

NOTIZIARIO F.I.M.M.G.

Numero 2

In redazione: Giancarlo Tricarico

febbraio 1998

NOTIZIARIO PRODOTTO IN PROPRIO E DISTRIBUITO GRATUITAMENTE AGLI ISCRITTI

Ordine dei Medici di Bari

**IL 21 MARZO 1998,
ALLE 14,00 IN 1^ CONVOCAZIONE**

ALLE 16,00 IN 2^ CONVOCAZIONE

ASSEMBLEA GENERALE DEGLI ISCRITTI

Ordine del giorno

1. **relazione del segretario provinciale**
2. **approvazione del bilancio consuntivo 1997 e preventivo 1998**
3. **presentazione della polizza assicurativa legale e della polizza Galeno (interverrà il dott. Gino Sonni, responsabile del servizio propaganda della FIMMG nazionale)**
4. **varie ed eventuali**

Il presente annuncio vale come convocazione

L'assemblea straordinaria del 7 febbraio

IL SEGRETARIO NAZIONALE MARIO FALCONI A BARI

Alle 13:30 di sabato 7 febbraio ero ancora seduto alla sedia dell'aula magna dell'Ordine dei medici ad ascoltare Mario Falconi, segretario nazionale della FIMMG; intorno a me non si sentiva volare una mosca, eppure la sala era piena.

In realtà è difficile trovare mosche persino a Bari, a febbraio, ma anche se ci fossero state sarebbero state sterminate dai colleghi attenti a non perdersi le ultime notizie sulla prossima convenzione: "sapete che non c'è fretta, la Bindi deve mettere mano allo stato sociale per ridurre il deficit e non è il caso che ci presentiamo noi lì a battere cassa, poi ci sono i pediatri, *l'anomalia italiana*, che vorrebbero prendersi cura degli adolescenti e hanno ottenuto ciò proprio perché hanno firmato la loro convenzione **dopo** la nostra, eh no!"

Non c'è fretta anche perché Mario Falconi ha detto chiaro e tondo al ministro della sanità come la pensa su pediatri (che non possono pretendere di passare i propri pazienti direttamente ai geriatri), sul massimale (perché se dobbiamo ridurlo chi sceglierà i pazienti da ricusare, il ministro?..) e su tutto il resto; non si inizia la contrattazione se non si parte da premesse chiare.

Il Ministro sa che il Medico di Famiglia è a fianco del cittadino; il "*medico di Famiglia*" è il nome che ha scelto il nostro segretario, né medico di base, né medico generale e neanche medico di medicina generale. Bisogna puntare alla famiglia in questo periodo di grande incertezza e confusione e ci vuole un medico umanista che si prenda cura delle persone nel loro ambiente familiare.

Insomma neanche una frase di rito, un accenno al linguaggio sindacale, una pausa più lunga del lecito per allentare la tensione; ha parlato per un'ora e mezza in un linguaggio chiaro, su problemi concreti come noi ci aspettavamo che facesse un segretario nazionale che fa il medico di famiglia ogni giorno e che passa dalla visita ad un paziente al colloquio con il ministro senza soluzione di continuità.

Mario Falconi è venuto volentieri e per la prima volta a Bari, voleva salutare la nuova dirigenza provinciale e presentare il progetto di denuncia dell'inquinamento ambientale che ha concordato con la Legambiente, ed alla fine l'applauso, i saluti e il sole hanno coronato una piacevole mattinata dall'aspetto primaverile e mediterraneo, bene augurante per la nuova convenzione regionale da poco firmata.

Dott. Gennaro Gadaleta Caldarola

SOMMARIO

Assemblea Generale degli Iscritti il 21.3.98	1
Il Segretario Nazionale a Bari	1
Convenzione con la Ecolsud per i rifiuti speciali	2
La FIMMG Bari è in Internet	3
Assistenza Legale in sede	3
Il D.L. che disciplina la cura Di Bella	4
Inquadramento nel ruolo medico dei medici di guardia medica e medicina dei servizi	6
Consenso Informato per la cura Di Bella	7
Nuove note CUF	7
Il ricovero in Day Hospital	8
Requisiti minimi di apertura degli studi medici	9
Notizie dalle ASL	10
La qualità del Medico di Famiglia	11
Notizie dalla SIMG	11
Elezioni dei rappresentanti di distretto FIMMG	12
Pagina della FIMMG - Formazione	12

SMALTIMENTO DEI RIFIUTI SPECIALI: LA FIMMG-BARI FIRMA CON LA "ECOLSUD" LA CONVENZIONE PER GLI ISCRITTI.

L'obbligo di smaltire i rifiuti cosiddetti speciali, è stato sancito dalle Direttive CEE n° 91/156 e 91/689.

In attuazione di dette direttive, è stato emesso il D. Lgs. 5.02.1997 n° 22, pubblicato su Gazzetta Ufficiale n° 38 del 15.02.1997, in vigore dal 2.03.1997 ed integrato il D.Lgs. 8.11.1997 389 (Ronchi bis).

All'art. 7 dei D. Lgs. n°22/97 i rifiuti vengono classificati e suddivisi in: urbani, speciali, e pericolosi,

Tra i rifiuti speciali, all'art. 7 lett. H sono espressamente compresi quelli derivanti da attività sanitarie.

Infine, sono classificati rifiuti pericolosi quelli precisati nell'allegato D della legge stessa.

Ai fini che qui ci interessano, tra quelli prodotti negli studi medici, sono considerati in detto allegato pericolosi, in funzione della prevenzione di infezioni, i seguenti prodotti:

**materiali di medicazione (garze, cerotti, cotone, bende);
rifiuti pungenti taglienti (bisturi, lancette punge dito)
materiale monouso (siringa, abbassalingua, speculi, guanti, ed auricolari);
set per infusione, provette, pipette ecc.**

La posizione non univoca di alcune organizzazioni sindacali mediche (Snam), sta creando un senso di disorientamento tra i medici di famiglia circa questa complessa normativa; la distinzione tra studi (privati) e ambulatori medici (pubblici) sollevata da taluni, ha giustificato un atteggiamento di attesa o addirittura di opposizione all'adeguamento ai dettami della Legge, incoraggiato anche da una delibera dell'Assessorato all'Ambiente della regione Piemonte che ha ritenuto di escludere gli ambulatori dei Medici di Famiglia dallo smaltimento dei rifiuti speciali. Tale delibera è, tuttavia, rimasta isolata in Italia e, già in numerose regioni, i NOE girano per gli ambulatori medici effettuando controlli sull'adeguamento alla Legge Ronchi.

Se la normativa italiana attualmente in vigore, può lasciare, ora, adito a qualche dubbio, non altrettanto si può dire per quella europea (molto chiara in tal senso) e se adesso può essere ancora giustificato un atteggiamento di attesa, **con l'entrata dell'Italia in Europa, l'adeguamento alla legge Ronchi sarà inevitabile per tutti i medici di famiglia.**

In tal senso vanno anche interpretate le iniziative di alcuni Direttori Generali di ASL della provincia di Bari, i quali hanno invitato formalmente i medici e pediatri di famiglia ad adeguarsi alla Legge, ed in alcuni casi si sono attivati per stipulare un contratto a condizioni particolari per i medici convenzionati.

E' pertanto, precisa volontà della FIMMG nazionale quella di rendere il Medico di Famiglia osservante alla Legge Ronchi e Ronchi-bis, rapportando, in sede di rinnovo di convenzione nazionale per la medicina generale, questo nuovo onere (peraltro fiscalmente detraibile) tra le voci di maggiore spesa sostenute, e richiedendo, pertanto un adeguamento dei compensi per il concorso alle spese di gestione dell'Ambulatorio.

La sezione provinciale FIMMG di Bari, dopo aver inviato una

richiesta di offerta a diverse aziende di raccolta e smaltimento dei rifiuti speciali inserite nell'elenco depositato presso il Nucleo Ambiente della Provincia di Bari, ha selezionato tra i preventivi pervenuti quello offerto dalla Ecolsud S.r.L. ritenuto vantaggioso, non solo per il costo proposto, ma anche per la serie dei servizi offerti.

Di seguito riportiamo i principali aspetti della convenzione stipulata tra FIMMG ed Ecolsud S.r.L.

La FIMMG-BARI, e la ECOLSUD S.r.l. formulano la presente convenzione riservata esclusivamente agli iscritti FIMMG-BARI, fatto salvo le deroghe in essa contemplate.

