

NOTIZIARIO F.I.M.M.G.

Numero 5

In redazione: Giancarlo Tricarico

Lug. - Ago. - Sett. 98

NOTIZIARIO PRODOTTO IN PROPRIO E DISTRIBUITO GRATUITAMENTE AGLI ISCRITTI

LA ASL BA 4, INDOTTA A RIVEDERE LA SUA POSIZIONE SUI LIVELLI DI SPESA PROGRAMMATA, AVVIA LA TRATTATIVA AZIENDALE.

IMPORTANTE SUCCESSO SINDACALE

Il confronto tra i Sindacati dei Medici di Medicina generale e la ASL BA 4, così come molti di voi hanno avuto modo di apprendere dai giornali, segna un primo importante successo. Infatti, i limiti di spesa complessivi e per assistito di Lit. 200.00 e di Lit. 38.000, rispettivamente per la spesa farmaceutica e la specialistica convenzionata, nei termini formulati dalle note della Direzione Generale della ASL Ba 4 del 31/7/98 e del 13/8/98, sono stati completamente modificati. Ciò è il risultato dell'incontro avvenuto presso la Direzione Generale della ASL BA 4 il 26/8/98 tra le Organizzazioni Sindacali dei Medici di Famiglia e i rappresentanti dell'Azienda Sanitaria Locale.

Nel corso della riunione i medici di famiglia hanno presentato le loro proposte:

1. *il tetto di spesa previsto dalla Delibera Aziendale n.1740 del 22/7/98, relativo ai comportamenti prescrittivi dei Medici di Famiglia, per quanto riguarda la farmaceutica e la specialistica convenzionata è da considerarsi un atto dovuto e non costituisce vincolo prescrittivo per il singolo medico;*
 2. *tale tetto-obiettivo è da riferirsi all'intera ASL e non al singolo medico;*
 3. *tale obiettivo potrà modificarsi nel corso dell'anno con il recepimento del Piano Sanitario Nazionale 1998-2001 che prevede il potenziamento dell'area territoriale;*
- (segue in 2^ pagina)*

SOMMARIO

Importante successo sindacale	1
Il dott. Pepe riconfermato segretario regionale	1
La relazione del segretario Anelli al Consiglio Nazionale	1
Comunicato stampa	2
Parte progetto ASMA: questionario ai MMG	2
Il PIT Bus a Bari	2
Accolte le richieste della sez. di Bari al Congresso Nazion.	4
Linee Guida sui Day Hospital e Day Surgery	5
L'intervento al Congresso Naz. Del Ministro Bindi	6
La mozione conclusiva del Congresso Nazionale	7
Delibera Regionale 1800: sull'assegnazione dei fondi	8
Per visite e farmaci cresce la spesa dei cittadini	8
Le integrazioni sulla Legge Regionale 1800	9
Albo regionale degli animatori di formazione	9
Livello organizzativo dell'assistenza primaria	9
Si al punteggio d'invalidità per gli ultrasessantacinquenni	10
Patto per l'alleanza per la qualità	10
Alleanza per la qualità: le iniziative realizzate	10
Sentenza del TAR Lazio sulle scelte in età pediatrica	11
Circolare regionale sulle scelte in età pediatrica	11
Esenzione ticket per le visite specialistiche	11
L'astensione dal voto al segretario regionale	12
Agenda della sezione provinciale di Bari	12

A Perugia dal 23 al 27 settembre 1998

LA SEZIONE PROVINCIALE BARESE AL CONGRESSO NAZIONALE FIMMG La relazione del Segretario Provinciale.

Caro Segretario Nazionale, cari colleghi,

il mio intervento al 50° Congresso Nazionale della FIMMG è connotato da una certa emozione legata alla consapevolezza dell'importante momento storico che stiamo vivendo.

La FIMMG ha in questi cinquant'anni sicuramente operato da protagonista nelle scelte dell'organizzazione sanitaria in Italia.

Il passaggio dal sistema caratterizzato dagli Enti Mutualistici al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) rappresenta il momento più importante nella storia di questa organizzazione.

Siamo consapevoli che il diritto alla salute, così come sancito dall'art. 32 della Costituzione Italiana, ben si coniuga con al Legge di Riforma n. 833 varata nel lontano 1978.

Le scelte operate allora sulla natura della medicina generale, sulla sua struttura, sui compiti affidati al medico di famiglia sono state ben ponderate ed hanno permesso ai medici di famiglia di superare i momenti di crisi che hanno coinvolto il sistema sanitario sino al punto da consentire al Medico di Medicina Generale (MMG), oggi, di diventare il perno fondamentale dell'organizzazione della sanità italiana anche alla luce della nuova proposta di legge di riforma allo studio del Ministro Bindi.

Oggi, come allora, ispira il nostro operato nelle scelte di politica sanitaria il desiderio di rendere attuali i principi sanciti nella Carta Costituzionale e l'attuazione del principio di solidarietà.

(continua a pagina 3)

Al nostro segretario, dott. Anelli, la Tesoreria Regionale

IL DOTT. PEPE RICONFERMATO SEGRETARIO F.I.M.M.G. REGIONALE

La sezione Provinciale di Bari si è astenuta dal voto.

Vice segretario regionale è stato eletto il dott. Donato Monopoli; al dott. Filippo Anelli la tesoreria regionale.

In un documento approvato dal direttivo provinciale, nella riunione del 3 settembre spiegati i motivi dell'astensione della sezione barese. (il testo a pagina 12)

(segue dalla 1^a pagina) **IMPORTANTE SUCCESSO SINDACALE**

4. *per la definizione ed il raggiungimento dell'obiettivo si apre, ai sensi del DPR 484/96, il tavolo di contrattazione aziendale e l'Azienda comunica la propria delegazione trattante.*

Tali proposte sono state completamente accettate e condivise dalla Direzione Generale della ASL BA 4.

Il Direttore Generale, ing. Giovanni Pentasuglia, si è impegnato ad inviare una nuova nota con cui precisa:

1. *la Delibera Aziendale n.1740 del 22/7/98 è atto dovuto e consequenziale alla Delibera di Giunta Regionale n. 1800 del 29/5/98 che prevede un equilibrio finanziario tra le risorse assegnate alla nostra azienda e i costi sostenibili tra i vari capitoli di spesa e specificatamente per l'assistenza ospedaliera, la farmaceutica e la specialistica convenzionata;*
2. *il tetto di spesa di Lit. 118.000.000.000 e Lit. 22.500.000.000, rispettivamente per la , la farmaceutica e la specialistica convenzionata non pone vincoli prescrittivi ad ogni singolo medico, ma orienta complessivamente gli stessi a collaborare perché la spesa complessiva rientri in tali limiti;*
3. *tali tetti, obiettivi possono anche modificarsi se muteranno nel corso dell'anno gli indirizzi regionali.*

Contemporaneamente si è dato avvio alla trattativa aziendale per l'attuazione del Contratto Regionale dei Medici di Famiglia. Sono stati, infatti, fissati i prossimi due incontri tra le parti: il 1 ed il 9 settembre p.v. Infine la Direzione Generale ha accolto la richiesta dei sindacati di categoria di inserire i rappresentanti dei medici di famiglia nel Comitato Etico Aziendale e nella Commissione Aziendale di VRQ. Bari 26/8/98

**Il Segretario Provinciale FIMMG
Dr. Filippo Anelli**

A pagina 8 riportiamo un riassunto della delibera G.R. n.1800 e successive integrazioni

SANITÀ: PARTE PROGETTO ASMA, QUESTIONARI A MEDICI FAMIGLIA

L'iniziativa e' attuata in collaborazione con la SIMG

(ANSA) - ROMA, 1 Settembre - Prende inizio il 4 settembre con l'invio di un questionario a 40.000 medici di medicina generale la prima fase del Progetto Italiano Asma, un'iniziativa di ricerca promossa nell'ambito del progetto mondiale Asma dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e del National Heart Lung and Blood Institut. Nel nostro paese il progetto è coordinato dal centro di ricerca su asma e bpc (bronicopneumopatia cronica ostruttiva) dell'università di Ferrara in collaborazione con la società italiana di medicina generale (Simg). "Lo scopo principale del progetto - ha spiegato Enrico Massa della Simg - è di sensibilizzare il medico di medicina generale su queste malattie che l'Oms ritiene le grandi emergenze sanitarie di fine millennio. La necessità di lavorare in questa direzione deriva principalmente dai risultati di numerosi studi condotti in Italia e in vari paesi del mondo, che hanno dimostrato che meno della metà dei pazienti affetti da asma e bpc viene identificata e che meno della metà di questi viene trattato nel modo adeguato". Secondo stime ufficiali l'asma colpisce attualmente 100 milioni di persone nel mondo, 2,5 milioni in Italia. Gli esperti ritengono però che questi dati siano sottostimati almeno del 30-50% rispetto alla prevalenza rilevata in studi epidemiologici condotti dalla popolazione, in particolare negli anziani".

COMUNICATO STAMPA

Porre "il cittadino al centro del Servizio Sanitario Nazionale" è l'idea che la FIMMG ed il Tribunale per i Diritti del Malato, con la collaborazione della CUMI. SIMG e dei Sindaci della ASL BA 4, intendono proporre e sostenere anche attraverso l'istituzione di un "Patto per l'alleanza per la qualità" a Bari".

Non si tratta di una semplice enunciazione di principio quanto di una nuova filosofia che dovrebbe sottendere le scelte di politica sanitaria in Puglia.

Riaffermare il primato dell'uomo sull'economia significa porre al primo posto obiettivi di salute pur tenendo conto della limitatezza delle risorse.

Per questo condividiamo quanto affermato nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 in tema di esigenza di riequilibrio delle risorse all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

"Particolare impegno deve essere dedicato alla riallocazione delle risorse:

- dalla cura alla prevenzione;
- dalla generalità della popolazione ai gruppi a rischio;
- dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale".

Grande preoccupazione destano in Puglia i provvedimenti assunti dalla Giunta Regionale e dalla ASL BA 4 in tema di distribuzione della spesa sanitaria.

I cittadini, i medici di famiglia, i Sindaci credono che l'esigenza di un riordino della spesa sanitaria non debba "pesare sui cittadini ed in modo particolare sui servizi presenti sul territorio".

Con chiarezza il Ministro della Sanità Rosi Bindi ha affermato, nel corso del 50° Congresso Nazionale della FIMMG a Perugia sabato 26 settembre u.s. che saranno penalizzati i Direttori Generali che non avranno centrato gli obiettivi prefissati di salute quant'anche avessero ottenuto un risanamento del bilancio aziendale. "Se i direttori generali non raggiungeranno gli obiettivi avranno il 30% di decurtazione sul proprio stipendio".

