il cittadino e le sue esigenze di salute.

Si avvii una indagine approfondita per stabilire le esigenze di salute dei cittadini pugliesi:

- Si accerti quanti sono gli ipertesi, i diabetici, i malati di cancro, gli asmatici, i cardiopatici e così via per le varie patologie.
- Quante risorse si utilizzano per le cure specialistiche, l'assistenza farmaceutica, i ricoveri per questi soggetti.

La conoscenza di questi dati consentirà di "pesare" i vari gruppi di pazienti per tipo di patologia e, quindi, di conoscere la "spesa storica" per questi ammalati.

Ribadendo che ognuno di questi soggetti ha diritto ad essere assistito, si potrà avviare una seconda fase caratterizzata dallo studio delle modalità assistenziali utilizzate. Ciò consentirà di verificare se le risorse utilizzate per la cura di questi soggetti erano appropriate ed efficaci.

Un po' quello che la Regione ha già egregiamente effettuato con il progetto di ricerca PRUO per lo studio dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

Tutto ciò permetterà, poi in una terza fase, di elaborare linee guida e percorsi diagnostici e terapeutici condivisi tra medici di famiglia, ospedalieri e medici specialisti ambulatoriali per ottenere concreti risparmi senza mai abdicare all'efficacia delle cure.

Niente Guardia di Finanza a casa dei Medici iperprescrittori, come minaccia provocatoriamente l'assessore Palese, ma una efficace collaborazione per capire in quali settori si tende a prescrivere in più, affiancata da una attività formativa che modifichi quegli atteggiamenti prescrittivi che inducono una ricetta non più conforme alle linee guida condivise.

Infatti, i comportamenti prescrittivi dei medici di famiglia pugliesi possono essere considerati allineati alla media nazionale visto che in Puglia la spesa farmaceutica a carico del SSN nei primi due mesi di quest'anno è cresciuta del 31,7% contro una media nazionale del 31,2%, confermando quanto è avvenuto nell'anno 2000 (il 15,6% della Puglia contro la media italiana del 15,4%).

Al contrario, per quanto riguarda il numero di ricette la Puglia segna un aumento quasi da record con un incremento del 23,5% contro il 15,4% della media nazionale.

Ciò significa che il peso delle ricette prescritte dai medici pugliesi (lire 51.151) è più bassa rispetto a

è stata del 6%, inferiore a quella media italiana che è stata pari al 7,7%.

Sicuramente ciò indica che la situazione sociale della Puglia determina un ricorso al SSN maggiore rispetto ad altre regioni del Nord.

Questo dato non viene assolutamente tenuto in considerazione, ma rappresenta un parametro altrettanto importante nel computo della spesa sanitaria quanto l'invecchiamento della popolazione.

In ambedue i casi, infatti, si ottiene un maggior ricorso al SSN e quindi un maggior costo del servizio. Appare giustificata, a nostro avviso, la richiesta dell'assessore regionale alla sanità pugliese di introdurre questo parametro per modificare i criteri di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale.

"La strada da seguire, afferma Bassolino, per la ripartizione dei fondi sanitari, è invece la controproposta, è quella di assumere come parametro l'indice di "povertà relativa" (che definisce povera una famiglia di due componenti la cui spesa per consumi è pari o inferiore alla spesa per consumi pro-capite), che riassumerebbe tutti quegli indicatori socio-economici caratteristici del Sud, e "determinanti" a esempio nel maggior ricorso ai ricoveri o nel consumo di farmaci a carico dello Stato".

La Nuova Convezione

"L'Italia ha la fortuna di possedere un sistema sanitario che molti nel mondo invidiano. Dispone di una rete capillare di assistenza, per cui ogni cittadino (o meglio ogni famiglia) ha un medico curante di sua scelta, a cui può rivolgersi per qualsiasi questione medica, e da cui può ottenere consiglio, rassicurazione, prescrizioni di esami, di farmaci, di visite specialistiche o di ricoveri quando sono indicati. Tutto ciò inquadrato nella continuità di un rapporto di conoscenza e fiducia, che è spesso il miglior fattore di promozione della salute.

Non va sottovalutata l'iscrizione al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta. Sono i professionisti attraverso cui tutta la famiglia avrà la possibilità di ricevere le prestazioni sanitarie: ricette di farmaci, prescrizioni di esami, richieste di visite specialistiche, ricoveri in ospedale, certificati e così via. Non si tratta solo di scartoffie, atti burocratici e formalità. Il medico prescelto, nel corso degli anni, è l'unico ad accumulare una conoscenza completa su tutti i problemi di salute dell'intera famiglia ed è l'unico che, per preparazione ed esperienza, può avere uno sguardo d'insieme, che sfugge per forza di cose ai singoli specialisti. La rete dei medici di famiglia è costituita da circa 50.000 professionisti: ciascuno di questi ha mediamente mille assistiti" (Lo stato Sanitario del Paese 2001).

Il rapporto tra Medico di Famiglia e SSN è regolato da una Convenzione sottoscritta ai sensi della Legge 502/92.

Il 2 Ottobre 2000 è stata pubblicata sulla GU la nuova convenzione, scaduta il 31/12/2000.



## **DOTT. FILIPPO ANELLI: I MEDICI DI FAMIGLIA ED I CITTADINI INSIEME PER UN NUOVO SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

Il 2 febbraio u.s. le OO SS e la Parte Pubblica, rappresentata dall'Assessore Regionale alla Sanità e dai Direttori Generali delle ASL, concordarono che:

Sarà corrisposto, a titolo di acconto, il 60% degli importi qualificati in via media sulle quote fisse per il 1999 ed il 60% degli importi quantificati in via media sulle quote fisse per il 2000-2001, nelle misure di seguito elencate, rispettivamente:

a) Medici di medicina Generale per l'Assistenza Primaria

- £ 99 (165x60%) mensili per ciascun assistito in carico nei mesi da gennaio 1999 a dicembre 1999; in tali quote è compresa l'indennità di Piena Disponibilità.

- £ 390 (651x60%) mensili per ciascun assistito in carico per i mesi gennaio 2000 a febbraio 2001; in tali quote è compresa l'indennità di Piena Disponibilità.

c) Medici titolari o sostituti di continuità assistenziale

- £ 378 (631x60%) mensili per ciascuna ora di servizio effettuato nell'anno 1999;

- £ 1.643 (2.739x60%) mensili per ciascuna ora di servizio effettuato per il periodo gennaio - dicembre 2000;

d) Medici addetti alla medicina dei servizi

- £ 251 (419x60%) per ogni ora di incarico per il 1999;

- £ 538 (897x60%) per ogni ora di incarico per il periodo gennaio 2000 - febbraio 2001

A partire dalle competenze del mese di marzo 2001 saranno attivate a regime tutte le nuove disposizioni economiche per i medici di famiglia, i pediatri di libera scelta e i medici di continuità assistenziale, fatti salvi gli eventuali istituti che necessitano di accordi regionali o interpretazioni da parte del Comitato regionale o dell'Osservatorio consultivo permanente.

Per i medici addetti alla Medicina dei Servizi l'entrata a regime è fissata per le competenze di Aprile 2001. La SVIM Service trasmetterà a tutte le Aziende UU. SS.LL. i tabulati per la corresponsione degli acconti, come sopra concordati, in tempi utili onde consentire alle stesse di liquidare detti acconti unitamente alle competenze spettanti per il mese di gennaio (sui prospetti retributivi del mese di gennaio) in favore delle categorie di cui al punto 1.; lettera a), b), c), ed unitamente alle competenze spettanti per il mese di marzo (sui prospetti retributivi del mese di marzo) in favore della categoria di cui al punto 1., lettera d). La Svim Service adeguerà le procedure del SISR in modo da garantire l'entrata a regime dei contratti secondo le scadenze di cui al punto 2, richiedendo se del caso e in tempo utile interpretazioni e soluzioni per fattispecie di particolare complessità.

Sino ad oggi la Regione Puglia ha tenuto fede solo in

parte all'Accordo liberamente siglato, rispettando solo il punto 1) dell'Accordo ed erogando un presunto 60% degli arretrati spettanti ai Medici di Famiglia.

È vero che l'adeguamento contrattuale comporta una complessa operazione di interpretazione della Convenzione e che l'attuale struttura tecnica dell'Assessorato, guidata ottimamente dal dott. Michele Carretta, offre ampie garanzie di competenza.