Art. 1 - La ECOLSUD S.r.l. s'impegna alla fornitura, di:

1. *Un contenitore rigido ad alta resistenza, munito di sacco interno in polietilene da mm. 0,08 e laccetto di chiusura come previsto dal S.O. alla G.U. 253 del 13/09/84, da avviare alla termo-distruzione da Lit 20.*

2. *Un contenitore rigido per materiali taglienti (aghi, fiale, ecc.), destinato, all'incenerimento.*

3. *Quantità monouso di idoneo innocuizzante per il pre-trattamento dei rifiuti da effettuarsi prima della chiusura del contenitore.*

Infatti, i rifiuti di origine sanitaria, prima del loro allontanamento dalla sede del produttore, devono essere sottoposti ad idoneo trattamento di disinfezione. (Deliberazione 27/07/94 Punto 2.2, pubblicato nel Supplemento ordinario alla G.U. n.253 del 13/09/94).

4. *Formulario d'identificazione dei rifiuti, in quattro copie, dal quale risulti (come da art.15 D.L. n.22/97):*

nome, cognome, indirizzo, Codice Fiscale o Partita IVA del medico produttore;

origine, tipologia del rifiuto e classificazione del rifiuto, così come previsto dal D.L. 22/97;

nome, indirizzo e relativa autorizzazione dell'impianto di destinazione;

estremi della ditta trasportatrice e sua autorizzazione.

Detto formulario deve essere obbligatoriamente timbrato e firmato con i dati di cui al punto a) dal medico.

5. *Dichiarazione accompagnatoria a firma del produttore, dalla quale risulti provenienza, tipologia del rifiuto consegnato sue componenti e attività esercitata dal produttore dei rifiuti speciali N.B.: ENTRAMBI I DOCUMENTI, di cui al punti 4 e 5 saranno predisposti dalla ECOLSUD S.r.l., pronti per esservi apposto timbro e firma del sanitario.*

Acquisto, e consegna del registro carico/scarico dei rifiuti già vidimato e compilazione mensile dello stesso.

7. *Elenco dei rifiuti speciali pericolosi da smaltire attraverso termodistruzione.*

8. *Formulazione della lettera da inviare al Comune di appartenenza per la detassazione dei rifiuti urbani.*

9. *Formulazione della lettera da inviare alla Provincia di Bari per lo stoccaggio dei rifiuti pericolosi se prevista dalle*

norme vigenti.

10. Compilazione della denuncia annuale (Mod. MUD) da spedire entro il 30/4 alla Camera di Commercio competente per territorio.

11. Consulenza gratuita nell'ambito della materia sopra indicata presso la sede FIMMG-BARI o presso gli uffici della Società. Si conviene fra le parti che in caso di necessità a carattere di urgenza la consulenza potrà avvenire, eccezionalmente, per via telefonica.

12. Uno smaltimento di farmaci scaduti l'anno.

Art. 2 - Modalità del servizio

Il D.L. n.22/97, all'art. 45.P1, stabilisce che il deposito temporaneo presso il luogo di produzione di rifiuti sanitari, può avere una durata massima di giorni trenta per quantitativi non superiori ai duecento litri.

Pertanto l'asporto sarà effettuato con cadenza minima mensile. (Dodici Raccolte annue)

Nel caso il medico superi lo stoccaggio di 200 litri, può richiedere un ritiro suppletivo entro 48 ore dalla chiamata.

In tal caso, l'importo applicato dalla ECOLSUD S.r.l. verrà determinato, al momento della richiesta, in relazione alle proprie esigenze gestionali. La ECOLSUD S.r.l. si impegna a quantizzare detto importo nel semplice rimborso spese.

Art. 3 - Costo del servizio

Fermo restando quanto esplicitato in premessa, la FIMMG-BARI e la ECOLSUD S.r.l. hanno individuato n° 2 tipologie di servizio inerenti la medicina generale:

MEDICO DI MEDICINA GENERALE CON STUDIO SINGOLO ANCHE UBICATO PRESSO LA PROPRIA ABITAZIONE: per tutto quanto proposto all' art. 1 si conviene un importo di £ 350.000 + IVA. annue da pagarsi in due rate semestrali con bollettini postali forniti dalla stessa ECOLSUD

MEDICINA DI GRUPPO O MEDICI DI MEDICINA GENERALE CHE CONDIVIDONO LO STESSO STUDIO: (medici iscritti FIMMG): considerando che la medicina di gruppo è svolta da medici che, pur lavorando nello stesso studio, conservano una loro autonoma, singola, figura giuridica. si conviene che ogni medico dovrà stipulare un

singolo contratto e dovrà avere un registro di carico/scarico (nominativo). Per tutto quanto proposto dall'offerta all'art. 1 verrà corrisposto alla ECOLSUD S.r.l. un importo di £ 275.000 + I-VA annue per ogni contratto. per due o più contratti, **purché il ritiro dei contenitori possa essere effettuato contestualmente per tutti i medici dello stesso studio.** Gli altri medici, operanti nello stesso gruppo, potranno formulare con la ECOLSUD S.r.l. un contratto a tariffa di mercato.

Resta inteso che se non si verificasse tale ipotesi, al singolo medico sarà addebitata la somma di £ 350.000 + IVA annue.

Le presenti offerte valgono per i contratti stipulati presso la sede FIMMG-BARI, ovvero presso gli uffici della Società ECOLSUD S.r.l. o presso lo studio medico interessato. Nelle ultime due ipotesi, il medico od i medici dovranno esibire regolare certificazione della FIMMG-BARI attestante l'iscrizione.

Per contenitori aggiuntivi, fino a un massimo di tre, richiesti per particolari esigenze del sanitario, oltre quello pattuito, l'importo, comprensivo di fornitura, trasporto in discarica e smaltimento, sarà di lire 15.000 + IVA, per ogni contenitore da Litri 20.

Art. 4 - DURATA DEL CONTRATTO.

Il contratto fra la ECOLSUD S.r.l. e il singolo o i singoli critti alla FIMMG-BARI ha durata biennale ed è tacitamente rinnovato, salvo richiesta di risoluzione da inoltrare previa R agli uffici della Società entro tre mesi dalla scadenza.

Le parti si impegnano, in diffinitiva da quanto previsto dal punto 5 delle condizioni generali portate a tergo del contratto, a risolvere qualsiasi controversia inerente il contratto escluso le morosità nei pagamenti, tramite FIMMG-BARI, il quale tenderà preliminarmente ad una composizione bonaria. Il costo dell'arbitro, in questo caso, sarà ripartito al 50 % tra i ricorrenti. In caso di mancato accordo, il costo dell'arbitro sarà a carico del soccombente. La richiesta di arbitrato deve essere inoltrata dalla o dalle parti entro 30 giorni dall'evento. Nel successivi 30 giorni, salvo contingenze particolari, l'arbitro esprimerà a giudizio previa convocazione, audizione delle parti e presa visione degli atti.

In caso di morosità nei pagamenti, la ECOLSUD S.r.l. si obbliga di informare la FIMMG della morosità in atto ed attendere 30 giorni dalla comunicazione prima di procedere esecutivamente.

**LA SEZIONE PROVINCIALE FIMMG
DI BARI E' IN INTERNET
ALL'INDIRIZZO:**

[http:// joynet.fimmg.it](http://joynet.fimmg.it)

Si ringrazia per la collaborazione nell'allestimento del sito la Joynet , ed, in particolare il dott. Giuseppe Crupi

Potete inviare le vostre e-mail agli indirizzi:
dr. Giancarlo Tricarico: giantric@altaircomm.it
dr. Giuseppe Crupi: pietraia@joynet.it

**ASSISTENZA LEGALE IN SEDE
PER GLI ISCRITTI FIMMG DI BARI**

OGNI TERZO LUNEDI DEL MESE

**SARA' IN SEDE
L'AVV. MICHELE LANGIULLI**

**PER RISPONDERE AI QUESITI DEGLI
ISCRITTI.**

TERAPIA "DI BELLA": IL D.L. CHE DISCIPLINA LA SPERIMENTAZIONE E LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI DEL PROTOCOLLO

**GAZZETTA UFFICIALE N.39 DEL 17 FEBBRAIO 1998
DECRETO LEGGE 17 FEBBRAIO 1998, N.23**

DISPOSIZIONI URGENTI IN MATERIA DI SPERIMENTAZIONI CLINICHE IN CAMPO ONCOLOGICO E ALTRE MISURE IN MATERIA SANITARIA

Il Presidente della Repubblica visti gli articoli 77 e 87 della Costituzione;

Ritenuta la straordinaria necessita' ed urgenza di emanare disposizioni volte a disciplinare, in via eccezionale, la sperimentazione clinica del ((multi trattamento Di Bella)) e l'impiego di medicinali per indicazioni terapeutiche non autorizzate, per far fronte a una situazione di carattere straordinario determinatasi nel Paese a seguito del frequente ricorso da parte dei medici, per il trattamento di patologie oncologiche, a farmaci autorizzati con diverse indicazioni terapeutiche ed alla conseguente pretesa degli interessati di ottenere, attraverso rimedi giurisdizionali, l'erogazione gratuita dei farmaci prescritti;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 13 febbraio 1998;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri e del Ministero della sanita', di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica;

EMANA Il seguente decreto-legge

ART.1

DISCIPLINA SPECIALE DELLA SPERIMENTAZIONE CLINICA DEL MDB

1. Al fine di verificare l'attivita' in campo oncologico dei medicinali impiegati secondo il ((multitrattamento Di Bella)) (MDB), quale definito in atti sottoscritti e depositati presso il Ministero della sanita', il Ministro della sanita' concorda con le regioni e le province autonome un programma coordinato di sperimentazioni cliniche, anche in deroga alle disposizioni vigenti.

