

# NOTIZIARIO F.I.M.M.G.

Numero 4

In redazione: Giancarlo Tricarico

Maggio-Giugno 1998

NOTIZIARIO PRODOTTO IN PROPRIO E DISTRIBUITO GRATUITAMENTE AGLI ISCRITTI

Sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 46 del 15 maggio 1998

## PUBBLICATO L'ACCORDO REGIONALE PER LA MEDICINA GENERALE

Dopo un iter travagliato, la convenzione regionale è stata finalmente pubblicata sul Bollettino Regionale, in attuazione della delibera regionale n. 1245 del 29 aprile 98.

Numerosi aspetti qualificanti dell'Accordo Regionale relativo alla parte normativa dell'ex DPR 484/96, saranno ora demandati alle trattative aziendali con le singole ASL: segnaliamo tra i più importanti

- ◆ La regolamentazione delle ADI e delle ADP
- ◆ La corresponsione dell'indennità di collaborazione informatica e di collaboratore di studio
- ◆ L'attività di formazione obbligatoria e tutoring
- ◆ L'associazionismo medico e la medicina di gruppo
- ◆ Le campagne di prevenzione vaccinale

L'impegno della FIMMG sarà ora profuso al massimo nel raggiungimento degli obiettivi previsti dall'accordo regionale, vedendo impegnati nelle trattative con le ASL i vice-segretari provinciali ed i fiduciari. (all'interno l'elenco delle delegazioni di ASL)

Quanto prima sarà inviato per posta agli iscritti il fac-simile per le domande di indennità di collaborazione informatica e di collaboratore di studio, da presentare alle ASL entro il 30 giugno.

### SOMMARIO

Publicato l'accordo regionale per la medicina generale	1
L'ambiente e i tumori (Incontro con gli amministratori)	1
La FIMMG di Bari incontra il Ministro della Sanità	1
L'esecutivo provinciale al Convegno Quadri FIMMG	1
Approvati i bilanci consuntivo 97 e preventivo 98	3
Commissione Fisco della FIMMG: chiarimenti	3
Terapia Di Bella: Chiarimenti sull'attuazione DL 17/2/98	4
Sentenza del Consiglio di Stato sugli Anoressizzanti	5
Terapia Di Bella: Modifiche al D.L. 17/2/98	6
Incompatibilità: esposto denuncia allo SNAMI	7
D.L. sulla erogazione gratuita della Cura di Bella	7
Attività sindacale delle sezioni fiduciarie	8
Delegazioni per le trattative aziendali sul contratto regionale	8
Consenso informato per prescrizione farmaci fuori scheda tec.	8
FIMMG Formazione	9
FIMMG Formazione: modello domanda graduatoria 2000	9
Attività della Sezione SIMG di Bari	9
Consiglio Nazionale FIMMG sulla nuova convenzione	10
Approvato il piano sanitario nazionale	11
L'esecutivo provinciale alla Scuola Quadri di Lerici	12

Il 23 maggio a Bari, in collaborazione con Legambiente

### L'AMBIENTE E I TUMORI

Incontro con gli Amministratori  
Conferenza Stampa

Si è svolto, con l'intervento del Segretario Organizzativo Nazionale, dott. Nunzio Romeo; un incontro con gli Amministratori Locali per proporre l'istituzione di un registro regionale tumori.

Hanno partecipato

L'ing. Domenico Lobaccaro, Pres. Regionale di Legambiente

Il dott. Filippo Anelli, Segretario Provinciale della FIMMG Bari

Il prof. Giorgio Assennato Medicina del Lavoro – Università di Bari

Il prof. Claudio Pagliara, Oncologo – Legambiente

Il dott. Paolo Mangione, vice segretario provinciale FIMMG Bari

Numerosi amministratori locali di AA.SS.LL. (segue a pag.2)

Il 25 maggio a Bari

### LA FIMMG DI BARI INCONTRA IL MINISTRO DELLA SANITA' BINDI L'intervento del segretario provinciale, dott. Anelli

I medici di famiglia in Puglia si sentono parte integrante ed essenziale del SSN. Un servizio importante nel nostro Paese perché applica concretamente l'art. 32 della Costituzione Italiana che riconosce a tutti i cittadini, anche i più poveri, il diritto alla salute. I medici di medicina generale sono attenti ai cambiamenti in atto nel nostro Paese e intendono oggi sostenere il progetto del Ministro della Sanità, Rosi Bindi, di introdurre nel Disegno di Legge di Delega del SSN livelli  
continua in 2^ pagina

### Il 23 maggio 1998 CONVEGNO PROVINCIALE QUADRI FIMMG - BARI

Si è tenuto a Bari, presso la sede provinciale FIMMG, il primo convegno provinciale Quadri, rivolto ai membri del Direttivo Provinciale: sono state affrontate le tematiche del nuovo Accordo Regionale e le prospettive di piattaforma per rinnovo del Contratto Nazionale per la medicina generale.

### Dal 4 al 7 giugno a Lerici L'ESECUTIVO PROVINCIALE AL CONVEGNO NAZIONALE FORMAZIONE QUADRI F.I.M.M.G.

In ultima pagina il resoconto, a cura del dott. V. Grimaldi

continua dalla prima pagina: **L'AMBIENTE E I TUMORI**

Il progetto MAL'ARIA svolto dalla FIMMG e da Legambiente si è mostrata un'occasione per promuovere una reale prevenzione e per rffondere la consapevolezza che la qualità della salute dei cittadini è rettamente legata alla qualità dell'ambiente in cui vivono.

La campagna MAL'ARIA ha coinvolto a livello nazionale un certo numero di Medici di Famiglia che hanno invitato, tra i loro assistiti, un certo numero di adolescenti ed anziani affetti da patologie respiratorie in genere a monitorare alcuni disturbi spesso correlati all'inquinamento ambientale.

Da questa esperienza la Sezione FIMMG della Provincia di Bari e Legambiente della Regione Puglia hanno deciso di proseguire tale proficua collaborazione decidendo di sollecitare l'istituzione, da parte della Regione Puglia, del Registro tumori e di attuare un Osservatorio epidemiologico con la partecipazione dei Medici di famiglia .

La scelta di monitorare la patologia tumorale nasce da una duplice motivazione:

- 1) il cancro è fra le prime cause di morte nelle nostre società e la sua incidenza è in costante aumento;
- 2) per alcuni tumori vi sono numerose evidenze sullo stretto legame con determinate condizioni ambientali.

#### **REGISTRO TUMORI**

Vi è già uno stanziamento regionale di circa 800 milioni per l'istituzione di un Registro tumori nella provincia di Brindisi.

Tale scelta è determinata da diversi fattori:

1. Area a rischio secondo l'OMS;
2. Numerosità ottimale della popolazione e numero limitato di Comuni;
3. Eterogeneità territoriale ( presenza di nuclei urbani, aree industriali e agricole);
4. Presenza di un'unica Azienda Sanitaria Locale che copre l'intero territorio.

FIMMG e Legambiente si mobileranno affinché tale progetto venga finalmente attuato.

#### **OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO**

L'obiettivo è quello di attivare un'indagine epidemiologica sulla mortalità per tumore nei Comuni della provincia di Bari in cui si ritiene più utile tale indagine e in cui è possibile attivare le necessarie risorse umane ed economiche.

In particolare si intende attivare, tramite i Medici di Famiglia, coordinati e supportati da un Comitato scientifico regionale costituito dall'Istituto di Medicina del Lavoro dell'Università di Bari, FIMMG e Legambiente un'analisi epidemiologica su piccole aree ( per piccola area si intende una qualunque regione geografica con almeno 10.000 abitanti e con meno di 20 casi di malattia) che abbia lo scopo di verificare l'esistenza di un inusuale numero di casi di malattia nelle vicinanze di una fonte d'inquinamento e di un eventuale rapporto causale con quest'ultima.

L'analisi epidemiologica potrà essere rivolta sia alla mortalità che alla morbosità per patologia tumorale e avverrebbe tramite una scheda di rilevazione dei dati appositamente preparata.

L'analisi epidemiologica per piccole aree si avvarrà anche della rilevazione statistica dei dati di mortalità ottenuta attraverso le schede di morte ISTAT. L'elaborazione dei dati avverrà grazie al supporto del Centro Interdipartimentale dei Servizi per la Metodologia della Sperimentazione e Documentazione biomedica (CIMEDOC) dell'Università di Bari.

Finanziamenti : il coinvolgimento dei Medici di Famiglia potrà essere appositamente finanziato facendo riferimento all'art. 70 della Convenzione per la Medicina generale che, tra le Prestazioni e attività aggiuntive, al comma 3, paragrafo b prevede : "svolgimento di attività di ricerca epidemiologica, compresa la segnalazione di eventi sentinella e la partecipazione alla tenuta di registri per patologie, sulla base di protocolli concordati a livello regionale", ripreso dalla Contrattazione regionale all'art. 15.1.1 che prevede la destinazione da parte delle AUSL di un fondo del proprio bilancio pari al 6% per la prevenzione secondo quanto disposto dal Piano sanitario nazionale 1994/96.

continua dalla prima pagina: **LA FIMMG INCONTRA IL MINISTRO**

uniformi ed adeguati di assistenza, previsti dal Piano Sanitario Nazionale, su tutto il territorio.

Un passo importante, ma non sufficiente nella nostra realtà, a causa dei gravi ritardi, spesso vere omissioni, nell'applicazione di norme che introducono nuove forme di cura ed assistenza. Mi riferisco all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), prevista e disciplinata anche dalla precedente Convenzione - DPR 314/90 - e mai posta in essere in Puglia; e all'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), attuata parzialmente ed in modo non uniforme sul territorio regionale.

L'ADI e l'ADP sono strumenti qualificanti della professione, che dovrebbero essere necessariamente utilizzati da tutti i medici di famiglia e su tutto il territorio nazionale.

Come è possibile che cittadini italiani che vivono, ad esempio, in Emilia Romagna siano assistiti a domicilio, a causa di gravi patologie, dal loro medico di famiglia in collaborazione con specialisti, infermieri, assistenti domiciliari ed utilizzando strumenti e mezzi messi a disposizione dalla Azienda Sanitaria Locale, mentre in Puglia gli stessi cittadini italiani devono vivere la stessa malattia tra l'ospedale ed una precaria, volontaristica assistenza domiciliare?

E' opportuno, pertanto, che i livelli uniformi ed adeguati di assistenza siano finanziati da fondi vincolati in modo tale da evitare che i Direttori Generali distruggano quei fondi per continuare a sostenere comportamenti, come quella di evitare di razionalizzare la rete ospedaliera, dettati solo da calcolo politico.

Inoltre per la realizzazione dei livelli uniformi ed adeguati di assistenza che competono al medico di famiglia è indispensabile una politica di integrazione dei medici di medicina generale nel distretto che presupponga il coinvolgimento - diretto ed istituzionalmente riconosciuto - dei rappresentanti delle categorie nei momenti decisionali dell'elaborazione e gestione delle attività distrettuali.

Questo al fine di evitare quello che spesso succede nei nostri distretti, ove i responsabili, sino ad oggi, hanno interpretato questo ruolo in maniera molto limitata e spesso solo in termini di controllo.

Avviare, ad esempio, le procedure di controllo sulle prestazioni di particolare impegno professionale dei medici di famiglia è, di per sé, utile e necessario. Impiegare buona parte del tempo a controllare prestazioni che hanno un costo irrisorio (diecimila lire lorde per una medicazione) invece che elaborare programmi di intervento sugli anziani, incentivare i consultori familiari, attivare l'assistenza domiciliare, avviare programmi di formazione, programmare i tetti di spesa, razionalizzare le risorse, sostenere programmi di screening, implementare linee guida, è la conseguenza di una mentalità che contraddistingue molti burocrati delle nostre ASL.