Tuttavia, affidare questo compito al tavolo tecnico istituito presso l'Assessorato regionale alla Sanità, composto solo dalla parte pubblica, ci sembra poco opportuno e per alcuni aspetti, paradossale in quanto elude la fase di contrattazione tra le parti.

Anche l'interpretazione della Convenzione non può essere affidata solo ad una parte. E questo per ovvie ragioni.

Saggiamente l'Assessore alla Sanità ha sempre sostenuto la necessità di una concertazione tra le parti. La concertazione è l'unico strumento per evitare inutili contenziosi.

I medici di famiglia pugliesi non potranno accettare supinamente che le conquiste ottenute a livello nazionale siano rese vane da decisioni diverse assunte a livello regionale.

Abbiamo dovuto accettare, nostro malgrado, che istituti importanti di questa convenzione fossero soggetti a limitazioni.

Così l'associazionismo medico è gravato dalle seguenti limitazioni:

- per la medicina di gruppo nell'ambito di una percentuale minima di riferimento del 6% degli assistiti nell'ambito regionale;
- per la medicina in rete nell'ambito di una percentuale minima di riferimento del 7% degli assistiti nell'ambito regionale;
- per la medicina in associazione entro la percentuale massima del 40% degli assistiti nell'ambito regionale.

Per i collaboratori di studio la limitazione è stabilita nella percentuale massima del 25% degli assistiti nell'ambito regionale, mentre per gli infermieri nella percentuale massima del 5% degli assistiti nell'ambito regionale.

Qualsiasi riduzione di tali percentuali significherebbe sottrarre arbitrariamente compensi ai medici di famiglia regolarmente finanziati con il DPR 270/00.

Così si potrebbe verificare che in Puglia i medici di famiglia siano stati sostenuti finanziariamente dal Governo Centrale (dell'Ulivo) e penalizzati dalla Regione.

Crediamo, invece, che l'Assessore vorrà considerare l'opportunità di aumentare tali percentuali in quanto:



## **DOTT. FILIPPO ANELLI: I MEDICI DI FAMIGLIA ED I CITTADINI INSIEME PER UN NUOVO SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

dal 1998 in Puglia è stata avviata una sperimentazione sull'associazionismo che ha coinvolto il 15% dei medici di famiglia della Regione Puglia (medicina di gruppo esclusa). Tale istituto è stato regolarmente finanziato con l'Accordo Regionale ed è divenuto un modello oggi condiviso in tutto il Paese;

le risorse impegnate dal vecchio accordo regionale (per un 15% di MMG) e quelle previste dal nuovo ACN - finanziate appositamente con il DPR 270/00 (40%+6%+7%= 53% dei MMG), sono sufficienti a disciplinare l'art. 40 senza ulteriori aggravii sul bilancio regionale e per una copertura del 70% circa degli assistiti.

All'Assessore chiediamo:

Di convocare immediatamente i Sindacati per avviare la trattativa regionale ed integrare con i rappresentanti dei medici di famiglia il tavolo tecnico per il calcolo degli arretrati;

Di stabilire con certezza le date in cui verranno corrisposte le competenze dei medici ai sensi del DPR 270/00 e gli arretrati;

Di riportare le percentuali dell'associazionismo e dei collaboratori di studio immediatamente nei limiti previsti dalla Convenzione Nazionale;

Di avviare la procedura per l'elezione dei rappresentanti dei medici di famiglia nell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.

- Ricerca e formazione dei medici di famiglia
- Abbiamo iniziato questo convegno con il tema della ricerca in medicina generale.

"Le conoscenze mediche si arricchiscono e si rinnovano con una rapidità che era inimmaginabile solo pochi anni fa. E le sfide del futuro, dalla genetica ai trapianti, fino agli strumenti sempre più sofisticati per la diagnosi, renderanno il passo del progresso ancora più veloce. Non solo: chi si occupa di salute (medici, infermieri e tecnici) deve non solo sapere molte cose in teoria, ma anche e soprattutto saper fare e saper essere, cioè avere un'esperienza pratica molto vasta, una preparazione etica solida e una capacità di comunicazione e relazione adattabile alle diverse situazioni.

Di fronte a tali compiti, non era più accettabile che la formazione si limitasse agli anni dell'università, senza quell'educazione professionale continua che è stata infine disciplinata e avviata nei mesi scorsi, dopo molti anni in cui tutti la ritenevano necessaria e non rimandabile".

Siamo alla vigilia dell'avvio della sperimentazione dei farmaci in fase III e IV negli ambulatori dei medici di famiglia. Riteniamo anche questo un importante risultato per il medico di famiglia.

La FIMMG è pronta ad intraprendere e sostenere tutte le iniziative per consentire ai colleghi di affrontare nella maniera migliore questa ulteriore attività professionale.

### • **La FIMMG**

• Sono orgoglioso di appartenere ad un grande sindacato come la FIMMG.

• Un sindacato formato da medici preparati, interessati alle problematiche della categoria, attivi nella partecipazione e sempre pronti ad offrire suggerimenti e indicazioni.

Un Sindacato che ha fatto della solidarietà la sua bandiera.

Non è facile in questo momento storico parlare di solidarietà. I mass media ci inducono a pensare che la solidarietà sia un po' come l'elemosina: dare il superfluo ai poveri.

Noi, invece, pensiamo che la solidarietà è un modo di pensare e di essere, che coinvolge completamente le nostre azioni e che ci obbliga al coinvolgimento.

Il Sindacato è proprio questo: stare insieme per aiutarsi reciprocamente, in particolar modo chi ha più bisogno.

Per questo abbiamo avviato il progetto "SCEGLI LA VITA", l'adozione di un bambino peruviano della regione APURIMAC.

Una delle zone più povere e depresse del mondo. Non si può rimanere indifferenti di fronte alla povertà e alla disuguaglianza sociale. Non pensiamo con il nostro contributo di risolvere il problema della povertà.

Siamo convinti che questa nostra iniziativa, specie se condivisa concretamente da tutti, porterà notevoli benefici ai bambini poveri del Perù, ma anche a tutti noi in quanto la solidarietà costituisce il motore, la spinta ideale per impegnarci sempre più in questa attività sindacale che è anche una delle espressioni più belle di volontariato e di impegno gratuito a favore di tutti.

La solidarietà è alla base del nostro impegno quotidiano, come medici, a favore soprattutto dei cittadini sofferenti.

Siamo ancora in crescita, sia per numero di iscritti, 725, che per attività: il sindacato è capillarmente presente su tutto il territorio provinciale.

Negli ultimi nove mesi gli iscritti alla FIMMG di Bari hanno partecipato a:

- 4 assemblee provinciali
- 1 congresso provinciale
- 4 sessioni di Scuola Quadri FIMMG

Siamo oramai al completo: la FIMMG Bari conta al suo interno tutti i settori: medicina generale, continuità assistenziale, medici in formazione, medicina dei servizi, ultima arrivata.

La forza di questo sindacato sta proprio nella partecipazione dei propri iscritti. La FIMMG costituisce un



(Continua da pagina 12)

formidabile strumento di partecipazione alle problematiche del medico di famiglia.

Siamo convinti che i risultati si ottengono attraverso la partecipazione e la condivisione delle scelte sindacali e non con manovre di vertice.

Per questo guardiamo con entusiasmo alla FIMMG Nazionale ed ai vertici sindacali che rappresentano per noi un costante punto di riferimento.

A loro va il nostro ringraziamento per tutto l'entusiasmo che mettono in questa speciale forma di volontariato che è il sindacato.

Un grazie a tutti voi che con la vostra partecipazione avete reso possibile tutto ciò

Grazie di cuore.

Filippo Anelli

## IL RUOLO CENTRALE DEL MEDICO DI FAMIGLIA NEL SSN

DOTT MARIO FALCONI - SEGRETARIO NAZIONALE FIMMG

Ho provato commozione nell'ascoltare le parole di Filippo e soprattutto nell'essere a Bari, una delle sezioni più importanti e attive del sindacato (e lo dimostra la contemporanea presenza, qui oltre a me, dei due vice segretari nazionali vicari, i dottori Palmas e Milillo, cosa mai accaduta prima)

Il nostro obiettivo dev'essere quello di pensare a migliorare le condizioni dei cittadini: mi hanno chiesto, prima mentre passeggiavo fuori, "allora Mario, con il Centro-Destra cosa ci succederà?". La risposta è che dobbiamo pensare noi, ad assumere un ruolo guida in questo Paese indipendentemente da chi ci comanda: dobbiamo credere al nostro ruolo a fianco del cittadino.

