

# NOTIZIARIO BARI

SEDE PROVINCIALE: VIA SANTI CIRILLO E METODIO 5/B - 70124 BARI - TEL. 080/5073779 - FAX 080/5076770

Anno III N. 13

In redazione: Giancarlo Tricarico

Maggio-Giugno 2000

**"Il medico di famiglia al centro del territorio"**

## LA NUOVA CONVENZIONE

**2° Congresso Provinciale FIMMG tenutosi a Bari l'8 aprile 2000**

Siglata la nuova Convenzione per la Medicina Generale; il Consiglio di Stato, però, con un lungo e articolato parere (ben 34 pagine) ha emendato la maggior parte degli articoli dell'accordo. Il futuro della Convenzione appare nebuloso anche in considerazione dell'incerto scenario politico nazionale. Il Segretario nazionale Dott. Mario Falconi è fiducioso in un'approvazione definitiva; altre sigle sindacali chiedono la riapertura del tavolo delle trattative. A pagina 2 e 3 le posizioni delle parti.

*Nella relazione del Segretario dott. Anelli (pagina 4) al Congresso Provinciale delineato un anno di alacre attività della nostra sezione, con uno sguardo al futuro per le prospettive che pone la nuova convenzione. Molto apprezzati gli interventi del Segretario Nazionale dott. Mario Falconi e la competente e puntuale moderazione di tutto il convegno da parte del coordinatore per il sud Italia On. Dott. Giuseppe del Barone.*

### L'intervento del dott. Anelli al Congresso Provinciale:

Cari colleghi la nuova convenzione per la medicina generale ci offre l'opportunità di avviare una serena riflessione sull'organizzazione sanitaria in Puglia.

Il nostro Congresso provinciale, dunque, è la sede più opportuna per fare il punto della situazione nella nostra provincia; per esaminare lo stato di attuazione dell'accordo regionale e offrire prospettive di sviluppo anche alla luce della nuova convenzione.

### SCEGLI LA VITA !

Presentato al Convegno Quadri di Cortina un progetto della nostra Sezione, a diffusione nazionale per la solidarietà sociale.

Si tratta di un programma di adozioni "ideali" a distanza di bambini di una zona sperduta delle Ande, in una regione poverissima del Perù: l'Apurimac. (a pagina 18).

All'interno, nell'inserto centrale:

### SPECIALE ASSOCIAZIONISMO MEDICO.

Come cambiano le forme associative secondo la nuova convenzione, nonostante le perplessità a riguardo espresse dal Consiglio di Stato; a disposizione degli iscritti un modello di statuto per costituirsi in una delle forme associative previste. (nell'inserto centrale del Notiziario), a pagina 13.

### CERTIFICATI PER ATTIVITA' CURRICULARE DI EDUCAZIONE FISICA:

Non spetta al medico di famiglia la loro compilazione: uno studio della nostra sezione legale, molto apprezzato anche a livello nazionale, chiarisce la normativa a riguardo. A pag. 20 e 21.

### ALL'INTERNO

Circolare Regionale sulla nota CUF 13	Pag. 7
ASL BA/4 Regularizzare i pagamenti ai MMG	Pag. 10
Disservizi nell'ADI nella BA/4	Pag. 10
Prescrizioni Day Hospital: sconcerto nella	Pag. 11
Convenzioni FIMED-Credit Agricole Indosuez	Pag. 12
Nuova legge sui trapianti: che fare ?	Pag. 17
Prescrizioni in esenzione ticket	Pag. 23
Non certificare l'esonero dal casco e cinture	Pag. 20
Il MMG promotore di cultura della donazione	Pag. 26
Internet e Pubblicità Medica	Pag. 27

### ASL BA/4

Siglato l'accordo sui tetti di spesa (a pagina 3)

### FIMMG FORMAZIONE

Dopo anni di battaglie legali, riconosciute le tesi della FIMMG di Bari

La sentenza del Consiglio di Stato a pagina 25.

## Il Consiglio di Stato boccia la nuova convenzione

### Il Sole 24 ore – Mercoledì 24 Maggio 2000 Norme e Tributi – Sanità: Sotto accusa alcuni istituti dell'accordo siglato a marzo con il Ssn Medici di famiglia, convenzione bocciata dal Consiglio di Stato

Accesso alla convenzione, associazionismo, libera professione, pensioni: tutto (o quasi) sbagliato, tutto (o quasi) da rifare. Dopo l'affaire del sanitometro, il ministro della Sanità Umberto Veronesi si trova a dover gestire un'altra grana: la nuova convenzione di medicina generale con il Ssn.

Che il Consiglio di Stato, con un parere di ben 34 pagine, ha letteralmente frantumato. Facendo carta straccia di alcuni degli aspetti salienti di un accordo, siglato il 9 marzo scorso non senza divisioni sindacali, che solo per la parte fissa prevede incrementi del 13,5% ai generalisti. Con un aumento della spesa certamente oltre i mille miliardi l'anno.

Il parere (101/2000) dei massimi giudici amministrativi è stato notificato alla parte pubblica martedì 16 maggio. E ora è sul tavolo del ministro, che deve decidere i prossimi passi: se, quanto e cosa recepire delle numerose raccomandazioni contenute nel parere obbligatorio del Consiglio di Stato. La cui decisione arriva, tra l'altro, in stretta coincidenza col parere che, proprio oggi, la Corte dei conti deve esprimere sul contratto dei medici pubblici. Ecco intanto i principali atti d'accusa del Consiglio di Stato, il cui parere peraltro tocca 53 articoli su 76 e anche un folto pacchetto di norme finali e transitorie.

**Accesso.** Per il Consiglio di Stato sono state violate le disposizioni legislative in materia di diritti acquisiti dei medici abilitati entro il 31 dicembre 1994: di conseguenza, ai medici in possesso di attestato va attribuito un punteggio inferiore ai 7,20 previsti. Di più: l'equipollenza dei titoli, ai sensi della normativa vigente, va richiamata nella convenzione. Sono state inoltre violate le norme della "par condicio" dell'istituto sulla gravidanza. E ancora, si afferma nel parere: la riserva di un'aliquota dell'80% degli incarichi vacanti in favore dei medici con l'attestato di formazione «urta contro il principio di riconoscimento dei diritti acquisiti dei medici convenzionati ante 1995».

**Associazionismo.** Il sistema previsto crea, secondo i giudici, una lesione per illegittimità «del requisito di tendenziale esclusività e fiduciarità che caratterizza la prestazione del medico convenzionato». Requisito ribadito dal Dlgs 502/92 «che parla di rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni». E tanto è vero il carattere dell'"individualità", che secondo i giudici dopo la pubblicazione dell'accordo collettivo si deve passare a una «regolamentazione del singolo rapporto» da instaurare con il medico attraverso una convenzione.

Ecco così una raffica di bocciature: alla possibilità «incondizionata» per il medico associato di prestare la propria attività agli assistiti dei colleghi associati; alla sostituzione «automatica» tra medici della stessa associazione; alla chiusura anticipata di uno degli studi che fanno capo all'associazione; all'accesso alle schede dei pazienti di altri colleghi; alla possibilità di operare in più studi; alla possibilità di inserire tra i soci anche medici non convenzionati col Ssn.

**Libera professione.** «L'espansione delle strutture e delle competenze rimesse all'associazionismo convenzionale», afferma la decisione, rischia di essere usata come «schermo per aggirare gli obblighi» che fanno capo al medico: prime fra tutte, le modalità di svolgimento della libera professione.

Istituto che, comunque, va rivisto: quanto meno per definire una «più precisa qualificazione di libera professione occasionale», anche per evitare che «termini confusi possano dar luogo a controversie e abusi».

**Pensioni.** La disposizione prevista - «che rimanda a una specifica intesa tra le parti firmatarie e dopo la definizione nelle sedi competenti» - è giudicata «troppo generica e indeterminata nel tempo», in vio-

#### MEDICI FAMIGLIA: FIMMG - NON VINCOLANTE PARERE CONSIGLIO STATO

#### LA REPLICA DI FALCONI ALLA SENTENZA DEL CONSIGLIO DI STATO

Roma, 24 mag. (Adnkronos Salute) - "Il parere del Consiglio di Stato in merito alla convenzione di medicina generale non è assolutamente vincolante". Lo ha detto all'Adnkronos Salute Mario Falconi, segretario generale della Fimmg, commentando il 'verdetto negativo' dei giudici amministrativi sull'accordo siglato a marzo tra medici di famiglia e Servizio sanitario nazionale. "Si tratta comunque - ha aggiunto Falconi - di un parere che ci aspettavamo. Avevamo chiesto più volte di semplificare l'iter di registrazione della convenzione proprio per evitare questi ostacoli. E, non a caso, il Consiglio dei ministri del governo precedente aveva già approntato una legge ad hoc che purtroppo è stata fermata dal successivo blocco parlamentare". Falconi ha già chiesto un incontro al ministro della Sanità, Umberto Veronesi, per valutare i prossimi passi da fare. "Ma se ci sarà qualcosa da cambiare nella convenzione - ha precisato il leader della Fimmg - mi auguro che prevalga il buon senso. Questo accordo, seppure appena firmato, scade nel dicembre 2000. Nulla vieta che il governo riapra il tavolo anche per recepire alcune indicazioni del Consiglio di Stato".

Secondo i camici bianchi della Fimmg, però, i giudici amministrativi invadono eccessivamente il campo della contrattazione delle parti. "Si tratta di un'ingerenza esagerata. Forse - ha polemizzato Falconi - al tavolo delle trattative dovrebbero sedere anche i giudici amministrativi". Il parere del Consiglio di Stato, infatti, "non 'boccia' solo noi - ha precisato - ma mette sotto accusa un accordo sottoscritto anche dalla parte pubblica, in particolare dalle Regioni. E non solo. L'accordo è stato avallato dal ministero della Sanità e spedito al Consi-

glio di Stato dalla presidenza del consiglio dei ministri". Insomma, "il governo - ha ricordato Falconi - ha tutto l'interesse a difendere cio' che ha sottoscritto insieme ai medici"

Per i medici di famiglia, comunque, e' preoccupante l'ingerenza del Consiglio di Stato che, nel formulare il parere, e' entrato "con pignoleria" in dettagli di tipo sindacale. "Ritengo - ha concluso il leader - che se dovesse passare una 'politica' del genere le libere contrattazioni tra le parti, in questo Paese, dovrebbero solo sparire"

**Ultim'ora: il 30 maggio 2000**

## **ASL BA/4: RAGGIUNTO L'ACCORDO SUI TETTI DI SPESA**

### **ACCOLTE TUTTE LE PROPOSTE DELLA PARTE SINDACALE**

I livelli di spesa programmata rappresentano uno strumento attraverso cui rendere efficiente il sistema. Conciliare le esigenze assistenziali dei cittadini con le risorse limitate che ogni Azienda Sanitaria dispone è un tentativo cui i medici di famiglia doverosamente tendono a realizzare.

Per non vanificare questo obiettivo è necessario che ogni categoria all'interno dell'Azienda faccia la propria parte.

Per questo le sottoscritte OO.SS, in merito alla proposta aziendale di applicare i tetti di spesa per la farmaceutica per l'anno 2000, chiedono:

che la Direzione Generale della ASL BA 4 si impegni a riequilibrare le voci di bilancio aziendale in modo tale che all'assistenza distrettuale siano imputate risorse pari a quanto previsto dalla programmazione regionale (43% del fondo assegnato alla ASL);

che alla medicina generale convenzionata, a cui attualmente il bilancio di previsione aziendale per l'anno 2000 attribuisce risorse pari al 7% circa dell'intero fondo assegnato alla ASL, sia potenziato il fondo per la medicina generale, per l'applicazione degli istituti contrattuali, nell'ottica di un piano triennale che rispetti specifici obiettivi;

che terminata la fase organizzativa, con l'anno 2001 proseguirà il processo di sviluppo dei distretti che si concretizzerà con autonomia gestionale prevista dalla legge. La Direzione Sanitaria proseguirà i suoi lavori di programmazione convocando la Conferenza dei Distretti che elaborerà una bozza per la costituzione dei Comitati di Distretto, che tenga conto del ACN in itinere e che verrà presentata alla Delegazione Trattante per l'approvazione definitiva.

Tali punti costituiscono premessa irrinunciabile per l'applicazione dell'accordo sui tetti di spesa così come di seguito articolato.

Le sottoscritte OOSS accettano la proposta avanzata dalla Direzione Aziendale che definisce il tetto di spesa aziendale per l'anno 2000 essere pari alla media provinciale per la spesa farmaceutica per l'anno 1999, cioè di lire 277.000.

Per il raggiungimento di tale obiettivo le OOSS propongono che:

ad ogni distretto sia assegnato un budget pari alla somma di tutti gli assistiti moltiplicato per lire 277.000. Ogni medico contribuirà al raggiungimento del risultato (budget distrettuale) evitando di superare la media di 277.000 complessivamente per i propri assistiti;

per il calcolo della spesa di ogni singolo medico dovrà necessariamente essere sottratta la spesa indotta secondo il protocollo dei farmaci che si allega (registro USL e note CUF);

l'obiettivo si intende raggiunto se la spesa media farmaceutica della ASL e di conseguenza di Distretto è pari o inferiore

alla somma concordata con la DG;

il risparmio così ottenuto sia diviso in tre parti: uno alla ASL, uno al Distretto ed uno ai MMG;

per quanto riguarda la parte relativa alla ASL, l'Azienda si impegni ad investirla in forniture speciali per i pazienti; quella relativa al Distretto completamente in ADI; quella dei medici di famiglia in formazione;

i medici di famiglia che avranno una spesa media uguale o inferiore alle 277.000 lire, scomputata della quota derivante dalla spesa indotta legata a farmaci prescrittibili con registro e note Cuf - come richiamato al punto 2, ricevano un gettone di presenza per la frequenza dei corsi di formazione organizzati ai sensi del DPR 484/96;

in particolare il 60% della parte del risparmio spettante ai medici di famiglia sia distribuito in ugual misura a tutti i medici di medicina generale che hanno una spesa uguale o inferiore a quella prevista dal punto 6, mentre il restante 40% sia diviso equamente tra tutti i medici che pur avendo una spesa uguale o inferiore a quella programmata, appartengano ai distretti che hanno centrato l'obiettivo;

l'Azienda si impegni ad attivare i corsi di formazione per la medicina generale (così come già stabilito in sede di trattativa aziendale) affidando la gestione dei corsi agli animatori di formazione della ASL, iscritti all'albo regionale, i quali potranno avvalersi, per le modalità organizzative, dell'ausilio della Scuola Pugliese di Medicina Generale;

i corsi di formazione obbligatoria saranno attivati in tutti i distretti;

la spesa relativa all'attivazione e gestione dei corsi sia imputata direttamente all'azienda (giusto accordo in sede di trattativa aziendale),

l'Azienda si impegni ad inviare mensilmente ad ogni medico il prospetto riassuntivo relativo alla spesa farmaceutica corredato delle tabelle dei farmaci e della classificazione adottata al fine di rendere esplicita e comprensibile la lettura della tabella;

in caso di contestazione circa le prescrizioni dei medici di famiglia saranno a carico dell'Azienda sia i costi che l'obbligo di dimostrare in maniera dettagliata la materia dei contendere;

per quanto non esplicitamente richiamato si faccia riferimento al DPR 484/96 e all'Accordo Regionale per la Medicina Generale;

nel caso in cui i corsi di formazione, così come previsti dal DPR 484/96, non siano attivati entro dicembre 2000, l'Azienda corrisponderà gli incentivi, nel rispetto di quanto previsto dal punto 7, con gli emolumenti di gennaio 2001;

nel caso in cui l'obiettivo aziendale non fosse raggiunto (Lit. 277.000 per paziente) si concorda di determinare la media di



## L'intervento del dott. Anelli al Congresso Provinciale: il bilancio di un anno di intenso lavoro

E' trascorso un anno di intenso lavoro dal I Congresso Provinciale della FIMMG.