Per questo è necessario che i medici di famiglia siano coinvolti nei momenti decisionali dell'elaborazione e gestione delle attività distrettuali. I medici di medicina generale, infatti, grazie alla loro posizione, sono a diretto contatto con la gente e possono interpretare, nella maniera più incisiva ed adeguata, le esigenze dei pazienti, anche in ragione delle risorse affidate al distretto.

In questi anni, grazie alla SIMG (Società Italiana di Medicina Generale), in virtù dei corsi di formazione continua, il medico di famiglia ha conseguito professionalità e competenza in relazione alla complessità della medicina in questa società moderna.

Predisporre risorse finanziarie da destinare a questo settore, gestito dai medici di medicina generale e dalle relative società scientifiche, significa sostenere concretamente la crescita del medico di famiglia.

Accanto alla formazione continua dovrebbero essere incentivati ed avviati i programmi di ricerca, predisposti e programmati dai medici di medicina generale

Filippo Anelli

## Approvati i Bilanci Consuntivo 1997 e Preventivo 1998

*Nell'Assemblea Provinciale del 18 Aprile u.s. approvata, inoltre, l'adesione alla polizza di tutela legale di Vito De Robertis Lombardi*

**L'adesione alla polizza di tutela legale comporterà un onere aggiuntivo di L. 15.000 per iscritto FIMMG, già a partire da quest'anno.**

In un'Assemblea affollata, sono stati presentati e approvati i Bilanci Consuntivo 1997 e Preventivo 1998. Riguardo al consuntivo c'è poco da dire in quanto questo Consiglio Direttivo ha gestito solamente l'ultimo mese del 1997; la gestione '97 si chiude con un **passivo di £ 9.027.472.**

L'illustrazione del preventivo per il 1998 invece ha costituito gran parte della mia relazione all'Assemblea.

Il bilancio non può essere solo un arido elenco di cifre ma deve essere l'espressione degli indirizzi programmatici di un'amministrazione; investire una cifra in una direzione piuttosto che in un'altra è sempre una scelta politica ed indica le priorità e le linee d'indirizzo verso le quali sviluppare la propria azione.

Cerchiamo, quindi, di analizzare in dettaglio le varie voci.

**Entrate:** sono previste entrate per 105.090.000 per un totale di 581 iscritti rispetto ai 484 del 1997.

Questa previsione, elaborata nel mese di Febbraio, è inevitabilmente imprecisa per il pervenire di sempre nuove adesioni.

La quota d'iscrizione è rimasta invariata rispetto agli anni passati (pur essendo una delle più basse d'Italia) anche se vi è stato un incremento del prelievo sulla quota sociale destinato a contributo alla quota nazionale, pari a lire 5000 annue ad iscritto (per complessive £ 47.000), rispetto all'anno scorso. L'Assemblea ha anche approvato l'adesione della nostra Sezione Provinciale alla polizza di tutela legale, illustrata nel numero scorso del notiziario, che prevede il pagamento suppletivo di una quota annuale di £ 15.000 per iscritto, dando mandato all'esecutivo di effettuare una ritenuta aggiuntiva pari a tale somma.

### Uscite.

I principi che hanno ispirato la stesura di questo bilancio sono: 1) razionalizzazione della spesa, 2) miglioramento dell'accessibilità e della comunicazione con gli iscritti, 3) promozione della partecipazione, 4) decentramento.

**Razionalizzazione della spesa.** Abbiamo ri-contrattato il canone di affitto della sede, trovando la disponibilità del locatore; sono stati aboliti tutti i rimborsi spese forfettari: le spese sostenute dai membri dell'esecutivo vengono rimborsate solo dietro esibizione del documento contabile relativo; abbiamo riportato il rimborso chilometrico ad 1/5 di litro di benzina per Km (in precedenza era stata portata a 1/3) e l'erogazione è subordinata alla effettiva percorrenza dei chilometri di cui si richiede il rimborso.

**Miglioramento dell'accessibilità per gli iscritti:** La sede è, ora, aperta tutti i pomeriggi escluso il sabato, grazie alla regolare assunzione, con contratto part-time, di un addetto di segreteria; è stato, inoltre, reso attivo 24 ore su 24 il servizio fax della nostra sede.

**Miglioramento della comunicazione con gli iscritti:** grande importanza abbiamo dato a questa attività. La comunicazione tempestiva di notizie, circolari regionali, e di tutto quello che può essere di supporto normativo alla attività dei Medici di famiglia iscritti è per noi fondamentale. Il Bollettino, il sito Internet, la casella di posta elettronica, sono gli strumenti per il raggiungimento di tale obiettivo.

**Promozione della partecipazione:** con l'istituzione delle commissioni di studio e di lavoro, finanziate in questo bilancio con una cifra simbolica intendiamo promuovere la partecipazione di tutti gli iscritti alla elaborazione delle decisioni e delle attività del Sindacato.

**Decentramento:** Altra cifra simbolica (£ 1000 per iscritto) è impegnata in questo capitolo di spesa; ma la volontà, risanato il bilancio, di supportare le attività dei consigli di ASL con idoneo finanziamento è forte e determinata.

Conciliare il risanamento economico della nostra Sezione con l'offerta di nuovi servizi agli iscritti ed il miglioramento di quelli esistenti è la sfida che ci siamo posti. Se alla fine di questo anno avremo centrato questi obiettivi e chiuso il bilancio in pareggio potremo sicuramente dire di aver fatto un piccolo passo in avanti verso una gestione moderna ed efficiente delle risorse di tutti.

## BILANCIO PREVENTIVO ANNO 1998

ENTRATE			
Numero iscritti			
REP. 02	CONTRIBUTO TESORERIA REGIONALE		L. 600.000
REP. 12	QUOTA ASSOCIATIVA DIRETTA	1	L. 90.000
REP. 03	QUOTE SINDACALI ASL BA/01	93	L. 16.740.000
REP. 03	QUOTE SINDACALI ASL BA/02	117	L. 21.060.000
REP. 04	QUOTE SINDACALI ASL BA/03	100	L. 18.000.000
REP. 03	QUOTE SINDACALI ASL BA/04	177	L. 31.860.000
REP. 00	QUOTE SINDACALI ASL BA/05	93	L. 16.740.000
TOTALI		581	L. 105.090.000
USCITE			
REP. 00	DISAVANZO DI CASSA AL31/12/97		L. 9.027.472
	INTERESSI PASSIVI		L. 208.028
ART. 01	QUOTE NAZIONALI FIMMG		L. 27.330.500
ART. 02	QUOTE REGIONALI		L. 1.743.000
ART. 03	PIGIONE ONERI E ACCESSORI		L. 19.560.000
ART. 04	PULIZIA SEDE		L. 840.000
ART. 08	ENEL		L. 400.000
ART. 09	TELECOM		L. 1.500.000
ART. 09	TIM		L. 1.000.000
ART. 10	ACQUISTO MATERIALE D'UFFICIO		L. 1.000.000
ART. 11	SPESE POSTALI		L. 3.300.000
ART. 14	RIMBORSI SPESE ESECUTIVO		L. 5.000.000
ART. 15	COMPENSO COLL. SEGRETERIA		L. 10.200.000
ART. 24	RIMBORSO KM ESECUTIVO		L. 17.500.000
ART. 25	AMGAS		L. 500.000
	STAMPA NOTIZIARIO		L. 2.000.000
	PROGETTO MAL'ARIA		L. 500.000
	CONGRESSO PROVINCIALE		L. 1.000.000
	CONSULENZA LEGALE		L. 500.000
	ABBONAMENTO INTERNET		L. 400.000
	ATTIVAZIONE COMMISSIONI		L. 1.000.000
	FINANZIAMENTO CONSIGLI DI ASL		L. 581.000
TOTALE USCITE			L. 105.090.000
SALDO AL 31/12/98			0

## COMMISSIONE FISCO DELLA FIMMG

La Commissione Fisco (C.F.) riunita a Lerici il 6 giugno 1998, in considerazione della non entrata ancora in vigore di eventuali norme legate agli studi di settore, ritiene per quest'anno di accludere alla dichiarazione dei redditi un asseveramento che spieghi la particolare situazione fiscale della nostra categoria.

La C.F. preso anche in esame il "Modello Unico 98 per la dichiarazione dei redditi", ha rilevato nelle istruzioni della compilazione del modello stesso, nel fascicolo 3°, pag. 90, V capoverso:

"Contributo di solidarietà (previsto - assistenziale)" all'ultimo capoverso deve essere aggiunta alla frase "Il contributo è pari all'1% del reddito professionale netto prodotto nel 1997 eccedente lire 79.800.000" la specificazione: "Con esenzione dei redditi già assoggettati a contribuzione previdenziale obbligatoria", onde evitare rischiosi errori da parte dei commercialisti. In sintesi si tratta di redditi da libera professione "pura" e non di redditi da convenzione. (8 giugno 98)

## TERAPIA DI BELLA

### Chiarimenti sull'attuazione del D.L. 17 febbraio 1988 n. 23

#### GAZZETTA UFFICIALE N.45 DEL 24 FEBBRAIO 1998

MINISTERO DELLA SANITA'

COMUNICATO RIGUARDANTE L'ATTUAZIONE DEL DECRETO-LEGGE 17 FEBBRAIO 1988, N. 23, RECANTE: ((DISPOSIZIONI URGENTI IN MATERIA DI SPERIMENTAZIONI CLINICHE IN CAMPO ONCOLOGICO E ALTRE MISURE IN MATERIA SANITARIA)).

Sono stati chiesti al Ministero della sanità chiarimenti sulla portata normativa del decreto-legge 17 febbraio 1988, n. 23 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 39 del 17 febbraio 1988), e notizie sulle modalità con cui sarà data concreta attuazione alla disciplina in esso prevista.

Tenuto conto del generale interesse della materia, si forniscono qui di seguito precisazioni sulle principali questioni affrontate dal richiamato provvedimento legislativo.

#### 1. Sperimentazione clinica del multitrattamento Di Bella (MDB)

1.1. L'art. 1 del decreto-legge definisce le linee generali della sperimentazione del MDB, affidando al Ministero della sanità il compito di concordare con le regioni e le province autonome un programma coordinato di sperimentazioni cliniche, anche in deroga alle disposizioni vigenti, e individua ruoli e responsabilità dell'amministrazione sanitaria centrale e delle autorità e delle strutture sanitarie locali che partecipano agli studi sperimentali.

In base al comma 8 dello stesso art. 1, che riconosce come 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 decreto-legge, resta confermata tutta la procedura già attivata dal Ministero della sanità e concordata con le regioni e province autonome, compresa la individuazione, da parte di queste ultime, dei centri che, previa valutazione di idoneità da parte di queste ultime, dei centri che, previa valutazione di idoneità da parte della Commissione oncologica nazionale, affiancheranno gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico nella conduzione degli studi sperimentali, nonché l'approvazione dei protocolli da parte della Commissione stessa, sentito il Comitato etico nazionale appositamente istituito.

I protocolli finora approvati sono già stati trasmessi ai responsabili dei centri interessati.