2. Le sperimentazioni di cui al comma 1 sono condotte, su pazienti che abbiano reso il proprio consenso informato, secondo protocolli approvati dalla Commissione oncologica nazionale, sentita la Commissione unica del farmaco, presso gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ad indirizzo oncologico, nonche' presso strutture ospedaliere e universitarie, individuate dalle regioni e dalle province autonome, su richiesta del Ministro della sanita' e ritenute idonee, ai fini di tali sperimentazioni, dalla Commissione oncologica nazionale. Sui protocolli viene acquisito l'avviso di un comitato etico nazionale appositamente istituito con decreto del Ministro della sanita'.

3. All'Istituto superiore di sanita' sono affidati il coordinamento dei centri che effettuano la sperimentazione, l'approvvigionamento, il controllo e la distribuzione dei farmaci da sperimentare e l'istituzione di un centro di informazione per il pubblico. L'Istituto chimico farmaceutico militare di Firenze provvede alla preparazione dei medicinali inclusi nel MDB che non corrispondono, per formulazione, a specialita' medicinali regolarmente in commercio.

4. Il Ministro della sanita' verifica la disponibilita' delle aziende produttrici dei medicinali a fornire gratuitamente i medicinali da sottoporre alle sperimentazioni di cui al comma 1 e adotta, in ogni caso, misure dirette a contenere gli oneri per la fornitura dei medicinali e per la loro distribuzione ai centri ai quali e' affidata la sperimentazione.

5. I medicinali oggetto delle sperimentazioni cliniche di cui al

presente articolo, sia considerati individualmente, sia nel loro insieme, non sono sottoposti agli accertamenti di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c), del decreto del Presidente della Repubblica 21 settembre 1994, n.754.

6. Gli oneri relativi alla fornitura, alla distribuzione dei medicinali e alle attivita' svolte dall'Amministrazione sanitaria centrale, ivi comprese quelle affidate all'Istituto superiore di sanita', sono a carico del Ministero della sanita' per un ammontare complessivo non superiore a lire 10 miliardi per l'anno 1998. Gli ulteriori oneri necessari per l'effettuazione delle sperimentazioni, compresi quelli per la copertura assicurativa dei pazienti sottoposti al trattamento sperimentale, sono a carico degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e delle altre strutture presso le quali si effettuano le sperimentazioni, gravando, rispettivamente, sui finanziamenti erogati dal Ministero della sanita', ai sensi dell'articolo 12, comma 2, della lettera a), n.3), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni, e sulle assegnazioni ordinarie del Fondo sanitario nazionale.

7. Alla copertura degli oneri derivanti dal primo periodo del comma 6, pari a 10 miliardi di lire per l'anno 1998, si provvede mediante riduzione dello stanziamento iscritto nell'ambito dell'unita' previsionale di base di parte corrente ((Fondo speciale) dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per lo stesso anno, all'uopo utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della sanita'.

8. Sono validi ed efficaci i provvedimenti e gli atti posti in essere, ai fini della sperimentazione clinica del MDB, anteriormente alla data di entrata in vigore del presente decreto, purché conformi alla disciplina del presente articolo.

9. I risultati ottenuti dalle sperimentazioni eseguite in conformita' di quanto previsto dal presente articolo sono sottoposti alla Commissione unica del farmaco per le determinazioni di competenza, ai sensi dell'articolo 1, comma 4, del decreto legge 21 ottobre 1996, n.536, convertito dalla legge 23 dicembre 1996, n.648.

ART.2.

CONFERMA DELLE COMPETENZE DELLA COMMISSIONE UNICA DEL FARMACO DI CUI ALL'ARTICOLO 1, DEL DECRETO LEGGE 21 OTTOBRE 1996, N.536, CONVERTITO DALLA LEGGE 23 DICEMBRE 1996, N.648.

1. La effettuazione di sperimentazioni ai sensi dell'articolo 1 non costituisce riconoscimento della utilita' di impiego del medicinale per gli effetti di cui all'articolo 1, comma 4, del decreto legge 21 ottobre 1996, n.536, convertito dalla legge 23 dicembre 1996, n.648.

Resta ferma, pertanto, la competenza della Commissione unica del farmaco a valutare, sulla base dei criteri tecnici dalla stessa adottati, se ricorrano i presupposti per l'applicazione della disciplina prevista dalla richiamata disposizione di legge. In nessun caso, comunque, possono essere inseriti nell'elenco previsto dall'articolo 1, comma 4, del citato decreto legge n.536 del 1996, medicinali per i quali non siano gia' disponibili risultati di studi clinici in fase seconda.

ART.3.

OSSERVANZA DELLE INDICAZIONI TERAPEUTICHE AUTORIZZATE

1. Fatto salvo il disposto dei commi 2 e 3, il medico, nel prescrivere una specialita' medicinale o altro medicinale prodotto industrialmente, si attiene alle indicazioni terapeutiche, alle vie

e alle modalita' di somministrazione previste dall'autorizzazione all'immissione in commercio rilasciata dal Ministero della sanita'.

2. In singoli casi il medico puo', sotto la sua diretta responsabilita' e previa informazione del paziente e acquisizione del consenso dello stesso, impiegare un medicinale prodotto industrialmente per un'indicazione o una via di somministrazione o una modalita' di somministrazione o di utilizzazione diversa da quella autorizzata, ovvero riconosciuta agli effetti dell'applicazione dell'articolo 1, comma 4, del decreto legge 21 ottobre 1996, n.536, convertito dalla legge 23 dicembre 1996, n.648, qualora il medico stesso ritenga, in base ad elementi obiettivi, che il paziente non possa essere utilmente trattato con medicinali per i quali sia gia' approvata quella indicazione terapeutica o quella via o modalita' di somministrazione e purché tale impiego sia consolidato e conforme a linee guida o lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale.

3. Sono fatti salvi gli atti con i quali il medico, sotto la sua diretta responsabilita', e limitatamente al campo oncologico, abbia impiegato od impieghi, sino al termine della sperimentazione di cui all'articolo 1, i medicinali a base di octreotide e di somatostatina, al di fuori delle indicazioni terapeutiche approvate, qualora il medico stesso abbia ritenuto o ritenga, sulla base di elementi obiettivi, che il paziente non potesse o non possa essere utilmente trattato con medicinali gia' autorizzati per quella determinata patologia da trattare e purché il paziente renda per iscritto il proprio consenso, dal quale risulti di essere stato adeguatamente informato circa l'assenza, allo stato, di risultati scientifici dimostrativi dell'efficacia dei medicinali impiegati.

4. In nessun caso il ricorso, anche improprio, del medico alla facolta' prevista dai commi 2 e 3 puo' costituire riconoscimento del diritto del paziente alla erogazione dei medicinali a carico del Servizio sanitario nazionale, al di fuori dell'ipotesi disciplinata dall'articolo 1, comma 4, del decreto legge 21 ottobre 1996, n.536, convertito dalla legge 23 dicembre 1996, n.648.

5. La violazione, da parte del medico, delle disposizioni del presente articolo costituisce illecito disciplinare, da perseguire ai sensi del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n.233. In caso di violazione del disposto del comma 3, la sanzione minima irrogabile e' la sospensione dall'esercizio dell'attivita' professionale.

ART.4.

CESSIONE AL PUBBLICO DI SPECIALITA' MEDICINALI FACENTI PARTE DEL MDB

1. Per agevolare il trattamento dei pazienti nell'ipotesi di carattere eccezionale disciplinata dal comma 3 dell'articolo 3, il Ministro della sanita' concorda con le aziende farmaceutiche titolari delle autorizzazioni all'immissione in commercio o con l'associazione di appartenenza il prezzo di cessione al Servizio Sanitario Nazionale di specialita' medicinali o, senza pregiudizio della tutela brevettuale, di medicinali generici a base di somatostatina e di octreotide.

Il prezzo concordato costituisce, in deroga alla normativa vigente, anche il prezzo di vendita al pubblico dei medicinali a base di octreotide e di somatostatina prescritti dai medici ai sensi dell'articolo 3, comma 3.