In questo anno abbiamo assistito a cambiamenti fondamentali: la legge di riforma del SSN n.229 dello scorso anno; il rinnovo della segreteria nazionale della FIMMG e del suo Comitato Centrale; la legge sulle nuove esenzioni ticket; il rinnovo dei consigli degli Ordine dei Medici; la nuova convenzione.

La FIMMG ha svolto un ruolo fondamentale in ciascuna di queste situazioni. Anche la nostra sezione provinciale non è stata da meno, svolgendo con diligenza il ruolo ad essa assegnata.

Prova ne è stata la compattezza dimostrata dai medici di famiglia della FIMMG di Bari nell'organizzazione dello sciopero, poi revocato, del 27 maggio del 1999 e il coinvolgimento dei parlamentari locali per indurre il Ministro ad accettare le proposte del nostro sindacato, in occasione dell'approvazione dei decreti delegati per la riforma del SSN.

Anche durante il Congresso Nazionale di Santa Margherita in Pula, in Sardegna, abbiamo svolto un importante ruolo propositivo: sia sulle tematiche relative alla riorganizzazione del sindacato (vedi la certificazione delle quote di iscrizione alla FIMMG) e sia sui contenuti della nuova convenzione, chiedendo che si istituisse formalmente una contrattazione aziendale, al fine di rendere più snella l'applicazione della nuova convenzione. Cosa che puntualmente è avvenuta. Abbiamo ricoperto anche un ruolo strategico nella

elezione del Segretario Nazionale Mario Falconi e del nuovo comitato centrale.

Sull'applicazione del decreto ministeriale 329 per l'attuazione delle nuove esenzioni ticket, il nostro è stato un ruolo di intermediazione, esercitato

**Sito Internet della  
FIMMG di Bari:  
<http://bari.fimmg.org>**

**In 6 mesi superati gli 6000 contatti: uno strumento professionale quotidiano sempre aggiornato all'ultimo minuto.**

**Inviando il vostro indirizzo e-mail a [bari@fimmg.org](mailto:bari@fimmg.org) sarete iscritti alla "FIMMG Bari newsletter": una lettera elettronica che vi terrà costantemente aggiornati sulle novità**

con senso di responsabilità e di servizio, tra cittadini e ASL, evitando che i nostri assistiti si trovassero smarriti ed imbrigliati nelle maglie della burocrazia. Fondamentale poi è stato l'intervento della FIMMG al momento della scadenza dei 4 mesi concessi alle ASL per rinnovare le esenzioni. Grazie all'intervento del nostro Segretario Nazionale, il Ministro ha inviato una nota con cui ha chiarito che le scadenze previste dal Decreto erano da considerarsi orientative e, dunque, non potevano assumere un carattere perentorio. Pertanto, le ASL hanno tutto il tempo per effettuare il rinnovo delle esenzioni, prorogato fino al 31 ottobre di quest'anno. Di tutto ciò abbiamo

dato notizia agli assistiti, tramite la stampa, ed i nostri iscritti.

Sul rinnovo dei Consigli degli Ordini dei Medici, ogni sezione provinciale della FIMMG si è organizzata per consolidare e guadagnare spazio all'interno di un organismo, quello ordinistico, fondamentale per attuare quelle strategie di tutela e rilancio della nostra professione.

A Bari, come voi tutti sapete, abbiamo organizzato e guidato la lista "Professionalità per la Salute" che ha vinto le elezioni ordinarie.

Abbiamo smascherato il tentativo di screditare la FIMMG attraverso l'ignobile pratica delle lettere anonime. Abbiamo evitato di consegnare l'Ordine dei Medici di Bari nelle mani dei partiti politici. Abbiamo sconfitto coloro che pensavano che il qualunquismo e il personalismo potessero sostituire l'azione dei sindacati.

Grazie al vostro voto compatto, abbiamo raddoppiato la nostra presenza nel Consiglio dell'Ordine dei Medici di Bari, abbiamo trovato uno spazio, tra i consiglieri, per un rappresentante dei medici in formazione (presenti per la prima volta in assoluto), siamo diventati il gruppo più numeroso tra quelli presenti in Consiglio.

Il dott. Bufano è stato nominato segretario dell'Ordine dei Medici, al dott. Tricarico è stata affidata la delega Enpam, il dott. De Mola presiede la commissione pubblicità, il dott. Bonaduce rappresenta i medici in formazione. A questi cari amici auguro di cuore buon lavoro.

Gran parte dell'azione sindacale è svolta da tanti di voi qui presenti, impegnati a vari livelli nelle diverse ASL. Sono qui a testimoniare la dedizione e la costanza con cui si svolge questo ruolo, spesso ignorato, dalla maggioranza dei colleghi, ma essenziale per la nostra professione, senza il quale, probabilmente, oggi noi non saremmo qui a discutere delle tante conquiste sindacali.

Mi riferisco principalmente a coloro che sono impegnati nelle delegazioni trattanti in tutte le cinque ASL della provincia. Gra-

### AVVISO IMPORTANTE:

Entro il **30 giugno p.v.**, si devono inviare ai dipartimenti Igiene e Prevenzione delle proprie ASL gli elenchi dei soggetti da sottoporre a vaccino anti-influenzale per la campagna 2000/20001, con le modalità previste dai vigenti accordi aziendali



zie al loro lavoro numerosi servizi sanitari sono stati istituiti a favore dei cittadini della provincia di Bari.

Innanzitutto le vaccinazioni anti influenzali per i soggetti ultra sessantacinquenni. Quest'anno sono state effettuate dai medici di famiglia delle ASL BA 3, BA 4, parzialmente nella BA 1 (in tre dei sette comuni che compongono la ASL).

In queste ASL i soggetti che hanno contratto l'influenza sono stati principalmente i non vaccinati ed i soggetti giovani.

Inoltre si è potuto vaccinare tutti gli anziani che non potevano recarsi negli ambulatori grazie all'istituto dell'ADP.

L'assistenza domiciliare integrata è stata avviata nella ASL BA4; nella ASL BA 2 solo quella geriatrica ed è in fase di avvio anche nella BA 1, BA 3 e BA 5.

I primi dati forniti dalla ASL BA 4, relativi a 300 casi trattati nel 1999, dimostrano reali ed importanti risparmi, nonché alti indici di gradimento da parte degli utenti.

Anche il lavoro di gruppo tra i medici di famiglia sembra aver riscosso un primo ed importante consenso. L'associazionismo tra medici, oltre a stimolare il medico di famiglia al lavoro di gruppo, si trasforma in prestazioni aggiuntive a favore degli utenti in quanto consente di tener aperti gli ambulatori, nell'ambito dell'associazione, per sei ore al giorno, a tutto vantaggio degli assistiti.

Attualmente in tutte le ASL questo istituto contrattuale è stato applicato.

La **formazione continua** dei medici di famiglia è un punto a cui la FIMMG tiene molto. Inspiegabilmente le aziende continuano a considerare questa qualificante pratica un inutile spreco di risorse. In altri casi, si è cercato di far passare come formazione alcuni convegni che avevano come unico obiettivo quello di far fare passerella ad alcuni ospedalieri (vedi l'ASL BA 5 e la BA 4).

Consideriamo la formazione del medico di famiglia una cosa seria che deve essere gestita dai medici di famiglia secondo le norme previste dal contratto in ragione delle esigenze formati-

ve rilevate tra i medici di famiglia. A questo principio si è ispirata la prima esperienza nella ASL BA 2, mentre nelle altre è tutta da inventare.

Le ASL BA 1 e BA 2 si sono distinte per aver trovato un giusto equilibrio tra le esigenze della ASL e quella dei medici di famiglia nella razionalizzazione della spesa farmaceutica. È stato così concordato di applicare quanto previsto dall'art. 8 della Legge 502/91 in merito ai livelli di spesa programmata: esso stabilisce che la quota variabile dell'onorario del medico di famiglia è finalizzata al raggiungimento degli obiettivi previsti dalla programmazione nazionale, regionale e aziendale compreso il rispetto dei livelli di spesa programmati. Gli obiettivi sono stati raggiunti, ma a tutt'oggi, i medici di famiglia non hanno visto riconosciuto il loro diritto.

Nelle altre ASL abbiamo assistito o ad indifferenza o ad atti di vero e proprio terrorismo (ASL BA 4).

La possibilità di effettuare la prenotazione delle prescrizioni specialistiche e diagnostiche attraverso un collegamento telematico con il CUP della ASL, dall'ambulatorio del medico di famiglia, sembra essere tra i progetti più desiderati dai direttori generali, ma concretamente non ancora realizzati. In particolare, la ASL BA 3 ha sottoscritto un accordo con i medici di famiglia, definendo anche le

competenze di quest'ultimo, ma l'attivazione del servizio resta ancora una incognita.

Sul piano regionale, le due delibere di Giunta Regionale (DGR) che hanno prodotto delle vere e proprie modifiche nell'organizzazione sanitaria della nostra regione sono state la n. 1800 del 1998 e la 1003 del 1999.

Con queste due **delibere di programmazione economica e finanziaria** sono stati definiti i nuovi compiti degli operatori e delle strutture sanitarie, nonché stabiliti i tetti di spesa e la nuova organizzazione economico-patrimoniale delle ASL e delle strutture temporaneamente accreditate.

Una vera e propria riforma per la nostra regione che sul piano metodologico è stata attuata utilizzando delibere di programmazione economico-finanziaria. Il mancato riferimento alle motivazioni politiche e ideali che hanno ispirato, nella sostanza, questa riforma, e la mancanza di un confronto con le parti sociali ed i cittadini, nonché di un vero dibattito nelle sedi istituzionali rappresentano le premesse negative di questa riforma.

L'approvazione del **Piano di Riordino della Rete Ospedaliera** rappresenta un ulteriore punto critico del sistema perché aumenta il numero di posti letto nella rete ospedaliera regionale invece che ridurli.

Infatti il Piano Sanitario Nazio-

#### In Settembre 2000

### SEMINARI SULL'USO DI INTERNET PER IL MMG

La sezione provinciale FIMMG di Bari organizza presso la propria sede dei seminari sull'uso di Internet, della posta elettronica, delle ricerche mediche su Medline, con particolare riguardo alla "navigazione" nel sito FIMMG di Bari.

In caso di richieste di gruppi numerosi e decentrati, i seminari si potrebbero anche tenere nelle rispettive ASL o distretti.

Gli interessati possono confermare la propria adesione telefonando o inviando un fax alla sede FIMMG di Bari, al numero 0805073779



nale individua in maniera esplicita le attività sanitarie da potenziare: "al fine di orientare l'allocazione delle risorse alla realizzazione della garanzia dei livelli essenziali di assistenza, le Regioni provvedono a definire linee di indirizzo per l'individuazione delle priorità assistenziali verso cui indirizzare le risorse, relativamente alle funzioni e alle attività da potenziare (con particolare riguardo alla prevenzione, sia a livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, sia a livello di assistenza distrettuale, con particolare riferimento all'azione dei medici di medicina generale) o da depotenziare (come l'assistenza ospedaliera in regime di ricovero ordinario)".

Le contraddizioni insite negli atti regionali si evidenziano nella ripartizione del **Fondo Sanitario Regionale (FSR)** che attribuisce all'assistenza ospedaliera, per l'anno 1998, il 55,2% del FSR e per l'anno successivo il 52% rispetto a quanto preventivato dagli atti di indirizzo nazionale che prevedono per il triennio 1998-2000 un indice del 46,5%.

Naturalmente tutto a discapito dell'assistenza distrettuale e dei servizi di cui questa si compone:

assistenza sanitaria di base, assistenza farmaceutica, assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza territoriale e semi residenziale, assistenza residenziale sanitaria.

"La rete ospedaliera pugliese, si legge su "Prometeo" – uno studio sullo stato di salute degli italiani 1999 – pubblicato dal Ministero della Sanità, presenta complessivamente un indice di 6,5 posti letto per 1.000 abitanti

contro una media nazionale di 5,9." Il tasso di utilizzazione (le giornate di degenza diviso i posti letto per 365) regionale è pari al 73,3% contro una media nazionale del 77,6%.

Come si evince, gli indici sono superiori alla media nazionale: per questo non trova giustificazione l'aumento dei posti letto previsti dal piano regionale.

E' evidente che, in queste condizioni, l'incentivazione dei servizi territoriali non interessa nessuno. I Direttori Generali considerano tali servizi un aggravio di spesa, non potendo ridurre i fondi all'assistenza ospedaliera per incentivare quella territoriale.

L'assistenza domiciliare integrata, cioè la vera alternativa al ricovero per i malati che possono essere seguiti a casa dal medico di famiglia, dallo specialista, dagli infermieri e dai terapisti della riabilitazione (come i malati neoplastici) rappresenta ancora un obiettivo da raggiungere. Mentre in altre regioni italiane il numero di ADI supera abbondantemente le decine di migliaia, in Puglia non si raggiunge ancora il migliaio.

Le RSA (Residenze sanitarie assistite), l'altra alternativa al ricovero ordinario perché consentono di effettuare la riabilitazione o la convalescenza in strutture con rette diurne nettamente inferiori a quelle ospedaliere, sono bloccate dalla solita burocrazia e da una gestione degli appalti su cui si è rivolta l'attenzione della Corte dei Conti.

Nonostante la Delibera di Giunta Regionale 1003/99 abbia attribuito più risorse all'Ospedale di quanto previsto dagli indici nazionali, le residue risorse attribuite con la stessa delibera alla medicina generale, il 16,28% per l'anno 1999, sono ulteriormente decurtate nei bilanci delle ASL che disattendono clamorosamente le disposizioni regionali.

In generale i bilanci delle ASL non attribuiscono più del 10% alla medicina generale (nella ASL BA4 a fronte di un bilancio di circa 1000 miliardi alla voce medicina di base nel bilancio di previsione per gli anni 1999 e

2000 sono previsti 67 miliardi: meno del 7%).

Il sistema previsto dalle due delibere regionali si poggia sull'attribuzione dei tetti di spesa ad ogni struttura ex convenzionata e temporaneamente accreditata. Cioè, tali soggetti non possono superare globalmente per l'anno in corso il tetto di spesa stabilito dalla delibera di GR. Al fine di obbligare le strutture temporaneamente accreditate al rispetto del tetto di spesa, esse sono state definite mandatarie delle ASL e, quindi, responsabili con il proprio patrimonio dell'eventuale mancato rispetto del mandato (tetto di spesa).

Per analogia anche i medici di famiglia sono stati **definiti mandatarie delle ASL** al fine di obbligarli al rispetto dei tetti di spesa fissati dalla Delibera 1003/99.

Contro tale impostazione abbiamo duramente reagito e ottenuto, con delibera di GR n.1832/99, che i medici di famiglia non possono essere considerati quali mandatarie delle ASL.

La ripartizione del FSN tra le varie Regioni, che avviene in maniera diversificata in ragione della popolazione residente pesata per età, è stata più volte oggetto di polemiche.