Il "Patto per l'alleanza per la qualità" rappresenta un'alleanza tra i cittadini ed i loro medici al fine di sollecitare che anche in Puglia si attivino istituti come l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), si verifichi il livello di sicurezza negli ospedali, secondo le norme stabilite dalla legge, si riducano i tempi e le liste di attesa per l'accesso ai servizi sanitari.

Sabato 3 Ottobre 1998 presso l'Ordine dei Medici di Bari alle ore 11.00 i soggetti promotori dell'iniziativa si incontreranno con i rappresentanti di numerose associazioni dei cittadini per proporre l'istituzione del "Tavolo per l'alleanza per la qualità".

Tra le prime attività che questo tavolo dell'alleanza intenderà proporre è il sostegno all'iniziativa del Tribunale dei Diritti del Malato che prevede la presenza a Bari il 28 ottobre p.v. del PIT BUS per incontrare i cittadini baresi e verificare negli ospedali pugliesi, così come negli ospedali di tutta Italia, le liste d'attesa e l'applicazione della normativa sulla sicurezza negli ospedali.

Bari 29/9/98

il Segretario Provinciale FIMMG
Dott. Filippo Anelli

IL P.I.T. BUS A BARI IL 28 OTTOBRE

Il PIT (Progetto integrato di tutela) per i diritti dei cittadini organizza anche quest'anno un pulmino itinerante per verificare lo stato dei servizi sanitari, per sollecitare tutti i soggetti coinvolti ad un maggiore impegno per il miglioramento della sanità e per mobilitare i cittadini attorno alla tutela dei loro diritti.

Per informazioni sul PIT-BUS nazionale puoi rivolgerti al numero 06/3225318.

Per informazioni sulla sosta a Bari, puoi chiamare la segreteria FIMMG: 0805043779

(continua dalla 1^a pagina)

La figura del medico di famiglia nel SSN incarna precisamente questi principi.

Infatti, il MMG è presente su tutto il territorio nazionale, in ogni angolo d'Italia. Ogni cittadino italiano vi può accedere liberamente senza vincolo di ceto, razza o religione.

I compiti affidati dalla legge 833 al MMG sono stati applicati su tutto il territorio nazionale ed hanno rappresentato il primo livello di assistenza adeguatamente e uniformemente diffusa in Italia.

L'introduzione di nuovi istituti assistenziali: ADI, ADP, LSP, che hanno caratterizzato i più recenti accordi collettivi nazionali e la nuova organizzazione la nuova organizzazione del SSN in Aziende locali, Ospedaliere e distretti, attuata ai sensi delle leggi di riforma 502/92 – 517/93, non hanno invece raggiunto i livelli di diffusione e uniformità attesi su tutto il territorio nazionale.

Tutto ciò impone dei correttivi sia sul piano legislativo che su quello contrattuale.

La necessità di un riequilibrio delle risorse del SSN è prioritario ed indispensabile per assicurare i livelli uniformi ed adeguati di assistenza.

Tale esigenza è ben precisata nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000 del Ministro Bindi:

“Particolare impegno deve essere dedicato alla riallocazione delle risorse:

- dalla cura alla prevenzione;
- dalla generalità della popolazione ai gruppi a rischio;
- dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale.

In questo senso “l'eliminazione delle barriere economiche ... non è sufficiente ad assicurare l'uniformità di accesso ai livelli di assistenza”. Così “l'inadeguata offerta di servizi, le carenze di informazioni su disponibilità e modalità di accesso, la presenza di tempi di attesa abnormemente elevati in rapporto alle necessità assistenziali rappresentano la principale limitazione ad una effettiva uniformità nelle diverse realtà territoriali e nei diversi settori”.

Quanto affermato dal Ministro Rosi Bindi nel suo PSN è estremamente condivisibile.

Per quanto riguarda la mia Regione, la Puglia, la situazione attuale si può così riassumere:

1. i nuovi istituti contrattuali come ADI sono quasi per nulla applicati, o come le ADP difformemente applicati sul territorio regionale;
2. i distretti, previsti dalle leggi 502/92 – 517/93, sono stati recentemente istituiti ed i Direttori di Distretto, nominati nel corso dell'anno, si limitano solo a compiti di basso profilo;
3. i livelli di spesa programmata ed il budget sono stati per la prima volta introdotti in Puglia nel maggio di quest'anno attraverso una contestatissima delibera di Giunta Regionale: la n. 1800.

La Puglia si presenta come una Regione anomala:

- non ha mai adottato un Piano Sanitario Regionale;
- non ha mai elaborato un piano di riordino della rete ospedaliera;
- non è mai partito il 118 e l'organizzazione dell'emergenza;
- solo recentemente, 15 maggio di quest'anno, è stato pubblicato il 1° accordo regionale per la medicina generale;
- non sono mai stati presentati piani sanitari aziendali;
- non sono stati individuati obiettivi sanitari di distretto e di conseguenza non sono mai state erogate le relative risorse (budget di distretto).

Il grave ritardo nell'amministrazione della sanità in Puglia ha determinato un serio squilibrio tra i servizi che potenzialmente potrebbero essere istituiti, e che sono presenti in altre regioni italiane, ed i servizi realmente offerti ai cittadini pugliesi.

Il tentativo della Giunta Regionale di razionalizzare la spesa assegnando alle ASL ed alle Aziende Ospedaliere degli obiettivi funzionali e dei limiti di spesa ha creato ulteriori dubbi e suscitato numerose proteste.

Anche su queste importanti scelte, che hanno una ricaduta notevole sul lavoro del MMG, i sindacati dei medici di famiglia non sono stati consultati.

Non solo i medici di famiglia, ma neanche gli altri sindacati, i Sindaci le associazioni dei cittadini sono state tenute all'oscuro nella fase di elaborazione di tale provvedimento regionale.

Tre sono i punti di tale intervento regionale su cui la FMMG Bari esprime delle perplessità:

- in primo luogo la destinazione delle risorse che privilegia il settore ospedaliero a discapito del territorio: circa “il 70% dell'intera risorsa individuata dalla Giunta Regionale per finanziare l'assistenza sanitaria regionale” è stata assegnata agli ospedali. “Tutto ciò, dicono i Sindaci della ASL BA 4, in contrasto con la tendenza quasi unanimemente seguita in campo economico-sanitario, che vede una allocazione di risorse orientata prevalentemente sul territorio con un depotenziamento dell'attività ospedaliera”;
- in secondo luogo la manipolazione essenziale del sistema di finanziamento delle ASL, basato sulla quota capitaria, in quanto la Giunta Regionale, al fine di assicurare il finanziamento alle Aziende Ospedaliere, ha decurtato le risorse proprio alla fonte, finanziando direttamente queste Aziende fissandone i tetti di spesa, per cui la quota capitaria da destinare alle ASL si è ridotta da lit. 1.800.000 a lit. 1.400.000 circa.
- Ovviamente le risorse destinate al territorio sono calcolate sulla base di questa quota capitaria ridimensionata con le conseguenze che ognuno può immaginare;
- la terza ragione fa riferimento al punto 14 di questa delibera con la quale si obbliga i Direttori Generali della ASL a determinare i tetti di spesa ad ogni singolo medico di base sia per le prestazioni specialistiche che per l'assistenza farmaceutica “in ragione del modificato

assetto giuridico delle ASL e dei criteri civilistici di gestione, per cui gli stessi (i medici di famiglia ndr) operano, a tutti gli effetti di legge, ferma la responsabilità professionale, quali mandatarî delle ASL”.

I livelli di spesa programmata hanno significato nel momento in cui i distretti propongono progetti obiettivi, approvati a livello regionale o aziendale, in funzione del volume di risorse ad essi assegnato (Legge 449/97).

Diversamente si mette in atto solo un'operazione contabile che rischia di aggravare le disuguaglianze dei cittadini nei confronti dell'accesso ai servizi sanitari.

Noi pensiamo che la FIMMG non possa essere esclusa da una consultazione sui principali problemi della sanità in Puglia (vedi il piano sanitario regionale in fase di votazione nella relativa commissione regionale), né possa esimersi da presentare sue proposte.

Tutto ciò, tuttavia, non gli deriva da un presunto “diritto naturale”, bensì dalla sua capacità di porsi come forza capace di presentare un proprio progetto e su questo di ottenere un largo consenso.

Fermarsi in maniera nostalgica a rimpiangere i tempi in cui la FIMMG da sola, ed in quanto tale, era in grado di imporsi all'attenzione della parte pubblica è comprensibile, ma poco realistico.

Credo che le varie esperienze condotte a livello nazionale insegnano che la capacità di acquisire il consenso su una proposta, così come l'opportunità di far convergere su queste idee le varie forze sindacali, sociali e associative conferisce a tutti questi soggetti una forza contrattuale notevolmente superiore a quella di ogni singola associazione.

Per questo noi a Bari Sabato 3 ottobre istituimo il “Tavolo per la qualità della salute a Bari”.

Non ci deve spaventare il dialogo con gli altri sindacati, spesso nostri antagonisti, quando essi convergono su posizioni che appartengono alla FIMMG.

Alimentare il livello di conflittualità con questi sindacati comporta una perdita del consenso sindacale a tutto vantaggio dei piccoli sindacati.

Questa è l'analisi, confermata dai dati delle iscrizioni, della nostra sezione provinciale di Bari.

Nei momenti di massima collaborazione abbiamo registrato il maggior numero di iscrizioni.

Quando è aumentata la conflittualità abbiamo perso come FIMMG Puglia interi settori di sindacato come la guardia medica.

Il nostro giovane impegno nella FIMMG, tuttavia, potrebbe indurci, nostro malgrado, a commettere errori dovuti alla nostra inesperienza.

Purtroppo la realtà ci insegna che neanche l'esperienza acquisita in tanti lustri nel sindacato è un buon antidoto per non commettere errori.

Così, non è tanto all'esperienza che guardiamo, quanto alla sapienza ed alla saggezza, virtù queste piuttosto rare in questa società.

Grazie al metodo del dialogo ed alla capacità di proposta abbiamo scritto il Contratto Regionale per la

Medicina Generale in meno di un mese.

Oggi ci sembra si voglia tornare indietro.