3. Sulla base di accordi stipulati dal Ministro della sanita' con le associazioni delle farmacie pubbliche e private, le farmacie consegnano al cliente, in nome e per conto delle aziende USL, senza alcuna remunerazione o rimborso per la propria attivita' professionale, i medicinali di cui al comma 2, previa presentazione di ricetta medica, che deve essere trattenuta dal farmacista. La ricetta deve contenere l'annotazione ((PRESCRIZIONE EFFETTUATA AI SENSI DELL'ARTICOLO 3, COMMA 3, DEL DECRETO LEGGE 17

FEBBRAIO 1998, N.23)), sottoscritta dal medico. I clienti, all'atto del prelievo dei suddetti medicinali, corrispondono il prezzo di cui al comma 2, che viene incassato dalle farmacie in nome e per conto delle aziende USL.

4. I farmacisti sono tenuti a trasmettere al Ministero della sanita', con cadenza quindicinale, copia delle ricette di medicinali a base di somatostatina e di octreotide trattenute ai sensi del comma 3.

5. La violazione, da parte del farmacista, delle disposizioni del presente articolo costituisce illecito disciplinare, da perseguire ai sensi del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n.233.

ART.5.

PRESCRIZIONE DI PREPARAZIONI MAGISTRALI

1. Fatto salvo il disposto del comma 2, i medici possono prescrivere preparazioni magistrali esclusivamente a base di principi attivi descritti nelle farmacopee dei Paesi dell'Unione europea o contenuti in medicinali prodotti industrialmente di cui e' autorizzato il commercio in Italia o in altro Paese dell'Unione europea.

2. E' consentita la prescrizione di preparazioni magistrali a base di principi attivi gia' contenuti in specialita' medicinali la cui autorizzazione all'immissione in commercio sia stata revocata o non confermata per motivi non attinenti ai rischi di impiego del principio attivo.

3. Il medico deve specificare nella ricetta le esigenze eccezionali che giustificano il ricorso alla prescrizione estemporanea e ottenere il consenso del paziente al trattamento. Il nome, il cognome e l'indirizzo del paziente, nonche' il consenso ottenuto devono essere dichiarati sulla ricetta.

4. Le ricette di cui al comma 3, in originale o in copia, sono trasmesse mensilmente dal farmacista all'azienda unita' sanitaria locale o all'azienda ospedaliera, che le inoltrano al Ministero della sanita' per le opportune verifiche, ai fini dell'eventuale applicazione dell'articolo 25, comma 8, del decreto legislativo 29 maggio 1991, n.178.

5. Le disposizioni dei commi 3 e 4 non si applicano quando il medicinale e' prescritto per indicazioni terapeutiche corrispondenti a quelle dei medicinali industriali autorizzati a base dello stesso principio attivo.

6. La violazione, da parte del medico o del farmacista, delle disposizioni del presente articolo costituisce illecito disciplinare, da perseguire ai sensi del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n.233.

ART.6.

ENTRATA IN VIGORE

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e sara' presentato alle Camere per la conversione in legge.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sara' inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addi' 17 febbraio 1998

Come pubblicato sulla stampa nazionale e dai mass-media, il decreto appena riportato sta creando un vespaio di polemiche circa le sue modalita' attuative.

E' possibile, pertanto, che esso possa essere assoggettato a modifiche ulteriori, quando già questo notiziario sarà dato alla stampa.

L'INQUADRAMENTO NEL RUOLO MEDICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE DI INCARICATI DEL SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA E DI MEDICINA DEI SERVIZI

Il provvedimento di Legge e' ancora in attesa della norma attuativa regionale

Il Presidente del Consiglio dei Ministri.

Visto l'articolo 8, comma 1-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, come modificato e integrato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n.517;

Visto l'articolo 4, comma 4, della legge 23 dicembre 1994, n.724;

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n.400;

Visto il parere espresso dalla conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome espresso nella seduta del 19 dicembre 1996;

Udito il parere dell'adunanza generale del Consiglio di Stato emesso in data 20 marzo 1997;

Sulla proposta del Ministro della sanita' di concerto con i Ministri del tesoro e della funzione pubblica;

Adotta il seguente provvedimento:

Art.1

Domanda di inquadramento

1. **A far data dalla pubblicazione del presente regolamento ed entro sessanta giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti regionali** che, ai sensi dell'articolo 8, comma 1-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, come modificato e integrato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n.517, individuano le aree di attivita' che richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego, i medici interessati in possesso dei requisiti di cui al citato articolo 8, comma 1-bis, ciascuno per l'attivita' nell'ambito della quale e' in atto titolare in via esclusiva o preminente di incarico a tempo indeterminato di guardia medica e di medicina dei servizi rispettivamente disciplinati dal decreto del Presidente della Repubblica del 25 gennaio 1991, n.41, e dal decreto del Presidente della Repubblica del 14 febbraio 1992, n.218, presentano apposita domanda di inquadramento in soprannumero nel primo livello dirigenziale del ruolo medico del servizio sanitario nazionale.

2. I medici interessati devono essere titolari di rapporto convenzionale con le unita' sanitarie locali della regione che ha emanato i provvedimenti di cui al comma 1.

3. Il servizio prestato nell'ambito dei due diversi rapporti di lavoro previsti dal comma 1, non svolti contemporaneamente, e' cumulabile ed e' valutato complessivamente ai fini del requisito minimo di cinque anni di anzianita', purché nei cinque anni vi sia stato continuativamente rapporto di incarico a tempo indeterminato di guardia medica o di medicina dei servizi.

4. La domanda, completa della documentazione attestante il possesso dei requisiti e dei titoli da valere ai fini del giudizio di idoneita' di cui all'articolo 4, e' presentata alla competente autorita' regionale.

Art.2.

Commissione

1. Presso ciascuna regione e' costituita una commissione per la formulazione del giudizio di idoneita', di cui all'articolo 8, comma 1-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, come modificato e integrato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n.517, composta da un dirigente medico della regione che la presiede, da un funzionario dirigente o direttivo del Ministero della sanita', dal Presidente dell'Ordine dei medici e dagli odontoiatri della provincia comprendente il capoluogo di regione o suo delegato e da due medici dirigenti di secondo livello dell'area di attivita' individuata designati dalla regione.

Le funzioni di segretario della commissione sono svolte da un funzionario regionale.

Art.3.

Termini per la formulazione dei giudizi di idoneita'

1. La commissione formula i propri giudizi entro tre mesi dalla scadenza del termine per la presentazione delle domande di cui all'articolo 1.

Art.4.

Valutazione del colloquio e dei titoli

1. Il giudizio di idoneita' e' formulato a seguito della valutazione dei titoli di carriera, dei titoli di studio, della anzianita' di servizio, del curriculum formativo e del superamento di un colloquio che, oltre ai contenuti di conoscenza della organizzazione del Servizio sanitario nazionale abbia anche chiari contenuti professionali finalizzati ad accertare il livello di professionalita' dell'interessato.

2. L'idoneita' e' conseguita dagli interessati che superino il colloquio con un punteggio non inferiore a ventuno trentesimi e conseguano un punteggio non inferiore a punti 6,6 relativo ai seguenti titoli:

a) orario di incarico nel rapporto convenzionale, ovvero, se ricorre il caso, orario di incarico complessivo nei due rapporti convenzionali di cui ai decreti del Presidente della Repubblica n.41/1991 e n. 218/1992, per un numero di ore settimanali fino ad un massimo di 38: punti 0,10 per ora;

b) anzianita' di incarico per i primi cinque anni di attivita': punti 0,10 per mese;

c) anzianita' di incarico per ciascun anno, o frazione superiore a sei mesi, oltre il quinto anno: punti 0,50;

d) specializzazione: punti 0,50 per ciascuna specializzazione;

e) altre lauree, oltre a quella richiesta per l'ammissione al giudizio di idoneita' comprese tra quelle previste per l'appartenenza al ruolo sanitario: punti 0,10 per ognuna fino ad un massimo di punti 0,30;

f) pubblicazioni e titoli scientifici: fino ad un massimo di punti 3,00;

g) curriculum formativo: fino ad un massimo di punti 3,00.
Per le valutazioni dei titoli di cui alle lettere f) e g) si applicano i criteri di cui all'articolo 10 del decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1982 pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n.51 del 22 febbraio 1982.

4. La valutazione dei titoli di cui al comma 2 avviene prima della effettuazione del colloquio di cui al comma 1.

Art.5

Norme di rinvio

1. Per quanto non previsto nel presente regolamento si applicano, in quanto compatibili, le norme del decreto ministeriale 30 gennaio 1982, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n.51 del 22 febbraio 1982, nonché del decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 1994, n.487, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale del 9 agosto 1994, n.185.

Art.6.

Disposizioni amministrative e varie

1. Ultimate le operazioni della commissione, il segretario trasmette i verbali dei lavori alla presidenza della giunta regionale per l'adozione dei provvedimenti di competenza.