Le aziende produttrici si sono impegnate, per il tramite della Farindustria, a fornire gratuitamente, entro il corrente mese di febbraio, dosi di somatostatina e di octreotide per il trattamento di 1000 dei circa 2600 pazienti che saranno complessivamente sottoposti, in un periodo temporale di tre mesi, alla sperimentazione di cui trattasi. Le dosi per il trattamento dei restanti 1600 pazienti saranno fornite dalle aziende all'Istituto superiore di sanità, che le acquisterà con i fondi stanziati, a favore del Ministero della Sanità, dal comma 7 dell'art. 1 del decreto-legge. L'Istituto Superiore di Sanità procederà anche all'acquisto del terzo medicinale industriale in commercio incluso nel multitrattamento (a base di broncocriftina), e alla distribuzione di tutti i medicinali (compresi il complesso vitaminico e la melatonina con adenosina e glicocola, la cui preparazione è stata affidata allo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare) ai centri interessati alla sperimentazione.

1.2. Il decreto-legge n. 23/1998 non prevede alcun'altra sperimentazione clinica del MDB, al di fuori di quella concordata fra il Ministro della sanità e le regioni e province autonome. Non sussistono, pertanto, margini normativi per ulteriori iniziative da parte di altre istituzioni, anche in considerazione del fatto che il decreto-legge riferisce esclusivamente alle sperimentazioni disciplinate dall'art. 1 la possibilità di deroga alle disposizioni vigenti fra cui quelle dell'art. 1, lettera c), del decreto del Presidente della Repubblica 21 settembre 1994, n. 754, e del decreto ministeriale 28 luglio 1977, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 216 del 9 agosto 1977, rettificato con decreto ministeriale 25 agosto 1977, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 328 del 1 settembre 1977). A maggior ragione, non sono compatibili con il decreto-legge di cui trattasi studi osservazionali che prevedono la possibilità di reclutamento di un numero indiscriminato di pazienti affetti da particolari tipi di neoplasie o, addirittura, da qualsiasi tipo di neoplasia.

Studi di tal genere, se effettuati da strutture pubbliche, si risolverebbero in una forma ordinaria di erogazione, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, di prestazioni farmaceutiche, in violazione di quanto previsto dall'art. 2 del decreto-legge, che non solo subordina (come già stabilito dal decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648) a una valutazione favorevole della Commissione unica del farmaco la gratuità della dispensazione di farmaci ancora in corso di sperimentazione clinica, ma precisa che, in ogni caso, la CUF non possa esprimersi favorevolmente per medicinali - come quelli congiuntamente impiegati nel MDB - per i quali non siano già disponibili risultati di studi clinici di fase seconda.

2. Osservanza delle indicazioni terapeutiche autorizzate; deroga temporanea per i medicinali a base di octreotide e somatostatina

2.1. L'art. 3, comma 1, del decreto-legge stabilisce, in linea di principio, che il medico, nel prescrivere medicinali industriali, deve attenersi alle indicazioni terapeutiche, alle vie e alle modalità di somministrazione previste dall'autorizzazione all'immissione in commercio rilasciata dal Ministero della sanità.

Al successivo comma 2 viene fatta salva la possibilità che il medico, in singoli casi, sotto la sua diretta responsabilità e previa informazione del paziente e acquisizione del consenso dello stesso, impieghi il medicinale anche per una indicazione o con una modalità di somministrazione diversa da quelle formalmente approvate dal Ministero della sanità, qualora il medico stesso ritenga, in base ad elementi obiettivi, che il paziente non possa essere utilmente trattato con medicinali regolarmente autorizzati per quella indicazione o con quella modalità di somministrazione e purché tale impiego sia consolidato e conforme a linee guida o lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale.

Resta pertanto esclusa la possibilità, per il medico, di prescrivere medicinali per indicazioni non autorizzate, quando la sua scelta non possa essere supportata da tali riferimenti bibliografici, derivando soltanto da convincimenti personali o da informazioni scientificamente non verificate. In caso di infrazione, il medico è sottoposto a procedimento disciplinare ai sensi del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233.

2.2. Una deroga specifica alla disciplina ordinaria concernente l'osservanza delle indicazioni terapeutiche autorizzate è prevista per i medicinali a base di octreotide o di somatostatina, i quali possono essere prescritti al di fuori delle indicazioni terapeutiche approvate, quando ricorrano congiuntamente le condizioni seguenti, che si ricavano dalla formulazione del comma 3 dell'art. 3:

- a) i medicinali vengano impiegati in campo oncologico;
- b) il medico ritenga, in base ad elementi obiettivi, che il paziente non possa essere utilmente trattato con medicinali già autorizzati per quella determinata patologia;
- c) 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;
- d) la prescrizione avvenga non oltre la data di completamento delle sperimentazioni cliniche previste dall'art. 1.

La prescrizione effettuata in assenza di una di queste condizioni comporta l'irrogazione al medico di una sanzione disciplinare non inferiore alla sospensione dall'esercizio dell'attività professionale da uno a sei mesi, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221, recante il regolamento di attuazione del citato decreto legislativo n. 233/1946.

La deroga prevista dall'art. 3, comma 3, vale esclusivamente ai fini del riconoscimento della liceità del comportamento medico, ma non riguarda la possibilità di assunzione della prescrizione a carico del Servizio Sanitario Nazionale, che viene, anzi espressamente esclusa dal successivo comma 4 (fatto salvo quanto potrà eventualmente stabilire la CUF, ai sensi del decreto-legge n. 536/1996, una volta resi noti i risultati delle sperimentazioni cliniche di fase seconda).

3. Cessione al pubblico di specialità medicinali facenti parte del MDB

3.1. Pur escludendo la possibilità di assunzione a carico del SSN del MDB, il decreto-legge contiene norme dirette a diminuire

gli oneri che i pazienti e le loro famiglie devono sopportare nei casi eccezionali in cui, alle condizioni previste, il medico prescrive somatostatina o octreotide per indicazioni oncologiche diverse da quelle approvate. Il comma 1 dell'art. 4 da' mandato al Ministro della sanita' di concordare 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.

I prezzi gia' concordati fra il Ministro della sanita' e la Farindustria sono i seguenti: per la somatostatina L. 20.000 al mg al netto dell'IVA; per l'octrotide il prezzo non potra' essere comunque superiore a quello praticato ai grossisti per le stesse confezioni attualmente in commercio.

I due farmaci saranno acquistati da ciascuna regione o da una ASL capofila, per la successiva distribuzione sul territorio. Il riparto fra le varie regioni delle confezioni disponibili avverra', secondo indicazioni fornite dal Ministero della sanita', in ragione della popolazione residente, con un coefficiente di correzione che terra' conto dell'incidenza delle malattie tumorali.

E' bene ricordare, comunque, che per la insufficienza degli impianti produttivi rispetto all'improvviso incremento di domanda di medicinali a base di octreotide e somatostatina, non sara' possibile disporre, nel periodo di applicazione della norma che consente la prescrizione dei due farmaci, di un rilevante numero di confezioni.

Le confezioni a prezzo concordato saranno consegnate dal farmacista ai clienti che esibiscano una ricetta medica (non quella specifica prevista per la prescrizione di medicinali in regime di Servizio sanitario nazionale), nella quale la prescrizione del medicinale a base di somatostatina o octreotide si accompagna dall'annotazione prevista dal comma 3 dell'art. 4 ((Prescrizione effettuata ai sensi dell'art. 3, comma 3, del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23)), sottoscritta dal medico.

3.2. Il prezzo che il cliente deve corrispondere al farmacista (che lo incassa in nome e per conto della ASL competente) e' pari al prezzo di acquisto da parte del S.S.N.: sara' pertanto di L. 20.000 al milligrammo per la somatostatina e, per l'octreotide, quello - comunque non superiore al normale prezzo di cessione al grossista - che sara' contrattato con le singole aziende. Su quest'ultimo punto il Ministero della sanita' di riserva di fornire, quanto prima, piu' precise notizie.

Naturalmente, la possibilita' per i pazienti di acquistare i due farmaci a prezzo ridotto e' limitata alle confezioni acquistate dalla regione o dalla ASL capofila sulla base della specifica disciplina del decreto-legge e non puo' estendersi alle confezioni eventualmente presenti in farmacia, da destinare alle prescrizioni dei due prodotti sulla base delle indicazioni terapeutiche autorizzate.

Gli originali delle ricette saranno trattenuti dal farmacista e inviati alla azienda sanitaria competente, secondo le istruzioni che saranno fornite dalle regioni ai fini della regolazione dei rapporti fra le farmacie e l'azienda predetta.

Copia delle stesse ricette dovra' essere trasmessa dal farmacista, con cadenza quindicinale, al Ministero della sanita' (art. 4, comma 5).

#### 4. Prescrizione di preparazioni magistrali

4.1. L'art. 5 del decreto-legge reca un insieme di disposizioni volte a inquadrare in un preciso sistema di garanzie sanitarie la facolta', riconosciuta al medico, di prescrivere, in luogo di farmaci industriali regolarmente in commercio o in aggiunta ad essi, preparazioni magistrali, che devono essere estemporaneamente approntate dal farmacista nel rispetto delle disposizioni regolamentari in vigore (regio decreto 30 settembre 1938, n. 1706). Fra queste ultime e' bene ricordare quelle che prevedono la necessita', per il farmacista, di preparare i galenici magistrali partendo dalle materie prime e non da prodotti miscelati, dovendo egli garantire la qualita' di ogni singola sostanza.

Per evitare che il medico possa far ricorso, in questi casi, a medicinali nocivi o, comunque, non noti alle autorita' sanitarie, il comma 1 stabilisce che, in linea di principio, 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.

Tenuto conto della ratio della norma, deve ritenersi escluso dall'ambito di applicazione della stessa (e quindi suscettibile di prescrizione da parte del medico) un principio attivo che sia posto in commercio in ambito europeo anche al di fuori della disciplina dei medicinali.

E' evidente, infatti, che sarebbe contrario agli intendimenti del legislatore - oltreche' ai principi comunitari sulla circolazione dei prodotti all'interno dell'Unione europea - vietare al medico di impiegare un una preparazione magistrale per via orale un prodotto liberamente acquistabile dal consumatore al di fuori di un intervento prescrittivo e del controllo del medico.

Parimenti, sono escluse dalle limitazioni previste dal comma 1 dell'art. 5 le sostanze inerti che entrano nella preparazione dei medicinali con funzione di eccipienti, aromatizzanti, ecc.

4.2. Si ritiene utile precisare, a questo punto, che tutte le sostanze contenute nelle due preparazioni estemporanee facenti parte del MDB possono continuare ad essere oggetto di ricette mediche, essendo comprese o fra le sostanze di cui e' espressamente consentita la prescrizione dall'art. 5, comma 1, o fra quelle che esulano dall'ambito di applicazione della predetta norma.

4.3. Il comma 3 dell'art. 5 consente al medico, in deroga a quanto previsto dal comma 1, di prescrivere principi attivi non piu' presenti in specialita' medicinali in commercio, ma gia' contenuti in specialita' la cui autorizzazione sia stata revocata per motivi non attinenti al rischio di impiego del principio attivo (ad esempio, per sopravvenuto disinteresse commerciale del produttore). Presso il competente Dipartimento per la valutazione dei medicinali e la farmacovigilanza i medici eventualmente interessati potranno ottenere notizie sui motivi della revoca della autorizzazione delle specialita' medicinali a base di una determinata sostanza.

I commi 3 e 4 dello stesso articolo prevedono specifici adempimenti da parte dei medici che prescrivono la preparazione magistrale e dei farmacisti che le eseguono (i primi devono ottenere il consenso del paziente al trattamento e specificare nella ricetta le esigenze eccezionali che giustificano il ricorso alla prescrizione estemporanea, nonche' indicare il nome, il cognome e l'indirizzo del paziente e dichiarare di averne ottenuto il consenso; i secondi devono trasmettere mensilmente le ricette, in originale o in copia, all'azienda USL, o all'azienda ospedaliera, che le inoltrano al Ministero della sanita' per un opportuno monitoraggio per i comportamenti prescrittivi).