In realtà se osserviamo gli indici di spesa totale, pubblicati su "Prometeo", la Puglia (103,8) si colloca al di sopra della media nazionale (100), mentre la spesa diretta: personale e beni e servizi (55,2), sono ben al di sotto della media nazionale (61,8). Gran parte della spesa, infatti, in Puglia viene erogata all'Ospedalità convenzionata (18,1) contro una media nazionale di gran lunga inferiore (10,8).

Correggendo questi dati, cioè "pesandoli" per classi di età (vale a dire: per un anziano il SSN spende molto che più per un soggetto giovane), la Puglia passa dal 7° al 3° posto tra tutte le regioni per la spesa sanitaria pro capite pesata, mentre l'Emilia Romagna scende dal 2° al 10°, così come la Liguria passa dal 4° al 20° posto, in quanto queste regioni registrano una popolazione anziana maggiore rispetto a quella pugliese ed al-

STAMPATO IN COLLABORAZIONE CON SVIM SERVICE

### IL TESTO DELLA NUOVA CONVENZIONE

Nel corso del II Congresso Provinciale è stato distribuito ai partecipanti in un elegante volume, il testo del nuovo ACN. Coloro che non l'avessero ricevuto, pos-



le altre regioni meridionali. "Ciò prova, si legge su "Prometeo", l'esistenza di una differente capacità di controllo della spesa, e si evidenzia come, a parità di bisogno assistenziale, la maggioranza delle regioni del sud spende di più in quota pro capite, rispetto alle regioni del centro nord, che al contrario, dimostrano di avere una maggiore capacità di contenimento dei costi, presentando valori pro capite per popolazione standardizzata più bassi di quelli effettivi".

Ovviamente la ripartizione della quota capitaria stabilita dalla Regione tra le varie ASL della Puglia non tiene conto del criterio nazionale relativo alla "pesatura" per età dei cittadini.

#### **Vicenda influenza.**

Abbiamo subito in tutta Italia un grave attacco all'immagine della nostra professione.

Ciononostante, siamo riusciti a parlare dei nostri problemi ed a dimostrare come tale campagna era basata solo sull'opinione di qualcuno e non su dati statisticamente provati.

Anzi, la coincidenza con lo studio **Influnet**, condotto da molti medici di famiglia sulla reale incidenza dell'influenza in Italia, ed i risultati pubblicati dallo studio 606 sull'epidemia influenzale dello scorso anno hanno consentito di rispondere con dati certi alle allusioni della stampa e di qualche disinvoltato specialista.

In Puglia abbiamo anche dovuto contestare il nostro assessore regionale che, per sconosciute ragioni, pretendeva di "precettare" i medici di famiglia per far fronte ad una normale epidemia influenzale. Il tutto corroborato anche da violazioni di norme contrattuali che rendevano il caso particolarmente grave.

E' stato avviato in Puglia il **nuovo sistema informatico regionale**. Abbiamo l'onore ed il piacere di ospitare il Direttore Generale della SVIM Service che gestisce il sistema.

I Medici di famiglia non possono che essere entusiasti che vi sia un sistema informatico regionale unico per tutta la Puglia in grado di fornire dati e prestazioni in tempo reale.

Abbiamo, tuttavia, dovuto constatare che alla partenza (1

gennaio di quest'anno) forse non tutto era pronto. Infatti, il passaggio dai codici regionali ai codici fiscali pone ancora oggi numerosi problemi. Innanzitutto, non tutti i libretti sanitari riportano il codice fiscale. Compito, ricordo, d'esclusiva competenza delle ASL. In data 29 dicembre abbiamo reso nota questa inadempienza all'assessorato regionale alla sanità. Conclusione: gli assistiti si sono arrangiati da soli: molto hanno fotocopiato il proprio codice fiscale ed i medici si sono dovuti sobbarcare l'ulteriore onere dell'aggiornamento dei loro archivi e si sono fatti promotori di un'azione educativa nei confronti dei cittadini. Inoltre, molti codici fiscali contenuti negli elenchi forniti dalla SVIM Service sono tuttora errati. Tutto ciò provoca in noi una forte preoccupazione circa la reale ed effettiva rilevazione dell'anagrafe

degli assistiti per ogni singolo medico. Infatti, sulla base all'anagrafe degli assistiti si ottengono i dati relativi alle nostre prescrizioni (per la determinazione dei tetti di spesa) e si calcolano le nostre competenze.

**Sono ormai tre mesi che i nostri stipendi non contengono le voci relative alle PPIP, all'ADP, all'ADI, ed alle vaccinazioni.** Non credo sia più possibile tollerare questa grave omissione.

Particolarmente grave è, inoltre, la situazione nella ASL BA 4 dove lo stipendio di febbraio non è stato ancora corrisposto. La segreteria provinciale, dopo aver esperito ogni sorta di tentativo, ha messo in mora il Direttore Generale.

Ancor più grave è la situazione dei medici di continuità assistenziale (i medici di guardia).

(Continua a pagina 8)

### **LA REGIONE RACCOMANDA ALLE ASL MAGGIORE VIGILANZA SULL'APPLICAZIONE DELLA NOTA CUF 13: UNA CIRCOLARE ALLE ASL E AGLI ORDINI PROVINCIALI DEI MEDICI**

Ai Direttori Generali Aziende USL

Ai Dirigenti Area Servizio Farmacia Aziende USL

Agli Ordini Provinciali dei Medici

Di Bari - Brindisi - Foggia - Lecce - Taranto

circolare regionale protocollo n. 24/5975/524 del 4 marzo 2000

pervengono a questo assessorato notizie in ordine a qualche difforme interpretazione della nota CUF n. 13 e di conseguenza, prescrizione di farmaci a totale carico del SSN.

Pertanto, si ritiene opportuno ricordare che la nota CUF 13 riguardante le ipercolesterolemie familiari è estesa limitatamente alla sola Pravastatina e Simvastatina a pazienti che iniziano la terapia prima dei 75 anni con documentato pregresso infarto miocardico o pregresso intervento di rivascolarizzazione miocardica in presenza di valori di colesterolemia totale superiore a 210 mg/dl o di colesterolemia LDL superiore a 130 mg/dl riscontrati dopo almeno tre mesi di dieta.

con la presente, sicuri che la maggior parte dei medici di medicina di base già si attengono a quanto previsto dalla nota CUF 13, si chiede comunque ai dirigenti del servizio farmaceutico delle aziende USL al di vigilare su eventuali prescrizioni difformi a quanto previsto da detta nota CUF 13.



(Continua da pagina 7)

L'inefficienza del sistema qui sconta l'ingiustificabile e colpevole ritardo da parte dell'assessorato alla sanità per la stesura della convenzione con la SVIM Service per il calcolo degli stipendi ai medici di guardia.

Davanti a tali gravi violazioni contrattuali, abbiamo inviato alla ASL BA 4 una diffida stragiudiziale, al fine di far conoscere al Direttore Generale la nostra ferma volontà di adire le vie legali nel caso in cui tale disservizio dovesse persistere.

Si apre così una vertenza che porterà, inevitabilmente, il sindacato a proclamare lo stato di agitazione con gravi conseguenze sull'erogazione del servizio e soprattutto alla interruzione di ogni tipo di accordo con le ASL, compreso quello sul rispetto dei tetti di spesa.

E' stato necessario anche assumere una dura posizione nei confronti del Ministero della Pubblica Istruzione circa le disposizioni impartite per la certificazione inerente **lo svolgimento dell'educazione fisica nelle scuole.**

Come è a voi tutti noto, lo svolgimento dell'educazione fisica durante le ore scolastiche non richiede alcuna certificazione medica. Il Ministero della Pubblica Istruzione con una Ordinanza Ministeriale ha invece inserito, tra i documenti da presentare all'atto dell'iscrizione, tale certificazione.

Abbiamo, dunque, fatto osservare ai funzionari ministeriali che tale determinazione non aveva alcun fondamento giuridico e, pertanto, i medici di famiglia non avrebbero rilasciato tale certificazione anche in considerazione del fatto che non è prevista nella loro convenzione.

I risultati di questa ricerca, il cui merito va attribuito alla competenza e alla professionalità dell'avv. Michele Langiulli – nostro consulente legale, sono stati divulgati in tutta Italia e possono essere consultati sulla nostra pagina web.

La **pagina web della FIMMG di Bari**, curata con grande efficienza e bravura dal nostro Giancarlo Tricarico, ha reso un servizio incommensurabile alla nostra sezione. Il sito della FIMMG di Bari è un biglietto da

visita per la nostra sezione: ha fatto conoscere in tutta Italia le nostre attività, ha suscitato stima ed ammirazione in quanti ci hanno conosciuto, ha reso servizi utili a tutti i medici di famiglia, pubblicando tempestivamente e con puntualità informazioni utili alla nostra professione. Un esempio è quello relativo alle certificazioni per l'educazione fisica, ma anche la pubblicazione delle norme del codice della strada che regolano la certificazione per la esenzione per l'uso delle cinture di sicurezza.

In quattro mesi abbiamo superato abbondantemente i 4000 contatti.

Grazie a questa competenza acquisita dal dott. Tricarico, il responsabile della sezione telematica della FIMMG Nazionale gli ha affidato la cura del settore telematico relativo alla solidarietà del nostro sindacato ed, in particolare, del progetto "Scegli la Vita".

**"Scegli la Vita" è un progetto di adozioni a distanza.**

Si tratta di "un'adozione ideale" di un bambino sconosciuto e non è una adozione legale.

Per tradurre in gesti concreti la solidarietà, la segreteria nazionale ha deciso di sostenere un programma di adozioni a distanza a favore dei bambini poveri, affidando l'organizzazione ed il coordinamento alla sezione provinciale di Bari.

Un grande sindacato, come la FIMMG, si caratterizza non solo per le conquiste contrattuali a favore dei cittadini e dei suoi iscritti, ma anche per la sensibilità che mostra verso le persone più povere del pianeta.

Tra questi vi sono sicuramente i bambini indios del Perù della regione Apurimac.

Apurimac è una regione tra le più povere del mondo.

Il Consiglio Nazionale del 24 e 25 marzo 2000, tenutosi a Cortina D'Ampezzo nell'ambito del Convegno Nazionale Quadri, sentita la nostra relazione, ha approvato la proposta del Segretario Nazionale, dott. Mario Falconi, di avviare questo progetto d'adozione a distanza a favore dei bambini del Perù della regione Apurimac.

Il progetto, denominato "Scegli la Vita", prevede l'adozione da parte d'ogni Sezione Provinciale

o Regionale di almeno un bambino. Ovviamente, le Sezioni più numerose potrebbero adottare più bambini.

Per ogni adozione bisogna versare all'Associazione APURIMAC la somma di L. 50.000 al mese. Le somme raccolte serviranno per la realizzazione di micro-progetti finalizzati al sostentamento dei bambini peruviani secondo un protocollo d'intesa sottoscritto dal dott. Mario Falconi e da Padre Pietro Bellini, rispettivamente Segretario Nazionale FIMMG e Presidente dell'Associazione APURIMAC.

**Il Piano Sanitario Regionale.**

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

In una nota di questa segreteria provinciale, diffusa dai mass media all'inizio del mese di febbraio, si ribadiva "la nostra disponibilità a collaborare alla stesura del Piano Sanitario Regionale, senza il quale ogni iniziativa rischia di essere vanificata dalla mancata programmazione.

Non è più sostenibile, si leggeva nella nota, che la sanità in Puglia sia gestita senza uno strumento importante quale il Piano Sanitario Regionale. Una scelta prioritaria su cui le forze politiche, alla vigilia di una competizione elettorale, devono confrontarsi per ottenere quel consenso necessario per essere legittimati alla gestione della cosa pubblica".

Ancora una volta dobbiamo constatare che la nostra disponibilità è stata ignorata, i nostri suggerimenti non presi in considerazione, i nostri inviti trascurati.

La bozza del Piano Sanitario Regionale, inviata ai sensi del DL 502/92 al Ministero della Sanità proprio nel febbraio scorso, ha ottenuto parere negativo ed è stato accompagnato da una detagliata relazione nella quale si evidenziano gravi carenze sul piano normativo e di programmazione nella stesura del piano.

"Il documento risulta, afferma il Ministro Rosi Bindi, profondamente carente in relazione a

(Continua a pagina 9)





(Continua da pagina 8)

l'evoluzione della normativa che si è realizzata negli ultimi anni, in particolare sull'organizzazione ed il funzionamento dei servizi, e richiede un'incisiva revisione dell'impostazione generale, di tutti i progetti obiettivi e delle azioni di programmazione in esso contenute".

Insomma un'accusa, dalla massima autorità sanitaria italiana, di incompetenza e superficialità nella redazione del più importante documento di programmazione sanitaria regionale.

"Non risulta, continua il Ministro Bindi, che il documento sia improntato alla promozione della salute e si concretizzi in indicazioni alle aziende sanitarie per lo sviluppo dei relativi programmi operativi".

Un piano inutile perché non finalizzato alla promozione della salute!

Ed il Ministro spiega il perché: "per la quasi totalità delle aree considerate, non è presente un'analisi epidemiologica sullo stato di salute della popolazione, dei bisogni sanitari ad esso correlati, nonché della risposta offerta dai servizi esistenti, dei consumi sanitari rilevati e della loro distribuzione sul territorio regionale. Non è riportata, inoltre, l'analisi della mobilità sanitaria, che rappresenta un elemento rilevante per guidare le scelte di potenziamento e riequilibrio dell'offerta regionale". Sono quasi due anni che i medici di famiglia denunciano pubblicamente proprie carenze! Da quando, cioè, la ASL BA 4 ha tentato di introdurre il **tetto per la spesa farmaceutica di 200.000 lire per assistito**.

Come è possibile stabilire dei tetti di spesa per gli ospedali, le strutture ex convenzionate, la farmaceutica, la diagnostica strumentale, la specialistica ed i ricoveri senza un'analisi precisa dei bisogni assistenziali della popolazione ed una indagine conoscitiva dell'offerta dei servizi?

Nell'ottobre scorso, alla presenza del Ministro, abbiamo denunciato l'estremo disagio con cui i medici di famiglia della Puglia vivono questo problema.

"Non si tratta, dicevamo al Ministro, di una contestazione del principio dei "livelli di spesa

programmata", quanto della metodologia con cui sono stati introdotti".

Abbiamo espresso, così, al Ministro la nostra preoccupazione che deriva dalla constatazione che la mancata programmazione a livello regionale può vanificare la domanda di salute da parte dei cittadini.

D'altronde, come non convenire con il Ministro Bindi quando afferma che un Piano Sanitario Regionale deve prevedere "strategie per il cambiamento" che richiedono, per lo sviluppo della rete territoriale, "oltre alla definizione del ruolo del distretto, investimenti precisi in materia di risorse umane e finanziarie".

La nuova convenzione prevede proprio questo: l'attuazione dell'art. 3-quater, comma 2 del D.L.vo 502/92 nell'ambito delle risorse assegnate al distretto, per il perseguimento degli obiettivi di salute della popolazione di riferimento.

In altri termini, l'autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria del Distretto, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda. Questa La nuova organizzazione del Distretto socio-sanitario, con l'autonomia economico-gestionale che la legge gli riserva, prevede la partecipazione dei medici di famiglia ai momenti di programmazione e gestione di tutte le attività distrettuali, attraverso l'istituzione dell'Ufficio di Coordinamento.