La convenzione è stata approvata in un clima generale sfavorevole e ha dovuto sopportare agguati da tutte le parti, sino al consiglio di stato e al tribunale del lavoro: proprio la CGIL e la CUMI, autrici di questi agguati, ora hanno firmato la convenzione per poter essere presenti alle trattative regionali.

Facciamo, purtroppo, riferimento ad un potere politico di serie B in questo Paese; dobbiamo passare ad una fase nuova: non quella della richiesta ma dell'imposizione ricordandoci che abbiamo affianco il cittadino: rispetto ad un piano sanitario regionale inesistente, come avviene in Puglia, dobbiamo sostenere e rilanciare il SSN. Il 26 giugno terremo a Roma un convegno con esperti internazionali per dimostrare che i **sistemi sanitari solidali universali** come il nostro, sono i migliori al mondo in termini di rapporto costo-efficacia.

Ho scritto una lettera aperta su Repubblica a Berlusconi, che il quotidiano ha pubblicato solo in parte: "Vorrei capire bene - ho scritto - qual è il suo programma per la sanità: non è chiara la stessa idea del "bonus" che significa consentire ai poveri quello che hanno i ricchi... le ricordo che i sistemi sanitari

solidali universali sono i migliori al mondo... riteniamo che il nuovo governo dovrà garantire a tutti i cittadini almeno un livello di prestazioni uniformi ed appropriate. Occorre correggere alcune cose che non vanno: ridurre i posti letto ospedalieri, che oltre tutto, non rispondono più alla mutata domanda di salute; incentivare l'assistenza domiciliare e territoriale soprattutto agli anziani ed ai malati cronici, trovare giusti e corretti equilibri per una concorrenza tra pubblico e privato, mirata, in ogni caso, alla tutela della salute; infine investire nell'educazione alla salute, sia per i cittadini che per i medici".

Il sistema esploderà se non si riducono i posti letto, portandoli dagli attuali 7/1000 per abitante a 4,5/1000, investendo nell'assistenza domiciliare e nella medicina del territorio: quando sono stati inventati i DRG il SSN non si è preoccupato di organizzare il territorio in modo che accolga il paziente che viene "sputato" il più rapidamente possibile dall'ospedale, nè si è preoccupato di attivare i controlli sull'attività degli ospedali.

Ci sono ospedali inutili in piccoli paesi mentre mancano strutture di territorio come poliambulatori, ospedali di comunità.

In questa situazione la Fimmg è rimasta oggi l'unico partito per la tutela della salute e del cittadino badando alle sue esigenze.

Cio' che sta passando veramente, nella politica sanitaria di serie B di questo Paese è di incentivare, con il bonus, la **"Politica del Fai da Te: va e compra !"**, passeremo da un sistema solidale ad un sistema individuale !

E cio' che sta accadendo in Lombardia: l'aumento illimitato dell'offerta di prestazione con il fine dichiarato di ridurre le attese (a fronte di una domanda non appropriata) sta portando i medici di famiglia all'esasperazione nel richiedere esami inutili; cos'ha proposto la regione Lombardia per arginare l'eccesso di domanda: le ASL potrebbero fare singoli accordi con associazioni di medici di famiglia saltando a piè pari convenzioni e rapporti ottimali: le aziende vogliono il potere di **potersi scegliere i medici di famiglia e far fare a loro ciò che a loro conviene !**: avere medici di famiglia "servi" da adoperare come rubinetti per strozzare



Il Segretario Nazionale. Dott. Mario Falconi



Quindi, al di là delle ideologie partitiche, i medici della Fimmg devono essere accomunati dall'unico ideale di salvaguardare la tutela della salute dei cittadini e combattere ogni strumentalizzazione di questo bene, da qualsiasi parte provenga.

In questo progetto s'inserisce il discorso **Q-Channel**: trentamila televisori piazzati negli studi dei medici in fasce orarie in cui gli ascolti possono essere paragonati a quelli della RAI o di Mediaset, significa avere un grande potere di informazione.

Il problema **Codice Deontologico**: abbiamo ottenuto dal Ministero l'abolizione di alcune note CUF, abbiamo ottenuto la sperimentazione in fase 3<sup>^</sup> e in fase 4<sup>^</sup>, con pieno merito della Fimmg.

Farindustria ha fatto un suo codice per difendersi da certi comportamenti poco etici di alcuni medici e di alcune aziende: abbiamo replicato come Fimmg che non stava bene che unilateralmente solo Farindustria si fosse data un codice morale, quando, di fatto era correa in certi comportamenti: abbiamo chiesto al Ministro della Sanità un tavolo di trattativa: stiamo portando a casa che ci sarà in futuro parcondicio tra MMG e ospedalieri.

Ho redatto una lettera a Farindustria e all'associazione dei collaboratori scientifici: se qualche medico mi segnala che qualche azienda viene a dire che il codice Farindustria è stato concordato con la Fimmg, sospenderemo i contatti con quell'azienda e con quell'informatore.

Per concludere: ricordatevi che il nostro destino dipende da noi. Temo fortemente comportamenti ambigui non seguiti da atti concreti, come quello dei vostri politici pugliesi che vi incensano ma non fanno nulla per la tutela della sanità dei cittadini. Se mai in questo paese passasse un modello di tipo assicurativo crescerà la burocrazia e vi troverete un funzionario dell'assicurazione che vi dirà "questo paziente non lo puoi curare perché costa troppo".

Dobbiamo avere consapevolezza del nostro ruolo e dell'appartenenza ad un vero partito per la tutela della salute, e far capire ai cittadini che il medico di famiglia non è solo quello che cura ma è anche un amico che segue la gente nelle sue esigenze: dobbiamo sempre salvaguardare la cultura della solidarietà e non l'interesse di pochi, per crescere in que-

**IL CIMEG, UN CONSORZIO DI QUALITÀ  
PER LA GESTIONE INFORMATIZZATA  
DELL'AMBULATORIO DEL MEDICO  
DI FAMIGLIA.**

**Dott. Bruno Palmas. Vice Segretario Nazionale**

**Gli obiettivi del progetto Cimeg, possono essere così riassunti**

- o Semplificare l'area.
- o Coordinare le società più importanti del settore.
- o Fornire ai medici le migliori condizioni possibili.
- o Dare le specifiche di qualità.
- o Contrastare iniziative commerciali e politiche spregiudicate.
- o Accreditare un unico soggetto informatico presso il

livello istituzionale  
o Rendere compiuto il progetto Qchannel.

Si tratta di una scelta politica al servizio di tutti i medici iscritti alla Fimmg, senza la pretesa di voler imporre un unico prodotto, ma fornendo una serie di pacchetti che rispondano a determinati standard di qualità determinati dalla Fimmg e dagli altri membri del consorzio

Attualmente il consorzio è formato da:

**FIMMG - Fimmgmatica srl**  
**COS S.r.l. - Koinè 2**  
**FIMED S.r.l. - Profim 2000**  
**RTP S.p.a. - Philos 2000**  
**VIDEOPRESS S.r.l. - Perseo**

Con una rappresentatività di circa 20mila utenti.

**L'obiettivo politico si può riassumere nei seguenti punti:**

Non volersi dotare di un proprio software per la gestione della cartella clinica, non essendo obiettivo politico quello di interferire direttamente con le dinamiche di mercato nel settore;

Voler favorire la formazione di un Consorzio tra le maggiori software house per la gestione della cartella clinica in medicina generale finalizzato a rispondere a specifiche e uniformi condizioni di qualità e di percorso sulla base delle specifiche indicate da Fimmg;

Operare per accreditare presso i propri aderenti solo i software che rispondano a tali principi di qualità; Perseguire la fornitura a condizioni particolarmente agevolate, fino alla gratuità, di tali software in modo che ai medici sia consentito poter scegliere in piena libertà tra più prodotti di equivalente qualità ed impedire, nel contempo, posizioni dominanti nel mercato che non siano dettate da effettive capacità imprenditoriali e/o dalle qualità del prodotto;

Rendere compatibili e sinergici gli strumenti per la gestione della cartella clinica con il progetto e le attività di Q-Channel, anche in relazione alla necessità di garantire ai medici così informatizzati le migliori condizioni di assistenza tecnica da parte di Q-Channel;

Rendere tra loro compatibili i software di gestione della cartella clinica aderenti al consorzio, promuovendo un minimum data set condiviso ed eventuali programmi di conversione reciproci e dai più comuni software esterni al consorzio verso i programmi del consorzio stesso;

Prevedere livelli di assistenza tecnica per i medici rispetto ai programmi del consorzio che rispettino medesimi requisiti di qualità e che costituiscano condizione integrante necessaria rispetto ai requisiti tecnici;

Consentire ai programmi di gestione della cartella clinica in uso ai medici di essere accreditabili, attraverso la concessione di un "bollino di qualità", condizione propedeutica al riconoscimento della compati-

(Continua a pagina 15)



## IL CIMEG, UN CONSORZIO DI QUALITÀ PER LA GESTIONE INFORMATIZZATA DELL'AMBULATORIO DEL MEDICO DI FAMIGLIA. Dott. Bruno Palmas. Vice Segretario Nazionale

(Continua da pagina 14)

bilità da parte di Q-Channel. Gli elementi critici del progetto, soprattutto rapportato ad altre iniziative presenti nel settore sono dati dal fatto che non appare compatibile con le politiche di FIMMG e con l'impostazione dei percorsi professionali dei programmi aderenti al CIMEG, l'attività di quei software che aderiscano ad iniziative di raccolta e di utilizzo dei dati derivanti dalla cartella clinica non orientati alle politiche professionali ma destinati ad essere oggetto di iniziative commerciali più o meno palesi od occulte o al servizio di lobbies economiche.