2. Spetta ai componenti le commissioni per la formulazione dei giudizi di idoneità il compenso nella misura stabilita dalle norme regionali in materia di pubblici concorsi.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Roma, 12 dicembre 1997

Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 23 del 29.1.98

Precauzioni d'uso sul metodo Di Bella

Consenso informato

Io sottoscritt... Sig. ...nat... il ...dichiaro di essere stato informato dal medico curante dr.... in merito al fatto che la terapia cui intendo sottopormi/cui intendo sottoporre il mio congiunto (secondo il metodo Di Bella) è tutt'ora in fase sperimentale e non ci sono quindi indicazioni scientifiche sulla sua validità e non si conoscono, al momento, gli effetti collaterali e né la gravità di questi ultimi. Sono stato altresì informato che per la mia patologia/la patologia del mio congiunto esistono terapie codificate e scientificamente validate. Comunque è mia intenzione, in conformità delle normative vigenti, avvalermi della facoltà di scegliere il protocollo terapeutico sperimentale sopra menzionato

In fede.

Il paziente o il suo congiunto

(dott. Mario dell'Orco - Bisceglie)

Nuove note CUF

Note limitative su Losartan, Valsartan, Urofillotropina (Metrodin), Alprostadil

GAZZETTA UFFICIALE N.40 DEL 18 FEBBRAIO 1998 MINISTERO DELLA SANITA' COMMISSIONE UNICA DEL FARMACO PROVVEDIMENTO 3 DICEMBRE 1997 AGGIORNAMENTO DELLE NOTE RIPORTATE NEL PROVVEDIMENTO 30 DICEMBRE 1993, E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI, CONCERNENTE LA RICLASSIFICAZIONE DEI MEDICINALI

La Commissione Unica del Farmaco (...) dispone:

Art.1. Alle note relative alla prescrizione e modalità di controllo delle confezioni riclassificate a norma dell'art.8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n.537, contenute nel provvedimento della Commissione unica del farmaco 30 dicembre 1993, come modificate ed integrate con successivi provvedimenti, sono apportate le integrazioni nel successivo art.2.

Art.2. La Nota 9 risulta modificata come segue:

Nota 9 - principio attivo Ticlopidina:

Classe a) Limitatamente a pazienti sottoposti a stenting coronarico per un periodo di trattamento di trenta giorni. Registro Asl;

Classe b) Limitatamente all'indicazione Pseudo allergia all'acido acetilsalicilico. Registro Asl.

Art. 3:

Nota 73 - Principi attivi: Losartan e Valsartan, Classe a) Limitatamente ai pazienti che devono rispondere il trattamento con un ACE - inibitore a causa di una tosse persistente.

Nota 74 - Metrodin HP: Classe a) Per induzione della spermatogenesi in uomini affetti da ipogonadismo ipogonadotropo, con prescrizione sulla base di un piano terapeutico di un medico esperto nel trattamento dell'infertilità maschile.

Nota 75 - Principio attivo: Alprostadil Classe a) Limitatamente ai pazienti paraplegici con certificazione documentale.

Nota 76 - Losferron Classe a) Limitatamente ai bambini nei primi tre anni di vita, alle donne in gravidanza e agli anziani.

ART.4. Le specialità medicinali classificate nelle fasce a) e b) sono prescrivibili a totale o parziale carico del Servizio sanitario nazionale con le limitazioni ed alle condizioni previste nelle note, purché le patologie ivi indicate risultino tra quelle per cui è stata rilasciata l'A.I.C.

Il presente provvedimento sarà trasmesso al competente organo di controllo per la registrazione ed **entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.**

IL RICOVERO IN DAY HOSPITAL

La frase "ricovero in day hospital" immagino scateni, nella maggior parte dei medici di Medicina Generale (MG), una ridda di sensazioni, in genere non proprio gradevoli.

In realtà, se correttamente applicata, la pratica della ospedalizzazione diurna sarebbe l'innovazione organizzativa più valida della medicina del nostro tempo. Quante volte, in occasione del ricovero di qualche nostro paziente abbiamo fatto la considerazione: "ma a che serve tenerlo in pigiama, in questa corsia, quando ha cose ben più importanti da fare fuori?". Pensiamo un attimo alla coronarografia o a tutta una serie di interventi chirurgici... Purtroppo una cosa ottima nelle intenzioni si è trasformata in quel mostro che tutti conosciamo: anziché condensare le prestazioni che con una normale degenza ospedaliera richiedono più giorni, nei fatti i nostri day hospital finiscono col dilatare i vecchi ambulatori per patologie "arricchendoli" di qualche esame spesso superfluo.

Per un attimo vorrei lasciare da parte le polemiche e cercare di fare il punto della situazione, almeno per quanto di mia conoscenza, su questo problema con il quale spesso dobbiamo confrontarci nella attività ambulatoriale.

Innanzitutto chiariamo che il "ricovero in day hospital" non ha nulla a che vedere con lo "screening in day hospital" che non esiste più e che è stato un problema "scabroso" che ha suscitato vivo interesse da parte della magistratura e parecchi patemi per alcuni MG.

L'attuale disciplina dei "ricoveri in day hospital" è contenuta nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia (BUR) del 6 settembre 1995 n. 96.

Tale bollettino riporta una serie di provvedimenti relativi al ricovero in day hospital.

Siccome si tratta di 14 pagine fitte fitte, cercherò di estrarre, sintetizzare e tradurre dal linguaggio burocratese ciò che a noi MG interessa.

Va subito detto che i ricoveri in day hospital possono essere eseguiti in qualsiasi struttura, pubblica o privata convenzionata, che abbia attivato tale servizio; conseguenza di ciò è che il paziente è libero di scegliere autonomamente la struttura che preferisce.

Vengono indicate tutta una serie di "prestazioni diurne" che sono relative a: IPERTENSIONE, ENDOSCOPIA DIGESTIVA, ENDOSCOPIA BRONCHIALE, ENDOSCOPIA UROLOGICA, DIABETE, GRAVIDANZA A RISCHIO, TRATTAMENTO DELLE NEFROPATIE CRONICHE.

Per ognuna di tali discipline il BUR specifica tutte le prestazioni che vanno effettuate per ogni singola branca e in alcuni casi specifica la cadenza con la quale i day hospital possono essere ripetuti.

Occorre aggiungere che a queste patologie gli ospedali ne hanno aggiunte tante altre (MALATTIE INFETTIVE, CIRROSI EPATICA; BPCO; DH TERAPEUTICI; SCREENING DEI DISTURBI RESPIRATORI NEL SONNO ecc.) di cui non sono riuscito a trovare i riferimenti normativi, anche se, sempre sul BUR n. 96 del 6.9.1995, a pag. 2346, a proposito delle prestazioni di assistenza ospedaliera in day hospital si fa riferimento a "linee guida del Ministero della Sanità (G.U. n. 150 del 29.6.1995) " e, sempre nello stesso capoverso si parla di un provvedimento di "riordino della rete dell'assistenza ospedaliera mediante

individuazione delle prestazioni di carattere medico diagnostico e/o terapeutico che necessitano di maggiore incentivazione in relazione ai bisogni assistenziali). Probabilmente è tutta in questo capoverso la chiave che ha permesso l'ingresso nel settore day hospital di tutta una serie di prestazioni, alcune delle quali francamente fantasiose. Ho avuto notizia da alcuni colleghi della imminente attivazione, nel loro distretto di un "DAY HOSPITAL DI PRONTO SOCCORSO"..... In pratica si tratta, nella maggior parte dei casi della trasformazione in DH dei vecchi "ambulatori per patologia" come ho già detto prima.

In data 6.2.1996 l'Assessorato Sanità della Regione Puglia, a seguito di uno specifico quesito posto dal Direttore Generale della ASL TA/1 con nota n. 24/626/112/18 dice testualmente: "Tali prestazioni sono da erogarsi in alternativa alla degenza ordinaria, quindi non attuabili in ambito ambulatoriale (art. 1, co. 1, DPR 20.10.92) e devono essere caratterizzate dalla erogazione di prestazioni multiprofessionali e plurispecialistiche (art. 1 co.2 DPR 20.10.92)

Non è quindi assolutamente ammissibile l'esecuzione in regime di ricovero in day-hospital di semplici prestazioni eseguibili anche ambulatorialmente."

A questo punto vorrei fare delle considerazioni di carattere personale, pertanto opinabili, sulle quali si potrà eventualmente aprire una discussione.