Ma tale autonomia economico-finanziaria è anche lo strumento più importante per consentire di allocare risorse sul territorio e fornire più servizi ai cittadini.

L'attuazione di questo principio costringerà i Direttori Generali ad assegnare al territorio almeno quelle risorse pre-

viste dalla programmazione regionale (vedi DGR 1003/99):

16,29% alla medicina generale;  
4,48% all'assistenza anziani;  
11,64% alla specialistica;  
10,59% alla farmaceutica.

Praticamente se esaminassimo, a titolo esemplificativo, il bilancio della ASL BA 4 per l'anno 1999 osserveremmo:

un finanziamento derivante dal riparto del FSR di 948.958.344.000 lire;

una voce in uscita per l'assistenza medico generica e convenzionata di Lit. 67.300.000.000, pari al 7% del finanziamento derivante dal FSR. Se fosse applicata la percentuale del 16,29 % (così come previsto dalla DGR 1300/99) la voce in uscita per la medicina generale dovrebbe essere di Lit. 154.585.314.238 con una differenza di **L. 87.285.314.238**. Portando alle estreme conseguenze tale concetto, si potrebbe affermare che sarebbe possibile spendere per l'applicazione del nostro contratto ben 87 miliardi nella sola ASL BA 4.

Per quanto riguarda l'ADI, se l'ASL stanziasse quanto programmato dalla DGR 1300/99, cioè il 4,48% previsto per l'assistenza agli anziani, si potrebbe disporre di una somma pari a Lit. 42.513.333.811.

Attualmente la ASL BA 4 ha speso per l'anno 1999 Lit. 1.200.000.000 per 300 ADI.

#### **Medici in formazione.**

Ribadiamo il nostro convinto sostegno alla Segreteria Nazionale per le scelte contrattuali operate a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione.

In particolare, condividiamo la necessità di individuare, a livello regionale, la percentuale dell'80% per la riserva dei posti a favore dei medici in possesso

### **Le dimissioni del Dott. Enzo Selvaggio:**

Nella riunione del Direttivo del 4 maggio il dott. **Enzo Selvaggio** ha formalizzato le sue dimissioni dalla carica di Vice Segretario Vicario e Consigliere Provinciale FIMMG di Bari.

Il Direttivo, ascoltate le motivazioni del Dott. Selvaggio, ha invitato questi a desistere dal suo intento; tuttavia, constatata l'irrevocabilità della decisione, ha ringraziato il dott. Selvaggio per l'opera svolta in questi anni. Il Dott. **Alfredo Specchia**, primo dei non eletti, entra nel Consiglio Provinciale al posto del collega Selvaggio, così come deliberato nel Direttivo del 25 maggio 2000.



## ASL BA/4

### I SINDACATI OTTENGONO DAL DIRETTORE GENERALE DELLA ASL BA 4 IMPEGNI PRECISI SULLA VICENDA PAGAMENTI EMOLUMENTI AI MEDICI CONVENZIONATI

Il Direttore Generale della ASL BA 4 oggi ha formalmente sottoscritto l'impegno con i sindacati, nel corso della seduta di trattativa aziendale, a risolvere i problemi dei pagamenti dei medici di famiglia, dei medici di guardia e dei servizi, per quanto attiene alle responsabilità dell'azienda.

In particolare entro due mesi torneranno regolari i pagamenti dei medici di famiglia. Con lo stipendio di aprile, che sarà erogato entro il mese di maggio, saranno pagate tutte le PIPP sino a marzo 2000.

Per le ADP, invece, è stata adottata la delibera in data 18-5-2000 con cui si avviano a pagamento tutte le ADP dal 1 gennaio 2000 ad oggi. Il tutto a regime entro il 31-7-2000.

Per quanto riguarda l'associazionismo il Direttore Sanitario ha dichiarato la propria disponibilità a firmare il nulla osta per procedere al pagamento per l'anno 1999.

Per i medici di guardia e dei servizi, compresi coloro che sono stati penalizzati dai turni effettuati o non effettuati nel mese di novembre, con lo stipendio di aprile saranno pagate le competenze del mese di dicembre 1999 e gennaio 2000 (entro e non oltre il 15 giugno), mentre con la mensilità di maggio saranno corrisposti gli arretrati di febbraio e aprile 2000. Il Direttore Generale si è impegnato a chiedere all'Assessore Regionale alla Sanità di convocare insieme ai Sindacati dei medici di famiglia la SVIM SERVICE al fine di risolvere le anomalie registrate in corso di avvio del sistema informativo regionale.  
Bari 19-5-2000

### COMUNICATO STAMPA

#### Gravi disservizi nell'erogazione dell'ADI nella ASL BA/4

Le sottoscritte OO.SS., sono a rilevare che l'erogazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata presenta gravi disservizi per carenza di personale addetto e nella distribuzione dei farmaci e dei presidi sanitari da parte delle farmacie ospedaliere.

In particolare da molti distretti giungono segnalazioni di rifiuto o ritardo nell'attivazione dell'ADI, dovute a carenza di personale. Il problema investe prioritariamente il personale infermieristico ed i terapisti della riabilitazione.

Per quanto riguarda, invece, la distribuzione di farmaci e materiale sanitario, si devono rilevare ritardi e, in alcuni casi, gravi omissioni verso soggetti particolarmente abbisognevole di tali presidi come, ad esempio, malati cronici affetti da particolari malattie (tracheostomizzati, colostomizzati ed altri).

Tale anomalia si sostanzia in una grave violazione delle norme contrattuali che disciplinano la materia. Si ricorda, infatti, che l'A.D.I. deve essere attivata, ai sensi degli artt. 32, 39 e 45 del DPR 484/96 nonché dell'allegato H dello stesso accordo collettivo nazionale e degli accordi decentrati regionali (punto 20) ed aziendali, entro 48 ore dalla richiesta.

L'azienda AUSL BA/4 ha ufficialmente e formalmente attivato il servizio con Deliberazione del D.G. n. 2416/98.

Pertanto, ogni responsabilità in merito alla mancata assistenza di pazienti per i quali sono presenti i presupposti sanitari per l'attivazione del servizio, deve essere addebitata all'azienda inadempiente.

E' doveroso, inoltre, segnalare che, nei riguardi del Dirigente di Distretto, soggetto cui incombe la responsabilità di attivare e organizzare a livello distrettuale il servizio nella maniera più consona non solo ai bisogni dei pazienti ma anche alle norme di legge vigenti, la mancata attivazione determina interruzione di pubblico servizio, con i conseguenti riflessi di natura penale dai quali sono, ovviamente, esclusi i MMG.

Non si manchi di segnalare, inoltre, che il mancato contenimento della spesa nei limiti individuati con Delibera D.G. n. 2700/99, non potrà in alcun modo essere addebitata ai MMG, stante la responsabilità dell'Azienda che si riverbera, anche, in un aumento degli indici di ospedalizzazione ed in un aumento del costo medio dei farmaci, in virtù del minor prezzo degli stessi in regime A.D.I..

Si segnala inoltre che sul versante sociale, la decisione assunta dall'Assessore Regionale alla Sanità dott. Michele Saccomanno, di chiedere la restituzione delle somme erogate al Comune di Bari, per un totale di lire un miliardo e ottocento milioni, per la copertura dei costi relativi agli aspetti sociali (assistenti sociali e personale ausiliario) compromette di fatto la corretta erogazione dell'assistenza domiciliare integrata.

Infine, si rileva che il disservizio costituisce violazione della Delibera di G.R. n. 1003/99 che espressamente (pag. 10) prevede azioni per la deospedalizzazione dell'assistenza sanitaria.

I sindacati dei MMG esprimono preoccupazione per la mancata approvazione da parte del Collegio dei Sindaci dei Comuni che fanno parte della AUSL BA/4 del Bilancio Preventivo dell'Azienda e invitano tutti i Sindaci a mobilitarsi al fine di salvaguarda-



## ASL BA/5

### PROBLEMI NELLA BA/5 PER LE RICHIESTE DI DAY HOSPITAL E DAY SURGERY

*Una nota della direzione generale provoca sconcerto tra i medici e pediatri di famiglia, impedendo, di fatto, di richiedere tali prestazioni, ledendo il diritto alla pari opportunità di trattamento sanitario tra i cittadini di questa ASL e quelli di altre ASL della Provincia e Regione. Tempestivo e risolutivo intervento della segreteria provinciale FIMMG*

La Direzione Generale della ASL BA/5 in data 25.01.2000 ha trasmesso a tutti i M.M.G., P.L.S., Specialisti ospedalieri ed ambulatoriali del suo territorio, una copia della nota prot. n. 449/DG del 18.01.2000 dall'oggetto "Linee guida - disciplina delle attività e dei rapporti tra medici convenzionati e medici dipendenti" a chiarimento e specifica della nota 9197/DG del 22.10.1999 già precedentemente inviata agli stessi;

in particolare ha suscitato molto clamore la norma relativa al Day hospital/Day surgery che così recita testualmente:

**"Day hospital, day surgery. Costituiscono livelli di assistenza, alternativi al ricovero, finalizzati a fornire quelle prestazioni che, per l'invasività, la complessità o le condizioni del paziente, non sia possibile eseguire in regime ambulatoriale, senza tuttavia richiedere un ricovero ospedaliero ordinario. L'attività del DH e DS è regolata da leggi e regolamenti da cui emerge chiaramente come il DH sia da considerare una modalità organizzativo-funzionale di una divisione o servizio che deve rispondere alle esigenze sanitarie e sociali del paziente, evitando, ove possibile, il ricorso a degenze ordinarie, non come una modalità tesa ad accelerare l'iter di prestazioni che sia possibile erogare in regime ambulatoriale. La responsabilità di programmare un accesso in DH e DS spetta esclusivamente allo specialista ospedaliero, al termine di una visita specialistica richiesta dal Mmg. E' pertanto escluso che il MMG/PLS possa disporre un accesso in DH o DS. Per ogni altro aspetto, tuttavia, il DH e DS va considerato come un ricovero ospedaliero, per cui è necessario attivare tutte le modalità informative fra specialista e Mmg previste per i ricoveri ordinari."**

La sezione provinciale FIMMG di Bari ha richiesto al Direttore Generale della ASL un chiarimento circa la nota in oggetto, particolarmente limitativa per i MMG della ASL BA/5, ai quali veniva, di fatto, preclusa la possibilità di richiedere ricoveri in Day Hospital per i loro assistiti; venendosi così a creare una profonda disparità di diritto alla salute tra i pazienti di questa ASL e quelli di tutte le altre ASL della Provincia nelle quali non è stata emanata alcuna analoga nota.

In risposta alla richiesta della segreteria provinciale FIMMG la Direzione Generale della ASL BA/5

ha replicato che "Il ricovero in DH e Day Surgery può essere proposto direttamente dal medico di medicina generale o pediatra di libera scelta, fatte salve le competenze del medico specialista ospedaliero"

Si è così rapidamente risolto un problema che aveva creato grande sconcerto tra i medici di fa-

## ASL BA/1

### Ingustificati i ritardi nei pagamenti degli emolumenti per i MMG: una nota alla Direzione Generale della ASL e alla Regione

Spett.le AUSL BA/1 70031 Andria

Spett.le Ufficio Convenzioni

Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Oggetto: Emolumenti dei medici convenzionati relativi al mese di Dicembre 1999.

Con la presente, sono a contestare formalmente il contenuto della vostra prot. 1914 del 07/03/2000. Infatti, appare opportuno ricordare che, ai sensi delle leggi vigenti in materia, il soggetto che deve provvedere alla corresponsione degli emolumenti mensili per i medici convenzionati non è né la Banca d'Italia né la Regione Puglia ma l'Azienda USL.

Alla luce di tanto, non hanno nessuna rilevanza gli avvenimenti che hanno portato al ritardo poiché la responsabilità rimane, in ogni caso, in capo al direttore Generale dell'Azienda stessa, il quale ne risponde nei confronti dei medici.

Stante il principio sopra ricordato, non sarà tollerato il ripetersi di ulteriori episodi pregiudizievoli per i medici convenzionati. In mancanza, sono a significare che saranno tutelati i diritti degli iscritti a questa organizzazione sindacale non solo per i danni economici subiti e subendi, ma anche per la lesione dell'immagine e della professionalità poiché tali disguidi non si sono mai verificati in danno del personale dipendente nonostante l'equiparazione -di cui all'art. 45 del DPR 484/96 ai fini dei pagamenti- fra le due categorie di medici.

Marzo 2000

Roma, sabato 13 maggio 2000

**Il presidente dell'Ordine dei Medici di Bari, dott. Francesco Losurdo, è stato eletto componente del Consiglio d'Amministrazione Nazionale dell'ENPAM.**

**Al dott. Losurdo gli auguri più fervidi di buon lavoro, da parte della sezio-**



## CONVENZIONE FIMMG BARI – FIMED

### Per l'acquisto del programma Profim2000 per la gestione dello studio del MMG

Spett.le FIMMG PROV. BARI

Oggetto: Proposta di convenzione programma software **Fimed Profim2000**

Egregio Dottore,

Vi proponiamo una convenzione per agevolare l'acquisto, da parte dei Vs. iscritti del ns. prodotto software **Fimed Profim2000**.

Scopo primario di tale promozione congiunta è quello di cercare di far adottare ai Vs. iscritti un prodotto che, oltre ad essere uno dei leader storici del mercato software della medicina, consenta poi di effettuare elaborazioni statistiche di ordine epidemiologico a cui far partecipare il maggior numero di Vs. iscritti.

Al fine di rendere efficace tale sinergia Vi proponiamo quanto segue:

Fimed offrirà ai soli Vs. iscritti una licenza d'uso illimitata **Fimed Profim2000** al prezzo particolarissimo di Lit. 380.000 (Lit. 300.000 + iva 20% + spese spedizione Lit. 20.000) anziché Lit. 900.000 iva 20% compresa.

Tale offerta economica avrà validità sino al 30/06/2000.

Fimed offrirà ai soli Vs. iscritti un contratto di aggiornamento ed assistenza al costo annuale di Lit. 597.600 iva 20% compresa. Se la sottoscrizione del contratto avviene entro 30 giorni dalla data di acquisto l'utente godrà (solo per il 1° anno) di uno sconto pari a 2 mesi di servizio (Lit. 99.600 iva 20% inclusa).

Tale offerta economica avrà validità sino al **30/06/2000**

Certi di un Vs. riscontro positivo vogliate gradire i ns. più cordiali saluti.