I medici e i farmacisti che violino tali disposizioni sono sottoposti a procedimento disciplinare. Peraltro, i ricordati adempimenti non devono essere osservati - secondo quanto stabilito dal comma 5 dello stesso art. 5 - quando il medicinale e' prescritto per indicazioni terapeutiche corrispondenti a quelle dei medicinali industriali autorizzati a base dello stesso principio attivo. Una simile ipotesi ricorre, ad esempio, quando il medico prescrive al farmacista la preparazione di un medicinale ad un dosaggio diverso da quello del prodotto industriale in commercio ritenendolo maggiormente consono alle esigenze del paziente trattato.

### SENTENZA DEL CONSIGLIO DI STATO SUGLI ANORESSIZZANTI

Il Consiglio di Stato, con SENTENZA N. 719 DELL'8 MAGGIO 1998 ha "...accolto l'istanza di sospensiva del decreto del Ministro della Sanita' 18 settembre 1997 recante "divieti e limitazioni nella prescrizione e preparazione dei medicinali anoressizzanti ad azione centrale"(pubblicato sulla G.U. della Repubblica Italiana n. 221 del 22 Settembre 1997) nella (sola) parte in cui pone il divieto ai farmacisti di eseguire preparazioni magistrali contenenti fendimetrazina, anfepramone o altre sostanze che abbiano lo scopo di ottenere un effetto anoressizzante ad azione centrale ed impone ai medici di astenersi dal prescrivere

Si invitano pero' i colleghi ad un comportamento prudenziale e a continuare, per il momento, ad evitare le prescrizioni come fatto fino ad ora, in quanto non si tratta di sentenza definitiva ma solo di sospensiva temporanea in attesa di sentenza, da valutarsi nei suoi effetti complessivi e passibile oltretutto di ulteriori provvedimenti Ministeriali.

Informaremo allorché la situazione sara' chiarita in modo definitivo.

## TERAPIA DI BELLA

**Le modifiche al Decreto Legge n. 23 del 17 febbraio 1998, pubblicato sul n. 2 del Notiziario, per la definitiva conversione in Legge.**

**Introdotte norme per la tutela dei dati personali dei pazienti.**

### GAZZETTA UFFICIALE N.86 DEL 14 APRILE 1998

LEGGE 8 APRILE 1998, N.94 CONVERSIONE IN LEGGE, CON MODIFICAZIONI, DEL DECRETO LEGGE 17 FEBBRAIO 1998, N.23, RECANTE DISPOSIZIONI URGENTI IN MATERIA DI SPERIMENTAZIONI CLINICHE IN CAMPO ONCOLOGICO E ALTRE MISURE IN MATERIA SANITARIA

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

Il Presidente della Repubblica Promulga la seguente legge:

#### Art.1.

1. Il decreto legge 17 febbraio 1998, n.23 recante disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria, e' convertito in legge con le modificazioni riportate in allegato alla presente legge.

2. Con i decreti legislativi di cui alla legge 31 dicembre 1996, n.676, e sulla base dei principi contenuti nella medesima legge e nel decreto legge 17 febbraio 1998, n.23, come modificato dalla presente legge, e' disciplinata l'intera materia della riservatezza dei dati personali connessi alle prescrizioni mediche.

3. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sara' inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato. Data a Roma, addi' 8 aprile 1998

#### ALLEGATO

MODIFICAZIONI APPORTATE IN SEDE DI CONVERSIONE AL DECRETO LEGGE 17 FEBBRAIO 1998, N.23

All'Articolo 1:

al comma 3, primo periodo, dopo le parole: Distribuzione dei farmaci sono inserite le seguenti: ivi compresi quelli contenenti principi attivi non impiegati nei medicinali industriali in commercio; al comma 6, primo periodo, le parole ((10 miliardi)) sono sostituite dalle seguenti: ((20 miliardi)); al comma 7, le parole: ((10 miliardi)) sono sostituite dalle seguenti: ((20 miliardi)).

All'articolo 3:

al comma 2, le parole: ((in base ad elementi obiettivi)) sono sostituite dalle seguenti: ((in base a dati documentabili)) e le parole: ((sia consolidato e conforme a linee-guida o)) sono sostituite: ((sia noto e conforme a));

il comma 3 e' sostituito dal seguente:

((3. Fino al termine della sperimentazione di cui all'articolo 1, sono fatti salvi gli atti del medico che, limitatamente al campo oncologico, abbia impiegato o impieghi medicinali a base di octreotide o di somatostatina, purché il paziente renda per iscritto il proprio consenso dal quale risulti che i medicinali impiegati sono sottoposti a sperimentazione.));

dopo il comma 3 e' inserito il seguente:

((3-bis. Nelle ipotesi disciplinate dai commi 2 e 3 il medico curante trascrive sulla ricetta, senza riportare le generalita' del paziente, un riferimento numerico o alfanumerico di collegamento a dati d'archivio in proprio possesso che consenta, in caso di richiesta da parte dell'autorita' sanitaria, di risalire all'identita' del paziente trattato.));

al comma 5, primo periodo, le parole: ((costituisce illecito disciplinare, da perseguire)) sono sostituite dalle seguenti:

((e' oggetto di procedimento disciplinare)); e' soppresso l'ultimo periodo.

All'articolo 4: al comma 3, il secondo periodo e' sostituito dai seguenti: ((La ricetta, compilata secondo le indicazioni di cui al comma 3-bis dell'articolo 3, deve contenere esclusivamente l'annotazione: "Prescrizione in forma anonima effettuata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del decreto legge 17 febbraio 1998, n.23". Le stesse disposizioni si applicano anche alle prescrizioni di preparazioni magistrali.));

al comma 5, le parole: costituisce illecito disciplinare, da perseguire)) sono sostituite dalle seguenti: ((e' oggetto di procedimento

disciplinare));

dopo il comma 5, e' aggiunto il seguente: ((5-bis. Chiunque venda o ponga in vendita medicinali a prezzi superiori a quelli stabiliti ai sensi del comma 2 e' punito con la reclusione da tre a sette anni e con la multa da 20 a 50 milioni di lire. Nei casi di lieve entita' la pena e' ridotta fino a meta'. Con la sentenza di condanna e' sempre ordinata la confisca dei proventi derivanti dalla cessione illecita dei medicinali. Alla condanna consegue la pena accessoria dell'interdizione permanente dai pubblici uffici)).

All'articolo 5:

al comma 1, sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: ((La prescrizione di preparazioni magistrali per uso orale puo' includere principi attivi diversi da quelli previsti dal primo periodo del presente comma, qualora questi siano contenuti in prodotti non farmaceutici per uso orale, regolarmente in commercio nei Paesi dell'Unione europea; parimenti, la prescrizione di preparazioni magistrali per uso esterno puo' includere principi attivi diversi da quelli previsti dal primo periodo del presente comma, qualora questi siano contenuti in prodotti cosmetici regolarmente in commercio in detti Paesi. Sono fatti in ogni caso salvi i divieti e le limitazioni stabiliti dal Ministero della sanita' per esigenze di tutela della salute pubblica));

il comma 3 e' sostituito dal seguente: ((3. Il medico deve ottenere il consenso del paziente al trattamento medico e specificare nella ricetta le esigenze particolari che giustificano il ricorso alla prescrizione estemporanea. Nella ricetta il medico dovra' trascrivere, senza riportare le generalita' del paziente, un riferimento numerico o alfanumerico di collegamento a dati d'archivio in proprio possesso che consenta, in caso di richiesta da parte dell'autorita' sanitaria, di risalire all'identita' del paziente trattato));

al comma 6, le parole: ((costituisce illecito disciplinare, da perseguire)) sono sostituite dalle seguenti: ((e' oggetto di procedimento disciplinare)).

Dopo l'articolo 5, sono inseriti i seguenti: ((Art.5-bis (Consenso al trattamento dei dati personali). - 1. Il consenso reso dal paziente ai sensi dell'articolo 3, commi 2 e 3, e dell'articolo 5, comma 3, riguarda anche il trattamento dei dati personali previsto dagli articoli 22 e 23 della legge 31 dicembre 1996, n.675. A tal fine il medico e' tenuto a informare il paziente che i dati personali desumibili dalla ricetta e quelli ad essi strettamente correlati potranno essere utilizzati presso le aziende sanitarie locali e presso il Ministero della sanita' a fini di verifiche amministrative e per scopi epidemiologici e di verifica.

2. Nel quadro delle misure adottate per la sicurezza dei dati ai sensi dell'articolo 15 della legge 31 dicembre 1996, n.675, il Ministero della sanita' e le aziende sanitarie locali stabiliscono procedure dirette ad assicurare che le ricette siano esaminate soltanto dal personale incaricato di svolgere i compiti previsti dal comma 1.

Art. 5-ter (Contributi agli indigenti per spese sanitarie particolarmente onerose). -

1. E' assegnato ai comuni, per l'anno 1998, uno stanziamento di lire 5 miliardi da destinare al finanziamento di contributi agli indigenti per spese sanitarie particolarmente onerose. La predetta somma e' ripartita fra i comuni tenendo conto del reddito medio pro capite, secondo modalita' e procedure da stabilire con decreto del Ministro dell'interno, di concerto con i Ministri della sanita' e per la solidarieta' sociale, sentita l'Associazione nazionale dei comuni italiani.

2. All'onere derivante dall'attuazione delle disposizioni di cui al comma 1, valutato in lire 5 miliardi per l'anno 1998, si provvede mediante l'utilizzo dell'autorizzazione di spesa relativa alla quota dello Stato dell'8 per mille IRPEF, iscritta nello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno 1998, ai sensi dell'articolo 48 della legge 20 maggio 1985, n.222. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e' autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio)).

## **M.FALCONI : INCOMPATIBILITA': ESPOSTO-DENUNCIA ALLO SNAMI**

Facendo seguito a quanto già da me comunicato al Convegno di Lerici in merito alla falsa notizia diffusa dallo SNAMI, tendente ad accreditare la tesi che il Parlamento italiano nella seduta del 26 maggio u.s. ha approvato il disegno di Legge che prevede l'incompatibilità assoluta con altre attività libero professionali da parte del medico di medicina generale, informo che ho dato mandato all'ufficio legale della Fimmg di inoltrare un esposto-denuncia alla Procura della Repubblica presso la Pretura circondariale di Firenze e di Milano per quanto scritto dal Dott. Mauro Perticaroli (vedi allegato) presidente SNAMI Regione Toscana e per quanto detto dai Dottori Roberto Anzalone e Giuseppe Messina nel "Forum" tenutosi presso la Sede del "Corriere Medico" in data 29 maggio u.s. ed in cui ero presente insieme ad altre persone tra le quali l'Assessore alla Sanità della Regione Lombardia.

Nell'esposto-denuncia si invita il Procuratore della Repubblica a valutare se esistano ipotesi di reato nella diffusione di tali notizie tendenti a turbare l'ordine pubblico. Ad evitare ogni possibile strumentalizzazione tengo a precisare per l'ennesima volta che la Fimmg in tema di attività libero professionale si riconosce a pieno con quanto previsto su tale materia dall'attuale ordinamento legislativo e dallo stesso DPR 484/96.

Ricordo a tutti che la pregiudiziale della Fimmg più importante per il concreto avvio del rinnovo convenzionale rimane quella che non ci debba essere alcuna interferenza sulla trattativa da parte di chiunque ritenga di emanare eventuali leggi contenenti norme che attengono specificatamente alla contrattazione fra le parti (libera professione, età pensionabile, massimale ecc).