Noi continuiamo a credere:

- nel dialogo, contro ogni forma di arroganza ed integralismo;
- nella forza delle idee, contro ogni azione di prevaricazione;
- nella partecipazione e nel metodo democratico, contro ogni forma di “culto della persona”;
- nel coinvolgimento dei colleghi quale grande risorsa di questo sindacato, contro ogni forma di oligarchia:

Al nostro segretario Nazionale l'assemblea pregressuale ed i circa sessanta quadri dirigenti della FIMMG di Bari chiedono di adoperarsi affinché:

- i livelli uniformi ed adeguati di assistenza siano definiti in sede nazionale;
- i criteri di applicazione non lascino discrezionalità alle amministrazioni locali;
- si preveda un potere sostitutivo in caso di grave disuguaglianza dei cittadini nell'accesso ai servizi sanitari definiti dai livelli uniformi ed adeguati di assistenza.

Al Dott. Mario Falconi confermiamo il massimo della fiducia per la sua capacità di guidare il nostro sindacato anche quando alcune scelte ci sono sembrate, per inesperienza, poco comprensibili.

Siamo orgogliosi di appartenere a questo grande Sindacato: la FIMMG, per quanto è riuscito a fare in questi 50 anni di storia sindacale, e soprattutto per le prospettive e la lungimiranza con cui vuole caratterizzare la figura del medico di famiglia degli anni 2000 nella sanità italiana. Noi, da parte nostra, ci sforzeremo di offrire il nostro umile e modesto contributo, ed, in ogni caso, il nostro forte sostegno a questo ambizioso progetto.

Auguri Mario!

FILIPPO ANELLI

Importante riconoscimento per la nostra sezione

ACCOLTE LE RICHIESTE DELLA FIMMG BARI AL CONGRESSO NAZIONALE DI PERUGIA

IL SEGRETARIO NAZIONALE MARIO FALCONI NELL'INTERVENTO CONCLUSIVO DEL 50° CONGRESSO NAZIONALE DELLA FIMMG HA FATTO PROPRIE LE TRE PROPOSTE DELLA FIMMG BARI PRESENTATE DAL SEGRETARIO PROVINCIALE FILIPPO ANELLI CON CUI SI E' CHIESTO CHE:

1. i livelli uniformi ed adeguati di assistenza siano definiti in sede nazionale;
2. i criteri di applicazione non lascino discrezionalità alle amministrazioni locali;
3. si preveda un potere sostitutivo in caso di grave disuguaglianza dei cittadini nell'accesso ai servizi sanitari definiti dai livelli uniformi ed adeguati di assistenza.

Regolamentazione del Day Hospital e del Day Surgery. Linee guida.

Le direttive regolamentano gli interventi chirurgici e le procedure interventistiche diagnostiche e/o terapeutiche da effettuare in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno (day surgery) nonché le prestazioni di carattere diagnostico terapeutico e/o riabilitativo in regime di assistenza medica a ciclo diurno (day hospital). Il numero dei posti letto al riguardo deve mantenersi nei limiti del 10% del numero dei posti letto di dotazione ordinaria.

La giunta ha anche deciso di istituire una apposita Commissione tecnico scientifica con il compito di approvare protocolli terapeutici, diagnostici e riabilitativi relativi alle prestazioni multiprofessionali e polispecialistiche di day hospital e day surgery, con il supporto di specialisti universitari e ospedalieri della disciplina oggetto di valutazione.

I protocolli costituiranno lo standard di prestazioni valido su tutto il territorio regionale. Lo stesso potrà essere eventualmente modificato su richiesta di una unità operativa interessata.

Le linee guida riguardano tutte le strutture sanitarie pugliesi pubbliche e private e sono state pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione n. 56 del 18 giugno scorso.

DAY SURGERY

La Chirurgia ambulatoriale viene definita come possibilità di effettuare Interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o semi-invasive, praticabili senza ricovero, in studi medici o ambulatori protetti, in anestesia locale o in analgesia".

La Chirurgia di giorno viene definita, invece, come la possibilità "di effettuare interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o semi-invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia locale, loco-regionale o generale". Per la selezione dei pazienti è possibile fare riferimento alla classificazione proposta dall'American Society of Anesthesiology (classificazione A.S.A.) che individua 5 classi: le prime due sono ritenute ideali per il trattamento in day surgery mentre i pazienti appartenenti alla classe 3 sono considerati border line.

Se il paziente (che deve sottoscrivere un "consenso informato" personalizzato) ritenuto idoneo al trattamento rifiuta lo stesso, è tenuto a partecipare alla spesa come previsto per le prestazioni ambulatoriali. La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) deve essere chiusa nella data di effettuazione dell'ultimo controllo. Nel caso di eventuali complicazioni post operatorie deve essere aperta una nuova SDO.

Il day surgery può essere effettuato in ospedali pubblici e case di cura accreditate, avendo il possesso dei requisiti fissati dal DPR 14/1/1997. I modelli organizzativi previsti sono i seguenti: Unità autonome di Day Surgery (accettazione, degenza e uffici amministrativi completamente indipendenti) per strutture completamente autonome collegate per i servizi di Emergenza ad ospedali o nell'ambito di ospedali con attività operatoria molto elevata; individuazione di una degenza monospecialistica o plurispecialistica esclusivamente dedicata alla chirurgia di giorno (interventi eseguiti in sale operatorie normalmente utilizzate dai vari reparti chirurgici con possibilità di degenza dedicata anche in reparti autonomi) per strutture di medie dimensioni: utilizzo di posti letto all'interno della degenza ordinaria (posti letto dedicati esclusivamente al day surgery e quindi non occupabili per le emergenze con specifiche sedute operatorie nel corso della settimana).

I Direttori Generali interessati devono comunicare alla Regione il modello organizzativo scelto con una relazione dettagliata sulla struttura organizzativa. A sua volta la Regione esprime un parere

di congruità e attribuisce un codice alla Unità di day surgery che dovrà essere riportato sulla SDO. La remunerazione delle prestazioni erogate è prevista sulla base del R.O.D. . Le tariffe sono comprensive di esami, visite preoperatorie, intervento chirurgico e controlli post operatorie, indipendentemente dal numero degli accessi.

DA Y HOSPITAL

Deve soddisfare le seguenti condizioni: patologia da richiedere ricovero ospedaliero; condizioni del paziente che non richiedono sorveglianza o la necessità di terapia parenterale serale-notturna; disponibilità di spazi per il trattamento diagnostico terapeutico e per il soggiorno di pazienti. Inoltre in day hospital può essere effettuato per il controllo dei parametri vitali per un periodo maggiore di 4 volte al giorno per la radioterapia; per la chemioterapia; per il trattamento infusivo prolungato, nella necessità di osservazione medica per almeno 2 volte al giorno in momenti diversi; per l'esecuzione di esami tradizionali che necessitano di tempi di esecuzione molto superiori a quelli propri di pazienti ambulatoriali o che comportano rischi documentati o che richiedono la individuazione di un luogo di permanenza ed eventualmente di consumazione di un pasto non eseguibile in altro modo.

Il ricovero può durare 1 o 2 giorni anche non consecutivi, ciascuno dei quali sarà conteggiato come una giornata di presenza. La cartella clinica deve riportare tra l'altro l'ora di ingresso quella di uscita, controfirmate dal paziente. I dati relativi all'attività complessiva vanno raccolti e resi pubblici.

Non è consentito ubicare nella stessa stanza posti letto adibiti a day hospital e posti letto di degenza ordinaria.

Le prestazioni specialistiche e la somministrazione di farmaci nel day hospital sono soggette al medesimo regime di partecipazione alla spesa. Durante il ciclo di cura possono essere concessi dall'ospedale anche eventuali farmaci che l'assistito deve assumere al proprio domicilio, ivi compresi quelli autorizzati per il solo uso ospedaliero.

La tariffa prevista per un unico accesso giornaliero è quella forfettaria giornaliera specifica per classe di R.O.D. di appartenenza; nel caso di un ciclo programmato di ricoveri la tariffa di rimborso è data dal prodotto tra il numero degli accessi giornalieri e la tariffa giornaliera specifica per classe di R.O.D. di appartenenza.

La Regione provvederà a una verifica periodica dell'attività svolta (tramite il Servizio Ispettivo), facendo riferimento a 4 elementi: indice di rotazione, in ogni posto letto, non inferiore a 1 e non superiore a 2 per ciascun giorno di funzionamento; funzionamento delle strutture per non meno di 250 giorni all'anno; tasso di occupazione dei posti letto tendenzialmente prossimo al 100% con riferimento ai due punti precedenti.

(Per gentile concessione: "Tutto Sanità News" anno 2, n.15, 30 giugno 1998)

BINDI: + 3% PER FONDO SANITARIO NAZIONALE

(ANSA) Bologna, 6 SET - Il ministro Bindi ha reso noto che la prossima Finanziaria prevede un aumento del 3% delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale. La Bindi ha sostenuto che queste risorse sono necessarie per dare corpo a quel Piano Sanitario Nazionale varato nei mesi scorsi che ha l'obiettivo ambizioso, "non solo di curare le malattie ma anche di produrre salute".

L'INTERVENTO DEL MINISTRO DELLA SANITA' ROSY BINDI

Su alcuni problemi che Falconi mi ha posto c'è la necessità di un ulteriore approfondimento. Su altri c'è invece una perfetta consonanza di idee. Al di là delle cose che ci riesce di fare (anche i ministri non riescono a fare tutto quello che si propongono anche se ci credono fermamente) ribadisco la mia consonanza di intenti con voi.

Tutte le volte in ogni dibattito, in ogni finanziaria il tema di fondo dell'assistenza sanitaria non va mai dato per scontato. Cercherò di rispondere a Falconi seguendo la sua scaletta per evitare di non dare risposte a tutti i problemi che mi sono stati sottoposti: occupazione - formazione - università.

Cerchiamo di dare risposte ad un problema che ha oggi un grado di complessità tale che le proposte attuali non basteranno a risolvere i problemi di domani.

Il Senato ha scritto la norma in maniera diversa da quanto avevo fatto io.

Comunque non dovete vedere in me un ministro che si arrende ad uno strapotere dell'università che come ho già detto in altre occasioni ci costringe a pagare costi impropri sull'assistenza.

Sono ben lieta di restituire l'università alle sue funzioni di formazione, di ricerca e anche di eccellenza. Il fine della ricerca e della formazione universitaria è quello di preparare medici competenti e quindi di porre le basi per una buona assistenza sanitaria. A fronte di questo c'è poi chi ha realmente in mano la programmazione dell'accesso all'università ed è importante che chi possiede questa responsabilità sappia che noi di anno in anno comunicheremo il fabbisogno di medici per il sistema sanitario.

Non è certo per mia volontà che i docenti universitari sono oggi "clinici ospedalizzati" ed è chiaro che questo è accaduto per loro logiche di interesse. Ma è altrettanto chiaro che se non possiamo noi determinare il numero delle cattedre, dobbiamo comunque come Ministro della Sanità fornire indirizzi per ottenere medici qualificati e per ottenere la specializzazione in medicina generale.