Fimed srl. Dott. Angelo Messina

Un'opportunità per i Medici FIMMG per gestire i propri risparmi

## CONVENZIONE FIMMG BARI – CREDIT AGRICOLE INDOSUEZ



**crédit agricole indosuez**

private banking

*Sede di Bari – Corso Vittorio Emanuele, 48 – Bari*

*Tel.080/5232122 – fax 080/5233085 - e-mail: crusso@it.ca-indosuez.com*

- Società del Gruppo Crédit Agricole - Tra le prime 10 banche nel mondo per totale di bilancio - 800.000 Mld – - Gestione finanziaria integrata a livello mondiale – 270.000 Mld in gestione

- **Servizi offerti :**
- **Gestioni Patrimoniali Mobiliari – 11 linee di investimento**
- **Gestioni Patrimoniali in Fondi – 4 linee di investimento**
- **Fondi comuni italiani specializzati (Fondi Mida)**
- **Fondo Comune Lussemburghese GIF (Group Indosuez Funds) – 31 comparti**
- **Pianificazione Fiscale, Successoria, Previdenziale**

### **CONVENZIONE FIMMG**

Per i servizi di Gestione Patrimoniale - versamento iniziale minimo di LIT 100 milioni – il Crédit Agricole Indosuez applicherà agli iscritti FIMMG le seguenti facilitazioni:

- **Nessuna commissione di ingresso**
- **Nessuna commissione di switch**
- **Nessuna commissione di uscita**
- **Riduzione del 20% sulla commissione di gestione**

A titolo informativo la commissione di gestione annuale va da un min. dello 0.60% per le linee monetarie a un max dell'1.50% per le linee azionarie internazionali



## SPECIALE ASSOCIAZIONISMO MEDICO

Cari colleghi, la nuova organizzazione dell'associazionismo medico, previsto dalla Convenzione nazionale recentemente firmata, ma ancora sub iudice a seguito del contrastato parere del Consiglio di Stato, è **uno degli istituti contrattuali che la FIMMG di Bari intende fortemente sostenere.**

Come è a voi noto, l'associazionismo medico è disciplinato dall'art. 40 del nuovo accordo ed è così articolato (comma 6):

- A. La medicina in associazione.
- B. La medicina in rete.
- C. La medicina di gruppo.

Queste tre forme devono essere necessariamente organizzate su base distrettuale (ambito territoriale di scelta) ed i medici che vi aderiscono non possono superare le 10 unità per la medicina in associazione e la medicina in rete e le 8 unità per la medicina di gruppo.

Inoltre il singolo medico può aderire ad un solo tipo di associazione.

Solo per queste forme di associazionismo è previsto un incentivo a favore del medico che vi aderisca ed è differente a seconda del modello di associazione scelto: 5000 lire per la medicina in associazione, 7000 lire per la medicina in rete e 9000 lire per la medicina di gruppo.

Ovviamente gli incentivi non sono cumulabili.

Naturalmente ognuna di queste tre forme si differenzia per alcune peculiarità. Tra le altre:

- la medicina di gruppo per la sede unica e la gestione computerizzata e in rete degli assistiti;
- la medicina in rete per la gestione computerizzata e in rete degli assistiti dei medici aderenti all'associazione pur consentendo ai sanitari di continuare ad esercitare la professione nei propri ambulatori;
- la medicina in associazione per la esplicita adesione ai progetti obiettivi e la condivisione ed implementazione di linee guida diagnostiche terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza.

**Per costituire una delle tre forme di associazione è sufficiente sottoscrivere un atto costitutivo (statuto) e depositarlo alla ASL di appartenenza e all'Ordine dei Medici.**

**La FIMMG di Bari è fortemente impegnata a sostenere la costituzione delle varie forme di associazionismo tra tutti i colleghi.**

Per questa ragione abbiamo pensato di inviarvi una bozza di statuto che ognuno di voi potrà utilizzare per la costituzione di una delle tre forme di associazionismo.

**Non riteniamo che debbano esistere differenze tra colleghi, ma a tutti debba essere data la possibilità di scegliere se associarsi o meno.**

**Coerentemente la FIMMG si batterà perché a tutti i medici associati sia riconosciuto il diritto a percepire l'incentivo di associazionismo.**

Per ottenere questo risultato bisognerà superare molte difficoltà tra cui quella dei limiti previsti per l'erogazione del contributo:

- 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 conseguire il massimo risultato è necessario mostrare compattezza sindacale e determinazione nei confronti della controparte.**

**Nessuno è autorizzato a gestire questa fase così delicata autonomamente ed al di fuori delle sedi sindacali, pena un indebolimento della forza contrattuale dell'intera categoria.**

Per questo vi invito ad inviare alla sede provinciale della FIMMG (via SS: Cirillo e Metodio 5/b Bari) copia degli atti costitutivi delle singole associazioni al fine di consentire il

*(Continua a pagina 16)*



# STATUTO

## Per la costituzione di forme associative

### Statuto

È costituita, l'Associazione dei medici di medicina generale denominata “.....”.

1. L'Associazione ha sede in ..... alla via .....

L'associazione si propone di:

- a) facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta, nonché lo snellimento delle procedure di accesso ai diversi servizi della Azienda,
- b) garantire un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, anche attraverso l'attivazione di ambulatori dedicati al monitoraggio di patologie croniche ad alta prevalenza individuate concordemente a livello aziendale,
- c) realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione professionale tra medici,
- d) perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei medici di medicina generale con i servizi e le attività del Distretto in coerenza con il programma delle attività
- e) realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei medici di medicina generale, anche prevedendo la presenza di almeno uno studio nel quale i medici associati svolgono a rotazione attività concordate,
- f) perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attività professionale,
- g) condividere ed implementare linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica periodica.

Possono rivestire la qualità di socio di socio dell'Associazione “.....”:

- ◆ medici che svolgono l'attività di medico convenzionato ai sensi della Convenzione con i Medici di Medicina Generale, esclusi i medici di cui all' art. 6, comma 1 del D.L. 14/06/1993 n. 187 convertito con modifiche nella legge 12/08/1993 n. 296
- ◆ medici di continuità assistenziale;
- ◆ medici pediatri di libera scelta.

I medici aderenti non possono far parte di altre associazioni

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 8, comma 1, lettera c), del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni e integrazioni e tenuto conto delle norme in materia di libera professione previste dal suddetto Accordo, non possono far parte dell'Associazione i medici di assistenza primaria che svolgano attività di libera professione strutturata per un orario superiore a cinque ore settimanali.

L'associazione ha durata illimitata e può essere sciolta in ogni momento per decisione dell'Assemblea dei soci che decide a maggioranza semplice degli associati.



L'Associazione è libera, volontaria e paritaria fra i medici partecipanti; non ha fini di lucro ed è apartitica e aconfessionale.

Fatto salvo il principio della libera scelta del medico da parte dell'assistito e del relativo rapporto fiduciario individuale, ciascun partecipante alla forma associativa si impegna a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa medesima, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico.

L'associazione definirà, con atto approvato a maggioranza dei 2/3, le modalità di erogazione delle prestazioni incentivanti ed aggiuntive previste dagli accordi nazionali, regionali e aziendali;

Non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno della forma associativa senza la preventiva accettazione da parte del medico destinatario della nuova scelta, salvaguardando in ogni caso la possibilità da parte del cittadino di effettuare un'altra scelta nello stesso ambito territoriale;

La suddivisione delle spese di gestione dello studio viene liberamente concordata tra i componenti della forma associativa; (*tale punto vale solo per la Medicina di Gruppo*)

*( a questo punto vanno aggiunti i requisiti previsti a seconda del tipo di associazione che si vuole costituire ( Medicina di gruppo, Medicina in rete o Medicina in Associazione) che sono presenti rispettivamente nel comma 9, 8° 7 dell'Art. 40 dell'ACN)*

In caso di conflitti insorti in seno alla forma associativa sono arbitri:

- ◆ per le questioni deontologiche, l'Ordine provinciale dei medici;
- ◆ per le questioni contrattuali, il Comitato Aziendale

Sono Organi dell'associazione:

- ◆ L'Assemblea dei soci, composta da tutti i soci, ciascuno con diritto di voto e possibilità di delega passiva per un altro solo socio. Elege il Coordinatore. Devono essere previste riunioni periodiche fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito;
- ◆ Il Coordinatore è il rappresentante dell'associazione ed è eletto, a maggioranza di 2/3 dei soci, per un periodo di anni 3, rinnovabili. E' anche delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale con il direttore del Distretto e con la componente rappresentativa della medicina generale nell'Ufficio di Coordinamento delle attività Distrettuali, oltre che di rappresentanza organizzativa e deontologica rispettivamente nei confronti della Azienda e dell'Ordine dei medici;

Lo statuto si può modificare in ogni momento con il consenso dei 2/3 degli associati.

Per non quanto espressamente previsto dallo statuto, si rinvia alle norme che regolano e di-

*(Continua da pagina 13) Speciale Associazionismo*

monitoraggio di questo istituto da parte della segreteria provinciale.

**Inoltre la sezione legale della FIMMG provinciale è a vostra disposizione per dissipare dubbi e fornirvi ogni tipo di chiarimento sull'associazionismo.**

Al fine di facilitare il lavoro di gruppo dei medici di famiglia la nuova convenzione alla lettera b, comma 3, art. 40 prevede la costituzione di associazioni, società o cooperative con l'unico scopo di gestire ed erogare servizi a favore dei medici in associazione.

Queste associazioni, società o cooperative per essere riconosciute debbono soddisfare alcuni criteri previsti dall'accordo e non danno luogo ad alcun incentivo salvo in quelle regioni in cui erano state già previste ed appositamente disciplinate da accordi regionali.

Le associazioni sinora costituite e attualmente riconosciute dalle ASL, nel momento in cui il nuovo contratto sarà pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale, dovranno adeguarsi alle nuove norme. Se ciò non fosse possibile potrebbero o sciogliersi o trasformarsi in associazioni di cui alla lettera b, comma 3, art. 40 e, in tal caso, non avranno diritto ad alcun incentivo.

Filippo Anelli

## **SOLIDARIETA' AI MEDICI LICENZIATI DALLE CCR**

**La FIMMG richiede un intervento urgente dell'Ordine dei Medici**

TELEGRAMMA DEL 26/05/2000 AL SEGRETARIO PROVINCIALE CIMOP

DOTT. LUCA PUTIGNANO VIA PRINCIPE AMEDEO, 7 70100 - BARI

IL CONSIGLIO DIRETTIVO PROVINCIALE FIMMG RIUNITOSI IERI HA APPROVATO UN ORDINE DEL GIORNO CON CUI ESPRIME SOLIDARIETA' AI MEDICI DELLE CCR E ALLA CIMOP CIRCA LA DIFESA DEL POSTO DI LAVORO.

I MEDICI DI FAMIGLIA FIMMG HANNO CHIESTO AL CONSIGLIO PROVINCIALE DELL'ORDINE DI ASSUMERE

# dupont





## NUOVA LEGGE SULLE DONAZIONI D'ORGANO E TRAPIANTI

**Ancora una volta il MMG deve rispondere alle domande dei suoi assistiti per spiegare una nuova legge. Ecco alcuni suggerimenti pratici di comportamento, in una nota della FIMMG Nazionale.**

### **LEGGE SUI TRAPIANTI: CHE FARE**

Il 1°Aprile 1999 è stata approvata la legge n.91 che disciplina le modalità dei prelievi e dei trapianti di organi e di tessuti. I medici di famiglia, come soggetti coinvolti nel primo contatto con il paziente, saranno impegnati in prima persona nell'informazione ai cittadini sulle modalità per effettuare le dichiarazioni di volontà in ordine alle donazioni

**Ciò implica un nostro ruolo fondamentale nella prima informazione ai pazienti, in merito al problema - trapianto.**

**Poiché il Decreto Ministeriale, di cui riferiamo in seguito, non è stato ancora promulgato, occorre che tutti noi siamo informati almeno sui contenuti qualificanti della Legge, onde poter rispondere correttamente ai primi eventuali interrogativi che i nostri pazienti ci potranno eventualmente rivolgere.**

**A tale scopo pensiamo di farti cosa gradita, inviandoti un primo sintetico sunto del provvedimento legislativo in oggetto e degli aspetti legati alla nostra azione informativa.**

Il Ministero, come specificato nella legge si impegnerà, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della stessa a disciplinare con apposito decreto:

A) I termini, le forme e le modalità attraverso i quali le aziende unità sanitarie locali sono tenute a notificare agli assistiti di propria competenza, secondo le modalità stabilite dalla legge, la richiesta di dichiarare la propria libera volontà in merito alla donazione di organi e di tessuti del proprio corpo successivamente alla morte, a scopo di trapianto, secondo modalità tali da garantire l'effettiva conoscenza della richiesta da parte di ciascun assistito.

( in pratica gli assistiti dovrebbero ricevere un modulo per l'informazione e la notifica, senza il quale non potrà essere considerato valido un eventuale futuro provvedimento di espianto)

B) Le modalità attraverso le quali accertare se la richiesta di cui alla lettera a) sia stata effettivamente notificata.

C) Le modalità attraverso le quali ciascun soggetto di cui alla lettera A) e' tenuto a dichiarare la propria volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti successivamente alla morte, prevedendo che la dichiarazione debba essere resa entro novanta giorni dalla data di notifica

della richiesta ai sensi della lettera A ) ;

D) Le modalità attraverso le quali i soggetti che non hanno dichiarato alcuna volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti successivamente alla morte, sono sollecitati periodicamente a rendere ufficialmente tale dichiarazione di volontà, anche attraverso l'azione dei medici di medicina generale e degli uffici della pubblica amministrazione nei casi di richiesta dei documenti personali di identità;

E) i termini e le modalità attraverso i quali modificare la dichiarazione di volontà resa; le modalità di conservazione dei dati relativi ai donatori, ai soggetti che non hanno espresso alcuna volontà e ai non donatori presso le aziende unità sanitarie locali, nonché di registrazione dei medesimi dati sui documenti sanitari personali

G) le modalità di trasmissione dei dati relativi ai donatori, ai soggetti che non hanno espresso alcuna volontà ed ai non donatori dalle aziende unità sanitarie locali al Centro nazionale per i trapianti, ai centri regionali o interregionali per i trapianti e alle strutture per i prelievi; le modalità attraverso cui i comuni trasmettono alle aziende unità sanitarie locali i dati relativi ai residenti.

Occorre tenere presente che i cittadini saranno tenuti a dichiarare la propria libera volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti del proprio corpo, solo dopo essere stati informati che la mancata dichiarazione di volontà e' considerata quale assenso alla donazione. Coloro i quali però non sono stati informati secondo le presenti modalità sono da considerare non donatori.

Le aziende saranno tenute ad informare i cittadini che dovranno presentare le dichiarazioni di volontà in merito alle donazioni.

Le dichiarazioni dovranno essere presentate entro 90 giorni dall'informativa.

il medico di famiglia si prenderà poi cura di sollecitare periodicamente coloro che non hanno presentato la dichiarazione.

Solo a questo punto tutti coloro che non presenteranno alcuna dichiarazione saranno considerati come donatori.

La FIMMG nazionale



**Un progetto di adozioni ideali a distanza: i medici di famiglia FIMMG impegnati nella solidarietà.**

## **SCEGLI LA VITA**

**Presentata al Covegno Quadri di Cortina l'iniziativa della sezione di Bari**

Impegnarsi "per il bene di tutti e di ciascuno, perché tutti siano veramente responsabili di tutti" è un obiettivo a cui la FIMMG si è sempre ispirata.

Per tradurre in gesti concreti la solidarietà, la segreteria nazionale ha deciso di sostenere un programma di adozioni a distanza a favore dei bambini poveri.

Un grande sindacato, come la FIMMG, si caratterizza non solo per le conquiste contrattuali a favore dei cittadini e dei suoi iscritti, ma anche dalla sensibilità che mostra verso le persone più povere del pianeta.

Tra questi vi sono sicuramente i bambini indios del Perù della regione Apurimac. Apurimac è una regione tra le più povere del mondo:

- il 78% dei bambini soffre di denutrizione cronica;
- il 99% non può soddisfare le sue necessità primarie (Unicef);
- elevati indici di mortalità infantile: 119 bambini su mille muoiono prima di compiere il primo anno di vita;

Apurimac è una regione con un territorio molto disagiato:

- la Regione Apurimac fa parte delle tre "provincie alte" del Perù, è una delle zone economicamente più depresse e abbandonate;
- l'altitudine sul livello del mare varia da un minimo di 2500 metri fino ai 5000;
- non esistono il telefono e le strade asfaltate;
- l'elettricità è presente solo in alcuni centri e per poche ore al giorno

Il progetto di adozioni a distanza è denominato "Scegli la Vita".