M.Falconi

Alleghiamo la lettera dello SNAMI oggetto della denuncia :  
**S.N.A.M.I.** sindacato nazionale autonomo medici italiani  
Consiglio regionale toscano

*Roma, 31 maggio 1998 – prot. N. 28*

*Ai Signori Presidenti degli Ordini Provinciali  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della Regione Toscana.*

*OGGETTO: Incompatibilità dei medici di medicina  
generale con qualsiasi altra attività libero-professionale.*

*Il 26 maggio 1998 il Parlamento ha approvato il disegno di  
legge che prevede l'incompatibilità assoluta con altra  
attività libero-professionale da parte del medico di medicina  
generale. Il provvedimento deve ancora essere approvato dal  
Senato per diventare legge della Repubblica italiana.*

*A nessuno di Loro sfugge la gravità di tale nuova  
normativa, lesiva dei diritti di gran parte dei medici e dei  
cittadini tutti.*

*Inoltre, con lo stesso provvedimento, i medici si vedrebbero  
coartati oltre ogni ragionevole limite a ridurre ogni specie  
di prescrizione in base a soli criteri finanziari, mentre ai  
cittadini sarebbe pesantemente ridotta l'attuale assistenza  
sanitaria. Si invitano, pertanto, le SS.LL. ad assumere, in  
tempi rapidi, iniziative atte ad informare i propri iscritti ed  
a sensibilizzare i mezzi di comunicazione per evitare che il  
Senato approvi il disegno di legge nel testo approvato dalla  
Camera.*

(tratto dal sito internet della FIMMG Nazionale)

## **DECRETO LEGGE SULLA GRATUITA' DELLA CURA DI BELLA**

Disposizioni urgenti per l'attuazione della sentenza della Corte costituzionale n. 185 del 26 maggio 1998.

**IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA EMANA**

Il seguente decreto legge:

Art. 1

1. Fino al termine, reso pubblico dal Ministro della sanità, della sperimentazione di cui all'articolo 1 del decreto legge 17 febbraio 1998, n. 23, hanno accesso agli studi osservazionali i cui protocolli sono stati approvati dalla Commissione oncologica nazionale ai sensi della disposizione predetta tutti i pazienti oncologici per i quali ricorrano, congiuntamente, le seguenti condizioni:

a) la patologia da trattare è compresa fra quelle specificate nell'all. 1;  
b) il medico attesta, sotto la propria responsabilità e sulla base di elementi obiettivi, che non esistono valide alternative terapeutiche tramite l'impiego di medicinali o trattamenti già autorizzati per tale patologia e richiede, con il consenso informato del paziente, l'accesso al multitrattamento Di Bella;

c) la richiesta di cui alla lettera b), prevede la somministrazione di somatostatina o, in alternativa, di octreotide, con l'eventuale aggiunta di uno o più medicinali indicati nell'allegato 2.

2. L'accesso di cui al comma 1 è effettuato in uno dei centri della Regione o della Provincia autonoma di residenza del paziente, indicati nell'allegato 3, o in altro centro pubblico individuato da detti enti e immediatamente comunicato al Ministero della sanità e all'Istituto superiore di sanità. Il centro si attiene ai criteri di inclusione e di esclusione previsti dai protocolli degli studi osservazionali, con possibilità di deroga limitata a quelli relativi ai limiti di età e all'assenza di trattamenti precedenti con MDB o con antineoplastici. Il medico curante, cui possono essere domandati chiarimenti sulla richiesta, partecipa al monitoraggio della terapia. Qualora, pur sussistendo gli elementi obiettivi di cui alla lettera b) del comma 1, il responsabile del centro dichiara, con atto scritto e motivato, di non ritenere opportuno il MDB, quest'ultimo viene somministrato dal centro medesimo sotto la esclusiva responsabilità del medico proponente.

3. Le competenze dell'Istituto superiore di sanità e dello Stabilimento chimico farmaceutico militare di Firenze previste dall'articolo 1, comma 3, del decreto legge 17 febbraio 1998, si estendono anche ai trattamenti effettuati e ai medicinali utilizzati ai sensi del comma 1 del presente articolo. L'Istituto superiore di sanità acquista dalle aziende titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio i medicinali industriali necessari per i trattamenti previsti dal presente articolo, ai prezzi concordati dal Ministro della sanità con le aziende farmaceutiche.

4. Nessun paziente può essere sottoposto al MDB con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale al di fuori delle ipotesi disciplinate dal decreto legge 17 febbraio 1998, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1998, n. 94, e di quelle previste dal presente decreto.

5. Gli oneri relativi alla fornitura e alla distribuzione dei medicinali e alle attività svolte dall'Istituto superiore di sanità per i trattamenti previsti dall'articolo 1, sono valutati in lire 36 miliardi per l'anno 1998 e sono iscritti nell'apposita unità previsionale di base dello stato di previsione del Ministero della sanità per lo stesso anno. Gli ulteriori oneri necessari per l'attuazione delle disposizioni del presente decreto sono a carico degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e delle altre strutture del Servizio sanitario nazionale che conducono gli studi osservazionali, gravando, rispettivamente, sui finanziamenti erogati dal Ministero della sanità, ai sensi dell'articolo 12, comma 2, lettera a), n.3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e sulle assegnazioni ordinarie del Fondo sanitario nazionale.

6. A decorrere dall'entrata in vigore del presente decreto legge e fino al termine di cui al comma 1, le quote fisse per ricetta di lire 3.000 e di lire 6.000 previste per la spesa farmaceutica dall'articolo 8, commi 14 e 16 ter, della legge 24 dicembre 1993, n. 537 e successive modificazioni sono aumentate, rispettivamente di lire 200 e di lire 500.

7. Alla copertura degli oneri derivanti dal primo periodo del comma 5, pari a lire 36 miliardi per l'anno 1998, si provvede mediante riduzione di corrispondente importo delle disponibilità iscritte nell'ambito dell'unità previsionale di base 7.1.2.1 (Fondo sanitario nazionale - cap. 5941)

Continua a pag. 10

## ATTIVITA' SINDACALE

### Notizie dalle sezioni fiduciarie delle AA.SS.LL.

#### **DELIBERAZIONI 215/98 E 239/98 DELLA DG AUSL BA/1**

Al Direttore Generale AUSL BA/1

Con la presente prendiamo atto della volontà di codesta Direzione Generale di programmare l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta in materia di comportamenti prescrittivi nonché per i relativi controlli e la regolamentazione dell'accesso del Medico di Famiglia negli Ospedali dell'Azienda.

Abbiamo apprezzato la notifica inviata ai Dirigenti medici dei Presidi ospedalieri e dei Distretti socio-sanitari inerenti le procedure di semplificazione di accesso degli utenti alle prestazioni sanitarie nonché dei comportamenti prescrittivi da parte dei Medici ospedalieri e degli Specialisti convenzionati.

In merito alle due delibere in oggetto vorremmo, tuttavia, proporre alcuni suggerimenti :

- estendere la conferenza di servizio, prevista dal comma 5 della delibera 215/98, ai Medici ospedalieri ed agli Specialisti convenzionati. Vorremmo, inoltre, precisare che con il termine "aggiornamento", adoperato in tali delibere, si debba intendere l'informazione che il medico riceve e non già lo strumento formativo. Infatti l'aggiornamento professionale è disciplinato dall'Art. 8 del DPR 484/96 e dall'Accordo Regionale per la Medicina generale.
- modificare l'ultimo capoverso del comma 5 della delibera 215/98 così come segue: "L'informazione del medico prescrittore (MMG, Pediatra di libera scelta, Medico ospedaliero, Specialista convenzionato) sarà altresì assicurata con comunicazioni periodiche a cura del Direttore del Servizio Farmaceutico dell'Azienda".

Chiediamo inoltre che le delibere in oggetto siano inviate, per il relativo parere, al Comitato Consultivo di Azienda ai sensi dell'Art. 35 del DPR 484/96.

Vorremmo, infine, esternare la nostra sorpresa per il metodo seguito dalla Direzione Generale nell'assumere tali deliberazioni.

Abbiamo, infatti, sempre sostenuto che la collaborazione tra MMG e responsabili di Azienda è utile per migliorare il servizio.

In tal senso, con convinzione abbiamo sottoscritto il verbale della riunione del 31/1/98 nel quale si legge: "I presenti accettano l'invito rivolto dal Direttore Generale della AUSL BA/1 e ne addivengono sulla necessità di una intesa collaborativa più diretta ed efficace tra MMG, peraltro assicurata dai rappresentanti in seno all'odierna riunione, e i responsabili preposti dell'Azienda sia a livello centrale che distrettuale".

Una preventiva consultazione delle OO.SS., prima dell'assunzione di tali deliberazioni, sarebbe stato coerente con quanto precedentemente affermato e avrebbe costituito un momento di utile confronto tra le parti. Pertanto dichiariamo la nostra disponibilità ad ogni eventuale confronto al fine di rendere ancor più esplicito quanto sin qui proposto.

16/4/98 Firmato: Dott. P. Mangione, Dott. F. Anelli

#### **DOPO LA FORMALE PROTESTA DELLA FIMMG LA ASL BA/5 RIPORTA IN REGOLA I PAGAMENTI DELLE COMPETENZE AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

Un confortante successo è stato ottenuto dalla FIMMG nell'ambito della vertenza con la ASL, BA/5 per ottenere il puntuale pagamento delle competenze dei Medici di Famiglia. Infatti, dopo l'invio della lettera a firma del Segretario Provinciale dott. Anelli e dell'avv. Console di cui abbiamo pubblicato il testo nello scorso numero, la ASL, BA/5 lasciava decorrere il termine di Legge di trenta giorni dalla ricezione della medesima senza eseguire gli adempimenti di sua competenza.

Preso atto di tale grave omissione il Segretario ed il legale optavano per la linea dura, sollecitati anche dalle lamentele degli iscritti per il cronico ritardo nei pagamenti da parte della ASL/BA/5.

Consequentemente veniva inoltrata in data 16 Aprile 1998 una pesante diffida (di cui pubblichiamo il testo in calce al presente articolo) con la quale si contestava all'Ente la sua grave omissione chiedendo i chiarimenti del caso e l'emissione dei provvedimenti di Legge a carico dei responsabili. Si rinnovava inoltre la richiesta di conoscere il nominativo del responsabile e/o dei responsabili del procedimento.

Di fronte alla energica presa di posizione del Sindacato, il Direttore Generale della ASL, BA/5 provvedeva tempestivamente a rispondere ed a comunicare finalmente il nominativo del funzionario responsabile del procedimento di pagamento delle competenze dei medici di base, il che

consentirà in futuro di avere un punto di riferimento preciso per accertamenti e contestazioni.

Inoltre, circostanza ancora più rilevante, la ASL, BA/5 nello scorso mese di Aprile, completava i suoi adempimenti in data 28 Aprile 1998 per cui le competenze dei medici di base del mese di Marzo 1998 erano pagabili il 30 Aprile 1998 presso la Tesoreria dell'Ente e cioè secondo i termini della convenzione.

Naturalmente, dopo il risultato ottenuto, il Sindacato manterrà una posizione di vigile attesa per verificare che anche nei prossimi mesi la ASL, BA/5 confermi la puntualità nei pagamenti. Infine particolare attenzione verrà riservata anche all'operato della Tesoreria sulla quale, in modo però evasivo, il Direttore Generale della ASL, BA/5 ha dirottato gli addebiti mossi dal Sindacato.