FIMMG e CIMEG ritengono che la raccolta dati sulla cartella clinica debba essere orientata a servire progetti professionali, clinici, epidemiologici, di ricerca che siano funzionali ai progetti politico-professionali contenuti nei Piani sanitari (nazionale e regionali), nella convenzione della medicina generale, nei contratti integrativi regionali ed aziendali, nei programmi di attività distrettuali e nelle iniziative di carattere scientifico che servano la medicina generale e dei quali i soggetti abilitati a trattare per conto della medicina di famiglia definiscano i contenuti, i percorsi, le tappe, gli obiettivi, le finalità ed i momenti di verifica, nell'ambito di atti contrattualmente ammessi.

**Caratteristiche del Consorzio.**  
 o Società Consortile a responsabilità limitata  
 o FIMMG ha la maggioranza assoluta.  
 o Ha sede a Roma presso la FIMMG.  
 o E' aperto alla partecipazione di chiunque condivida la politica di FIMMG.  
 o Accredita i programmi che condividano i requisiti e servano la politica professionale di FIMMG.

Si avvale dell'Osservatorio della qualità e delle innovazioni.

### Come ottenere l'accreditamento CIMEG

Avanzare apposita domanda al Consorzio. Dichiarare di possedere gli standard definiti dal Consorzio ed elencati che devono sottoscrivere per accettazione.  
 Allegare alla domanda tre copie integrali dell'applicativo del software che intendono accreditare.  
 Allegare alla domanda tre copie del manuale d'uso del programma.  
 Allegare alla domanda una ricevuta del versamento del contributo per il rimborso forfetario delle spese necessarie a definire i controlli di qualità previsti per l'accreditamento del programma.

La domanda, dopo l'inoltro, viene sottoposta all'analisi dell'osservatorio della qualità e delle innovazioni, organismo interno del CIMEG con le seguenti finalità:

### L'osservatorio della qualità e delle innovazioni

o Esegue l'analisi del software.  
 o Verifica l'aderenza ai parametri tecnici.

o Stila una relazione tecnica articolata su check list  
 o Definisce il giudizio di qualità ed assegna le eventuali prescrizioni.

Comunica al CdA del Consorzio il risultato della verifica.

### Come diventare soci del consorzio ?

Per diventare soci del consorzio occorre: presentare apposita domanda al Consiglio di amministrazione del Consorzio utilizzando il Modulo di adesione soci al consorzio assieme al disciplinare tecnico e con firma autenticata da notaio o pubblico ufficiale.

la Società o Ditta deve dichiarare: l'entità delle quote sociali che intende sottoscrivere l'accettazione delle norme statutarie.

- la qualifica di socio ordinario si ottiene per deliberazione del Consiglio di amministrazione e successiva approvazione da parte dell'assemblea straordinaria dei soci.

La domanda sarà esaminata entro 90 (novanta) giorni. Entro i successivi 30 (trenta) giorni la società neoassociata dovrà versare al Consorzio la somma pari alle quote sociali sottoscritte, per il cui importo dovrà essere realizzato il relativo aumento di capitale, ed una somma (quota di ingresso) a titolo infruttifero ed a fondo perduto.

La richiesta della qualifica di socio ordinario Cimeg comporta che le ditte produttrici dovranno sottoporre preliminarmente il proprio software, ove posseduto, alla verifica di qualità prevista dal Consorzio, sottoscrivere e rispondere ai requisiti del percorso tecnico stabilito dall'osservatorio di qualità,

La software house che acquisirà la qualifica di socio ordinario parteciperà a tutte le attività del consorzio.

### CRITERI DI ACCREDITAMENTO DEL SOFTWARE

Modalità di prescrizione su ricettario regionale valide per l'intero territorio nazionale. Garanzia di protezione conservazione e trattamento dei dati personali e/o sensibili secondo le norme di legge.

Consentire il collegamento dei medici in rete secondo le norme in materia di privacy e secondo le norme convenzionali nazionali e regionali. Permettere il collegamento informatico con le ASL e con le strutture di erogazione delle prestazioni del SSN (ospedali, poliambulatori, presidi) Consentire il collegamento con i Centri Unici di Prenotazione.

Condividere all'interno del Consorzio un data set di output in grado di integrarsi con le iniziative istituzionali pubbliche in materia di dati sanitari. Prevedere l'utilizzo della tessera sanitaria del cittadino nelle sue principali applicazioni tecnologiche, nell'ambito di eventuali iniziative istituzionali in tal senso.

(Continua a pagina 16)



**IL CIMEG, UN CONSORZIO DI QUALITÀ PER LA GESTIONE INFORMATIZZATA DELL'AMBULATORIO DEL MEDICO DI FAMIGLIA. Dott. Bruno Palmas. Vice Segretario Nazionale**

*(Continua da pagina 15)*

Prevedere la possibilità di acquisire adeguati meccanismi di autenticazione e di certificazione dei momenti autorizzativi del paziente rispetto alle attività sanitarie che lo riguardano. Adottare le codifiche previste dal consorzio CIMEG.

Consentire l'utilizzo da parte degli utenti di linee guida e percorsi assistenziali indicati dalla FIMMG attraverso il suo Comitato Tecnico Scientifico. Realizzare uniformi condizioni di gestione e di presentazione della prescrizione e di tutte le attività burocratiche relative agli accordi convenzionali nazionale, regionale e aziendale secondo le indicazioni definite dal consorzio.

Fornire un help in linea del software.

Essere serviti da assistenza tecnica telefonica dal lunedì al venerdì, per un minimo di otto ore giornaliere.

Fruire di un servizio di teleaggiornamento banche dati (via internet e via modem) con frequenza minima quindicinale.

Prevedere idonee procedure di Back-up. Prevedere un aggiornamento delle procedure in merito a nuove istanze normative individuate da Fimmg o da altri organismi che collaborano con il Consorzio CIMEG, interni od esterni ad esso, da adottarsi con tempistica definita dallo stesso.

Prevedere meccanismi di attestazione delle esenzioni utilizzate e valide a tutti i livelli del Servizio sanitario nazionale.

Consentire la gestione di qualsivoglia stampante (anche di più stampanti contemporaneamente) secondo le autonome necessità dell'utente.

Prevedere adeguate funzioni di personalizzazione finalizzate alla indipendenza operativa dell'utente nei confronti del produttore dello stesso applicativo. Prevedere funzioni di ricerca statistica che effettuarsi sulla gran parte dei dati presenti all'interno delle banche dati gestite dall'applicativo.

Essere orientato a gestire l'evoluzione della storia clinica del paziente secondo i principi del disease management nell'ambito di una cartella clinica orientata anche per problemi. Prevedere versioni per la monoutenza, per la multiutenza.

A livello di versione monoutente dovrà essere dispo-

nibile la gestione di password che consentano l'accesso agli archivi-pazienti secondo le autorizzazioni possedute dall'utente, sia per il titolare dello studio, sia per eventuali medici sostituiti, sia per il personale di studio, sulla base di livelli differenziati di accesso che tengano conto anche della non qualificazione medica di questo ultimo. A livello di multiutenza, quanto sopra dovrà essere consentito ad ogni membro della rete.