Si tratta di "un'adozione ideale" di un bambino sconosciuto.

Non è, dunque, una adozione legale. E' un modo per offrire aiuto ai bambini senza che i contributi siano utilizzati dalle famiglie, per fini diversi.

Il progetto si caratterizza per una serie di interventi che vengono realizzati direttamente in loco:

- Mense per studenti - "Comedores".**

*I bambini per andare a scuola devono percorrere due o tre ore a piedi.*

*Molti non hanno di che mangiare.*

*Le mense per studenti sono state realizzate a Cotabambas, a Tambobamba, a Quillurqui e a Chuquibambilla.*

*Si distribuiscono fino a mille pasti al giorno.*

- Collegi e case del bambino, per i più poveri e per quelli abbandonati.**

*Vengono assistite circa 300 ragazze in internato.*

- Asili comunali:**

*vengono erogati generosi aiuti per offrire latte caldo ai bambini;*

- Microprogetti come:**

*fornitura di materiale scolastico ai bambini (libri, quaderni, penne ecc) ed alle scuole (banchi, lavagne, scrivanie, biblioteche, mense e servizi igienici). All'inizio di ogni anno scolastico i bambini più poveri vengono forniti di sandali e vestiti.*

- dispensari per l'erogazione di presidi sanitari:**

*la maggior parte dei villaggi è sprovvista di qualsiasi assistenza sanitaria. Elevata la mortalità infantile.*

- realizzazione di acquedotti, laboratori artigianali, coltivazioni in serre, elettrodomestici.**
- Banca dei poveri per prestiti a favore di persone povere e bisognose.**

Questo progetto "Scegli la Vita" è gestito dall'associazione "Apurimac" che ha sede in Roma, via della Scrofa 80, ed affidato per la sua realizzazione ai missionari agostiniani della Provincia Italiana.

Il dott. Mario Falconi e P. Pietro Bellini, rispettivamente segretario nazionale della FIMMG e presidente dell'Associazione Apurimac, hanno sottoscritto un protocollo di intesa che impegna le due associazioni nella realizzazione del progetto "Scegli la Vita". "La Fimmg, il più rappresentativo sindacato della medicina di famiglia italiana, e l'Associazione APURIMAC, Associazione di volontariato senza scopo di lucro, con sede in Roma, concordano quanto segue:



la Fimmg per le sue attività non statutarie di solidarietà e di intervento umanitario realizzate a favore dei bambini Peruviani della Regione Apurimac si riconosce nell'attività istituzionale dell'Associazione APURIMAC che si caratterizza per:

- Interventi di promozione culturale ed economica con i paesi del terzo mondo;
- Attività di volontariato e di servizio civile;

La Fimmg e l'Associazione APURIMAC convengono di sostenere il progetto "Scegli la Vita" che consente di realizzare tali obiettivi.

Il progetto "Scegli la Vita" si configura come una vera adozione a distanza di un bambino sconosciuto del Perù, mediante l'erogazione di contributi annui che la FIMMG si impegna a versare per un periodo di almeno tre anni. Esso prevede anche l'eventuale attività di volontariato nell'ambito di progetti sanitari finalizzati a prestazioni di cure primarie.

Pertanto la Fimmg e l'Associazione APURIMAC stabiliscono di istituire un rapporto permanente di collaborazione anche attraverso

il coinvolgimento di un rappresentante della FIMMG nell'associazione APURIMAC" Concretamente, la FIMMG si impegna a sostenere il progetto "Scegli la Vita" attraverso:

- adozioni da parte delle sezioni provinciali
- adozioni da parte delle sezioni regionali
- adozioni da parte della segreteria nazionale
- adozioni da parte di ogni singolo medico
- adozioni da parte dei nostri pazienti
- coinvolgimento nel progetto di altre associazioni e sigle sindacali

Per ogni adozione bisogna versare sul conto corrente postale n. 87219002 dell'associazione Apurimac, via della Scrofa 80, -

00186 Roma, la somma di lire 50.000 lire al mese.

Il 2 luglio 2000

**ELEZIONI ALLA CONSULTA ENPAM**

**La sezione provinciale FIMMG di Bari sostiene la candidatura del Segretario Regionale, dott. Luigi Pepe.**

I MMG della Puglia saranno chiamati alle urne, presso i rispettivi ordini provinciali per eleggere il rappresentante regionale alla consulta ENPAM.

Il Direttivo Provinciale di Bari nella riunione del 25 maggio, ha deliberato di sostenere la candidatura del Segretario Regionale FIMMG Puglia, dott. Luigi Pepe, Presidente dell'Ordine dei Medici di Lecce.

**MODULO PER L'ADESIONE PER IL SINGOLO MEDICO**

Io sottoscritto dott. ....

Residente a ..... Via .....

Cap..... tel. ....

**aderisco al progetto proposto dalla FIMMG e dall'Associazione APURIMAC**

***Scegli la Vita***

**attraverso l'adozione di n. .... bambini**

**per un periodo di tre anni – mi impegno a versare la somma di lire 600.000 annue**

- in un'unica soluzione
- in rate semestrali
- in rate trimestrali
- in rate mensili

Lì..... Firma.....

**da stampare, compilare ed inviare via fax alla Segreteria Provinciale di Bari (080/5096770) o per posta all'indirizzo: FIMMG, Via Santi Cirillo e Metodio n. 5/b - 70124 BARI il versamento va effettuato al c/c**



## CERTIFICATI PER ATTIVITA' CURRICULARE DI EDUCAZIONE FISICA

### Un onere che non spetta al Medico di Famiglia.

Numerosi Presidi e Direttori d'Istituto delle Scuole della Provincia di Bari, a inizio anno scolastico, hanno inviato ai Medici di Famiglia la richiesta di redigere un certificato medico di idoneità all'attività scolastica curriculare di educazione fisica in virtù dei dettami della circolare ministeriale n. 311 del 21 dicembre 1999 prot. 15965/B/1/A.

Con una nota inviata al Ministro della Pubblica Istruzione il 1 febbraio 1999, dal Segretario Nazionale FIMMG, dott. Mario Falconi, si significava che la richiesta di tale certificazione (menzionata in una analoga circolare ministeriale del 1998) era illegittima in quanto:

1. **La Legge non prevede alcuna certificazione di idoneità alla pratica dell'educazione fisica scolastica, alle cui lezioni lo studente deve partecipare salvo specifico esonero definitivo (certificato da un medico Ufficiale Sanitario) o temporaneo (certificato anche dal medico curante).**

2. La certificazione di idoneità sportiva non agonistica, è regolamentata dal Decreto del Ministro della sanità del 28 febbraio 1983, che prevede **l'obbligatorietà della certificazione per:**

- a) **Gli alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche;**
- b) **Coloro che svolgono attività organizzate dal CONI, da società sportive affiliate alle federazioni sportive nazionali o agli enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI e che non siano considerati atleti agonisti ai sensi dei DM 18 febbraio 1982;**
- c) **Coloro che partecipano ai Giochi della gioventù, nelle fasi precedenti a quella nazionale**

Pertanto solo gli studenti che rientrano nei punti a) e c) sono

obbligati a produrre il certificato sopra citato, **per il quale il nostro ACN prevede la gratuità e la formulazione di una specifica richiesta da parte dell'autorità scolastica competente** (art. 31 DPR 484/96).

Il Segretario Nazionale così concludeva nella sua lettera al Ministro: "sono certo che vorrà diffondere tali informazioni alle autorità scolastiche periferiche, anche al fine di evitare che nei cittadini possa ingenerarsi il convincimento che l'idoneità fisica alle attività sportive non agonistiche siano un requisito necessario per l'iscrizione alle scuole italiane".

Purtroppo così non è stato: a seguito della circolare 311/99 i Presidi hanno richiesto anche quest'anno la certificazione del medico di famiglia attestante l'idoneità all'attività curriculare all'educazione fisica.

La segreteria provinciale di Bari, ascoltato il parere dell'ufficio legale ha inviato al Ministro della Pubblica Istruzione, al Provveditore agli Studi di Bari, al Sovrintendente Scolastico per la Puglia una comunicazione in cui si precisa che:

**"la certificazione richiesta dalla circolare emarginata come prerequisito per l'iscrizione, ai fini dello svolgimento dell'attività formativa curriculare di educazione fisica, non deve essere rilasciata, ai sensi dell'art. 31 del DPR 484/96, dal medico di famiglia essendo la stessa riservata, a norma degli artt. 302 e 303 del D.L.vo n. 297/1994 - richiamato dalla stessa circolare ministeriale-, alla Azienda Sanitaria Locale competente".**

Pertanto, si comunica che i Medici di Famiglia non rilasceranno tali certificati e che qualora questi dovessero essere rilasciati, la relativa spesa sarà addebitata al capo d'istituto richiedente ai sensi dello stesso

**art. 31 che obbliga il medico solo per i certificati di cui alle lettere a) e c) dell'art. 1, DM 28/02/1983.**

Poiché resta fermo l'obbligo di rilascio solo per questi ultimi, si invita il Provveditore agli Studi ad inviare una comunicazione con la quale richieda ai Presidi ed ai Direttori Didattici degli Istituti Scolastici della Provincia di Bari di specificare se la richiesta attiene all'attività relativa all'educazione fisica ovvero ad attività parascolastica o ine-

### COME COMPORTARSI IN PRATICA:

**Se perviene la richiesta di un Capo d'Istituto Scolastico per il rilascio di un certificato di idoneità all'attività curriculare di educazione fisica si suggerisce di:**

**A) controllare che sui moduli per la domanda di rilascio dei certificati, che i Presidi o i Direttori Didattici ci inviano, siano sempre specificate le motivazioni della richiesta: ossia per le attività parascolastiche e per i giochi della gioventù;**

**B) nel caso in cui tale specifica non fosse presente, richiedere al Preside di completare la richiesta tramite lo specifico modulo (allegato) ed allegando copia della lettera inviata al Provveditore (allegata)**

ad ogni buon conto, per evitare implicazioni di carattere legale, si consiglia di specificare sempre sui certificati: "Si rilascia su richiesta del Preside o del Direttore Didattico ai sensi dell'art. 31 del DPR 484/96 per le attività parascolastiche e per eventuali Giochi della Gioventù".

A cura dell'Ufficio Legale  
FIMMG – Dott. Michele Langiulli.



## La lettera inviata al Provveditore agli Studi

Egr. sig. Provveditore agli studi di Bari  
E p.c. Egr. sig. Ministro della Pubblica Istruzione  
Egr. sig. Sovrintendente Scolastico per la Puglia  
egr. sig. Segretario Nazionale FIMMG Roma

Oggetto: Circolare 311/99 del Ministero della Pubblica Istruzione  
Con la presente significo che la certificazione richiesta dalla circolare emarginata come prerequisito per l'iscrizione, ai fini dello svolgimento dell'attività formativa curriculare di educazione fisica, non deve essere rilasciata, ai sensi dell'art. 31 del DPR 484/96, dal medico di famiglia essendo la stessa riservata, a norma degli artt. 302 e 303 del D.L.vo n. 297/1994 -richiamato dalla stessa circolare ministeriale-, alla Azienda Sanitaria Locale competente.

Pertanto, si comunica che i Medici di Famiglia non rilasceranno tali certificati e che qualora questi dovessero essere rilasciati, la relativa spesa sarà addebitata al capo d'istituto richiedente ai sensi dello stesso art. 31 che obbliga il medico solo per i certificati di cui alle lettere a) e c) dell'art. 1, DM 28/02/1983.

Poiché resta fermo l'obbligo di rilascio solo per questi ultimi, si invita il Provveditore agli Studi ad inviare una comunicazione con la quale richieda ai Presidi ed ai Direttori Didattici degli Istituti Scolastici della Provincia di Bari di specificare se la richiesta attiene all'attività relativa all'educazione fisica ovvero ad attività parascolastica o inerente i giochi della gioventù.

Con espresso invito al Provveditore agli studi di Bari di far tenere copia della presente ai Presidi e ai Direttori Didattici degli istituti scolastici della provincia di Bari.

Distinti saluti.

Bari, 15 febbraio 2000.

Il Segretario provinciale dott. Filippo Anelli

### Schema di lettera da inviare ai Presidi che richiedano un certificato di idoneità all'attività di educazione fisica

(Intestazione Studio Medico)

Egregio Sig. Preside / Direttore

La invito a specificare il motivo della richiesta di certificazione pervenutami ed, in particolare, se trattasi di certificazione relativa ad attività parascolastiche o per i Giochi della Gioventù ovvero trattasi di certificato per l'attività curriculare di educazione fisica.

Distinti saluti.

## USO DEL CASCO PER I MOTOCICLISTI Il codice della strada non prevede esenzioni per motivi sanitari

### TITOLO V - NORME DI COMPORTAMENTO

#### Art. 171. *Uso del casco protettivo per gli utenti di veicoli a due ruote.*

1. È fatto obbligo durante la marcia di indossare e di tenere regolarmente allacciato un casco protettivo conforme ai tipi omologati, secondo la normativa stabilita dal Ministero dei trasporti:

a) ai conducenti alla guida di ciclomotori a due ruote e di motocicli di qualsiasi cilindrata a due ruote, ovvero di motocarrozette, nonchè agli eventuali passeggeri

1-bis. Sono esenti dall'obbligo di cui al comma 1 i conducenti di ciclomotori e motocicli, anche a tre ruote, purchè dotati di cellula di sicu-

### ULTIM'ORA ASL BA4

deliberate le ADP per il 2000: imposto il tetto di spesa di 8.416.006.475 lire.

Il Direttore Generale delibera:

1) **doversi attuare nella sua completezza l'istituto contrattuale e sanitario dell'Assistenza Domiciliare Programmata, ai sensi e per gli effetti delle citate norme DPR 484/96 del DPR 613/96 e dell'Accordo regionale pubblicato sul BURP n. 46 del 15/5/1996**

2) **di determinare il tetto aziendale delle ADP 2000 in lire 8.416.006.475**

3) **di accertare comunque che la spesa consolidatasi nell'anno 1999 ammonta a complessive £. 660.829.625, che risulta, di fatto, già inclusa nello stanziamento assunto sul cap. 042 del Bilancio 2000**

4) **di riservarsi comunque, di procedere ad un ulteriore impegno di spesa nel rispetto del tetto aziendale così come determinato in precedenza, qualora l'andamento della spesa dovesse discostarsi dai valori già consolidati per l'anno 1999.**

5) **di impegnare i dirigenti di distretto alla puntuale verifica periodica del livello di spesa e della qualità delle prestazioni in riferimento al decremento dei DRG ospedalieri afferenti i casi e le patologie autorizzati in ADP, assicurando che i Medici di base rispettino validamente**

rezza a prova di *crash*, nonchè di sistemi di ritenuta e di dispositivi atti a garantire l'utilizzo del veicolo in condizioni di sicurezza. Il regolamento definisce i requisiti tecnici della cellula di sicurezza, dei sistemi di ritenuta e dei dispositivi previsti dal presente comma (2).