#### **ELETTI I RAPPRESENTANTI FIMMG DI DISTRETTO ALLA ASL BA/5**

Nell'assemblea tenutasi il 20/3/98 sono stati eletti rappresentanti di distretto i seguenti Colleghi:

DISTRETTO 1: Dott. Mirizzi Giuseppe

DISTRETTO 2: Dott. Avvisano Enzo Roberto

DISTRETTO 3: Dott. Di Munno Giuliano.

#### **DESIGNATE LE DELEGAZIONI PER LE TRATTATIVE AZIENDALI DI ASL PER L'APPLICAZIONE DEL CONTRATTO REGIONALE**

**Le delegazioni, composte come segue, sono state comunicate a mezzo lettera raccomandata, ai Direttori Generali di ASL**

##### **Asl BA/1**

- Dott. Paolo Mangione ( Vice Segretario ASL BA/1);
- Dott. Antonio Brizzi ( Fiduciario );
- Dott. Antonio Minafra ( Fiduciario );
- Dott. Tommaso Di Renzo ( Fiduciario ).

##### **Asl BA/2**

- Dott. Grimaldi Vincenzo ( Vice Segretario ASL BA/2 );
- Dott. Del Vecchio Benedetto ( Fiduciario );
- Dott. Dell'Orco Mario Lucio ( Fiduciario );
- Dott. Caradonna Guido ( Fiduciario ).

##### **Asl BA/3**

- Dott. De Robertis Vito ( Vice Segretario ASL BA/3);
- Dott. Lorusso Pasquale ( Fiduciario );
- Dott. Solazzo Marino Antonio ( Fiduciario );
- Dott. Solimini Carmine ( Fiduciario );
- Dott. Scalera Pietro (Membro Consiglio Direttivo).

##### **ASL BA/4**

- Dott. Enzo Selvaggio ( Vice Segretario ASL BA/4);
- Dott. Bufano Gaetano ( Fiduciario );
- Dott. De Mola Cosimo ( Fiduciario );
- Dott. Lepore Mario ( Fiduciario ).

##### **ASL BA/5**

- Dott. Zizzari Sergio ( Vice Segretario ASL BA/5);
- Dott. Avvisano Enzo ( Fiduciario );
- Dott. Crupi Giuseppe ( Fiduciario );
- Dott. Di Munno Giuliano ( Fiduciario ).

#### **CONSENSO INFORMATO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER INDICAZIONI NON CONTEMPLETE IN SCHEDE TECNICHE.**

Il/la sottoscritto/a ... dichiara di essere stato/a dettagliatamente e comprensibilmente informato/a dal dottor...sulla necessità di impiego del farmaco... per una indicazione o una via di somministrazione o una modalità di somministrazione o di utilizzazione diversa da quella autorizzata in scheda tecnica.

Dichiara anche di essere stato informato/a di non poter essere utilmente trattato/a con altri medicinali per i quali sia già approvata quella indicazione terapeutica o quella via o modalità di somministrazione. Dichiara infine di essere stato/a anche informato/a che l'impiego del farmaco proposto è noto e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale.

Firma medico - Firma paziente (modello da ricopiare)



A cura del dott. Nicola Calabrese.

## FIMMG FORMAZIONE

Si è tenuto a Bari presso la sede FIMMG, il 23 maggio 1998

### CONVEGNO DIBATTITO LA FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE NELLA NUOVA CONVENZIONE

Sono intervenuti oltre ai responsabili regionali e provinciali della FIMMG-Formazione, il segretario organizzativo della FIMMG nazionale, dott. Nunzio Romeo, il segretario provinciale della FIMMG di Bari, dott. Filippo Anelli, il presidente dell'Ordine dei Medici di Bari, dott. F. Losurdo, e il responsabile SIMG per la "terra di Bari", dott. G. D'Ambrosio.

Importante è stato il ruolo avuto dal dott. Sabino Bonaduce nell'organizzazione e nello svolgimento dell'incontro come rappresentante dei colleghi del nuovo corso.

Moderatore del dibattito è stato il dott. Enzo Selvaggio, vice segretario della FIMMG di Bari.

L'incontro è stata ottima occasione per confrontarsi su problematiche molto sentite dal nostro Comparto e ancora, per molti aspetti, da risolvere: cioè "qualità della formazione" e "valore" dell'attestato

Il Presidente dell'Ordine ha giustamente sottolineato il ruolo avuto dall'Ordine nell'attivazione e nell'organizzazione del nuovo Corso.

Molto è stato fatto per migliorare la qualità della formazione, ma molto ancora deve essere fatto. A questo proposito, il Presidente dell'Ordine, ha sollecitato i Colleghi che stanno frequentando il Corso a collaborare per migliorare ancora.

Il secondo punto affrontato è stato il "Valore" dell'attestato; di fatto non ha alcun senso parlare di qualità della formazione senza che questa abbia poi, riscontri occupazionali; i vertici regionali della FIMMG formazione hanno sottolineato come, a quattro anni dal primo corso di formazione, nessuno dei medici, che grazie a quel concorso hanno successivamente acquisito l'Attestato in Puglia, ha ottenuto alcun rapporto convenzionale con il SSN

Situazione, questa intollerabile, alla luce del fatto che, ormai, quel periodo di transizione che ha giustificato tutte le sanatorie legislative che ci hanno, di fatto, danneggiato sia in termini professionali che occupazionali, che economici, è da considerarsi superato.

**Dott. Nicola Calabrese - FIMMG Formazione**



## ATTIVITA' DELLA SEZ. SIMG -BARI

A cura del dott. G.D'Ambrosio

Nei giorni **19 e 20 giugno 1998**, si terrà presso l'Hotel Sheraton Nicholaus il convegno nazionale della Lega Italiana per la lotta contro i Tumori (LILT) dal titolo:

**"L'impegno socio sanitario della LILT"**

**Opinioni a confronto**

La SIMG barese è stata invitata a prendere parte alla tavola rotonda dal titolo "Una coordinata azione per una efficacia strategia operativa di prevenzione" che avrà luogo nella seduta pomeridiana di venerdì 10 giugno a partire dalle ore 16. Interverrà il dott. Gaetano D'Ambrosio, con una relazione dal titolo: "Il contributo dei medici di famiglia alla prevenzione oncologica".

Il giorno **25 giugno 1998 alle 19,30**, presso l'Hotel Ambasciatori, si terrà l'incontro:

**"Focus sul paziente diabetico"**

**Incontro tra specialista e medico di medicina Generale**

Condurrà il dott. Memmo De Mola, con l'intervento dell'endocrinologo, dott. Francesco Losurdo.

La partecipazione è aperta a tutti.

Sabato **13 giugno**, presso l'Hotel Sheraton Nicholaus in Bari, si terrà un incontro sulle problematiche connesse al morbo di **Alzheimer in Medicina Generale**. Il seminario sarà condotto dal dott. Enzo Selvaggio e dal dott. Lepore della clinica Neurologica dell'Università di Bari.

### SECONDO CORSO PER TUTORS A BARI

Nei giorni 1-3 giugno scorsi si è svolto il secondo corso per medici tutors della provincia di Bari. Il corso, organizzato dalla Regione Puglia nell'ambito delle attività del tirocinio biennale in Medicina Generale, è stato affidato alla "Scuola Europea di Medicina Generale" della SIMG. Sono stati formati 44 nuovi tutors che si aggiungono ai 46 già iscritti nell'albo regionale.

La partecipazione numerosa e attenta dei colleghi fa onore ai Medici di Famiglia di terra di Bari che hanno mostrato grande sensibilità nei confronti della formazione specifica e della attività tutoriale. La costituzione di un percorso formativo specifico, realizzato sul territorio e gestito in larga misura dai Medici di Medicina Generale, rappresenta un obiettivo strategico per la nostra professione che può avviarsi verso un definitivo riconoscimento del ruolo solo grazie ad una chiara delimitazione degli ambiti professionali e dei meccanismi di accesso, in conformità a quanto già accade da anni nel resto d'Europa.

### FIMMG FORMAZIONE PUGLIA: AVVISO AGLI ISCRITTI

Si invita ciascun iscritto FIMMG Formazione, a compilare la seguente richiesta e di inviarla via fax al numero 06/599452261 dal 7 al 9 luglio '98 al fine di sollecitare il Ministro della Sanità per l'inserimento dei colleghi del nuovo corso di formazione in Medicina Generale nella graduatoria unica regionale valida per il 2000.

**OGGETTO: 2° Corso di Formazione di Medicina Generale. Possibilità di iscrizione alle graduatorie valevoli per l'anno 2000.**

Il sottoscritto Dott. ....considerando i ritardi accumulati dalle amministrazioni regionali, nel dare avvio ai Corsi di Formazione in Medicina Generale relativi agli anni 1997/1998 e impossibilitati a concludere il Corso nei tempi previsti (dicembre 1998), chiede di poter essere inserito nella graduatoria unica regionale per la Medicina Generale valevole per l'anno 2000 con la presentazione entro il 31/01/99 di un certificato comprovante l'iscrizione e la frequenza al Corso di Formazione, fermo restando l'obbligo di produrre l'attestato all'atto del conferimento di un eventuale incarico.

L'inserimento nella graduatoria unica regionale per la Medicina Generale sarebbe possibile ritenendo valido anche per l'attuale Corso di Formazione, come per il precedente, quanto espresso dalla Circolare del Ministero della Sanità n° 100/710.03/8212, a firma dell'On. Rosy Bindi, del 2/12/96 e al Disegno di Legge in corso di pubblicazione n° 3229-ter-B.

In attesa di sollecito riscontro chiede che i propri rappresentanti vengano ricevuti dall'On.le Ministro Rosy Bindi .

Distinti saluti.

## CONSIGLIO NAZIONALE FIMMG DEL 8/5/98

### Formalizzata la piattaforma per il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale

Il Consiglio nazionale riunito l'8 maggio 1998 presso la sede nazionale della Fimmg in Roma

#### RILEVA

l'opportunità di imprimere una rapida accelerazione alle trattative in corso, tenuto conto dell'attuale momento politico e del contestuale iter di definizione della legge di delega al riordino del SSN, che può favorevolmente essere influenzato dalla trattativa stessa

#### CONCORDA

con gli indirizzi politici espressi dalla Segreteria Nazionale in merito: alla necessità di definire in convenzione le procedure, i meccanismi di governo e di verifica necessari alla realizzazione dei livelli uniformi ed adeguati di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale che competono al medico di famiglia;

all'indispensabilità di una politica di integrazione funzionale dei medici di famiglia nel distretto che presupponga il coinvolgimento - diretto e istituzionalmente riconosciuto - di rappresentanti della categoria nei momenti decisionali dell'elaborazione e gestione delle attività distrettuali;

alla importanza strategica di riprogettare in modo compiuto tutto il settore della assistenza domiciliare, con particolare attenzione alle residenze assistenziali nelle sue varie forme, in modo da integrarle con la assistenza territoriale nel suo complesso;

alla necessità di una più precisa regolamentazione dell'ADP e di un perfezionamento dell'ADI attraverso la individuazione di uniformi standard di integrazione e la ricerca di soluzioni per assicurare all'interno di essa una migliore continuità assistenziale;

all'opportunità di realizzare una politica di incentivazioni professionali a più elevato valore etico e qualitativo;

#### INDICA

come premianti strumenti di politica professionale:

la definizione di una rosa completa di nuove forme di associazionismo (anche di tipo societario o cooperativistico);

la rivisitazione della struttura del compenso in coerenza col suo attuale impianto in una quota fissa ed in una variabile, parte della quale dovrà servire compiti professionali aggiuntivi rispetto ai livelli adeguati e uniformi nazionali legati a prestazioni previste da specifiche progettualità;

#### INDIVIDUA

le seguenti precondizioni alla prosecuzione della trattativa:

lo snellimento dell'iter di pubblicazione della convenzione;

il ritorno, sulla questione pediatria, alla situazione normata dal 484/96;

il preciso assetto dei settori in un disegno di profonda integrazione di essi nella medicina del territorio in modo coerente al progetto politico della FIMMG;

la definizione dei criteri di accesso alla medicina generale in sintonia con la dimensione culturale europea della formazione specifica;

la riaffermazione dell'inalienabile diritto del medico di famiglia alla libera professione, nella logica della piena valorizzazione degli studi dei medici di famiglia quali presidi del SSN, nell'ottica di una più elevata qualità dell'assistenza;

la ridefinizione dei criteri di incompatibilità, soprattutto a maggiore tutela dei medici che più hanno investito nella medicina di famiglia.