Prevedere la possibilità di utilizzare apparati rivolti all'identificazione biometrica dell'utente (es.: lettura e riconoscimento dell'impronta digitale), al fine di rafforzare i meccanismi di protezione e rendere quindi estremamente difficili accessi indesiderati rivolti a penetrare all'interno delle banche dati gestite dall'utente.

Prevedere la disponibilità di un data set utilizzabile nella gestione dell'urgenza/emergenza e della continuità assistenziale, secondo gli standard definiti dal Consorzio.

Gestire il prontuario farmaceutico secondo il tracciato di una banca dati nazionale certificata. Prevedere un contratto di fornitura degli aggiornamenti del programma e di assistenza dello stesso non superiore ad un anno, tacitamente rinnovabile in assenza di disdetta.

Essere di proprietà e commercializzati, o comunque legalmente rappresentati, da soggetti giuridici che si impegnino a non effettuare, per conto proprio o per conto di soggetti terzi, raccolta dei

dati inerenti la cartella clinica senza la preventiva autorizzazione del CIMEG.

Essere di proprietà e commercializzati, o comunque legalmente rappresentati, da soggetti giuridici che si impegnino ad acquisire, entro e non oltre 12 mesi dalla richiesta di CIMEG, la certificazione di qualità ISO 9001/1994.

Essere in grado di acquisire, convertendoli, i dati della cartella sanitaria di uno qualunque dei programmi in possesso del Bollino di qualità CIMEG e dei maggiori software presenti sul mercato anche non accreditati dal Consorzio. Tale requisito, ove non posseduto all'atto della richiesta di accreditamento, deve essere soddisfatto entro e non oltre 6 (sei) mesi da tale richiesta.

Accettare la verifica annuale del programma da parte di CIMEG al fine di verificare il mantenimento delle caratteristiche di qualità e l'attribuzione del relati-

*(Continua a pagina 17)*



**Dott. Bruno Palmas: Vice Segretario Nazionale**





vo "Bollino CIMeG" alle condizioni economiche preventivamente comunicate dal Consorzio.

### LO STATO DELL'ARTE

Abbiamo accreditato 4 programmi. Abbiamo 4 nuove richieste di accreditamento. Ci siamo accreditati presso il Ministero della sanità, le Regioni e tutte le ASL. Stiamo lavorando ad una partnership con INPS e INAIL.

Informatizziamo i medici che aderiscono a Qchannel. Siamo diventati punto di riferimento per soggetti istituzionali e privati.

### Obiettivi strategici

Creare lo strumento informatico per i progetti professionali.  
Definire le linee guida condivise per la cartella clinica.  
Standardizzare il format del dato clinico.  
Creare la rete software della medicina di famiglia.  
Condividere il linguaggio di medici ed istituzioni.  
Contrastare i progetti di raccolta dati non professionali.

Si può affermare, in conclusione che Il CIMeG vuole essere la voce informatica della medicina di famiglia italiana come la FIMMG ne è l'immagine, il corpo, la forza, l'anima, l'intelligenza e la certezza.

**Q-CHANNEL: 30mila MEDICI IN RETE**  
**DOTT. GIACOMO MILILLO - VICE SEGRETARIO NAZIONALE FIMMG**

Q Channel è un nuovo strumento per avere un rapporto più diretto con i cittadini. Il MMG è nelle indagini la figura più gradita nella sanità, con un indice di gradimento dell'80%; purtroppo nel 20% delle persone che non gradiscono la figura del MMG vi sono persone di alto ceto, gente che decide, che gira sempre e che molto spesso fa opinione (amministratori pubblici, giornalisti).

Q-Channel è uno strumento che va a colmare dei limiti della nostra comunicazione determinati dall'interferenza incontrollata dei mass-media con i cittadini: "Q" sta per "qualità della vita".

Qual è l'obiettivo di questa iniziativa: si tratta di mettere in rete 30mila medici di famiglia affinché possano comunicare meglio tra loro e con il sindacato per ricevere:

- informazione sindacale
- aggiornamento scientifico
- consulenza e servizi

Verranno installati 30mila Totem con televisore nelle sale d'attesa con diffusione di una trasmissione della durata di un'ora con informazioni per i cittadini di educazione sanitaria, ai medici verranno consegnati 30mila computer per consentire un collegamento ad un portale Internet per ricever i servizi sopra elencati.

Questa impresa è stata resa possibile grazie alla col-

laborazione tra sindacato ed enti, il tutto sotto il controllo etico del sindacato: è stata costituita una Spa con capitale versato di 15 miliardi avente tra i maggiori azionisti Fimat, Metis (srl al 99% di proprietà della Fimmg come sindacato - e non come persone), Enel.it, alcune banche; l'attuale assetto societario vede al 30,5% Fimat, al 25,5% Metis (Fimmg), 5% on Banca, 15% Banca Commercio e Industria, 24% Enel.it.

Fimmg aveva necessità di mantenere il controllo di tutto, sotto forma di contenuti, senza divenire schiavi di interessi commerciali più forti di quelli del sindacato: tutte le decisioni fondamentali, comprese la modifica dello statuto, debbano sottostare al diritto di veto della Fimmg.

A Roma c'è un centro di produzione con gli studi di ripresa ove vengono registrati i programmi, sotto il controllo politico della Fimmg (che dispone di un comitato etico in grado di avere diritto di veto su tutti i contenuti dei programmi, ivi compresa la pubblicità): i programmi vengono spediti via etere a un satellite che li rimanda a terra, sino ai totem degli studi di medici.

Il sistema si regge economicamente su entrate provenienti dalla pubblicità e da indagini di mercato commissionate dall'industria.

Il sistema (totem, PC, antenna parabolica) viene dato al medico in comodato d'uso gratuito: il totem è un mezzo di comunicazione rivolto ad un'utenza potenziale di 1200000 persone al giorno (quanti sono i pazienti che ogni giorno si recano dai medici di famiglia): i programmi sono confezionati sotto forma di "pillole" di 3-4 minuti centrati sulla salute, il benessere, l'educazione sanitaria, l'informazione sull'uso del SSN e soprattutto sono in grado di trasmettere il "pensiero" dei medici di famiglia ad un vasto uditorio. Il magazine è presentato da Luana Ravegnini; c'è della pubblicità (anche istituzionale) contenuta in spazi non superiori a 12 minuti ogni ora, che - comunque - dev'essere autorizzata dal comitato etico: ad esempio se ci fosse commissionata una pubblicità miliardaria per merendine che noi consideriamo nocive alla salute, rifiuteremmo, comunque l'offerta in salvaguardia della qualità della salute. I proventi per reggere il sistema verranno anche da



**Dott. Giacomo Milillo: Vice Segretario Nazionale**



indagini di mercato commissionate ai medici: il MMG attraverso il PC che gli viene dotato può connettersi ad un portale con diversi servizi (anche di informazione scientifica) ove troverà offerte di contratti corporativi (ad esempio: telefonia, assicurazioni, agenzia di viaggio) con opportunità vantaggiose a fronte di una clientela potenzialmente vasta, come quella degli utenti Q-Channel, con sconti più alti rispetto a quelli offerti sul mercato. Il primo esempio di contratto corporativo è quello già concordato con On-Banca con possibilità di aprire conti correnti a tassi molto vantaggiosi.

Il PC sarà un terminale per ricevere informazioni sindacali, anche indirizzate a livello regionale.

Nell'ambito del progetto Q-Channel vi sono 3000 medici (ai quali è in corso l'installazione) ai quali viene richiesto uno sforzo maggiore per mantenere il sistema: la risposta a questionari di ricerche sul mercato commissionate da aziende.

I questionari non avranno nulla a che fare con i software per la gestione delle cartelle cliniche (in pratica nulla si chiederà dei dati degli assistiti): ad esempio ricerche del tipo "quanti pazienti da 20 a 30 anni hai visto oggi in ambulatorio" oppure se un dato prodotto debba chiamarsi con un nome o un altro nome...: il medico avrà un certo numero di giorni per rispondere e per ogni questionario compilato riceverà un incentivo di "punti" (sul modello del Club Mille Miglia di Alitalia) dei quali si potrà usufruire per acquistare prodotti e servizi dall'ambiente Q-Channel (il regolamento di questa sistema "a punti" è in corso di elaborazione e sarà approvato dal Ministero; il tutto in modo perfettamente legale)

A giorni partiranno in maniera allargata i questionari diffusi agli aderenti al Club Q-Channel e, sempre a giorni partiranno le installazioni a tutti gli iscritti al sindacato che hanno fatto richiesta di aderire al progetto (attualmente siamo a 13000 adesioni, pari al doppio dell'atteso): l'ENEL garantisce 130 installazioni al giorno per cui in tempi brevi si dovrebbe raggiungere tutti i medici aderenti.