2. Chiunque viola le presenti norme è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da lire



## **ESENZIONE DALL'USO DELLE CINTURE DI SICUREZZA**

**A chi spetta la certificazione sanitaria: il medico di famiglia non ha alcun obbligo in tal senso; il codice della strada prevede che le esenzioni vengano certificate dall'Ufficiale Sanitario per patologie varie o dal ginecologo per le gestanti.**

### **Dal "Nuovo codice della strada"**

#### **Art. 172. *Uso delle cinture di sicurezza e sistemi di ritenuta.***

1. Il conducente ed i passeggeri dei veicoli delle categorie:

a) M1 (categoria M1: veicoli destinati al trasporto di persone, aventi al massimo otto posti a sedere oltre al sedile del conducente)

b) M2, (veicoli destinati al trasporto di persone, aventi più di otto posti a sedere oltre al sedile del conducente e massa massima non superiore a 5 t) ; ad eccezione degli occupanti i sedili posteriori, di coloro che viaggiano su veicoli di massa massima ammissibile superiore a 3,5 t e su quelli che dispongono di posti appositamente realizzati per passeggeri in piedi,

c) N1, categoria N1: (veicoli destinati al trasporto di merci, aventi massa massima non superiore a 3,5 t) ad eccezione degli occupanti i sedili posteriori, classificati nell'art. 47, comma 2, muniti dei dispositivi di ritenuta previsti nell'articolo 72, comma 2, hanno l'obbligo di utilizzarli in qualsiasi situazione di marcia.

2. Il conducente è tenuto ad assicurarsi della persistente efficienza dei dispositivi di ritenuta.

#### **3. Sono esentati dall'obbligo di indossare le cinture di sicurezza:**

a) gli appartenenti alle forze di polizia e ai corpi di polizia municipale nell'espletamento di un servizio di emergenza;

b) i conducenti ed addetti dei veicoli del servizio antincendio e sanitario in casi di interventi di emergenza;

c) gli appartenenti a servizi di vigilanza privati regolarmente riconosciuti che effettuano scorte;

d) i conducenti di autoveicoli per il trasporto di persone in servizio pubblico da piazza, ovvero adibiti al noleggio con conducente, durante il servizio nei centri abitati;

e) gli istruttori di guida quando esplicano le funzioni previste dall'articolo 122, comma 2;

f) le persone che risultino, sulla base di certificazione rilasciata dalla unità sanitaria locale o dalle competenti autorità sanitarie di altro Stato membro delle Comunità europee, affette da patologie particolari che costituiscono controindicazione specifica all'uso delle cinture di sicurezza. Tale certificazione deve indicare la durata di validità, deve recare il simbolo previsto nell'articolo 5 della direttiva n. 91/671/CEE e deve essere

esibita su richiesta degli organi di polizia di cui all'articolo 12;

g) le donne in stato di gravidanza sulla base della certificazione rilasciata dal ginecologo curante che comprovì condizioni di rischio particolari conseguenti all'uso delle cinture di sicurezza.

4. I passeggeri di età inferiore ai dodici anni che abbiano una statura inferiore a 1,50 m devono essere trattenuti da un sistema di ritenuta, adeguato alla loro statura ed al loro peso.

5. I bambini di età inferiore ai tre anni che occupano i sedili posteriori possono non essere trattenuti da un sistema di ritenuta se sono trasportati in un veicolo in cui tale sistema non sia disponibile, purché siano accompagnati da almeno un passeggero di età non inferiore ai sedici anni.

6. Le norme di cui al comma 4 non si applicano ai passeggeri che viaggiano sui sedili posteriori di autoveicoli adibite al trasporto di persone in servizio pubblico da piazza ovvero a noleggio da rimessa con conducente, durante il servizio, quando circolano nei centri abitati o su itinerario da e per stazioni ferroviarie, porti e aeroporti, a condizione che siano accompagnati da almeno un passeggero di età non inferiore ad anni sedici.

7. I sistemi di ritenuta devono essere conformi ad uno dei tipi omologati secondo le normative stabilite dal Ministero dei trasporti.

8. Chiunque non fa uso delle cinture di sicurezza o dei sistemi di ritenuta previsti è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da lire 60.600 a lire 242.400. Quando il mancato uso riguarda il minore, della violazione risponde il conducente ovvero, se presente sul veicolo al momento del fatto, chi è tenuto alla sorveglianza del minore stesso.

9. Chiunque, pur facendo uso della cintura, ne altera od ostacola il normale funzionamento, è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da lire 36.300 a lire 145.200.

10. Chiunque importa o produce per la commercializzazione sul territorio nazionale e chi commercializza cinture di sicurezza o sistemi di ritenuta di tipo non omologato è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da lire da lire 1.212.000 a lire 4.848.000.

11. Le cinture o sistemi di ritenuta di cui al comma 10, ancorché installati sui veicoli, sono soggetti al



## DMS 329/99: Nuove esenzioni ticket

### Come comportarsi nella prescrizione di esami diagnostici e farmaci

E' bene riassumere, a beneficio dei medici prescrittori, le norme contenute nella circolare regionale Puglia 24/2568/116/18 del 2/2/2000 avente oggetto: "D.M. 28 maggio 1999 n. 329 – Trasmissione bozza indirizzi applicativi" facente riferimento ad una circolare del Ministero della Sanità – Dipartimento delle Programmazione "Indirizzi per l'applicazione del D.M. 28 maggio 1999 n. 329; regolamento di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ex art. 5 comma 1 lettera A) del D.LGS. 29 aprile 1998 n. 124". (il testo completo del documento è visionabile al sito internet: <http://bari.fimmg.org>)

Questa circolare fa, appunto, riferimento ad una "bozza" di indirizzi applicativi inviata alle Regioni dal Ministero della Sanità, allo scopo di conoscere pareri e giudizi sull'applicatività di quanto espresso al fine di redigere un documento definitivo, che – alla data odierna – tuttavia non è ancora pervenuto alle AA.SS.LL. E' in piena attuazione, in Puglia come nelle altre regioni, la fase di transizione verso la nuova disciplina delle esenzioni ticket prevista dal d.lgs. 329/99, la cui scadenza con D. L. dell'8 marzo 2000 n. 46 art.2 comma 3 è stata prorogata al **il 31 ottobre 2000**.

#### **Com'è noto il decreto introduce 13 nuove patologie e condizioni esenti:**

Anoressia nervosa, bulimia, Spondilite anchilosante, Morbo di Buerger, Morbo di Paget, Demenze Malattia di Alzheimer, Asma, Neuromielite ottica, Pancreatite cronica, Soggetti affetti da pluripatologie, Malattia di Sjogren, Poliarterite nodosa, Connettivite mista

#### **Codifica delle nuove esenzioni:**

a ciascuna patologia riconosciuta esente in base al nuovo decreto è associato un codice così composto:

la prima parte di 3 cifre: reca la numerazione progressiva delle malattie incluse nel testo del D.M. 329/99.

La seconda parte da 3 a 5 cifre corrisponde al codice identificativo secondo la classificazione internazionale ICD-9-CM97). Tale codifica consente di individuare con chiarezza ed in modo univoco la patologia riconosciuta esente si da poter confrontare i dati ai diversi livelli territoriali.

**Il medico prescrittore, in caso di prescrizioni per patologie esentate ai sensi del D. M: 329/99 dovrà barrare la casella A ed indicare solo le prime 3 cifre relative al co-**

**dice di esenzione, corrispondenti al numero progressivo della malattia così come riportata nel decreto in oggetto.**

Non vanno più indicati, per i soggetti che abbiano rinnovato l'esenzione o i nuovi esenti per le patologie introdotte ex-novo nel D.M. 329/99, gli estremi del numero di documento di esenzione ticket per patologia.

A questo punto va precisato come comportarsi relativamente ai pazienti che abbiano o meno rinnovato l'esenzione ticket per patologia; si ricorda, in tal senso, che con D.L. dell'8 marzo 2000 n. 46 art.2 comma 3 gli assistiti riconosciuti esenti in base al D.M.S. 1.2.91 continuano a poter esercitare il loro diritto di esenzione entro e non oltre il 31 ottobre 2000.

**POSSESSORI DI VECCHI TESSERINI CHE NON HANNO ANCORA RINNOVATO L'ESENZIONE: Le prestazioni di diagnostica erogabili a carico del SSN in regime di esenzione restano quelle previste dal D.M. S. 1.2.91 senza le ulteriori implementazioni riportate nel D.M. 329/99. Riguardo alla prescrizione dei farmaci per tali soggetti NULLA e' innovato.**

Questi potranno continuare ad usufruire (sino al 31.10.2000) della pluriprescrizione per i farmaci indicati nel decreto 1 febbraio 1991 e continueranno a corrispondere L. 1.000 per ogni confezione prescritta sia in caso di farmaco di classe A) che di classe B); Il medico prescrittore barrerà la casella A) indicando nella casella corrispondente al numero di esenzione gli estremi del documento di esenzione (così come avveniva prima). Affinchè tali assistiti possano usufruire delle nuove prestazioni previste dal D.M. 329/99 è necessario, quindi, che si rechino allo sportello ASL per rinnovare l'esenzione.

**POSSESSORI DI NUOVI TESSERINI (CHE HANNO GIA' RINNOVATO L'ESENZIONE O CHE SIANO STATI RICONOSCIUTI ESENTI PER UNA DELLE NUOVE PATOLOGIE PREVISTE DAL D.M. 329):**

A questi pazienti spettano in esenzione le prestazioni di diagnostica elencate nel D.M. 329/99; il medico prescrittore barrerà la casella A, indicando le relative al codice di esenzione, corrispondenti al numero progressivo della malattia così come riportata nel decreto in oggetto

Fermo restando tutto il resto, la nuova normativa introduce due novità limitatamente alla pluriprescrizione ed alle quote di parteci-



pazione.

#### PLURIPRESCRIZIONE:

Il D.lgs. 124/98 all'articolo 3, comma 9 cita: "... dalla data di entrata in vigore del regolamento di cui all'articolo 5 (D.M. Sanità 28/05/1999, n. 329) il limite massimo di prescrivibilità di sei pezzi di cui all'articolo 9 della legge 724/94 si applica ai farmaci destinati al trattamento delle patologie indicate nello stesso regolamento".

Pertanto la pluriprescrizione si applica ai soggetti riconosciuti esenti ai sensi del D.M. 329/99 per i farmaci destinati alla trattamento della specifica patologia, tanto a quelli classificati in classe a), quanto a quelli classificati in classe b);

In questa situazione di "vacatio legis" la circolare regionale Puglia 24/2568/116/18 del 2/2/2000 avente oggetto: "D.M. 28 maggio 1999 n. 329 - Trasmissione bozza indirizzi applicativi" fornisce alcune indicazioni pratiche: **"la pluriprescrizione si applica ai soggetti riconosciuti esenti ai sensi del D.M. 329/99 per i farmaci destinati al trattamento della specifica patologia, tanto a quelli classificati in classe a), quanto a quelli classificati in classe b): ... tali previsioni attribuiscono a medici prescrittori una maggiore discrezionalità nella individuazione dei farmaci prescrivibili in sei pezzi, ma impongono, contestualmente particolare attenzione al fine di evitare un ingiustificato aumento della spesa sanitaria"**

La circolare regionale ribadisce che Regioni e Province autonome dovranno sensibilizzare i medici sui seguenti aspetti:

- La ratio della norma è quella di evitare ai pazienti ed ai medici il disagio di ripetere più volte a breve distanza di tempo, le ricette per i medesimi farmaci; ciò implica che i farmaci di cui si tratta sono solo quelli impiegati in trattamenti di lunga durata e non i farmaci necessari alla terapia di episodi acuti.
- Per la medesima ragione la pluriprescrizione sarà applicata ai farmaci impiegati in terapie consolidate dei quali il medico ha potuto verificare l'efficacia e la tollerabilità rispetto alle esigenze del paziente; di norma, dunque, la prima prescrizione conterrà il numero di pezzi strettamente necessario ad effettuare tale verifica.
- Per alcune confezioni di medicinali attualmente in commercio in confezioni tali da garantire terapia di lunga durata, la pluriprescrizione non appare giustificata e potrebbe indurre i pazienti a sottrarsi ai necessari controlli periodici da parte del medico.

• Resta immutata la possibilità per i medici di

prescrivere in multiprescrizione (6 confezioni massimo) i prodotti a base di antibiotici in confezione mono dose ed i farmaci somministrati solo in fleboclisi, farmaci a base di interferone a favore dei soggetti affetti da epatite cronica.

**L'ampliata discrezionalità del medico, nella valutazione dei farmaci riconoscibili esenti e concedibili in pluriprescrizione per il trattamento delle nuove patologie inserite nel D.M. 329/99 impone, pertanto estrema cautela:** è possibile infatti che farmaci arbitrariamente (ancorchè oculatamente) concessi in esenzione dal medico prescrittore non vengano, poi, inseriti, tra quelli esenti, nel decreto di prossima emanazione a completamento del 329/99; ciò potrebbe generare situazioni conflittuali tra medico e assistito, nonché la potenziale esposizione del medico a controlli sulla prescrizione da parte delle ASL, minando il mantenimento del corretto rapporto di fiducia medico-assistito.

#### INVALIDI

Il decreto 329/99 non si applica alle esenzioni per invalidità per le quali restano, invariate, le norme prescrittive attualmente in vigore:

- a) invalidità totale: barrare la casella R del motivo di esenzione e indicare il numero del documento seguito dalla dizione INV
- b) invalidità parziale: non barrare alcuna casella ed indicare il numero del documento di esenzione seguito dalla dizione INV

#### PARTICOLARI PATOLOGIE

La circolare del Ministero chiarisce altresì che le seguenti patologie:

Angioedema ereditario, Dermatomiostite, Pemfigo e pemfigoidi, Anemie congenite, Fenilchetonuria ed errori congeniti del metabolismo, Miopatie congenite, Malattia di Hansen, Sindrome di Turner, Spasticità da cerebropatie, Retinite pigmentosa, mantengono la precedente esenzione in attesa che venga emanato il decreto con il quale saranno individuate le malattie rare previste dall'articolo 5 del decreto legislativo 124/1998. Pertanto, gli affetti dalle suddette patologie continueranno ad usufruire della prescrizione per i farmaci indicati nel decreto del febbraio 1991 e continueranno a pagare L. 1.000 per confezione anche nel caso di prescrizione di farmaci di classe B). Tale regime si applicherà anche nel caso di rinnovo della esenzione per le medesime patologie.

**Giancarlo Tricarico**





# FIMMG FORMAZIONE - BARI

Federazione Italiana Medici di Famiglia

## FINALMENTE GIUSTIZIA !!!

### La sentenza del Consiglio di Stato del 15.3.2000 suffraga le posizioni tenute da sempre dalla FIMMG formazione

La sentenza del Consiglio di Stato n° 1407 del 15/03/2000 ha definito le regole dell'Accesso alla Medicina generale e alla Continuità Assistenziale in maniera definitiva.

Regole che la FIMMG Formazione Puglia, fortemente supportata dalla Sezione provinciale della FIMMG di Bari, ha sempre sostenuto e tentato invano, per la sordità e l'atteggiamento molto spesso discriminante di molte Amministrazioni, di far applicare nel modo corretto.

La Sentenza chiarisce in maniera inequivocabile i punti fondamentali di quella che è stata senza ombra di dubbio la materia del maggiore contendere del DPR 484/96: l'accesso alla Convenzione di Medicina Generale.