#### DA' MANDATO

alla Segreteria Nazionale di sviluppare le linee traccianti per la prosecuzione del dibattito finalizzato alla formalizzazione della piattaforma.

Il Consiglio Nazionale esaminato il pronunciamento del Garante in tema di privacy, pur valutando positivamente lo spirito della legge 675 che mira alla tutela ed alla garanzia della privacy dei cittadini,

#### RIBADISCE

in sintonia con la Segreteria Nazionale, di ritenere indispensabile al realizzarsi dell'atto professionale, nella piena tutela e garanzia del diritto alla salute del cittadino, l'acquisizione di tutte le informazioni utili allo stesso atto professionale.

#### AFFERMA

pertanto che per l'accesso a tali informazioni non debba essere richiesto il consenso, sempre ai soli fini di diagnosi e cura, pena l'impossibilità per il medico di espletare l'atto professionale. Circa le posizioni del Garante per l'informazione in merito alla necessità o meno di scrivere il nome e cognome del paziente sulle ricette, che hanno fatto ipotizzare la necessità di compilare una ricetta con nome e cognome e una senza, il Consiglio Nazionale esprime forte

contrarietà a tali ventilate e risibili soluzioni tendenti soltanto a moltiplicare la nostra attività burocratica.

Il Consiglio Nazionale della FIMMG

#### ASCOLTATA

la relazione del Segretario Amministrativo Prof. Angelo Pizzini

#### PRESA VISIONE

dei bilanci consuntivo e preventivo

#### LI APPROVA

all'unanimità.

Il Consiglio Nazionale della Fimmg appresa la notizia dell'iniziativa del settimanale Panorama relativa alla pubblicazione di un elenco di medici specialisti e di centri di cura pubblici e privati indicati come "i migliori e i più affidabili",

#### DENUNCIA CON FORZA

il distorto percorso seguito dalla redazione della rivista Panorama, in collaborazione con l'Ispo, per condurre l'indagine preliminare, utilizzando, tra l'altro, interviste presso 4.000 medici di famiglia.

#### STIGMATIZZA

poi l'utilizzo improprio ed opinabile dei dati raccolti fondato su una generalizzazione che prescinde dalla verifica delle esigenze individuali dei pazienti sulle quali deve anche essere fondata la valutazione per la scelta dei punti di riferimento specialistici a cui rivolgersi.

#### CONDANNA

con intransigenza la strisciante operazione di pubblicità impropria a vantaggio di singoli professionisti e

#### CHIEDE

alla Federazione Nazionale degli Ordini e ai singoli Ordini Provinciali dei medici e odontoiatri di intervenire disciplinarmente, a norma della legge 175/92, nei confronti dei sanitari, che hanno accettato la pubblicazione del proprio nominativo in detto elenco, collaborando tra l'altro con la rivista Panorama, a disposizione della quale avrebbero fornito le notizie relative ai propri titoli accademici, alle ricerche effettuate e alle modalità di operatività professionale.

Firmato: Il Segretario Nazionale Mario Falconi

#### Continua da pag. 7: DECRETO CURA DI BELLA GRATUITA

#### ALLEGATO 1

#### PATOLOGIE PER LE QUALI È CONSENTITO L'ACCESSO ALLA SPERIMENTAZIONE NEI CENTRI AUTORIZZATI

malattie linfoproliferative: linfomi non Hodgkin ad istologia aggressiva e leucemia linfocitica cronica;

carcinoma mammario metastatico resistente ad ormono- o chemioterapia;

carcinoma polmonare non a piccole cellule metastatico;

carcinoma coloretale in fase avanzata;

carcinoma del pancreas esocrino;

carcinoma squamoso del distretto cervico-facciale e dell'esofago metastatizzato.

glioblastomi cerebrali;

neoplasia in fase critica molto avanzata, con diagnosi istologica di malattia neoplastica primitiva a carico di: polmone non microcitoma, esofago, stomaco, pancreas, colecisti, fegato, colon-retto, vescica, collo e corpo dell'utero, ovaio, con presenza, in tutte le ipotesi considerate, di metastatizzazione diffusa e con aspettativa presunta di vita non superiore a tre mesi.

#### ALLEGATO 2

Medicinali che possono essere aggiunti a somatostatina e octreotide idrossiurea, capsule da 500 mg, utilizzabile soltanto nel trattamento dei glioblastomi;

ciclofosfamida, compresse da 50 mg;

bromocriptina, compresse da 2,5 mg;

soluzione oleosa allo 0,1% di diidrotachisterolo;

vitamina C;

soluzione costituita da: acido retinoico g 0,5 - axeroftolo palmitato g 0,5, betacarotene g 2 - 2 alfa-tocoferile acetato g 1000;

compresse da 150 mg costituite da melatonina 2 mg, glicina 5 mg, adenosina 2 mg, lattosio 55 mg, amido 41 mg, cellulosa microcristallina 35 mg, magnesio stearato 3 mg.

Per l'elenco dei centri di sperimentazione si rimanda al D.L. originale, rilevabile a sito internet FIMMG: [www.fimmg.org](http://www.fimmg.org)

## APPROVATO IL PIANO SANITARIO NAZIONALE IN NOVE PUNTI IL PATTO PER LA SALUTE: LA SFIDA PER IL 2000

Sono nove i punti cruciali che, secondo il Piano sanitario nazionale, sono cruciali per la realizzazione del cosiddetto "Patto di solidarietà per la salute". L'obiettivo generale è porre in primo piano l'idea di salute come bene individuale e collettivo da condividere e promuovere grazie alla collaborazione di soggetti molto diversi, come cittadini, operatori sanitari, istituzioni, volontariato, produttori, mondo della comunicazione e comunità internazionale. Ecco i nove punti cardinali per raggiungere gli obiettivi indicati dal piano:

- 1 - rafforzare l'autonomia decisionale degli utenti;
- 2 - promuovere l'uso appropriato dei servizi sanitari;
- 3 - ridurre le disuguaglianze nei confronti della salute;
- 4 - favorire comportamenti e stili di vita per la salute;
- 5 - contrastare le malattie più importanti;
- 6 - aiutare a convivere attivamente con la cronicità;
- 7 - integrazione socio-sanitaria;
- 8 - rilancio della ricerca;
- 9 - investimenti in risorse umane e qualità del sistema.

### CINQUE OBIETTIVI PER IL 2000

- Prevenzione, lotta alle principali malattie di rilievo sociale, ambiente, tutela dei soggetti deboli e apertura all'Europa sono i cinque punti cruciali del Piano sanitario nazionale 1998-2000, approvato oggi dal Consiglio dei ministri. Identificati sulla base di dati epidemiologici, gli obiettivi sono indicati in una delle tre sezioni in cui è organizzato il documento e intitolate: Patto di solidarietà per la salute, obiettivi di salute, strategie per il cambiamento. Ecco, punto per punto, i cinque obiettivi per la salute:

- 1 - **PREVENZIONE:** l'obiettivo è modificare comportamenti rischiosi per la salute, come cattive abitudini alimentari (si punta soprattutto a ridurre il livello di colesterolo), fumo (ridurre del 40% il consumo di sigarette e iniziative per limitare consumo e vendita di tabacco ai minori di 16 anni), abuso di alcol (si punta a ridurre i consumi del 20%) e scarsa attività fisica.
- 2 - **LOTTA ALLE MALATTIE DI RILIEVO SOCIALE:** il Piano individua al primo posto le malattie cardiovascolari e neurodegenerative, seguite da tumori (l'obiettivo per il 2000 è ridurre le morti di cancro del 10% nelle donne e del 15% negli uomini), malattie infettive, incidenti, malattie professionali.
- 3 - **TUTELA DELL'AMBIENTE:** sono considerate prioritarie la tutela della qualità di aria, acque, alimenti, radiazioni (si intende promuovere studi sugli effetti di quelle elettromagnetiche e si consiglia di ridurre l'esposizione ai raggi ultravioletti) e rifiuti.
- 4 - **TUTELA DEI DEBOLI:** si punta a maggiori garanzie di assistenza per le persone che hanno maggiore bisogno di tutela, come anziani, minori, immigrati, persone affette da dipendenza, malati mentali (nei si punta a ridurre i suicidi del 30%), malati terminali.

5 - **UNA SANITÀ EUROPEA:** i settori su cui puntare per adeguare la sanità italiana agli obiettivi europei sono: trapianti, riabilitazione, innovazione tecnologica (si prevede anche la rottamazione delle vecchie strutture), sorveglianza delle malattie rare, autosufficienza delle scorte di sangue ed emoderivati, sanità pubblica veterinaria, qualificazione del sistema informativo sanitario.

Per quanto riguarda l'assistenza, questa viene suddivisa dal piano in tre livelli: negli ospedali, negli ambienti di vita e di lavoro (prevenzione di malattie infettive e rischi ambientali, servizio pubblico veterinario, igiene degli alimenti) e quella per distretti (di base, farmaceutica, specialistica ambulatoriale, territoriale e semi residenziale, e residenziale).

Rispetto per la dignità umana, tutela della salute e attenzione al bisogno sono alcuni dei principi guida in base ai quali il piano indica le "strategie per il cambiamento". Queste ultime riguardano soprattutto le scelte relative alla gestione, come criteri di appropriatezza delle prestazioni, determinazione della quota capitaria, finanziamento dei livelli garantiti di assistenza, finanziamento delle Regioni e delle Ausl, forme di remunerazione delle prestazioni, modalità di accreditamento dei servizi, miglioramento qualitativo del sistema, standard di sicurezza delle strutture, integrazione socio-sanitaria, forme di assistenza territoriale e domiciliare, priorità per la sperimentazione e la ricerca.

### LE STRATEGIE DELLA PREVENZIONE

Comincerà dalle scuole la campagna di educazione alimentare che, seguendo le direttive del Piano sanitario nazionale 1998-2000, si

propone di modificare le abitudini alimentari degli italiani entro i prossimi due anni. Trasformare le tavole degli italiani è una delle quattro strategie previste dal piano per dare più spazio alla prevenzione. Gli altri obiettivi sui quali insisteranno le campagne di educazione dei prossimi mesi sono la riduzione di fumo e alcol e l'aumento dell'attività fisica. Ecco, per ognuno degli obiettivi, le strategie che il ministero intende promuovere:

- **ALIMENTAZIONE:** L'obiettivo ultimo è ridurre nella popolazione il livello medio di colesterolo nel sangue dagli attuali 250 a 200 milligrammi per decilitro. Il colesterolo è infatti considerato uno dei principali fattori di rischio delle malattie cardiovascolari, insieme alla pressione arteriosa. I livelli medi "ideali" per quest'ultima sono pari a 90-140. Perciò sulle tavole degli italiani dovrà esserci più spazio per pane, pasta, riso e altri cereali (senza esagerare con i condimenti) e non devono mancare mai verdure (cotte o crude) e frutta fresca. Devono aumentare anche legumi e pesce, mentre vanno ridotti grassi (soprattutto di origine animale, come burro e margarina), zuccheri e sale. Bene, invece, per carni magre, per latte, formaggi e latticini con pochi grassi. Il Piano sanitario nazionale prevede di modificare le abitudini alimentari degli italiani attraverso programmi di educazione nelle scuole, e inoltre interventi di promozione della qualità dei prodotti alimentari, promozione e diffusione di prodotti consoni ad un'alimentazione corretta, controlli della ristorazione collettiva.