**TRA PREVIDENZA ENPAM E FONDI  
PENSIONE INTEGRATIVI  
DOTT. ALBERTO OLIVETI - RESPONSABILE  
ENPAM FIMMG NAZIONALE**

Porto il saluto a tutti i partecipanti del presidente dell'ENPAM, on.Parodi.

Vi porto alcuni dati recenti sulla previdenza in toto del medico di famiglia: i conti dell'Enpam sono tutti in abbondante attivo, l'Ente ha un avanzo economico di 450 miliardi; i conti sono in regola con la riserva legale richiesta; il rapporto tra contributi e prestazioni è in attivo.

Si faranno delle proiezioni di bilancio ogni tre anni in modo da non incorrere in disequilibri di gestione tra i vari fondi: l'Ente sta cercando di dare un "plus" di integrazioni come la polizza di lire 100000 per i grandi interventi e i grandi eventi chirurgici, che sta pervenendo in questi giorni; arriveranno i moduli di

adesione personale e di estensione al nucleo familiare; dato l'ingorgo del sistema postale in occasione delle elezioni, il termine per l'adesione è stato prorogato al 30 giugno, in accordo con le Generali.

Come Fimmg abbiamo presentato un accordo tra Enpam e Fondo Pensioni Aperto Axa: in questo modo è possibile garantirsi un'ulteriore rendita integrativa rispetto a quella del fondo Generici

Una domanda che mi viene fatta spesso è "meglio fare il riscatto o il fondo pensione"? Non c'è una risposta univoca: dipende dalle situazioni. La cosa che vi consiglio è di fare comunque la domanda al più presto. Vi sarà fatta una proposta, dilazionabile al massimo in nove anni, con interesse minimo ed integralmente deducibile. Si può riscattare solo il periodo o solo una parte (se questa è sufficiente a farvi andare prima in pensione). Il riscatto vi farà andare in pensione prima dandovi un guadagno massimo di 6 anni di contributi.

Il fondo pensione non vi fa andare in pensione prima: ha, però, un vantaggio fiscale di deducibilità integrale sino a 10 milioni e vi darà una rendita integrativa a termine e, anche, per la quota totale, 1/3 della quota totale in forma di capitale.



*Dott. Alberto Oliveti*

### **LA SCOMPARSA DEL DOTT. MICHELE BOTTALICO**

Nel corso del Congresso è stata ricordata la figura del Dott. Michele Bottalico, fondatore della sezione provinciale Fimmg di Bari sin dal lontano 1958, recentemente scomparso.

Alla famiglia del Dott. Bottalico, vanno le condoglianze del Direttivo e degli iscritti tutti della Fimmg di Bari.

### **FIMMG BARI:**

**E-MAIL: [fimmgba@iol.it](mailto:fimmgba@iol.it)  
TEL. 0805043779—FAX 5096770**



## IL CITTADINO E IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

DOTT.SA STANZIONE - TRIBUNALE DEI DIRITTI DEL MALATO DI BARI

In questi anni si sono susseguite 3 riforme del SSN tutte non perfettamente attuate: il realtà lo scopo dichiarato di queste riforme, cioè di vedere al centro dell'attenzione il cittadino-paziente non e' stato mai raggiunto.

La manovra finanziaria del 2001 ha previsto l'abolizione dei ticket, la cancellazione o rielaborazione di note CUF, l'abolizione dei ticket per la diagnostica oncologica: nel contempo si sta già attuando il federalismo sanitario che, tuttavia, sta esacerbando le disuguaglianze tra cittadini di varie regioni piuttosto che migliorare la qualità dell'assistenza.

Le scelte adottate sin'ora dalla Regione Puglia stanno accentuando il divario tra Nord e Sud a svantaggio del secondo: la sanità e' stata sempre governata nell'ottica principale di far quadrare i bilanci: le regioni più ricche stanno cercando di mantenere il passo, ma quelle povere come la Puglia, accusano già ritardi.

Il governo decentrato della sanità sta portando all'aumento delle liste d'attesa nei canali istituzionali (4-5 mesi di attesa per alcune prestazioni rese in regime di convezioni SSN e solo qualche giorno per le stesse prestazioni rese in regime di attività intramoenia)

Quale ruolo ha il cittadino pugliese nella programmazione sanitaria ? Sono stati sin qui, ignorati tutti i meccanismi di verifica da parte dei cittadini previsti dalla Legge 502: non si riceve mai, infatti, alcuna risposta dalla Regione quando la si interroga sulle scelte di bilancio nella sanità.

La Legge Regionale 28/2000 ha prodotto un blocco delle assunzioni, dell'acquisto di beni e servizi e una riduzione del personale del 2% rispetto al 2000 entro dicembre, il tutto senza tener conto delle piante organiche e del pensionamento del personale in attività: tutto ciò sta portando alla paralisi delle strutture territoriali e ospedaliere: si assiste a dimissioni forzate o ricoveri prolungati. La Regione non ha tagliato, però alcuni capitoli di spesa come le consulenze d'oro verso esterni o il ricorso smisurato alla convenzionata esterna per le prestazioni di fisioterapia. Si e' tentata una riorganizzazione della rete ospedaliera non nell'ottica della razionalizzazione ma soprattutto a fini elettorali.

Nel Territorio l'assistenza protesica non viene pagata da 20 mesi, a Taranto i farmacisti hanno un credito di 80 miliardi dalla ASL e sono passati da tempo all'indiretta: nello stesso tempo la Regione Puglia non ha lesinato nulla nella cura Di Bella ed ha pagato a lungo due Direttori Generali per diverse ASL che, con l'arma dei ricorsi a ripetizione, hanno solo contribuito a distrarre risorse di danaro pubblico.

La Puglia non ha ancora un piano sanitario regionale: quello prodotto e' stato rigettato dal Ministero

come "profondamente carente" specie nell'organizzazione dei servizi e nella programmazione sanitaria, richiedendo un'incisiva revisione generale: non risulta, in definitiva, che il documento sia improntato alla produzione della salute.

La regione Puglia sta ritardando la valutazione di revisione dei Direttori Generali, rimandando il giudizio a giugno, se non oltre, facendo restare ancora a loro posto quelli che hanno grossi passivi di bilancio. Gravi carenze, inoltre ci sono nelle politiche della Regione, nell'organizzazione del Distretto, favorendo le cure domiciliari di ammalati cronici con il rafforzamento degli ambulatori di distretto e dell'ADI: la Regione, però, continua ad insistere nell'ottica "ospedalocentrica", a svantaggio dei bisogni primari dei cittadini e delle figure mediche che a questi sono più vicini, cioè i medici di famiglia.



*Sig.ra Stanzione. TDM Taranto*

## I SERVIZI OFFERTI DURANTE IL CONGRESSO:

**ENPAM:** SERVIZI TECNICI IN LOCO PER LA VERIFICA DELLA PROPRIA POSIZIONE CONTRIBUTIVA, PREVENTIVI ON LINE PER IL RISCATTO ANNI DI LAUREA, PROIEZIONI PER GLI EMOLUMENTI PENSIONISTICI. (OLTRE 190 CONTATTI !!)

**GALENO:** PROPOSTA DI PREVIDENZA ED ASSISTENZA INTEGRATIVA.

**AXA':** PROPOSTA FONDI PENSIONE INTEGRATIVI - CONVENZIONE FIMMG.

**Q-CHANNEL:** I MEDICI DI FAMIGLIA IN RETE. OPPORTUNITA' DI SOTTOSCRIVERE IL CONTRATTO DI ADESIONE PER I MEDICI FIMMG.

**APURIMAC:** "SCEGLI LA VITA" - UNA PROPOSTA DI SOLIDARIETA' A FAVORE DEI BAMBINI DEL PERU'.

**ASSOMEDICO:** OPPORTUNITA' ASSICURATIVE SU MISURA PER I MEDICI DI FAMIGLIA



**IL SERVIZIO INFORMATIVO REGIONALE – UN'OPPORTUNITA' PER IL MEDICO DI FAMIGLIA**  
**DOTT. PATRIZIO SUMMA - SVIM SERVICE BARI**

La SVIM Service gestisce il Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR), tenendo l'anagrafe degli assistiti, degli ospedali e in genere, della sanità della Regione Puglia (ma non solo di questa)

Cos'è oggi il SISR?