Difatti viene sottolineato il principio della direttiva CEE 457/86 laddove recita: *"che attualmente si ammette, pressochè in generale il bisogno di una formazione specifica del medico generico, ... e che l'esercizio delle attività in qualità di medico generico, nell'ambito di un REGIME DI SICUREZZA SOCIALE SIA SUBORDINATO AL POSSESSO DELLA FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE"*.

Viene riconfermato il principio, ove ve ne fosse stato bisogno, che *"risulta dunque del tutto palese che contrasterebbe in modo stridente con il sistema in esame, ogni esegesi di sue singole norme che - ... - avesse l'effetto di pregiudicare, nell'assegnazione degli incarichi di medicina generale, i possessori dell'Attestato ..., rispetto a soggetti che, a PARITA' di ogni altra condizione, siano privi di ATTESTATO"*.

Si definisce in modo chiaro che: *"il loro accesso (possessori di entrambi i titoli) attraverso ambo le percentuali di riserva altro non è che la conseguenza del fatto che costoro hanno i requisiti previsti per entrambe le categorie; né potrebbero essere esclusi da una di esse, solo perché hanno conseguito (anche) un titolo di studio in più di altri colleghi di analoga anzianità (ante 1 gennaio 1995) nell'esercizio della professione medica ... In ogni caso costoro - tanto se vengono chiamati a ricoprire incarichi ai sensi della lett. A quanto ai*

*sensi della lett. B ... - concorrono con gli altri candidati ... facendo valere per intero il loro punteggio, comprensivo, dunque, dei 12 punti ..."*.

Più volte ci siamo sforzati, invano di far capire alle vari Amministrazioni che la frequenza del Corso e l'acquisizione del Titolo non poteva tradursi in un danno per i medici: *"con l'effetto assurdo che il medico abilitato anteriormente al 1 gennaio 1995 sarebbe danneggiato, in relazione ai colleghi, dall'aver conseguito l'attestato di Formazione in medicina generale, rispetto a non averlo conseguito"*.

In conclusione riteniamo che finalmente è stata resa giustizia per i numerosi colleghi che hanno vinto un pubblico concorso (ormai sono passati circa 8 anni), hanno scelto di frequentare un Corso di formazione con dedizione e SACRIFICIO e conseguito un titolo a cui è stato dato il giusto riconoscimento.

Resta l'amaro in bocca per tutte le umiliazioni che abbiamo dovuto sopportare e per tutti i sacrifici che sono stati necessari per raggiungere questo obbiettivo.

Mai ci saremmo fermati!

Era in gioco la nostra dignità professionale, il nostro futuro occupazionale, il NOSTRO TITOLO DI STUDIO.

In questo momento siamo sereni e senza facili e dannosi trionfalismi, continuiamo a lavorare per raggiungere i nostri obbiettivi.

Certo siamo responsabilmente soddisfatti perché vengono riconosciute le "nostre ragioni", peraltro sempre lealmente sostenute all'interno della FIMMG, che ha sempre inteso fare, non una competizione "settaria" o corporativa, bensì una competizione leale, basata su ragioni valide sul piano del DIRITTO, che hanno trovato autorevole conferma nella sentenza della Consulta.

Dott. Nicola Calabrese

**Il notiziario ritorna nel prossimo settembre.**

# Buone Vacanze!

**Mantenetevi aggiornati dal sito Internet:**

**<http://bari.fimmg.org>**

## IL MEDICO DI FAMIGLIA PROMOTORE DI CULTURA DELLA DONAZIONE

Un'iniziativa di sensibilizzazione al problema della donazione di sangue e di organi in accordo con AIDO

**Ruolo degli aspetti organizzativi e della cultura della donazione nelle attività di trapianto (C. Cuzzola, Coordinatore Locale Trapianti (TPM) Azienda Ospedaliera "Di Venere-Giovanni XXIII"; Presidente Gruppo AIDO Bari)**

Il successo dei trapianti è dovuto certamente al perfezionamento delle metodologie chirurgiche, ma soprattutto ai progressi in campo immunologico che hanno consentito terapie immunosoppressive in grado di controllare il rigetto dell'organo trapiantato. Pertanto, nonostante gli effetti collaterali ed i limiti della terapia immunosoppressiva, in caso di gravi insufficienze di organo, il trapianto rappresenta la scelta terapeutica più efficace e spesso l'unica possibile. Solo per la insufficienza renale esiste infatti la possibilità di vicariare la funzione renale con il "rene artificiale" con importanti costi sociali ed economici; la dialisi comunque non riesce a sostituire tutte le molteplici funzioni renali mentre comporta elevato disagio per il paziente ed elevato costo per la comunità. Se per l'insufficienza renale cronica la mancanza di trapianto significa scarsa qualità della vita poiché la dialisi consente la "sopravvivenza", la mancanza di trapianto significa invece la morte per i pazienti affetti da grave insufficienza cardiaca o epatica.

Le statistiche riguardanti la sopravvivenza dei pazienti trapiantati confermano che il limite della attività trapiantologica non risiede nell'efficacia terapeutica, ma nella ridotta disponibilità di organi rispetto al numero di pazienti in lista di attesa. La nazione Europea con maggior numero di trapianti rispetto al numero di abitanti è la Spagna, nazione mediterranea, con reddito per abitante, cultura ed abitudini sociali molto simili a quelle italiane. In Spagna nel 1999 sono stati utilizzati oltre 31 donatori per milione di abitanti, mentre la media degli stati appartenenti alla Unione Europea è stabile negli ultimi anni, la Spagna è in crescita progressiva ed è quindi evidente che il sistema spagnolo consente di ottenere i migliori risultati.

In Italia nel 1999 i donatori per milione di abitanti sono stati circa 13,5, media che però nasconde situazioni molto diverse tra le aree geografiche appartenenti al nord Italia (molte regioni superano la media europea e quelle appartenenti al centro ed al sud molto al di sotto della media europea; la Puglia si propone quale regione che sta compiendo i maggiori sforzi infatti è passata da 5,9 donatori per milione di abitanti nel 1998 a 7,2 donatori per milione di abitanti nel 1999; i primi mesi del 2000 mostrano un ulteriore sensibile miglioramento). Il divario esistente tra nord e sud Italia evidenzia che non è la legge la causa della carenza delle donazioni, bensì la mancanza di una corretta diffusione della informazione ai cittadini e di formazione degli operatori sanitari.

I potenziali donatori sono i soggetti colpiti da gravi ed irreversibili lesioni cerebrali e quindi in condizione definita "morte cerebrale". La morte cerebrale è uno stato irreversibile provocato dalla totale e definitiva perdita delle funzioni cerebrali, inequivocabilmente evidenziato con accertamenti clinici e strumentali previsti dalla legge n.578 del 29-12-1993: "Norme per l'accertamento e la certificazione di morte". Questa legge prevede che ... quando il medico della struttura sanitaria...verifica la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo deve mettere in atto tutte le procedure previste dalla legge stessa e dal decreto n.582 del 22-9-1994: "Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte".

La legge italiana vigente prima dell'approvazione della

legge 91 dell'1-4-1999 vietava il prelievo di organi da cadavere se il soggetto avesse esplicitamente negato in vita il proprio assenso e se vi fosse stata opposizione scritta da parte del coniuge non separato o dei parenti di primo grado; in tal modo la prassi prevedeva che al momento del decesso, in un momento quindi drammatico a causa della "perdita improvvisa" si chiedesse il non dissenso al coniuge o al parente di primo grado. Occorre però mettere ben in chiaro che l'informazione più delicata, spesso chiave di qualsiasi tipo di pronunciamento della volontà, è l'informazione scientifica sulla "morte cerebrale"; carente è infatti l'informazione che la riguarda anche nella classe medica e ciò ha spesso creato confusioni e perplessità.

L'approvazione e la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della Legge 91 del 1/4/1999 che disciplina le attività di prelievo e trapianto di organi impone un attento esame; la notevole risonanza che è stata data dai mezzi di informazione alla nuova legge, che sembra cambiare notevolmente la concezione di "donazione" introducendo il "silenzio-assenso informato", impone una notevole chiarezza per poter fugare i dubbi da parte dell'opinione pubblica su una presunta "statalizzazione del cadavere". In realtà lo spirito della legge è orientato all'opposto, verso un notevole garantismo nei confronti del cittadino attraverso il concetto del silenzio-assenso reso innovativo dall'obbligo dell'informazione.

L'altra novità è proprio quella del diritto-dovere del cittadino di esprimere la propria volontà in un momento sereno, dopo aver acquisito informazioni giuste e corrette. Un parere sulla nuova legge non può essere espresso, al momento attuale, se non in termini del tutto generali, non essendo ancora prevedibile come questi principi verranno resi operativi dai vari decreti attuativi previsti. Nel frattempo sarà possibile effettuare il prelievo degli organi se il defunto non si era espresso negativamente in vita (o se ha con sé la famosa cartolina distribuita in occasione del "referendum"); alla famiglia sarà possibile opporsi salvo il fatto che l'opposizione non sarà valida se lo stesso defunto aveva espresso, in vita, volontà favorevole al prelievo con una delle modalità che sono previste dalla nuova legge.

Altre novità introdotte dalla legge riguardano la organizzazione delle attività di trapianto. Al nuovo Centro Nazionale, composto da rappresentanti di tutti i Centri Regionali ed Interregionali, vengono attribuite funzioni di governo del sistema trapianti, alla Consulta Tecnica Nazionale, composta da rappresentanti di tutte le regioni, funzioni di consulenza, ai Centri Interregionali e ai Centri regionali funzioni operative nella allocazione degli organi. In ogni regione viene nominato un Coordinatore Regionale delle attività di trapianto, a cui vengono attribuite responsabilità e governo su tutte le attività di donazione, prelievo e trapianto di organi. Viene inoltre istituita la figura del Coordinatore Locale, il quale, nominato in ogni ASL ed in ogni Azienda Ospedaliera dal Direttore generale (la regione Puglia aveva già introdotto questa figura con la legge regionale 16 del 13-7-1998), ha funzioni e responsabilità specifiche chiaramente derivate del modello spagnolo essendo responsabile del processo che porta al prelievo di organi e tessuti, alla umanizzazione del rapporto con i familiari del donatore ed ha inoltre il compito di diffondere la cultura della donazione nell'ospedale e nel territorio in collaborazione con i medici di base, le associazioni di volontariato, di service etc.

Ovviamente non sarà la legge da sola a migliorare la situazione dei prelievi e dei trapianti in Italia; soltanto



# INTERNET E PUBBLICITA' SANITARIA

## Il parere della FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi 10 NOV.1999  
Pubblicità sanitaria tramite Internet

### Modifiche normative

In data 20 ottobre u.s. è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale la legge 14 ottobre 1999, n. 362 "Disposizioni urgenti in materia sanitaria" che, all'art. 12, per quanto riguarda il tema della pubblicità in campo sanitario, apporta alcune modifiche al vigente sistema normativo.

L'art 12 appena citato modifica, infatti, sia l'art. 1, comma 1, che l'art. 4 comma 1 della legge 5 febbraio 1992, n.175, prevedendo in sostanza che la pubblicità sanitaria svolta sia dai singoli professionisti sia dalle case di cura private, gabinetti e ambulatori mono o polispecialistici è consentita anche attraverso inserzioni su giornali quotidiani e periodici e informazione.

E' da chiarire che, ovviamente, restano ferme le disposizioni previste dalla normativa in vigore per quanto riguarda nulla osta, autorizzazioni e caratteristiche estetiche relativi ai messaggi pubblicitari.

Il legislatore in pratica ha permesso la diffusione, attraverso un altro strumento informativo, del messaggio pubblicitario lasciando inalterato il quadro normativo delineato dalla legge 175/92, così come modificata dalla legge 26 febbraio 1999, n.42 e dal D. M. 16.9.1994, n. 657.

Riteniamo necessario rammentare che con la citata legge n 42/99 erano state già apportate delle modifiche oggetto di una specifica circolare della FNOM del 12 marzo 1999 n.40.

Per opportunità di memoria si ricorda che le modifiche riguardavano la necessità per gli esercenti nonché per le strutture sanitarie di rispettare un limite di spesa del 5 per cento del reddito dichiarato per riguarda le spese della pubblicità.

Nella legge 42/99 è stata prevista anche la possibilità di irrogare la sanzione della censura oltreché della sospensione per coloro che svolgono a titolo individuale o come responsabile di strutture sanitarie pubblicità nelle forme consentite senza autorizzazione del Sindaco o della Regione.

Sempre in riferimento al tema di controllo della pubblicità sanitaria, occorre sottolineare un'ulteriore parziale modifica prevista dal D.Lvo n. 96 del 30/3/1999, le cui disposizioni trovano applicazione dall'1.7.1999. A seguito dell'avvenuta entrata in vigore di questa normativa, sono da considerare trasferite ai Comuni (almeno per le Regioni appresso specificate) le funzioni amministrative concernenti la pubblicità sanitaria di cui all'articolo 118, comma 2, del D.Lgs. n. 112 del 1998.

In buona sostanza, la competenza a rilasciare le autorizzazioni di cui all'art. 5 della normativa, come specificatamente riportato all'art. 1, si applica alle regioni Piemonte, Lombardia, Veneto, Marche, Lazio, Molise, Campania, Puglia e Calabria.

Tale disposizione si spiega con il fatto che le Regioni citate non avevano ancora provveduto ad emanare la legge regionale di cui all'art. 3 della legge 8 giugno 1990, n. 142 e all'art. 4, comma 5 della Legge 15/3/1997 n. 59 che individua quali funzioni amministrative conferite alla regioni dal decreto legislativo 31.2.1998 n. 112, sono mantenute in capo alle Regioni o trasferite o delegate agli enti locali.

### Pubblicità sanitaria tramite Internet

La già citata Legge 14/10/1999 n. 362, non ha esplicitamente e direttamente previsto l'utilizzazione come veicolo informativo del messaggio pubblicitario, della rete Internet.

Il Comitato Centrale della Federazione, però ha ritenuto necessario, esprimere alcuni orientamenti sull'argomento, anche per permettere agli ordini di dare opportune indicazioni e informazioni ai medici che sempre più utilizzano la rete Internet.

Il Comitato Centrale ha ritenuto praticabile la diffusione di messaggi pubblicitari tramite siti Internet sempre nel rispetto dei limiti previsti dagli articoli 1 e 4 della legge 5.2.1992 n. 175.

**L'Ordine dovrà al riguardo rilasciare apposito nullaosta ai medici richiedenti controllando la correttezza del messaggio proposto e la rispondenza ai criteri di cui alla legge 175/92 e al D.M.657/94. E' ovvio che la competenza a rilasciare il nulla osta non potrà che spettare all'Ordine presso cui è iscritto il sanitario richiedente, considerando che il messaggio Internet è diffuso in modo universale.** Risulta evidente che il controllo di cui trattasi dovrà essere svolto unicamente dall'Ordine senza necessità di ulteriori autorizzazioni comunali considerando che la normativa di legge non ha regolamentato espressamente la diffusione della pubblicità in materia sanitaria tramite Internet.

Soccorre al riguardo l'art. 53 del vigente codice di deontologia medica che al comma 2 vieta lo sfruttamento pubblicitario dell'attività medica anche tramite strumenti informatici ma che implicitamente ne permette l'utilizzazione, previo controllo ordinistico quando il messaggio risulti corretto sia da un punto di vista normativo che deontologico.

A conclusione di questa esposizione sulle ultime innovazioni della complessa materia della pubblicità