Sono disposta a riconoscere le debolezze del mio ministero ed anche la carenza culturale complessiva nell'elaborare un piano per la formazione in medicina generale e poi per la formazione permanente ma sono pronta da subito a colmare la lacuna e a mettermi insieme a voi per elaborare un piano complessivo per la formazione del medico.

Il piano sanitario nazionale contiene all'interno il medico di famiglia perché gli obiettivi stessi del P.S.N. non possono prescindere dal medico di famiglia.

Io vi invito in questo momento a cogliere la sfida e ad essere all'altezza del vostro compito. Voi mi risponderete certamente che avrete bisogno degli strumenti adeguati per essere in condizione di sopportare il vostro compito.

Ebbene vi rispondo che sono disposta a studiare con voi un progetto di formazione possibile e adeguato. Credo che la solitudine e l'isolamento del medico di famiglia in questi anni non vi ha certo aiutato. Per questo è importante fornire al medico la possibilità di lavorare in équipe sul territorio e sono pronta a marciare con voi per la scrittura della convenzione e dei decreti attuativi e ve lo anticipo oggi anche del contratto con gli ospedalieri. Non c'è altro modo che il patto e la convenzione per governare il nostro Paese ma il patto funziona solo se i contraenti esprimono sinceramente le loro intenzioni.

Questo consente poi alle parti di decidere se appoggiare o smantellare il sistema. Sono perfettamente consapevole delle difficoltà che crea l'eccesso di offerta in campo medico. È un aspetto questo che potrebbe mettere un governo in una posizione di grande forza. Vi siete mai chiesti perché l'eccesso di offerta non dovrebbe indebolirvi come succede per altri comparti? Se volete che questo non accada è indispensabile formulare un patto tra le generazioni. Noi faremo la battaglia contro l'Università ma non sarà sufficiente se non troveremo meccanismi all'interno del percorso che garantiscano questo patto tra le generazioni. Nella legge delega ci sono strade aperte ma non definite nessuno ha intenzione di mandare a monte il vostro ente previdenziale anzi sono convinta della necessità di trovare insieme soluzioni al problema. Una risposta comune la dobbiamo dare anche alla disoccupazione medica perché se noi non liberiamo risorse voi non potete diventare la chiave del sistema sanitario.

Qualche segnale positivo ve l'ho dato. Io non vi voglio pensare come medici esattori del sistema sanitario. Non avete mai sentito da me incoraggiamenti a direttori generali che hanno raggiunto obiettivi di bilancio solo con tagli della spesa mancando gli obiettivi assistenziali. Abbiamo proposto premi per i direttori generali in funzione del raggiungimento di obiettivi obbligatori, la qualificazione professionale per i medici di famiglia, la obbligatorietà per gli assessori regionali di fissare dei livelli di assistenza uniformi ai quali si dovranno attenere i direttori generali.

Abbiamo previsto la modifica dell'attuale sistema di DRG che ha portato la spesa ospedaliera dal 48 all'attuale 65%.

Gli assessori ci devono spiegare perché se dispongono di direttori generali capaci li impiegano nelle aziende ospedaliere e non nelle aziende sul territorio creando una debolezza di chi acquista servizi e conseguentemente la forza di chi li vende.

Abbiamo in cantiere la ridefinizione dei ruoli tra ospedali ed università, e la rideterminazione della base di finanziamento autonoma delle aziende ospedaliere.

Per il medico di famiglia immagino un ruolo centrale nel SSN e non un ruolo di esattore, ma un ruolo di cogestore, con un budget di distretto che si riferisce alla quota capitaria per avere una certezza di finanziamento ed evitare conflittualità con l'utenza.

Dobbiamo costruire un sistema coerente al suo interno.

La chiarezza sulle risorse umane è fondamentale in ogni sistema. E non ho mai avuto risposte contrarie a questa mia affermazione. Per quanto concerne gli ospedalieri abbiamo previsto un ruolo ad esaurimento per chi decide di non accettare il tempo pieno e che corrisponde attualmente al 30% dei medici dipendenti ospedalieri.

Una volta definiti correttamente i ruoli e create le condizioni per poter lavorare in maniera degna una parte di questi accetterà di entrare appieno nelle strutture ospedaliere pubbliche.

La finanziaria prevede: 4000 miliardi in edilizia sanitarie, 1500 miliardi sulle grandi città del centro sud da usare in compartecipazione con fondi pubblici e privati, 4500 miliardi in aggiunta i 10.000 miliardi già spesi per l'innovazione tecnologica sono un'iniezione di fondi che per la sanità non trova riscontro nelle finanziarie precedenti.

Se i direttori generali non raggiungeranno gli obiettivi avranno il 30% di decurtazione sul proprio stipendio. Abbiamo già chiesto il cambio del sistema fiscale al ministero delle finanze. Abbiamo liberato 1200 miliardi di risorse per far scegliere i medici, se star fuori o dentro e questo entro un anno. Con il prossimo contratto sono previste incentivazioni, per chi vuole star dentro l'ospedale.

Il nodo da sciogliere è costituito dai medici in ruolo al 31/12/98.

Dobbiamo intenderci sul significato di livello uniforme di assistenza, nell'accezione che una sanità che articola i propri servizi ha bisogno di un medico di famiglia.

Libera professione? Se non sarà impossibile impedire, bisognerà regolare almeno la disponibilità oraria del medico convenzionato e lasciare la libertà di opzione a chi vuole esercitare solamente la professione del medico di famiglia con i dovuti incentivi.

Questo nella certezza del bisogno di tutelare il cittadino nei confronti del ruolo del medico di medicina generale.

Una ipotesi potrebbe essere nella riforma Bassanini, in un diverso rapporto tra chi è aziendalizzato e chi ha liberamente scelto di starne fuori.

Io non penso che il medico non abbia da lavorare per il futuro, anzi su di lui ricadranno nuovi compiti. Meglio una Fimmg forte che 2 o 3 Snam in giro per l'Italia. Non parlo per sentito dire, ci sono andata e non ci vado più perché non sono disposta a farmi strumentalizzare. "

In un sistema che non vuole abbandonare lo strumento della convenzione bisogna ammettere che la vostra convenzione è un po' particolare, un po' particolare perché tocca il perno del sistema.

Applicare il federalismo fiscale come finanziamento sanitario rischia di non aver chiara la somma del finanziamento stesso.

Bisogna avere chiaro il concetto di aziendalizzazione e regionalizzazione che vuol dire trovare meccanismi adeguati per raggiungere localmente livelli uniformi di assistenza.

Il 3% c'è ancora? Sì se il riferimento è la quota capitaria.

È pensabile che 3 regioni non abbiano fatto gli accordi regionali? Che la Toscana ha speso i fondi per l'edilizia sanitaria e la Puglia no? È pensabile che le note CUF vengano disattese? È appropriato l'uso dei medicinali in classe A?

Vi si chiede di conoscere meglio il vostro paziente e di decidere veramente di ciò che necessita. Vi è richiesta autorevolezza, più della grande firma e più della presentatrice televisiva, perché siete più vicini al paziente.

Il raggiungimento dei livelli di assistenza in una corretta gestione delle risorse è attuato se svolgerete correttamente il vostro compito. Per inciso dimenticavo di dirvi che gli universitari passano a tempo definito, su loro richiesta.

I sindacati sono una forza nazionale e a loro chiedo di rinnovare un

Continua : L'intervento del Ministro Rosy Bindi
 patto perché se lotteremo per il futuro di questo sistema avremo certamente delle risposte. Se invece qualcuno si adopera per incrinare il sistema mette a repentaglio la figura del medico di famiglia e del medico ospedaliero.

Alla base di tutte queste considerazioni c'è sempre il diritto alla salute per tutti i cittadini.

ROSY BINDI

LA MOZIONE CONCLUSIVA DEL CONGRESSO

Perugia 23-27 settembre 1998

Il 50° Congresso nazionale della Fimmg, sentita la relazione del Segretario generale nazionale Mario Falconi,

NE CONDIVIDE

l'impostazione sia per quanto riguarda l'analisi puntuale e critica dell'attuale situazione, compresa la riaffermata difesa della libera professione, sia per quanto concerne la parte programmatica propositiva sugli obiettivi del Sindacato a tutela della categoria e

LA APPROVA CON PLAUSO.

Il 50° Congresso nazionale della Fimmg registra comunque gravi elementi di preoccupazione:

lo stallo delle trattative dopo il loro formale avvio, a contratto già scaduto dall'inizio dell'anno;

la sofferenza economica della categoria per la perdita del potere d'acquisto delle retribuzioni anche conseguente all'accentuarsi di un'iniqua pressione fiscale e all'aumento dei costi di gestione dello studio;

la prospettata anticipazione dell'età pensionabile senza adeguati provvedimenti a garanzia della sopravvivenza del proprio Ente di previdenza e dell'adeguatezza dei trattamenti previdenziali, sia per le classi di età più avanzata sia, e soprattutto, per i più giovani e fra questi in particolare quelli costretti ad un ritardato accesso alla professione;

la mancanza di garanzie sul raggiungimento di livelli appropriati ed uniformi di assistenza su tutto il territorio nazionale nel rispetto dei principi di equità e giustizia anche a causa del mancato coordinamento degli accordi integrativi regionali;

l'ennesimo tentativo di trasferire nei disposti dell'attuale legge finanziaria scelte decisionali proprie della libera contrattazione che, pur riguardando nel momento contingente il settore dei medici ospedalieri, introduce un principio che costituisce gravissima offesa e pregiudizio alla libertà e democraticità della contrattazione;

il ritardo dell'avvio dei corsi di formazione specifica in medicina generale e l'inadeguatezza delle risorse ad essi destinate;

la mancata armonizzazione dell'attività universitaria rispetto alle esigenze concrete del SSN, che impone l'inserimento dell'insegnamento della medicina generale nel corso di laurea e l'adozione di un numero rigorosamente programmato delle iscrizioni, anche per rispettare i diritti e le attese dei giovani laureati;

la carenza di ogni provvedimento organico mirato alla formazione permanente dei medici e all'educazione sanitaria dei cittadini per una corretta erogazione e fruizione dei servizi sanitari;

la volontà politica trasversale a tutti i partiti, di trasferire alla dipendenza i settori della medicina dei servizi, dell'emergenza e della guardia medica, senza tener conto dei danni economici e funzionali con gravissimo pregiudizio della continuità assistenziale, che solo l'azione del Sindacato ha potuto mitigare

ottenendo l'esclusione di quest'ultima da questo provvedimento.