Lascia per lo meno perplesso il contenuto della nota su riportata quando afferma in maniera decisa che "Non è quindi assolutamente ammissibile l'esecuzione in regime di ricovero in day-hospital di semplici prestazioni eseguibili anche ambulatorialmente." Infatti se diamo una scorsa alle prestazioni previste per l'esecuzione dei day hospital, queste sono, tranne rare eccezioni TUTTE FRUIBILI AMBULATORIALMENTE. Ci sono dei casi limite quali il "controllo trimestrale per diabetici tipo 2 o bimestrale per diabetici di tipo I" che prevedono: 1) visita medica; 2) esame del controllo glicometabolico eseguito a domicilio; 3) indagine anamnestiche dietologica; 4) glicosuria ed acetonuria; 5) Emoglobina glicosilata; 6) Verifica autocontrollo."

Prima di fare commenti coloriti oppure sbellicarci dalle risa poniamo mente al fatto che se, dove si decide, sono stati autorizzati tali day hospital (che ora stanno nascendo in ogni ospedale), evidentemente si ritiene che questo tipo di prestazioni non debbano essere fruiti ambulatorialmente. Siccome, d'altro canto, sappiamo bene che tali prestazioni sono il nostro pane quotidiano, quando verranno fuori (sempre che non ci siano già!) i DH per l'artrosi, per l'Herpes simplex; per la rinite o per la sdr. influenzale e, perché no, per il rilascio del certificato INPS di malattia, andrà da sé che la nostra permanenza nell'ambito del SSN come assistenza primaria non avrà più alcun senso....

Quindi tutti (quasi) questi day hospital di fatto vengono a determinare una serie di "turbolenze" nella nostra attività che cercherò di elencare in maniera schematica:

- 1) un esproprio di nostre competenze
- 2) un formidabile fattore moltiplicativo di spesa
- 3) sottrazione di risorse che vengono meno in altri settori

REQUISITI MINIMI DI APERTURA DEGLI STUDI MEDICI

Per i colleghi che intendono aprire un ambulatorio convenzionato con il SSN o trasferirsi in altre sedi, ecco la circolare regionale che stabilisce i requisiti minimi indispensabili per l'apertura di un ambulatorio. A quanto descritto vanno aggiunti, tra gli altri, gli adempimenti previsti dalla Legge 626/96, sulla sicurezza sul lavoro, già discussa nel precedente notiziario.

OGGETTO: Accordo Collettivo Nazionale per i Medici di Medicina Generale - D.P.R. n.314/90, art.8 - Requisiti ed apertura degli studi medici.

Come è noto sul supplemento ordinario della G.U. n.260 del 7/11/1990 è stato pubblicato il D.P.R. 28/9/90 n.314 che, ai sensi dell'art.19 della legge n. 833/78, rende esecutivo l'Accordo Collettivo Nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale.

L'art.8 del predetto Accordo contiene norme sui "requisiti e apertura degli studi medici"

Al riguardo questo Assessorato ritiene opportuno evidenziare alcuni indirizzi concordati con il Comitato Consultivo Regionale per la Medicina Generale.

Preliminarmente va ritenuto anche se non espressamente menzionato dall'articolo in questione che gli studi - devono, innanzitutto corrispondere alle norme contenute nei regolamenti edilizi comunali.

Infatti, è in detti regolamenti che possono trovare enunciazione più precisa anche gli stessi requisiti della norma convenzionale, specialmente per quanto concerne l'illuminazione, l'areazione dei locali ed i servizi igienici.

Ai requisiti relativi alla sala di attesa ed ai servizi igienici, vanno aggiunti gli arredi e le attrezzature per l'esercizio della professione.

Pertanto, ferma restando la conformità ai regolamenti di igiene ed alla normativa più generale vigente in materia, gli studi professionali dei medici di medicina generale dovranno presentare i seguenti standards minimi

1) per quanto concerne le caratteristiche strutturali lo studio dovrà essere articolato in:

LOCALE ATTESA, SERVIZI IGIENICI, LOCALE STUDIO: illuminati ed aerati in maniera idonea;

2) la **dotazione degli arredi** dovrà essere così caratterizzata:

a) **SALA ATTESA:** sedie o equivalenti (minimo 6 posti a sedere, tavolo porta riviste, attaccapanni, porta ombrelli;

b) **SERVIZI IGIENICI** accessibili agli utenti: cestino porta-rifiuti, carta igienica sapone, asciugamani.

c) **STUDIO:** una sola scrivania, una poltrona o sedia, due sedie, lettino, predellino, un armadietto o equivalente, uno schedario o equivalente, un cestino porta rifiuti;

3) La dotazione dello **STRUMENTARIO DI BASE** dovrà essere costituita da: 1 sfigmomanometro, 1 fonendoscopio, 1 martelletto, abbassalingua (usa e getta), 1 pinza anatomica, 1 pinza chirurgica, 2 forbici, bollitore o sterilizzatrice, mezzi chimici per sterilizzazione, laccio emostatico, materiale di medicazione (garze, cotone, alcool, ecc.) bacinella reniforme.

4) **STRUMENTARIO INTEGRATIVO** è necessario che lo stesso sia adeguato alle prestazioni di particolare impegno professionale effettuate dal medico. In particolare per l'aerosol

terapia è necessaria una apparecchiatura fissa ed un apposito locale autorizzato secondo la normativa in vigore, compresa quella della CEE.

Inoltre, ai sensi dell'allegato "D" (prestazioni di particolare impegno professionale) al D.P.R. n.314/90, il medico convenzionato è tenuto a rilasciare apposita dichiarazione scritta attestante le prestazioni, tra quelle incluse nell'allegato medesimo, relativamente alle quali lo studio sia corredato da idonea attrezzatura.

L'eventuale accertamento del venire meno dei requisiti minimi di cui all'art.6 del D.P.R. n.314/90, sarà contestato al medico, sentito il parere del Comitato Consultivo di USL ex art 36, assegnando allo stesso medico un termine, per la regolarizzazione, adeguato all'entità dei rilievi contestati, comunque non inferiore a 60 giorni.

La eventuale cessazione del rapporto convenzionale per sopravvenuto e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'art.8 in questione, potrà essere dichiarata dalla USL previo parere del Comitato Consultivo di USL ex art.36 e tenute presenti le eventuali giustificazioni addotte dal medico interessato.

I commi 30 e 41 dell'art.8 del già citato D.P.R. n.314/90 prevedono che i locali dello studio convenzionato possono essere inseriti anche in un appartamento ad uso di civile abitazione o in strutture adibite ad altre attività, a condizione che esistano ingressi indipendenti, sia eliminata ogni comunicazione tra lo studio e le altre strutture e, in ogni caso, esistano i requisiti minimi stabiliti dalla norma.

I commi 5° e 6° della norma convenzionale di cui trattasi disciplina l'argomento delle giornate e l'orario di apertura degli studi medici; eventuali variazioni rispetto a quanto già noto alla USL devono essere adeguatamente motivate ed immediatamente comunicate alla USL medesima.

Altri adempimenti:

- Sicurezza degli impianti elettrici e termici
- Targa e pubblicità sanitaria
- Eliminazione delle barriere architettoniche.
- Comunicazione al catasto comunale rifiuti
- Contratto di smaltimento per i rifiuti sanitari
- Conformità alle norme CE delle apparecchiature elettromedicali

Nel Consiglio Provinciale del 31 gennaio scorso il dott. LUIGI APRILE è stato nominato per acclamazione Presidente dell'Assemblea degli iscritti FIMMG e coordinatore dei gruppi di studio sindacali.

NOTIZIE DALLE ASL

Parte da questo numero del Notiziario un servizio di informazione sulle attività della Periferia: troveranno posto in questa rubrica delibere dei Direttori Generali di ASL di interesse comune, iniziative sindacali dei fiduciari FIMMG di ASL e quant'altro possa interessare la nostra attività di Medici di Famiglia.

ASL BA1: Il vice-segretario FIMMG interviene sullo spostamento di sede della Guardia Medica di Corato

Si riporta il testo della lettera inviata al Direttore Generale della ASL BA/1 e per conoscenza al Prefetto di Bari e al Sindaco di Corato

La FIMMG Provinciale di Bari chiede alla S.V. un incontro urgente per conoscere le determinazioni circa il trasferimento della sede della Guardia Medica di Corato, come appreso da un pubblico manifesto firmato dal Sindaco di Corato. Si fa presente che a norma dei D.P.R. 484/96 ogni decisione inerente l'applicazione della suddetta convenzione dovrà essere comunicata e concordata con le parti firmatarie dello stesso. Desideriamo inoltre conoscere se i presunti locali sono agibili; se sono state rilasciate le relative autorizzazioni igienico sanitarie per un ambulatorio medico pubblico, se consentono la coabitazione con la locale associazione (S.E.R.) anche in considerazione del rispetto e della salvaguardia della privacy degli utenti - pazienti; se sono state adottate tutte le misure atte ad abolire le barriere architettoniche.

In attesa di un vostro riscontro vi diffidiamo dal procedere in tale determinazione

25 febbraio 1998

Firmato: il vice segretario provinciale:

dott. Paolo Mangione

Il segretario Provinciale dott. Filippo Anelli.