- 14 centri elaborazione dati, con un Server per ogni ASL collegati ad un Server Centrale nell'Assessorato
- 700 postazioni periferiche distribuite nel Territorio, con circa 1000 utenti

Il SISR è quindi una vera e propria rete sanitaria, suddivisa in queste aree di gestione:

- anagrafe degli assistibili
- medicina di base
- farmaceutica
- specialistica
- DRG
- osservatori epidemiologici

Il SISR consente oggi un'elaborazione di una mole enorme di informazioni, molte delle quali ritornano a favore degli assistiti sotto forma di miglioramento della qualità.

Evoluzioni del SISR:

- Oggi il SISR è il supporto periferico delle ASL
- In futuro: estensione e fruibilità diretta del SISR (o parti di esso) dagli utenti periferici come MMG, farmacie, Ospedali, Ambulatori periferici

Ciò comporta una minimizzazione di tutto ciò che oggi viaggia su carta e per tramite del cittadino: non sarà più il paziente a viaggiare da un sito all'altro per ottenere e trasferire prestazioni sanitarie, ma saranno queste che viaggeranno sotto forma di informazione, nella rete del SISR, con riduzione di tempi inutili, e attese con creazione di un collegamento diretto tra tutti gli operatori del sistema sanitario.

Il tutto avverrà nella massima protezione dei dati a salvaguardia della privacy. (Certification Authority, Firma Digitale, ecc.)

Un esperimento del genere è già in corso in Lombardia (Provincia di Lecco) con l'istituzione della carta a microprocessore, una card contenente tutte le informazioni sanitarie del cittadino.

La rete del SISR consentirà anche una diffusione delle informazioni sanitarie tra gli operatori come normativa, dati epidemiologici ecc.; ad esempio, a Taranto, grazie al SISR, i MMG sono già in grado di collegarsi ai CUP e fruire di dati informativi certificati direttamente dalla propria ASL.

In Puglia, si prevede che il SISR possa essere diffuso capillarmente nel Territorio entro il 2006 (c'è in tal senso uno stanziamento di fondi ad hoc): la Regione dovrà, nel frattempo, predisporre i bandi, per orga-

nizzare la rete, ma in questo non deve essere lasciata da sola: è importante che, in questa organizzazione, venga coinvolto il MMG (attraverso le organizzazioni di categoria) sia come utente finale che come prima interfaccia diretta con i cittadini.



*Dott. Patrizio Summa—Svim Service*

**NEL NOSTRO SITO WEB:**  
**<http://bari.fimmg.org>**

- Norme per agevolare l'impiego degli oppiacei
- Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri
- Finanziaria (Legge 388/2000) : gli articoli sulla sanità disponibile il testo completo della Legge (da CittadinoLex)
- **PRIVACY: PER CAPIRNE DI PIU' Un contributo della sezione FIMMG di Matera**
- Nuove Linee Guida del Ministero della Sanità sulla vaccino profilassi per epatite B Circolare n. 19/2000 del 30.11.2000
- Chiarimenti sulla nota CUF 13:
- circolare Regione Puglia Regione Puglia: modalità per il rilascio/rinnovo delle idoneità sanitarie
- Screening Tumori del collo dell'utero: linee guida emanate dalla Regione Puglia
- La nuova classificazione delle minorazioni visive Regione Puglia:
- Interferone beta-1 ricombinante: modalità di prescrizione e dispensazione (nota CUF 65)
- La legge quadro sull'uso degli alcolici Protocolli per la donazione di sangue Le nuove regole per i prezzi dei farmaci (CIPE)
- .... E tanto altro ancora (siamo a oltre 32000 contatti !)



## LA RIVOLUZIONE DEI FARMACI GENERICI DAL 1° LUGLIO C'E' UNA NOVITA' PER I FARMACI PASSATI DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Dal 1° luglio quando ci saranno farmaci con principi attivi uguali, ma di prezzo diverso, il servizio sanitario nazionale passerà interamente solo quelli meno costosi.

Il cittadino avrà, quindi, due possibilità:

- utilizzare il farmaco interamente passato dallo Stato e non pagare nulla
- utilizzare un farmaco uguale ma più caro e pagare parte della differenza di prezzo

Un farmaco "uguale" è un farmaco che contiene lo stesso principio attivo, lo stesso numero di unità posologiche (per es. compresse) allo stesso dosaggio di un altro.

Ha solo un altro nome e un prezzo diverso

Per orientarti e non far pagare all'assistito la differenza pubblichiamo la lista dei farmaci coinvolti da questa misura (il cosiddetto rimborso di riferimento, che è previsto dalla legge finanziaria 2001, art.85 comma 26). (Fonte Federfarma)

### MINISTERO DELLA SANITA'

**Comunicato concernente l'art. 85, comma 26 e comma 28, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, in materia di medicinali non coperti da brevetto. (GU n. 130 del 7-6-2001- Suppl. Ordinario n.139)**

(casella vuota nel campo prezzo al 1o luglio 2001), in occasione della comunicazione e pubblicazione di detto prezzo dovranno indicare anche il prezzo massimo di rimborso corrispondente.

Tali prezzi saranno, in ogni caso, riepilogati dal Ministero della sanità in un prossimo comunicato.

Il presente comunicato fa seguito a quello del 19 aprile 2001 (GU 21 aprile 2001 n.93) nel quale erano indicate le **modalità applicative dell'art. 85, comma 26 e comma 28, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, in materia di medicinali non coperti da brevetto**. Sulla base delle determinazioni assunte dalla CUF nelle sedute del 3-4 aprile, 8-9 e 22-23 maggio 2001, nonché della revisione operata ai sensi del comunicato del 19 aprile 2001 concernente l'art. 85 commi 26 e 28 della legge 23 dicembre 2000 n. 388 in materia di medicinali non coperti da brevetto, i medicinali a cui si applicano le disposizioni di cui sopra, sono quelli a base dei principi attivi e nelle formulazioni specificati nell'allegato 1.

Viste le comunicazioni, fatte dalle aziende titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio dei medicinali a base dei principi attivi nelle formulazioni riportate nell'allegato 1, alla segreteria CIPE (Ufficio Sorveglianza Farmaci) e al Ministero della Sanità (Direzione Generale Valutazione dei Medicinali e Farmacovigilanza) del prezzo che intendono praticare dal 1° luglio 2001 (conforme a quanto previsto dal sopra richiamato comma 5 dell'art.36 della legge 27 dicembre 1997, n.449 così come specificato dalla delibera CIPE n.10 del 26 febbraio 1998), si riporta nell'allegato 2 l'elenco completo dei medicinali, autorizzati alla data del 15 aprile 2001, cui si applica il nuovo sistema di rimborso previsto dal comma 26 e dal comma 28 dell'art.85 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, con **l'indicazione dei prezzi in vigore al 1° luglio 2001 e, per i prezzi superiori al valore massimo di rimborso, della quota che resterà a carico dell'assistito**.

Le aziende titolari all'immissione in commercio di medicinali per i quali ad oggi non risulta comunicato il prezzo che **andra' in vigore al 1° luglio 2001**

Per ogni medicinale ammesso alla rimborsabilità successivamente alla data del presente provvedimento e a base dei principi attivi e nelle formulazioni elencati nell'allegato 1, dovrà essere indicato il prezzo massimo di rimborso e il prezzo che l'azienda titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio di tale medicinale intende praticare conformemente a quanto previsto dal comma 5 dell'art.36 della legge 27 dicembre 1997, n.449 così come specificato dalla delibera CIPE n.10 del 26 febbraio 1998.

Di tali elementi si terrà conto **in sede di aggiornamento semestrale dell'elenco a cui si applica il disposto del comma 26 dell'articolo 85 della legge n. 388/2000**.

Gli elenchi allegati recepiscono le autocertificazioni presentate dalle aziende per quanto riguarda il regime brevettuale di diversi prodotti: eventuali integrazioni e correzioni potranno essere oggetto di una successiva pubblicazione.

### PER SAPERNE DI PIU': SU INTERNET

Alcuni links utili per approfondire l'argomento:

- **Federfarma:** [www.federfarma.it](http://www.federfarma.it) (elenco dei farmaci generici con differenze di prezzo rispetto a quelli "di marca")
- **Ministero della sanità:** [www.sanita.it/Sanita/bacheca/farmaci](http://www.sanita.it/Sanita/bacheca/farmaci) un dossier completo sull'argomento con l'opuscolo che il Ministero sta inviando in questi giorni ai medici e alle famiglie.