Di fronte ad un panorama così complesso, difficile ed ostile, il 50° Congresso nazionale della Fimmg

PRENDE ATTO

**delle dichiarazioni rilasciate dal Ministro in sede congressuale sulla riaffermata centralità del medico di famiglia quale perno del SSN;
 del riconoscimento della peculiarità del nostro rapporto libero-professionale con il SSN;
 dell'attenzione dimostrata dal Ministro al recepimento, sulla base di norme condivise, delle proposte del Sindacato per quanto concerne la migliore organizzazione della professione anche in relazione all'esercizio integrato fra i diversi settori della medicina generale al fine di una reale continuità assistenziale;
 della formulazione attuale della legge delega che prevede la concertazione delle norme relative al pensionamento con l'impegno di tutelare adeguatamente tutti i medici evitando provvedimenti di destabilizzazione dell'ente previdenziale;
 della dichiarata disponibilità del Ministro ad una consultazione nella fase di definizione dei decreti delegati in parallelo al procedere e alla conclusione delle trattative per il rinnovo della convenzione.**

Per quanto riguarda lo specifico del settore medicina dei servizi il 50° Congresso nazionale della Fimmg valuta negativamente il passaggio di questo settore alla dipendenza in quanto tale da compromettere il miglior funzionamento delle attività distrettuali, indispensabili all'affermazione e al progresso dell'assistenza territoriale. Un simile provvedimento comporterebbe grave penalizzazione per i medici ivi operanti, ai quali verrebbe a mancare il riconoscimento dell'anzianità di servizio ed un'adeguata copertura previdenziale stante l'elevata età media degli operatori e il ridotto numero di anni contributivi, nonché il mancato riconoscimento di una possibilità di progressione di carriera riconosciuta ai settori della dipendenza. In questo settore il mantenimento del convenzionamento viene individuato come l'unica via per il riconoscimento doveroso di ruolo e funzioni adeguati a questi colleghi.

Per lo specifico settore della continuità assistenziale ed emergenza sanitaria territoriale il 50° Congresso nazionale della Fimmg

FA PROPRIA

la mozione conclusiva di detto settore che integra il presente documento.

Il 50° Congresso nazionale della Fimmg

DÀ MANDATO

al Segretario generale nazionale e alla Segreteria di perseguire con intransigente determinazione gli obiettivi individuati dal Congresso e puntualmente specificati nella relazione del Segretario. In carenza di decisioni contrattate e condivise

IMPEGNA

il Sindacato alla convocazione di un eventuale congresso straordinario per la mobilitazione della categoria e l'individuazione delle più adeguate forme di lotta sindacale, già fin d'ora individuando nella sensibilizzazione e nel coinvolgimento dell'opinione pubblica e nel rafforzamento delle alleanze con le altre categorie mediche, le forze sociali e le rappresentanze dei cittadini, le linee portanti della propria azione.

Il 50° Congresso nazionale della Fimmg

REGISTRA

con grande soddisfazione la partecipazione ai propri lavori delle rappresentanze europee della medicina generale che ha consentito di individuare una reale alleanza per l'Europa della sanità sulla base della condivisione degli obiettivi generali da conseguire e dalla necessità di rivendicare in tutti i paesi della comunità l'investimento di risorse adeguate per lo sviluppo e la migliore qualità delle cure primarie nel territorio.

Delibera Regionale n. 1800 del 29.05.1998

Criteri per l'assegnazione alle aziende USL, alle Aziende Ospedaliere agli Enti Ecclesiastici e IRCCS degli obiettivi funzionali e dei limiti di spesa a valere sul Fondo Sanitario Regionale

Introduzione

Con la Deliberazione di cui all'oggetto, la Giunta Regionale ha provveduto a determinare i criteri per le assegnazioni alle Aziende U.U.S.S.I.L.L., alle Aziende Ospedaliere, agli E.E ed I.R.C.C.S. degli obiettivi funzionali e dei limiti di spesa a valere sul F.S.R. 1998, conformemente ai disposti, in particolare, delle LL.RR n.38194 , n. 16197, n. 22197 e della Legge n. 449197.

Con il richiamato atto, assumendo quale stima provvisoria dei FSR 1998 l'ammontare di 6.800 miliardi. la Giunta ha, tra l'altro, disposto di:

1. prevedere finanziamenti alle Aziende USL per l'importo di Lit. 4.680.810.000.000;

2. prevedere, quale tetto massimo per le Aziende Ospedaliere, l'importo di Lit. 1.264.000.000.000 ai fini della remunerazione delle prestazioni;

3. prevedere, quale tetto massimo per gli Enti Ecclesiastici e gli IRCCS non pubblici, ex Art. 16 della L.R. 22197, ai fini della remunerazione delle prestazioni, l'importo complessivo di Lit. 570.000.000.000, di cui fino a Lit. 471.900.000.000, per la remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero infraregionale, da erogarsi direttamente agli stessi, da parte delle Aziende USL competenti per territorio;

4. prevedere, quale tetto massimo per gli IRCCS Pubblici, l'importo di Lit. 61.000.000.000 ai fini della remunerazione delle prestazioni;

5. riservarsi di provvedere con separati provvedimenti, fino alla concorrenza massima nell'anno 1998 di Lit. 68.000.000.000, a determinazioni specifiche in ordine ai seguenti progetti di interesse regionale:

a) sistema delle emergenze e delle urgenze;

b) trapianti d'organo;

c) formazione e prevenzione , con particolare riferimento all'area oncologica;

d) altri progetti ed obiettivi di rilevanza regionale,-

6. autorizzare, la assunzione di costi da parte delle Aziende Sanitarie, degli Enti Ecclesiastici e degli IRCCS Pubblici e Privati, nella misura massima proporzionale di circa il 94,8% dei limiti di spesa indicati, con riserva di provvedimenti aggiuntivi, al momento in cui meglio si saranno definiti gli scenari di finanziamento nazionale;

7. rendere conseguentemente disponibili, ai fini della cassa, secondo le ripartizioni riportate nei riepiloghi delle disponibilità finanziarie 1998 per le Aziende USL, Aziende Ospedaliere, Enti Ecclesiastici, IRCCS Pubblici e Privati, i corrispondenti ammontare, proporzionalmente (ca. il 94,8%) alla dotazione dei FSR previsto per il 1997;

8. assegnare, correlatamente, alle Aziende USL competenti per territorio gli importi, determinati nei limiti dei tetti massimi di spesa come innanzi individuati, per il pagamento delle anticipazioni mensili e di saldo concernenti le prestazioni di natura ospedaliera erogate dalle strutture non pubbliche (IRCCS ed Enti Ecclesiastici) per i residenti nella regione;

g. precisare che gli ammontari riferiti agli Enti Ecclesiastici ed agli IRCCS Privati non comprendono la remunerazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, dovendo la stessa essere direttamente liquidata, nell'ambito del piano delle prestazioni e dei tetti di spesa definiti da detti Enti ed Istituti direttamente con le Aziende USL in cui risiedono gli assistiti,-

10. porre quale direttiva specifica per i Direttori delle Aziende USL quella di determinare il budget delle prestazioni ed i tetti massimi di spesa per ciascuna struttura o persona esercitante attività specialistica (in attesa dell'eventuale accreditamento), in misura complessiva non superiore a quella indicata in narrativa, tra gli obiettivi, al n. 18,1

11. stabilire, a modifica delle precedenti disposizioni regionali, che il rimborso delle prestazioni sanitarie di ricovero fruite in forma indiretta, ai sensi dell' Art. 1 della L.R. 3 Luglio 1979 n.40, viene rideterminato in misura ridotta al 10% delle corrispondenti tariffe stabilite dal D.M. 30.6.1997.

Restano confermate le prestazioni di assistenza in centri altamente specializzati previste dall' Art. 1/bis della stessa L.R. 40179, secondo le vigenti determinazioni della Giunta Regionale.

12. porre quale direttiva specifica per i Direttori delle Aziende USL quella di determinare i tetti di spesa assegnati a ciascun medico della medicina di base e della pediatria di libera scelta, in ragione del numero degli assistiti agli stessi affidati, in materia di prestazioni specialistiche e di assistenza farmaceutica, con la precisazione, in ragione del modificato assetto giuridico delle Aziende USL e dei criteri civilistici di gestione che gli stessi operano, a tutti gli effetti di legge, ferme le responsabilità professionali, quali mandatarie delle Aziende USL;

13. riservarsi apposito separato provvedimento per organizzare e

disciplinare le procedure di compensazione delle prestazioni sanitarie rese dalle Aziende USL ed Ospedaliere. dagli IRCCS e dagli Enti Ecclesiastici (stanza di compensazione);

14. riservarsi con separato provvedimento la definizione dei necessari conguagli da attuarsi rispetto alle strutture sanitarie interessate, per il periodo intercorso dal 1° gennaio 1998 fino al termine dei mesi di approvazione della presente deliberazione;

15. incaricare l'Assessorato alla Sanità di invitare i Direttori Generali ed i Rappresentanti Legali a rielaborare i bilanci ed i correlati documenti programmatici sulla base degli indirizzi, linee guida e limiti di spesa di cui al presente atto.

Flussi finanziari

B) Determinazione da parte dei Direttori delle Aziende USL dei tetti di spesa assegnati a ciascun medico della medicina di base e della pediatria di libera scelta, dei budget delle prestazioni e dei tetti massimi di spesa per ciascuna struttura o persona esercitante attività specialistica, in attesa dell'eventuale accreditamento

Costituiscono azioni correlate all'obiettivo di risparmio disposto dalla Legge Finanziaria 449197 quelle che attribuiscono ai Direttori Generali delle Aziende USL il potere - **dovere di determinare il budget delle prestazioni e dei tetti massimi di spesa per ciascuna struttura o persona esercitante attività specialistica , nonché quello di assegnare a ciascun medico della medicina di base e della pediatria di libera scelta un massimale di costo compatibile definito rispetto al numero di assistiti affidati alla sua responsabilità professionale.** Riguardo a tale compito, ai fini della determinazione del tetto massimo di spesa connesso agli obiettivi di risparmio che la Regione si è data, può assumersi come **parametro di riferimento per i medici di base ed i pediatri di libera scelta, quello della spesa media regionale capitaria (se la media aziendale è più elevata) o quella media aziendale** (se il risultato locale conseguito nel 1997 è migliorativo rispetto a quello regionale) applicato al numero di assistiti in carico a ciascun operatore della medicina di base. Le Aziende USL dispongono degli indicatori relativi alla assistenza farmaceutica e specialistica convenzionata (sia regionali che locali) rispetto ai quali definire gli obiettivi di risparmio da assegnarsi a ciascun medico della medicina di base, della pediatria di libera scelta, delle strutture e delle persone esercitanti attività specialistica convenzionata".