ASL BA4: Le organizzazioni sindacali rispondono con un telegramma alla ASL che intende procedere al recupero delle somme arretrate "indebitamente percepite dai MMG: Telegramma del 25.2.98

Le sottoscritte OO.SS. chiedono incontro urgente su recupero somme percepite a vostro dire, indebitamente, dai MMG e Pediatri. Ritengono illegittimo ogni prelievo, ed in ogni caso, indispensabile una preventiva autorizzazione ed intesa con i Sindacati.

Le Segreterie Provinciali FIMMG, CUMI, FIMP.

ASL BA4: La segreteria FIMMG risponde alla ASL sulle lettere inviate a molti medici di famiglia, circa il presunto sfondamento della media di prescrizioni farmacologiche.

Oggetto: Monitoraggio spesa farmaceutica

Numerosi colleghi si sono visti recapitare un prospetto sulla spesa relativa alle attività prescrittive personali con la media di provincia e di regione.

Dall'esame dei dati, che appaiono anche a persone non esperte di statistica, grezzi e approssimativi, non si evince come si possa concludere che la spesa media per assistito sia superiore a quella auspicabile.

La comunicazione si conclude con un invito (intimidazione ?) a "voler rientrare nei limiti della spesa media"

Quale media ?, Calcolata come?. E a tutti noto chi opera in centri prossimi a ospedali Universitari e, comunque ai prossimità di aree metropolitane, subisce le prescrizioni indotte di farmaci "nuovi", che guarda caso sono anche i più costosi. Ancora, la domanda di salute risente sempre più dell'offerta che tali centri, promuovono e i medici di famiglia non possono non risentire di tale fenomeno. Peraltro i recenti accordi firmati in sede regionale - e precisamente al punto 16.2.2. e al punto 16.2.3 indicano differenti criteri di analisi, di standardizzazione e di attribuzione della spesa farmaceutica. Pertanto, si invitano le SS.VV. a sospendere l'invio di tali comunicazioni e a programmare un incontro che definisca i termini della questione. Bari, lì 13 febbraio 1998

I Fiduciari: dott. Cosimo de Mola, dott. Gaetano Bufano, dott. Mario Lepore

Il Segretario Provinciale: dott. Filippo Anelli

ASL BA3: Ai Medici che hanno restituito integralmente le somme arretrate alla ASL è stata operata una indebita decurtazione sulle competenze relative alle ADP: Al danno, la beffa:

dopo aver integralmente restituito le maggiori somme arretrate percepite nel 1997, alcuni Medici si sono visti decurtare gli importi delle visite di ADP relative al mese di novembre 1997; la direzione generale, sollecitata dal Vice Segretario dott. De Robertis, ha replicato che il calcolo delle ADP è stato erroneamente, effettuato sul 20% del netto percepito, anziché sull'importo lordo complessivo. Sono state fornite assicurazioni che le maggiori spettanze verranno liquidate con il mese successivo.

**QUESTA PAGINA E' APERTA AL
CONTRIBUTO DI TUTTI PER SEGNALARE
NOTIZIE DI INTERESSE GENERALE
PROVENIENTI DALLE VARIE ASL**

Segue da pag.6 : Il ricovero in Day hospital

(p. es al territorio)

4) una maniera legale di elusione del pagamento del ticket

5) una fonte inesauribile di contenzioso con l'assistito che vede le cose col metro del suo personale tornaconto e non gliene sbatte niente di sciupare inutilmente delle risorse sottraendole alla collettività

6) le armi in campo in tale contenzioso sono impari: da una parte la nostra professionalità, la nostra continua valutazione del rapporto costo/beneficio, la nostra capacità di convincere l'assistito alle nostre tesi; dall'altra l'arma della ricsuzione, magari con tutto il nucleo familiare...

7) una fase intermedia di un processo di "ospedalizzazione a domicilio" che "accredita" i medici ospedalieri nella gestione delle cure primarie e li prepara ad "invadere il territorio" quando e se i tanti piccoli ospedali privi di elevati standard di specializzazione chiuderanno

A questo punto sarebbe logico passare alla fase propositiva. Purtroppo non è possibile formulare proposte di comportamento che possano configurarsi come "linee guida" che abbiano un valore "assoluto". Qualunque cosa facciamo, avremo "sbagliato" (nei confronti dell'assistito, o dell'ospedaliero, o delle casse regionali, o, last but not least, nei confronti della nostra dignità professionale).

La mia personale modalità di comportamento è decisamente "restrittiva" per le seguenti ragioni:

- salvo casi particolarmente gravi (e comunque rari) la gestione del paziente diabetico, iperteso, bronchitico o epatopatico credo sia competenza propria della assistenza primaria

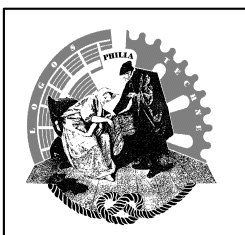
- è per lo meno contraddittorio il fatto che da una parte ci battiamo per ottenere una decente convenzione regionale che ci assegni nuovi compiti retribuiti e dall'altra parte tralasciamo di fare ciò che prevede la normativa nazionale.

- vista comunque la quantità e la qualità delle prestazioni erogate in tali DH qui si sta gettando soldi al vento e non credo che, come collettività - pugliese in particolare - ce lo possiamo tanto permettere.

- l'assistito a cui viene rifiutato un DH riceve certamente un danno, ma solo riferito ai suoi falsi bisogni di "ceck up" o di "analisi generali", peraltro assolutamente inutili; d'altra parte se è affetto da determinate patologie ha diritto all'esenzione del ticket grazie alla quale ha diritto ad un certo numero di prestazioni essenziali con le quali si può benissimo monitorare la sua patologia. Se poi si tratta del povero cristo che non ha gli occhi per piangere ed ha reale necessità di eseguire determinati accertamenti, in questo caso avremmo buone ragioni se non altro "moralì" in senso lato per fargli l'impegnativa per il day hospital.

Così come, quando ci si trova di fronte ad un caso che necessita di tutta una serie di accertamenti che vanno eseguiti tempi rapidi il day hospital diagnostico, giacché comunque esiste, va preso in considerazione.

NOTIZIE dalla S.I.M.G. TERRA DI BARI



Come annunciato nel precedente numero nei giorni **7 e 21 marzo e 4 aprile**, si terrà presso la Sala Convitto Santa Caterina dell'Ospedale di Venere di Carbonara il Corso di Formazione sulla **Terapia Anticoagulante Orale**: animatore sarà il dott. Giancarlo Tricarico; docenti di contenuto i dott.ri Antoncicchi e Lattanzio.

Le qualità del medico di famiglia: umanità o cultura? Dott. Gaetano D'Ambrosio

Nel corso della sua visita a Bari il dott. Mario Falconi, segretario nazionale della FIMMG, nel descrivere la situazione attuale della medicina generale, ha accennato ai rapporti tra FIMMG e SIMG, da sempre oggetto di discussione e di qualche polemica. Ha confermato la necessità che le due associazioni collaborino, nell'interesse dei medici di famiglia, esercitando i rispettivi ruoli di difesa degli interessi della categoria e di sviluppo dei contenuti della professione. Ha infine affermato che la crescita culturale è importante ma che, per il medico di famiglia, ancora più importante è la relazione col paziente e che, tra un medico umano e un medico colto preferirebbe senza esitazione il primo.

Il giudizio può essere in larga misura condiviso.

Non è mai superfluo affermare che la disponibilità, la capacità di ascolto, l'atteggiamento empatico, l'attitudine a farsi carico anche degli aspetti psicologici e sociali della malattia, sono elementi fondanti della professione del medico di medicina generale.

E' altresì opportuno affermare che il prototipo culturale della medicina accademica, basato sulle cognizioni, centrato sulla malattia e trasmesso attraverso il canale gerarchico della specializzazione è molto lontano, anzi opposto, al modello culturale della medicina generale, fondato sulla pratica professionale, centrato sul paziente e sui problemi, elaborato e trasmesso attraverso la collaborazione tra pari e la condivisione di esperienze.

Detto questo, dobbiamo tuttavia affermare che, a nostro avviso, umanità e competenza non sono antitetici ma rappresentano due qualità imprescindibili del medico di medicina generale.

Nel suo libro di testo "General Practice", John Murtagh afferma: *"Alla base di un'adeguata assistenza al paziente è l'atteggiamento di chi lo ha in cura. Un medico attento, responsabile e competente, amico disponibile e fidato, è davvero un tesoro per i suoi pazienti"*. Responsabilità e competenza sono, quindi, elementi stessi di quella umanità che appare a tutti la qualità principale del medico di medicina generale. Per essere davvero vicino al suo paziente, il medico di famiglia deve sentire il dovere non solo di stabilire con lui un'efficace relazione di aiuto ma anche di mettere a sua disposizione cognizioni aggiornate e abilità adeguate.