**MINISTERO DELLA SANITA'**  
**Comunicato concernente l'art. 85, comma 26 e comma 28, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, in materia di medicinali non coperti da brevetto. (GU n. 130 del 7-6-2001- Suppl. Ordinario n.139)**  
**Elenco dei principi attivi e relativi prezzi di riferimento**

ATC	Principio Attivo	Confezione di riferimento	Prezzo
J05AB01	Aciclovir	100 ML 8% - USO ORALE	L. 59.000
J05AB01	Aciclovir	35 UNITA' 800 MG - USO ORALE	L. 170.400
J05AB01	Aciclovir	25 UNITA' 200 MG - USO ORALE	L. 46.500
J05AB01	Aciclovir	25 UNITA' 800 MG - USO ORALE	L. 155.200
J05AB01	Aciclovir	25 UNITA' 400 MG - USO ORALE	L. 75.600
S01AD03	Aciclovir	4,5 GRAMMI 3% - USO OFTALMICO POMATA	L. 19.200
J01MB02	Acido nalidissico	20 UNITA' 500 MG - USO ORALE	L. 7.900
A05AA02	Acido ursodesossicolico	20 UNITA' 450 MG - USO ORALE	L. 35.200
A05AA02	Acido ursodesossicolico	20 UNITA' 300 MG - USO ORALE	L. 22.300
M04AA01	Allopurinolo	30 UNITA' 300 MG - USO ORALE	L. 8.300
J01CA04	Amoxicillina	12 UNITA' 1000 MG - USO ORALE	L. 11.900
J01CA04	Amoxicillina	100 ML 5% - USO ORALE	L. 5.600
C07AB03	Atenololo	50 UNITA' 100 MG - USO ORALE	L. 24.100
C07AB03	Atenololo	14 UNITA' 100 MG - USO ORALE	L. 6.600
C07CB03	Atenololo + Clortalidone	28 UNITA' (50+12,5) MG - USO ORALE	L. 10.800
C07CB03	Atenololo + Clortalidone	28 UNITA' (100+25) MG - USO ORALE	L. 20.500
G02CB01	Bromocriptina	30 UNITA' 2,5 MG - USO ORALE	L. 14.000
A12AA04	Calcio carbonato	30 UNITA' 1.000 MG - USO ORALE	L. 16.500
J01DA08	Cefaclor	100 ML 5% - USO ORALE	L. 22.100
J01DA04	Cefazolina	1 UNITA' 1000 MG - USO PARENTERALE	L. 7.100
J01DA04	Cefazolina	1 UNITA' 500 MG - USO PARENTERALE	L. 4.100
J01DA17	Cefonicid	1 UNITA' 1000 MG - USO PARENTERALE	L. 19.200
J01DA17	Cefonicid	1 UNITA' 500 MG - USO PARENTERALE	L. 10.800
J01DA32	Cefoperazone	1 UNITA' 1000 MG - USO PARENTERALE	L. 11.800
M01AB05	Diclofenac	20 UNITA' 100 MG - USO ORALE	L. 14.600
M01AB05	Diclofenac	21 UNITA' 100 MG - USO ORALE	L. 14.800
M01AB05	Diclofenac	30 UNITA' 50 MG - USO ORALE	L. 9.300
M01AB05	Diclofenac	30 UNITA' 75 MG - USO ORALE	L. 16.900
M01AB05	Diclofenac	5 UNITA' 75 MG - USO PARENTERALE	L. 5.200
C08DB01	Diltiazem	28 UNITA' 120 MG - USO ORALE	L. 21.100
C08DB01	Diltiazem	50 UNITA' 60 MG - USO ORALE	L. 16.300
M01AB10	Fentiazac	30 UNITA' 200 MG - USO ORALE	L. 7.600
D07AC04	Fluocinolone acetoneide	30 GRAMMI 0,025% - USO DERMAT. POMATA	L. 5.300
N06AB03	Fluoxetina	60 ML 0,4% - USO ORALE L	25.400
N06AB03	Fluoxetina	12 UNITA' 20 MG - USO ORALE	L. 21.400
L02BB01	Flutamide	30 UNITA' 250 MG - USO ORALE	L. 82.300



ATC	Principio Attivo	Confezione di riferimento	Prezzo
C10AB04	Gemfibrozil	20 UNITA' 900 MG - USO ORALE	L. 18.500
C03BA11	Indapamide	50 UNITA' 2,5 MG - USO ORALE	L. 16.700
C01DA14	Isosorbide mononitrato	30 UNITA' 50 MG - USO ORALE	L. 21.000
J01FA07	Josamicina	12 UNITA' 1000 MG - USO ORALE	L. 26.100
M01AE03	Ketoprofene	30 UNITA' 50 MG - USO ORALE	L. 6.000
N04BA02	Levodopa + Carbidopa	50 UNITA' (250+25) MG - USO ORALE	L. 18.000
A07EC02	Mesalazina	24 UNITA' 800 MG - USO ORALE	L. 32.400
A07EC02	Mesalazina	50 UNITA' 400 MG - USO ORALE	L. 38.900
C07AB02	Metoprololo	30 UNITA' 100 MG - USO ORALE	L. 7.800
M01AE02	Naprossene	30 UNITA' 500 MG - USO ORALE	L. 14.800
C08CA04	Nicardipina	30 UNITA' 40 MG - USO ORALE	L. 12.300
C08CA05	Nifedipina	14 UNITA' 30 MG - USO ORALE	L. 14.000
C08CA05	Nifedipina	14 UNITA' 60 MG - USO ORALE	L. 23.100
C08CA05	Nifedipina	50 UNITA' 20 MG - USO ORALE	L. 19.800
C08CA05	Nifedipina	50 UNITA' 10 MG - USO ORALE	L. 10.600
M01AX17	Nimesulide	30 UNITA' 100 MG - USO ORALE	L. 20.100
S01EB01	Pilocarpina	10 ML 4% - USO OFTALMICO SOLUZIONE	L. 4.600
J01CA12	Piperacillina	1 UNITA' 2000 MG - USO PARENTERALE	L. 16.100
J01CA12	Piperacillina	1 UNITA' 1000 MG - USO PARENTERALE	L. 9.200
M01AC01	Piroxicam	30 UNITA' 20 MG - USO ORALE	L. 18.700
M01AC01	Piroxicam	6 UNITA' 20 MG - USO PARENTERALE	L. 8.700
C07AA07	Sotalolo	40 UNITA' 80 MG - USO ORALE	L. 10.700
B01AC05	Ticlopidina	30 UNITA' 250 MG - USO ORALE	L. 36.000
S01ED01	Timololo	5 ML 0,5% - USO OFTALMICO SOLUZIONE	L. 7.900
S01ED01	Timololo	5 ML 0,25% - USO OFTALMICO SOLUZIONE	L. 6.300
C08DA01	Verapamil	30 UNITA' 120 MG - USO ORALE	L. 10.400
C08DA01	Verapamil	30 UNITA' 240 MG - USO ORALE	L. 22.000

**NOTA CUF N. 13 : LE STATINE SONO CONSIDERATE CLASSE OMOGENEA**  
**Circolare regionale . 24/6480/15 del 16 marzo 2001**

Pervengono a questo Assessorato numerose richieste di chiarimenti delta nota in oggetto.

La nuova nota 13 recependo i principi della prescrizione cardiovascolare, definisce i criteri di rimborsabilità in base ad una valutazione del rischio cardiovascolare globale. Essa prevede, infatti, la prescrizione dispensata dal S.S.N. delle statine e dei fibrati nelle Dislipidemie familiari e delle Statine nei soggetti con ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta.

**Nel caso della ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta la rimborsabilità del farmaco è prevista:**

**In soggetti a rischio elevato di un primo evento cardiovascolare maggiore;**

**In pazienti con cardiopatia ischemica**

**Per entrambi i sottogruppi di pazienti, tutte le Statine disponibili oggi in Italia sono ammesse alla rimborsabilità, purché soddisfano le condizioni di rischio stabilite dalla suddetta nota.**

**Esse, infatti sono considerate terapeuticamente una classe omogenea.**

Con la presente, sicuri che la maggior parte dei Medici di base già si attiene a quanto previsto dalla nuova CUF 13, si chiede comunque ai Dirigenti del Servizio Farmaceutico delle Aziende USL di divulgare il presente chiarimento al fine di permettere la scelta di farmaci vantaggiosi dal punto di vista terapeutico, tenendo conto anche dell'aspetto costo-efficacia.

li Dirigente Ufficio Farmaceutico (Sig.ra Carmela CAVALLO)