E' da ricordare in particolare **per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, l'obiettivo di contenimento della spesa entro i limiti tendenziali definiti dalle medie nazionali (2,2-2,5% di incidenza sulla spesa sanitaria corrente) e per la spesa farmaceutica, quello di una riduzione della stessa in misura non inferiore al 2% rispetto a quella rilevata nel corso dei 1997.** Appare opportuno suggerire alle Aziende USL, nella definizione dei budget massimi di spesa da attribuirsi ai medici di base ed ai pediatri di libera scelta (che, lo si ricorda, in ragione dell' introduzione dei criteri civilistici di gestione, operano quali mandatarie) quanto segue:

a) di riservare (in un apposito fondo di accantonamento del proprio sistema di contabilità) una quota almeno pari al 5 % (analogamente a quanto previsto dalla L.R 38194, art. 10, lettera a) del budget teorico per il bilanciamento di eventuali squilibri ed imprevisti che dovessero verificarsi nel corso della gestione;

b) di assegnare tetti massimi di spesa sia complessivi che settoriali (assistenza farmaceutica e specialistica)

c) di definire, coerentemente al combinato disposto dall'art. 33 co. 1 della L. R. 38194 e dalla Legge Finanziaria 1998, la destinazione di parte delle economie così ottenute alla incentivazione dei medici di base, dei pediatri di libera scelta e del personale legata al conseguimento dei risultati di budget ed agli individuati progetti di recupero nell'efficienza della spesa.

(Per gentile concessione: "Tutto Sanità News" - anno II, n. 15 - 30 giugno 1998)

PER VISITE E FARMACI CRESCE SPESA CITTADINI

(ANSA) - ROMA, 8 SET - Visite mediche private e farmaci: le famiglie italiane sempre di più pagano la sanità di tasca propria. Dal 1992 al 1996, la spesa sanitaria pubblica è passata dal 76,7% al 70,7% di quella totale (pubblica più privata) e ha raggiunto un minimo nel '95 con il 70,3% del totale dei costi erano a carico del servizio pubblico. Il Ssn negli anni presi in considerazione non ha variato di molto la spesa ospedaliera mentre ha avuto aumenti vertiginosi quella dei cittadini per le prestazioni fuori dagli ospedali raggiungendo quota 32.964 miliardi e rappresentando il 77,2% della spesa sanitaria privata. La voce più consistente è stata quella del ricorso a medici fuori dal servizio pubblico. A crescere maggiormente nel periodo preso in considerazione sono state, osserva lo studio, le spese in farmaci che hanno pesato sempre di più sul portafoglio dei cittadini a fronte dei numerosi tentativi dello stato di ottenere risparmi nel settore.

LE INTEGRAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE SU OBIETTIVI E LIMITI DI SPESA DEL F.S.R. 1998

(tratto dalla rivista Tutto Sanità News n. 18 - 1 settembre 98)

Alla fine dello scorso maggio la Giunta Regionale ha approvato, com'è noto, i criteri per le assegnazioni alla Aziende USL e Ospedaliere nonché agli Enti Ecclesiastici e agli Istituti scientifici "degli obiettivi funzionali e dei limiti di spesa a valere sul Fondo Sanitario Regionale 1998"

Con questo provvedimento (n. 1800 del 29 maggio) l'esecutivo stimò provvisoriamente in L. 6.800.000.000 il FSR 1998 con autorizzazione a contrarre i costi, in attesa delle definitive determinazioni dei CIPE (che, com'è noto, hanno determinato successivamente un ricorso al TAR da parte della Regione Puglia per via dei criteri adottati ritenuti particolarmente penalizzanti, n.d.r.) nel limite massimo di L. 6.445.267.000.000.

Successivamente la giunta ha ritenuto di apportare alcuni chiarimenti e modificazioni al citato provvedimento. In particolare sono stati due i punti modificati: l'assistenza ospedaliera indiretta e l'assegnazione dei budget di spesa specialistica accreditata.

In particolare, per quanto riguarda la prima, è stato specificato che la Regione intende sottoporre a revisione, nei limiti imposti dalla vigente normativa in materia di contenimento dei costi, L.R. 40/79 (che com'è noto consente ai cittadini pugliesi, di ricoverarsi in case di cura autorizzate e non convenzionate, con un rimborso, da parte della Regione di un importo pari alla spesa media sostenuta dalla stessa regione per analoghe prestazioni erogate nelle cliniche private ubicate in Puglia)

Entro il 30 aprile 1999 la case di cura private autorizzate e non convenzionate che lo riterranno dovranno accreditarsi con il SSN, dato che non sarà più consentito successivamente il sistema dell'assistenza indiretta così come ipotizzato dalla citata L.R. n. 40/79.

Nel frattempo il rimborso previsto dalla Regione nella misura del 70% dei DRG interessato, che la delibera n. 1800/98 aveva ridotto al 10%, è stato elevato nella misura del 50% delle tariffe fissate dal DM 30/6/97, a far data dall'1 giugno 1998.

Dopo il 30 aprile 1999 sarà comunque riportato al 10%, in quanto è stato ritenuto che per quella data, il diritto alla libera scelta da parte del cittadino sarà sufficientemente salvaguardato nell'ambito delle strutture pubbliche ed accreditate. L'esecutivo, inoltre ha fissato in 50 miliardi il tetto massimo di spesa per i rimborsi conseguenti a ricoveri fruiti in forma indiretta (art. 1 e 1 bis L.R. 40/79)

Le AUSL, pertanto, sono tenute a liquidare le istanze di rimborso nei limiti della spesa 1997 regolarmente iscritta nel bilancio di competenza 1998.

Per le istanze di rimborso eccedenti, le AUSL dovranno avanzare mensilmente apposite richieste di pagamento all'Assessorato alla Sanità procederà, su scala regionale, alla verifica trimestrale dei tetti di spesa complessivo stabilito, autorizzando le singole AUSL al pagamento dei rimborsi compatibili con il tetto definito, nei limiti di bilancio delle stesse.

Per le strutture ospedaliere private accreditate, è stato fissato un tetto di spesa complessivo regionale pari alla spesa sostenuta nel 1996, maggiorato dell'indice inflattivo programmato per gli anni 1997 e 1998, ridotto dei 2,25%.

Analogo tetto è stato fissato anche per l'accesso alle prestazioni riabilitative, rimesso alla libera scelta del cittadino, su richiesta del medico di base.

Per quel che riguarda le prestazioni specialistiche sono stati esplicitati in maniera più completa i vincoli dei tetti di spesa. **In particolare è stato stabilito che il "contenimento della spesa e la definizione dei correlati tetti di spesa vanno effettuati, nella piena autonomia gestionale delle singole Aziende USL, con riferimento alle singole branche e, nell'ambito di queste, fissando, a norma dell'art. 32 co. 8 della L. n. 449/197, il budget delle prestazioni esercitanti attività specialistica convenzionata, in misura complessiva non superiore ai limiti tendenziali definiti dalle medie nazionali (2-2 - 2.5 %)**

Circolare regionale 24/15368/116/16 del 1/6/98 LIVELLO ORGANIZZATIVO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

L'art. 34 della L.R n. 14 del 6.5.98, che approva il bilancio di previsione dell'esercizio finanziario 1998, sancisce che l'assistenza primaria sul territorio della Regione Puglia va organizzata per Distretti o per Comuni nell'ambito dei Distretti.

Con detta norma la Regione ai sensi del punto 3 dell'art. 19 dei DPR 484/96 e dei DPR 613/96, ha articolato il livello organizzativo dell'assistenza primaria per gruppi di Comuni o Distretti, superando così l'ambito Comunale attualmente esistente.

In conseguenza di quanto sopra, è superata la determinazione adottata con Accordo Regionale del 5.2.97, di cui all'art. 8 dei DD.LL.vi n. 502192 e 517193, approvato dalla G.R. con delibera n. 942 del 10.3.97.

Pertanto l'elenco dei medici convenzionati di assistenza primaria va articolato non più per ambiti comunali bensì per i Distretti, così come individuati dal Consiglio Regionale con delibera n. 1008 del 13.3.95.

CRITERI CHE REGOLANO LA SCELTA DA PARTE DELL'ASSISTITO DEL MEDICO DI FIDUCIA

Detti criteri si articolano come segue:

a) ipotesi del Comune che coincide con il Distretto: la scelta del medico di base può essere effettuata da parte dell'assistito, solo nell'ambito comunale;

b) ipotesi del Comune che comprende più distretti: la scelta può essere effettuata nell'ambito Comunale;

c) ipotesi del Distretto che comprende più Comuni: la scelta da parte dell'assistito può essere effettuata nell'ambito del Distretto, quindi, superando l'ambito Comunale.

2.1 Rimane ferma la facoltà dell'assistito di effettuare la scelta in favore di un medico iscritto in un elenco diverso da quello proprio dell'ambito territoriale in cui l'assistito è residente, in presenza dei requisiti e presupposti richiesti dal punto 3 dell'art. 26 dei DPR 464/96.

LA SCELTA DA PARTE DELL'ASSISTITO, DEL MEDICO DI FIDUCIA IN AMBITO DISTRETTUALE

Nei casi in cui l'assistito intende scegliere come medico di fiducia un sanitario con ambulatorio in Comune diverso da quello di propria residenza, ma rientrante nell'ambito del distretto, è necessario che sul modello di richiesta di scelta vada riportata la seguente precisazione:

"il sottoscritto dichiara di essere consapevole di poter beneficiare delle visite e delle prestazioni ambulatoriali presso l'ambulatorio del Comune di residenza del medico prescelto, o se esistente, presso il secondo ambulatorio aperto dal medico ai sensi del punto 9 dell'art. 9 dei DPR 464/96*."

In parallelo il medico così prescelto, l'assistito, deve rendere la seguente dichiarazione:

Il sottoscritto Dr.vista la richiesta di scelta dell'assistitoresidente in Comune diverso da quello in cui è ubicato

il proprio studio, dichiara di essere disposto ad accettare la stessa e di essere consapevole che:

- le richieste di visite domiciliari dovranno essere soddisfatte presso Comune di residenza del paziente;

- le prestazioni ambulatoriali in regime convenzionale dovranno essere rese esclusivamente presso l'ambulatorio o il secondo ambulatorio aperto dal sottoscritto, ai sensi del punto 9 dell'art. 21 dei DPR 484/96. nel proprio ambito territoriale, se quest'ultimo insiste nel Comune di residenza del paziente".

RILEVAZIONE DELLE ZONE CARENTI.