Vi è poi un'altra considerazione da fare. La componente affettivo-relazionale di una prestazione professionale, pur essendo il frutto di qualità innate, del temperamento individuale, della cultura, del vissuto di esperienza di ciascun medico, può sempre essere migliorata attraverso opportune tecniche di insegnamento-apprendimento. Del resto, come dice il Gallini, il processo formativo *"non mira soltanto a insegnare nozioni e concetti, ma essenzialmente a determinare comportamenti operativi che risultano dall'acquisizione di cognizioni (sapere), di abilità manuali e pragmatiche (saper fare), di positivi atteggiamenti relazionali (saper essere)"*. L'umanità del medico, insomma, può essere appresa e insegnata. Il rapporto fra tutore e tirocinante è forse l'esempio più evidente di quanto questa affermazione sia vera ed importante per la pratica della medicina generale.

Umanità e competenza, arte e scienza in medicina sono due facce della stessa medaglia.

Un processo formativo continuo è necessario perché il medico mantenga aggiornati i propri schemi cognitivi ma anche sia capace di affinare le proprie performances relazionali.

Nel suo recente libro "L'arte perduta di guarire" Bernard Lown, grande cardiologo statunitense, afferma: *"Un medico appartiene a due culture: quella dominante è la scienza, la seconda è l'arte di curare, che è indispensabile al pieno successo della scienza"*. Questa affermazione si adatta perfettamente al modello professionale della medicina generale ed è simbolicamente rappresentata dal logo della SIMG.

Tra un medico umano e un medico colto non sapremmo proprio quale scegliere, perché pensiamo che umanità e cultura siano entrambe condizioni necessarie ma non sufficienti per l'esercizio della medicina generale.

ATTIVITA' SINDACALE:

LE ELEZIONI DEI RAPPRESENTANTI DI DISTRETTO

Modifiche all'art.10 dello Statuto FIMMG Provinciale

Art.1 L'assemblea di ASL è composta da tutti gli iscritti FIMMG appartenenti alla ASL ed è convocata dal coordinatore di ASL, ogni qualvolta sia necessario, o su propria iniziativa o su richiesta di almeno un fiduciario di ASL o di due terzi dei membri del Consiglio di ASL o di un terzo degli iscritti, con l'assenso del Segretario Provinciale che partecipa di persona o vi invia un proprio delegato.

Art.2 L'assemblea di ASL elegge il Consiglio di ASL.

L'assemblea ha potere deliberativo solo su problemi riguardanti esclusivamente il territorio di competenza e le decisioni assunte debbono essere sottoposte all'approvazione dell'Esecutivo Provinciale di settore.

Art. 3 Il Consiglio di ASL è costituito dal:

1. Coordinatore di ASL
2. Dai tre fiduciari di ASL
3. Dai Rappresentanti di distretto
4. Dai Consiglieri Provinciali, dai Probiviri e dai Revisori dei Conti appartenenti alla medesima ASL

Art. 4: L'assemblea di ASL si svolge di norma nella città sede della Direzione Generale di ASL.

L'assemblea di ASL nomina il Coordinatore di ASL nella persona del Vice Segretario Provinciale residente nel territorio della ASL o, in assenza di questo, lo sceglie tra i Consiglieri Provinciali, i Revisori dei Conti o i Probiviri, anch'essi appartenenti alla medesima ASL.

Art. 5: Il Coordinatore di ASL ha il compito di convocare, almeno una volta l'anno, l'assemblea ASL dei soci FIMMG, con le modalità previste dall'art. 1; e di riunire il Consiglio di ASL, almeno una volta ogni tre mesi, ed ogni qualvolta ne facciano richiesta almeno due componenti.

Il Coordinatore di ASL deve inviare al Segretario Provinciale il verbale delle riunioni assembleari e consigliari. Il mancato invio dei suddetti verbali comporta la nullità degli atti.

Art. 6: I Fiduciari ASL sono i rappresentanti periferici del Sindacato. Sono eletti con le modalità previste dall'art. 14 e successive modifiche dello Statuto Provinciale, in numero di tre per ASL, appartenenti a città diverse, e fanno parte, a pieno titolo, del Consiglio Direttivo Provinciale.

Art. 7: I Rappresentanti di Distretto sono scelti dai soci FIMMG del distretto di appartenenza dando la precedenza ai membri eletti nel Consiglio Direttivo Provinciale.

Ogni assemblea ASL eleggerà tanti rappresentanti di distretto quanti sono i distretti di cui è composta la propria ASL. La carica di Rappresentante di Distretto è compatibile con altre cariche sindacali.

Le candidature dei rappresentanti di distretto potranno essere presentate direttamente in assemblea. Il mandato dei rappresentanti di distretto ha la stessa durata dei consiglieri del direttivo provinciale.

Art.8 I rappresentanti di distretto cureranno, in stretta collaborazione con i Fiduciari ASL i rapporti sindacali con i responsabili aziendali del distretto; informeranno i colleghi circa ogni iniziativa intrapresa dal sindacato; vigileranno sulla corretta applicazione della convenzione a livello distrettuale, le eventuali iniziative intraprese ed i rapporti tra colleghi.

Art.9 I fiduciari di ASL ed i rappresentanti di distretto sono i responsabili locali del Sindacato, ma non dispongono della

firma sociale, se non per gli atti di normale amministrazione. I Rappresentanti di distretto saranno anch'essi convocati alle riunioni del consiglio direttivo provinciale, avranno diritto di parola e di esprimere parere consultivo.

Art. 10: I Rappresentanti di Distretto possono convocare l'assemblea di distretto ogni qualvolta sia necessario, o su propria iniziativa o su richiesta dei fiduciari di ASL, o di un terzo degli iscritti, con l'assenso del segretario Provinciale che partecipa di persona o vi invia un proprio delegato. L'assemblea ha potere deliberativo solo su problemi riguardanti esclusivamente il territorio di competenza e le decisioni assunte devono essere sottoposte all'approvazione dell'esecutivo provinciale di settore.

Il Responsabile di Distretto, deve inviare al segretario Provinciale il verbale delle riunioni assembleari; il mancato invio dei suddetti verbali comporta la nullità degli atti.

Art.11: Il consiglio direttivo Provinciale elegge, a scrutinio segreto, il Presidente dell'Assemblea e del Consiglio Direttivo Provinciale; Il presidente dell'assemblea e del Consiglio Direttivo Provinciale ha il compito di: presiedere l'assemblea e il consiglio direttivo provinciale; disciplinare gli interventi; porre alla discussione e al voto l'ordine del giorno.

Al presidente dell'assemblea e del Consiglio Direttivo Provinciale è demandato il compito di coordinare le commissioni di lavoro e di studio istituite dal Consiglio Direttivo Provinciale.

PAGINA DEL SETTORE FIMMG-FORMAZIONE

A cura del Dott. Coluccelli Furio.

Ha inizio da questo numero del notiziario F.I.M.M.G., la pagina di aggiornamento del settore Formazione della F.I.M.M.G.; essa è rivolta principalmente a tutti i colleghi possessori dell'Attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale e ai "formandi" della stessa branca. All'interno di questa pagina potranno trovare spazio, di volta in volta, notizie relative a problematiche di natura sindacale, occupazionale, aggiornamento professionale e quant'altro possa contribuire a valorizzare e affermare la figura di noi medici "specializzati in Medicina Generale"!!! Come è noto il settore Formazione della

F. I.M.M. G. è finalmente una realtà anche da noi i Puglia ed è perciò che Sabato 21 Febbraio presso la sede F.I.M.M.G. di Bari in via Santi Cirillo e Metodio si è tenuto il primo congresso regionale della F.I.M.M.G. formazione durante il quale si sono tenute le prime elezioni del direttivo regionale come previsto dallo statuto. Sono stati ufficialmente invitate le cariche provinciali e regionali FIMMG e SIMG e la "F.I.M.M.G. guardia medica". Durante il congresso dopo i saluti degli invitati è seguita la relazione del segretario uscente Dr. Nicola Calabrese, tesseramento 1998 e programmazione delle attività per il corrente anno. In questo momento così delicato per il ns. futuro occupazionale è importante che tutti diano il contributo in termini di proposte. idee così da far acquisire al nostro comparto il giusto peso per che saranno le trattative sindacali future alle quali noi dovremo partecipare in maniera ATTIVA!!! per non rimanere al palo come le recenti vicende hanno fino ad ora mostrato; è per questo che invitiamo, quanti lo desiderino, a dare la propria adesione al ns. sindacato. I colleghi che in futuro desiderino affrontare problematiche di varia natura all'interno dello spazio a noi riservato su notiziario possono contattarmi presso la sede F.I.M.M.G. Bari.