- **FUMO:** l'obiettivo è ridurre le morti per: tumore del polmone (dovute al fumo per il 90%), malattie respiratorie croniche (75%) e cardiovascolari (25%). Il primo passo indicato dal Piano è ridurre il numero di sigarette fumate: massimo di 10 per gli uomini e 7 per le donne. Si punta a ridurre il numero dei fumatori giovani (non oltre il 7% degli uomini e il 3% delle donne fra 14 e 17 anni) e adulti (non oltre il 20% degli uomini e il 10% delle donne). Ciò attraverso campagne di educazione, iniziative per limitare la vendita di tabacco ai minori di 16 anni, rispetto del divieto di fumare nei locali pubblici, corretta applicazione dei limiti della pubblicità diretta e indiretta, riduzione di sostanze tossiche nelle sigarette.

- **ALCOLICI:** si punta a ridurre le malattie legate all'alcol (come cirrosi alcolica, sindrome feto-alcolica, psicosi alcolica) ma anche incidenti stradali e domestici. Va perciò ridotto del 20% il numero dei forti bevitori, con un "tetto" di 40 grammi al giorno di alcol per gli uomini e 20 per le donne. "Taglio" del 30% per gli alcolici fuori pasto. Anche per ridurre il consumo di alcolici, il Piano prevede campagne di educazione e informazione, controlli sulla distribuzione di alcolici nelle comunità, regolamentazione della pubblicità, iniziative per limitare il consumo nei minori, misure fiscali per disincentivare il consumo e misure per favorire il rispetto dei limiti di concentrazione di alcol in chi deve guidare.

- **ATTIVITÀ FISICA:** un esercizio fisico regolare è alla base della prevenzione delle malattie che colpiscono sistema circolatorio, articolazioni e metabolismo. Perciò l'obiettivo per il 2000 è aumentare del 50% il numero di coloro che praticano attività fisica nel tempo libero. Queste le strategie per raggiungerlo: iniziative per promuovere l'attività fisica (come realizzazione di aree pedonali, piste ciclabili, percorsi naturalistici attrezzati), campagne mirate agli anziani, iniziative specifiche da coordinare con le organizzazioni impegnate nello sport.

**MALATTIE INFETTIVE E AIDS:** mortalità raddoppiata in 20 anni e malattie emergenti (come Aids e tubercolosi) sono la principale sfida. Si punta anche a raggiungere gli obiettivi indicati dall'Organizzazione mondiale della sanità sulle vaccinazioni: eliminare poliomielite, tetano, rosolia congenita ed Haemophilus influenzae; ridurre l'incidenza di morbillo, pertosse ed epatite B e l'influenza negli anziani. Di conseguenza si punta a vaccinare il 95% dei bambini italiani con meno di due anni contro poliomielite, difterite, tetano, morbillo, rosolia, parotite, pertosse, epatite B, H. influenzae; a vaccinare contro l'influenza il 70% degli anziani, vaccinare anche gli immigrati ed eradicare il virus della poliomielite. Per le malattie emergenti si punta a completare il Simi (Sistema informativo malattie infettive), rinforzare sistemi di sorveglianza e osservatori epidemiologici regionali, istituire di un Centro operativo nazionale di sorveglianza delle malattie infettive presso l'Istituto superiore di sanità.

**INCIDENTI:** contro quelli stradali si intende aumentare (80%) l'uso di casco, cinture di sicurezza e seggiolini, dimezzare il numero di coloro che guidano in stato di ebbrezza e migliorare le condizioni di viabilità.

### Continua da pagina 11: Il piano sanitario nazionale

Contro gli incidenti si punta alla prevenzione, anche con campagne educative, e ad un sistema di sorveglianza domestica. Si punta infine a ridurre gli incidenti sul lavoro.

#### PREMINENTE RUOLO DELLE REGIONI

"Il piano sanitario nazionale, oggi approvato in via preliminare dal consiglio dei ministri, dà degli obiettivi di salute per il prossimo triennio 1998- 2000 e chiede alle Regioni di adempiere a questi obiettivi attraverso l'individuazione di standard che dovranno essere uniformi in tutto il territorio nazionale". Lo ha confermato il ministro della sanità Rosy Bindi: con il nuovo piano - ha proseguito il ministro - si abbandona la vecchia formula che conteneva modelli rigidi e azioni precostituite per invece affidare piena responsabilità alle Regioni che sono titolari della programmazione regionale nonché della gestione della salute".

Alle Regioni che da tempo chiedono un fondo sanitario nazionale congruo e non sottostimato, il ministro risponde che "è arrivato anche il momento di cominciare ad accontentarsi dei risultati raggiunti con l'inversione di tendenza del fondo sanitario che, dopo anni di tagli, finalmente assiste ad una rivalutazione per altro doverosa". Lo stesso prossimo Dpef - ha proseguito - prevede un ulteriore adeguamento del fondo al fabbisogno, compatibilmente a quelli che sono gli obblighi con la moneta unica che, ancora per alcuni anni, imporranno che la spesa pubblica, compresa quella sociale, non aumenti quanto il Pil".

#### BINDI: NEL PIANO C'È APPROCCIO INNOVATIVO

C'è senz'altro il rilancio della prevenzione nel Piano sanitario '98-2000 approvato in via preliminare dal consiglio dei ministri. Lo ha confermato il ministro Rosy Bindi ricordando che le Regioni ora non riescono a spendere neanche quel 6% destinato appunto alla prevenzione. "Non solo sarà prestata molta attenzione alla diagnosi precoce - ha detto Bindi - ma anche alla prevenzione primaria. In quest'ottica vanno visti gli interventi di educazione alimentare e ambientale. Ci sarà certamente uno spostamento di risorse per la prevenzione - ha aggiunto il ministro - e saranno liberate risorse per la riabilitazione". Illustrando il Piano alla stampa, Bindi ha osservato che "nel titolo 'Patto di solidarietà per la salute' si esprime il tentativo di un approccio innovativo. Salute - ha spiegato - intesa non solo come assenza di malattie bensì come benessere anche dal punto di vista spirituale della persona. Con questo Piano - ha concluso - si assolve al compito di puntare su un sistema fortemente regionalizzato". Il Piano sarà presentato la prossima settimana in un convegno al quale parteciperanno tutti i soggetti coinvolti nel Patto: rappresentanti dei cittadini, istituzioni, mondo del volontariato, produttori profit e non profit, comunità internazionale.

#### STATO SOCIALE E ASSISTENZA

Un Bonus per accedere ai servizi sociali, anche privati; l'inserimento tra gli oneri deducibili dalle imposte delle spese derivanti dalla cura dei figli da 0 a 3 anni; il potenziamento dei servizi domiciliari; il riordino delle indennità di invalidità. Sono alcuni degli interventi previsti dal Disegno di legge relativo alla "realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", approvato oggi dal Consiglio dei ministri. Ecco, in sintesi, le novità della riforma (presentata dalla Presidenza del Consiglio e dal ministero per la Solidarietà sociale) in base alla quale accanto al Piano nazionale sanitario ci sarà il piano sociale nazionale. Esso sarà approvato in consiglio dei ministri e le risorse necessarie verranno stanziare in ogni legge Finanziaria.

**BUONO SERVIZIO** - Gli enti locali potranno fornire Buoni servizio che il cittadino potrà utilizzare rivolgendosi al servizio privato o del privato sociale che ritiene più valido purché esso sia compreso nell'ambito dei servizi accreditati e riconosciuti per qualità dagli enti locali.

**CARTA DEI SERVIZI SOCIALI** - Sarà definita dal consiglio dei ministri e adottata dagli enti interessati, primi fra tutti i comuni. Nella Carta dei servizi saranno indicati i servizi a cui ogni cittadino ha diritto, i criteri per l'accesso ai servizi e le loro modalità di finanziamento.

(Fonte: Agenzia ANSA)

### L'ESECUTIVO PROVINCIALE A LERICI PER IL PRIMO CONVEGNO NAZIONALE FORMAZIONE QUADRI DELLA FIMMG.

A cura del dott. Vincenzo Grimaldi

Da Lericì appunti per la nuova convenzione di Medicina Generale: dal dibattito è emerso con chiarezza che:

- ◆ la continuità assistenziale deve essere indipendente ma funzionalmente connessa all'assistenza primaria, pur nell'unica area della convenzione
- ◆ si debba privilegiare il titolo di formazione specifica per l'accesso alla convenzione, cercando di mediare tra diritti acquisiti e valore professionale della formazione specifica
- ◆ bisogna individuare ulteriori momenti e meccanismi di verifica delle incompatibilità
- ◆ bisogna differenziare la libera professione occasionale da quella organizzata e continuativa, pur senza negare il diritto alla libera professione
- ◆ è necessario incentivare la medicina di gruppo ed in associazione; vanno normate nell'ambito della convenzione le esperienze cooperativistiche.
- ◆ È necessario concordare con gli specialisti ambulatoriali e gli ospedalieri protocolli di massiva de-burocratizzazione da inserire nei contratti di lavoro e nelle convenzioni; bisogna altresì creare, a livello distrettuale, strutture miste aziende - medici di medicina generale - specialisti che si occupino a largo raggio delle problematiche assistenziali
- ◆ bisogna ridisegnare, con maggiore appropriatezza l'area delle cure domiciliari (ADI e ADP) anzi far sì che tale attività assistenziale sia resa obbligatoria per tutti i cittadini che ne abbisognino
- ◆ occorre che il massimale di scelta sia uguale per tutti; qualora si ritocchi il massimale verso il basso vi deve essere una compensazione proporzionale della retribuzione o migliori condizioni associative o tutt'e due le possibilità
- ◆ occorre che siano messe in atto misure volte ad eliminare la possibilità di ricatto verso medico nell'espletamento delle proprie funzioni, anche medico legali, non ledendo, nel contempo, il diritto del cittadino alla libera scelta del medico.

La prossima convenzione deve porre le basi per un medico di medicina generale che, rinsaldando il rapporto di fiducia del proprio assistito, lotti a suo fianco per la tutela della sua salute, onde evitare che la regionalizzazione spinta della sanità italiana crei livelli di assistenza non uniformi, con cittadini di serie A e B, nelle varie regioni o, peggio, nei vari distretti.

Lo sviluppo di forme di assistenza sul territorio (vedi ADI, ADP, Ospedali di Comunità e quant'altro), deve vedere i medici di medicina generale, primi attori nella loro organizzazione e gestione.

Tutto questo comporta il miglioramento delle attuali competenze e l'acquisizione di nuove (anche di natura manageriale), per cui emerge chiaramente la necessità di un efficiente sistema di aggiornamento continuo.

Compiti pesanti, ma nello stesso tempo, assai qualificanti attendono il medico di medicina generale nell'Europa del 2000; ciò renderà insostituibile il ruolo del medico di famiglia nella Sanità dell'inizio del terzo millennio.

Dott. Vincenzo Grimaldi