4.1 La rilevazione delle zone carenti, ad iniziare dalla rilevazione di settembre prossimo va ovviamente effettuata facendo riferimento all'ambito distrettuale.

Le AA.UU.SS.LL. richiederanno alle Amministrazioni Comunali la rilevazione aggiornata della popolazione residente detratto il numero dei cittadini iscritti nelle liste AIRE.

Tanto in conformità dell'Accordo Regionale approvato dalla G.R. con delibera n. 1245/96 e pubblicato sul BURP n. 46 del 15.05.96.

4.2 Per le procedure tecniche per l'approvazione del rapporto ottimale va precisato che i resti superiori a 500 per la Medicina Generale (Ali. B art.199) o 300 per la Medicina Pediatrica (Ali. C art. 19 comma 7) che danno luogo ad individuazione di una zona carente, vanno calcolati in riferimento alla popolazione totale di ogni singolo Distretto.

ALBO REGIONALE DEGLI ANIMATORI DI FORMAZIONE

Tutti i medici animatori di formazione, sono invitati da una nota assessorile regionale, a presentare domanda alla Regione in vista della prossima istituzione dell'Albo regionale degli Animatori di Formazione. Di qui l'invito affinché tutti i medici interessati provvedano a presentare apposita istanza. A tal fine gli stessi essere in possesso del titolo di Animatore di Formazione conseguito attraverso la partecipazione a corsi organizzati da ordini professionali, sindacati medici di categoria e società scientifiche accreditate dalla F.N.O.O.M.M.C e.O.

Il termine per l'invio della domanda è stato fissato al 30/09/98 e l'istanza va presentata all'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia, Ufficio Convenzioni - Segreteria del Comitato Consultivo Regionale, Via Caduti di tutte le Guerre 15 - Bari.

In ogni caso i ritardatari possono inviare la domanda sino alla data di riunione del Comitato Consultivo, che sin'ora non è stata fissata.

Il testo della circolare del Ministero della Sanità del 27/7/98 inviata alle Commissioni Periferiche Invalidi Civili
RICONOSCIUTO NUOVAMENTE IL PUNTEGGIO DI INVALIDITA' AGLI ANZIANI ULTRA-SESSANTACINQUENNI

Oggetto: Decreto legislativo 29 Aprile 1998 n. 124, art. 5, comma 7.
 Valutazione dell'invalidita' civile dei soggetti ultrasessantacinquenni.

Il decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, prevede all'art. 5, comma 7 che: "Ai soli fini dell'assistenza sanitaria, la percentuale di invalidita' dei soggetti ultrasessantacinquenni e' determinata in base alla presenza di difficolta' persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro eta'.

La norma riafferma il concetto, gia' presente nell'art. 6 del d.lgs. n. 509/1988, che la valutazione dell'invalidita' dei soggetti che abbiano superato i sessantacinque anni debba essere ancorata alla presenza di difficolta' persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro eta', piuttosto che alla riduzione della capacita' lavorativa come previsto per i soggetti in eta' compresa tra i 18 e i 65 anni (art.1, comma 3, dello stesso decreto legislativo), ma introduce l'obbligo delle commissioni sanitarie preposte al riconoscimento di valutare la stessa invalidita', anche nel caso di ultrasessantacinquenni, con l'attribuzione di un valore percentuale che sintetizzi le conseguenze della menomazione sull'estrinsecarsi delle attivita' attese e consuete. Cio' allo scopo di sanare la contraddizione insita nel fatto che altre disposizioni in materia sanitaria subordinano la concessione di taluni benefici al possesso di specifiche percentuali di invalidita'.

Considerato che l'ambito di applicazione della disposizione e' limitato all'assistenza sanitaria e al fine di semplificare il lavoro delle commissioni di accertamento, si ritiene che i diversi livelli e gradi di difficolta' riscontrabili possano essere ricondotti a tre classi:

* Difficolta' lievi, corrispondenti a invalidita' comprese tra il 33,3% e il 66,6% (dal 1/3 a 2/3), ai fini della fruizione e dell'assistenza protesica (art. 4, comma 2, del d.m. 28 dicembre 1992);

* Difficolta' medio-gravi, corrispondenti a invalidita' comprese tra il 66,6% ed il 99%, ai fini dell'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie (art. 6, del d.m. 1 febbraio 1991, e successive modificazioni);

* Difficolta' gravi, corrispondenti ad invalidita' pari al 100%, ai fini dell'esenzione dal pagamento della quota fissa sulla ricetta (art. 8, comma 16 della legge n. 537/1993 e successive modificazioni).

Al fine di consentire un'applicazione sollecita della disposizione di cui trattasi, anche alla luce dei principi di buon andamento, si ritiene opportuno non sottoporre a nuova visita i soggetti i quali, in passato, la Commissione medica competente aveva gia' attribuito una valutazione percentuale, e procedere alla riconsegna dei tesserini eventualmente ritirati. Per quanto concerne i soggetti visitati dopo la data di entrata in vigore del d.lgs. n. 124/1998 (1 maggio 1998), a cui la Commissione non ha attribuito una percentuale di invalidita', questo Ministero e' dell'avviso che tale attribuzione possa essere effettuata, a discrezione della Commissione medesima, o sulla base degli atti o procedendo a nuova visita.

Tutto cio' premesso, si invitano codesti Assessorati a far conoscere sollecitamente il contenuto della presente alle Commissioni sanitarie preposte al riconoscimento della invalidita' civili, istituite presso le aziende sanitarie locali ai sensi della legge 15 ottobre 1990, n.295.

IL MINISTRO BINDI

PATTO PER L'ALLEANZA PER LA QUALITA'

UN ESEMPIO CONCRETO DI ALLEANZA STRATEGICA TRA I PRINCIPALI ATTORI DELLA POLITICA SANITARIA PER UN MIGLIORAMENTO DEL S.S.N. ED UN AMPLIAMENTO DELL'AREA DEI SOGGETTI CHE CONCORRONO AL GOVERNO DEL SISTEMA SANITARIO.

Elementi di principio e strategie comuni:

1. il SSN è uno dei fondamenti della nostra democrazia. Eliminarlo o depotenziarlo, senza dirlo, selezionandone l'accesso, significa espropriare i cittadini di un diritto costituzionalmente garantito, oltre che privare il paese di uno dei suoi principali fattori di sviluppo sociale.
2. Il SSN deve misurare la sua produttività in termini di salute dei cittadini, programmando le sue attività, utilizzando le sue risorse ed aprendosi alla collaborazione di tutti i soggetti disponibili per essere, a questo fine, più equo, più efficiente e più capace di garantire a tutti, livelli essenziali ed uniformi di assistenza.
3. Il SSN deve rinnovarsi, accettando la strada della aziendalizzazione, del federalismo, della razionalizzazione, rinunciando ad ogni logica assistenzialistica, sia nei confronti dei cittadini che degli operatori, ma coniugando, allo stesso tempo, le esigenze di bilancio, con il rispetto e la tutela dei diritti degli utenti.
4. Il SSN deve diventare un servizio accogliente, accessibile, qualitativamente adeguato ed orientato al cittadino, responsabilizzando tutti gli erogatori di servizi e prestazioni, pubblici e privati, a uscire da una logica di solo profitto per investire risorse e professionalità a favore dei diritti degli utenti.
5. Il SSN deve imparare ad usare meglio le sue risorse umane, evitando sprechi, eliminando favoritismi e rigidità, premiando chi lavora bene e sanzionando chi non lo fa
6. Il SSN deve essere più trasparente e sottoporsi a verifiche funzionali, a rimuovere gli errori e le inefficienze e a migliorare le prestazioni
7. Il SSN deve aprirsi alla partecipazione degli utenti evitando di considerare i cittadini come un nemico o un ostacolo, ma utilizzandoli come un grande alleato da coinvolgere e responsabilizzare nell'interesse del SSN.

ALLEANZA PER LA QUALITA': LE INIZIATIVE REALIZZATE:

1. Ri-finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale
2. Finanziamento dei debiti pregressi delle ASL
3. Utilizzazione dei risparmi di spesa solo ed esclusivamente nell'ambito del SSN (fasce deboli e psichiatria)
4. Individuazione dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza all'interno del Piano Sanitario Nazionale
5. Estensione dell'applicazione del contratto di diritto privato alla dirigenza sanitaria e concessione alle aziende della facoltà di stipulare contratti a tempo indeterminato
6. Riordino delle forme integrative di assistenza sanitaria e correlazione di esse con la corresponsione di livelli minimi ed uniformi di assistenza.
7. Rimborsi al SSN da parte delle assicurazioni per gli incidenti stradali e dell'INAIL per gli incidenti sul lavoro in base ai DRG e non più in quota forfettaria
8. Razionalizzazione della spesa per beni e servizi (anche attraverso la possibilità per i dirigenti dei presidi ospedalieri e dei distretti delle ASL di acquistare direttamente beni e servizi con le procedure di diritto comune)
9. Maggiore integrazione dei medici di famiglia nella struttura dell'azienda sanitaria di appartenenza attraverso il rafforzamento della distrettualizzazione
10. Rafforzamento del vincolo tra conseguimento degli obiettivi programmati e corresponsione delle quote di produzione legate alla produttività.

Riammessa la possibilità di scelta del Medico di Medicina Generale, già a partire dal compimento del sesto anno
SENTENZA DEL TAR DEL LAZIO SULLE SCELTE INERENTI L'ETA' PEDIATRICA

Roma, 7 luglio 1998

Il TAR del Lazio sezione III, ha pubblicato pubblicata in data odierna, la sentenza relativa al ricorso della FIMMG contro la convenzione pediatrica DPR 613 del 21 ottobre 96.

Sono stati annullati da detta sentenza gli articoli, che più ci interessavano, 26 comma 6, 27 comma 2 e 11 comma 6 lettera c). (vedi allegato n.1)

Abbiamo per il momento posto riparo ad un grave torto che non potevamo subire.

Ne discende che da oggi e sino ad una eventuale sospensiva o sentenza del Consiglio di Stato, a cui una delle nostre controparti potrebbe ricorrere, le norme suddette non fanno più parte del DPR 613/96.

Sono stati annullati i due seguenti articoli:

Art. 26 - Scelta del pediatracomma 6 "Queste scelte vengono iscritte in separato elenco. Qualora venga inserito un pediatra l'Azienda notifica ai rappresentanti legali dei bambini in età esclusiva inseriti nell'elenco e al medico di medicina generale che li assiste, l'obbligo di effettuare la scelta in favore del pediatra disponibile, assegnando un termine non superiore a 30 giorni per la sua effettuazione. Da tale data le scelte in carico al medico di medicina generale decadono,"

Art. 27 comma - Revoca e ricasazione della scelta - ...comma 2 "In applicazione del disposto di cui all'art. 8 - 1° comma - lett.b) dei decreti di riordino (502/92 e 517/93) le scelte di cui all'art. 26 - c.7 riferite ai soggetti in età compresa tra i 6 e i 9 anni possono essere revocate, per essere attribuite al medico di medicina generale, nel corso dell'anno, solo previa domanda, da parte dei genitori adeguatamente motivata, sentito il Comitato consultivo di Azienda. Qualora tale organismo non si pronunci entro 60 giorni dalla data di presentazione della domanda essa si intende accolta"

Art. 11 - Comitato Consultivo di Azienda - ...comma 6 lettera c) "motivi di incompatibilità agli effetti delle ricasazioni di cui al 2° comma dell'art. 27.

Esenzioni ticket per patologia e visite specialistiche: la risposta della Regione Puglia al quesito della FIMMG

Ammissa l'esenzione se la visita e' inerente alla patologia esente

Prot. Regione Puglia .n.24/ 14377/ 116/18 - 11 agosto 1998

Ai Direttori Generali delle Aziende USL della Regione
 Ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere della Regione
 Agli Il.R.C.C.S. pubblici e privati
 Agli Enti Ecclesiastici

Alla FIMMG -Sez Prov.le (Rif.note del 27.06.98)

Alla Svimservice Spa

Oggetto D.M.01.02.91 - Forme morbose che danno diritto all'esenzione della spesa sanitaria. Precisazioni.

Sono pervenute a questo Assessorato richieste di chiarimenti in merito alla esenzione dal pagamento del ticket per le visite specialistiche correlate alle patologie di cui al D.M.01.02.91.

Pertanto, al fine di consentire una uniforme e corretta applicazione della normativa vigente, **si precisa che, le visite specialistiche correlate alla patologia (D.M.01.02.91), sempre che' ritenute necessarie dal medico sono esenti dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria.**

Resta fermo, l'obbligo del pagamento della quota fissa qualora l'assistito non sia in possesso di esenzione totale.

L'ASSESSORE REGIONALE
 (Dott. Michele Saccomanno)

La Regione Puglia recepisce la sentenza del TAR Lazio

**CIRCOLARE DELLA REGIONE PUGLIA
 SULL'APPLICAZIONE DELLA SENTENZA 18.3.98
 DEL TAR LAZIO SULLE SCELTE INERENTI L'ETA'
 PEDIATRICA**

Ai Direttori Generali Aziende USL

Ai Sindacati medici di categoria

Prot. n. 24/20128/116/16 del 27 luglio 1998

1.0 Sentenza TAR-Lazio dei 18.3.1998

La III Sezione dei TAR-Lazio, pronunciandosi sul ricorso proposto dalla Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale contro la Presidenza del Consiglio dei Ministri. con sentenza dei 18.3.1998 ha annullato, per illegittimità gli artt. 26 comma 6. 27 comma 2 e il comma 6 lettera C) dei DPR 21.10.96 n. 613 che rende esecutivo l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta.

2.0) Comma 6 del DPR 613/96

il comma 6 dell'art. 26 dispone che per i genitori dei bambini, da 0 a 6 anni, assegnati, per mancanza Di pediatri, al medico di Medicina generale, una volta inserito un pediatra scatta l'obbligo di assegnare i detti bambini al pediatra nel termine disponibile nel termine di 30 giorni. Scaduto detto termine le scelte dei minori in carico al generico, decadono.

2.1)

Tanto perché, argomenta il TAR, la scelta obbligata dell'unico pediatra disponibile viola il principio della libera scelta del medico e vanifica il profilo fiduciario della scelta stessa. Nella fattispecie esaminata, viene altresì rispettato il limite dell'organizzazione sanitaria pubblica, in quanto la scelta fiduciaria (verso il medico generale) rimane nell'ambito del sistema pubblico.

Nessun rilievo ha altresì, afferma il TAR, la circostanza che trattasi di bambini da 0 a 6 anni. quindi in età di esclusiva riserva del pediatra, a meno che non si voglia affermare una inammissibile inidoneità del medico generale all'assistenza di detti minori. Peraltro il comma 5 dell'art. 6 consente che i minori da 0 a 6 anni vengano, sia pure temporaneamente, assistiti dal medico generico. E' opportuno far presente al riguardo che la sentenza in oggetto, ha qualificato la "temporaneità" quale "concetto mutevole ed elastico",

3.0) Comma 2 dell'art. 27 del DPR 613/96

Questa norma dispone che le scelte dei bambini da 6 a 9 anni possono essere revocate, per essere assegnate al medico di Medicina generale, previa motivata domanda e sentito il Comitato Consultivo Aziendale. La sentenza in oggetto ha annui lato, per illegittimità, il disposto dell'anzidetto Comma 2

Tanto perché, argomenta il TAR, la possibilità di libera revoca (prevista dall'articolo 25 della Legge 833/78 in forza della quale il rapporto fiduciario, può cessare in ogni momento a richiesta dell'assistito) è speculare a quello di libera scelta. Per cui condizionare una revoca ad idonee motivazioni ad un parere obbligatorio volto a stabilire l'esistenza di motivi di incompatibilità, è illegittimo perché contrasta con la valutazione di fiducia dell'assistito.

4.0) Comma 6 lett. C) DPR 613/96

Questa norma, tra i compiti del Comitato Consultivo di Azienda di cui all'art. 11 del succitato DPR 613/96 prevede quello di esprimere parere obbligatorio "sui motivi di incompatibilità agli effetti delle ricasazioni di cui al comma 2° dell'art.27; la sentenza in oggetto, ha annullato il disposto del comma 6 lett. c) dell'art. 11 in quanto la prevista correlazione della revoca della scelta ad un parere obbligatorio di un organo competente a stabilire la sussistenza di motivi di incompatibilità, si pone decisamente in contrasto con la valutazione eminentemente fiduciosa dell'assistito e, come tale, si palesa illegittima.

(Per gentile concessione: "Tutto Sanità News" II-n.18 - 1 settembre 1998)

LE ATTIVITA' DELLA SEZIONE F.I.M.M.G. DI BARI

La sezione barese si astiene dal voto del segretario regionale.

VERBALE DELLA RISOLUZIONE DEL DIRETTIVO FIMMG DEL 3/9/98

Il Consiglio Direttivo Provinciale FIMMG di Bari, riunitosi in data 3/9/98, all'unanimità, ha approvato il seguente documento:

PREMESSO

- che in data 9/7/98 il Consiglio Direttivo Provinciale FIMMG di Bari ha proposto al Segretario Regionale un documento, approvato all'unanimità, con cui si auspicava una diversa gestione del Sindacato in Puglia e si proponevano suggerimenti per un corretto funzionamento della FIMMG pugliese, nonché le linee di politica sanitaria che dovrebbero ispirare l'azione sindacale della FIMMG;
- che è in atto un ampio dibattito sulle scelte operate dal Governo Regionale della Puglia in tema di politica sanitaria, anche a seguito della Delibera di Giunta Regionale n. 1800 del 29/5/98 che penalizza, nella distribuzione delle risorse del Fondo Sanitario Regionale, i Medici di Famiglia ed il territorio;
- che sarebbe stato opportuno che tali tematiche fossero state oggetto di un dibattito prima di procedere alle elezioni della segreteria regionale;

IN CONSIDERAZIONE

- dell'intervento del dott. Mario Falconi teso a favorire un impegno unitario di tutte le sezioni FIMMG di Puglia per il bene del Sindacato ed a difesa degli interessi dei medici di famiglia ;
- dell'invito del Segretario Nazionale alla Sezione Provinciale di Bari di rendersi disponibili anche nella gestione della FIMMG pugliese;

CON RESPONSABILITA'

- ritiene di poter dare il proprio contributo alla Costruzione di una nuova figura del Medico di Medicina Generale in Puglia e nel Sindacato;
- di rendersi disponibili ad accettare l'incarico offerto dal Segretario Regionale, ai rappresentanti delle Sezione provinciale di Bari, di Segretario Organizzativo Regionale con le stesse funzioni previste dallo Statuto Nazionale per il Segretario Organizzativo Nazionale FIMMG;

SI IMPEGNA

a mutare il proprio voto di astensione, tra sei mesi, a seguito dei risultati della verifica politica così come concordata il data 2/9/98 a Roma con il Segretario Nazionale;

CHIEDE

di conoscere, al termine della verifica degli iscritti, i dati relativi alle iscrizioni dei medici alla FIMMG certificati dalle rispettive ASL.

AGENDA DELLA SEZIONE PROVINCIALE DI BARI

10 AGOSTO 1998:

Consiglio Direttivo Provinciale Straordinario;

ordine del giorno:

Comunicazioni del Segretario dott. Anelli, sulle elezioni del Segretario Regionale.

3 SETTEMBRE 1998:

Consiglio Direttivo Provinciale.

Ordine del Giorno:

1. Nomina dei rappresentanti della sezione provinciale di Bari in seno al consiglio regionale FIMMG
2. Elezioni del segretario Regionale del 6/9/98: determinazioni
3. Varie ed eventuali.

12 SETTEMBRE 1998:

Assemblea Straordinaria Provinciale

Ordine del giorno:

1. 50° Congresso Nazionale "La medicina di Famiglia in un Europa garante di livelli appropriati ed uniformi di assistenza"
2. discussione e nomina dei delegati al Congresso (nominati i colleghi: Anelli, De Robertis Lombardi, Sportelli)
3. Varie ed eventuali

3 OTTOBRE 1998:

Ordine dei Medici di Bari:

La FIMMG provinciale partecipa al "**Tavolo per l'alleanza per la qualità**": **Patto per la salute nel territorio**

In accordo con il Tribunale per i diritti dell'ammalato, FIMMG, SIMG, CUMI, CGIL Pensionati, Sindacati dei Pensionati; Farmacisti Privati (Federfarma), Legambiente, Società Regionale di VRQ, Il Collegio dei Sindaci della ASL BA/4

8 OTTOBRE 1998:

Consiglio Direttivo Provinciale

Ordine del giorno:

1. 50° Congresso Nazionale FIMMG: risultanze
2. Prospettive a breve termine per la nuova convenzione nazionale: l'equipe di distretto
3. Assemblea Regionale degli Iscritti FIMMG
4. Le trattative aziendali
5. Varie ed eventuali

28 OTTOBRE 1998:

Consiglio Direttivo Provinciale

Alle 19: il Consiglio Direttivo Provinciale incontrano i rappresentanti del Tribunale per i diritti degli Ammalati in occasione dell'arrivo del PIT-Bus a Bari.