

NOTIZIARIO F.I.M.M.G. BARI

Numero 8

In redazione: dott. Giancarlo Tricarico

Gen.-Feb.-Mar.99

NOTIZIARIO PRODOTTO IN PROPRIO E DISTRIBUITO GRATUITAMENTE AGLI ISCRITTI

Il 20 febbraio allo Sheraton Nicholas Hotel di Bari

1° Congresso Provinciale della FIMMG di Bari

Elogi alla nostra sezione dal Segretario Nazionale Falconi per il lavoro svolto in quest'anno

Con una nutrita partecipazione di pubblico, di Autorità Politiche e funzionari di Aziende ASL, si è tenuto il primo Congresso Provinciale della FIMMG di Bari. Dopo una breve presentazione della nostra sezione da parte del dott. Giancarlo Tricarico, il segretario regionale dott. Luigi Pepe ha ufficialmente inaugurato i lavori, moderati dal presidente dell'assemblea dott. Luigi Aprile.

Ha fatto seguito una tavola rotonda con i 5 vice segretari aziendali (dottori Grimaldi, Mangione, De Robertis Lombardi, Selvaggio e Zizzari) per trattare dello stato di avanzamento delle trattative per gli accordi decentrati aziendali in applicazione della Convenzione Regionale DGR 1245/98.

Il Segretario Provinciale, dott. Filippo Anelli ha quindi tenuto un'ampia relazione passando in rassegna un anno di incessante attività della nostra sezione e le prospettive per gli impegni futuri.

Ha preso, quindi la parola il Segretario Regionale, dott. Gino Pepe per tracciare un bilancio dell'attività sindacale regionale ed, infine, il tanto atteso intervento del Segretario Nazionale Mario Falconi, che ha delineato lo scenario di una fase di convulso fermento nelle segreterie delle varie provincie per l'aggravio di lavoro burocratico che le nuove norme della Legge Finanziaria per il 1999, hanno introdotto per la nostra categoria.

Un particolare encomio è venuto alla nostra sezione dal dott. Falconi, per la solerte attività e per l'essere stata sempre vicina alla segreteria nazionale, anche nei momenti di particolare incertezza, quando, a fine anno, da più regioni si invocava una protesta generale con azioni dimostrative che si sarebbero potute tradurre in scioperi e astensioni parziali, con conseguente svantaggio per i cittadini-utenti.

Nelle pagine interne, il resoconto dettagliato dei lavori del Congresso.

SOMMARIO

Speciale Congresso: Tavola Rotonda sulle Trattative Aziendali	2
Speciale Congresso: Intervento Anelli	6
Speciale Congresso: Intervento Pepe	8
Speciale Congresso: Intervento Falconi	9
Circolari Regione Puglia	11
Modificata prescrivibilità di Roipnol	11
Protesta Nazionale contro la burocrazia	12
Corso FIMMG di Aggiornamento sul fumo	14
Scuola Provinciale Quadri	14
Burocrazia e .. burocrazia	14
Iniziativa della FIMMG Bari contro la burocrazia	16
Nuovi ricettari: stop alle trattative dai medici di base	16
Vicenda Assistiti Fantasma	17
Ospedale Domiciliare Oncologico	18
Assemblea Annuale degli Iscritti	19
Non ci sono fondi per il rinnoco delle convenzioni	20
Eritropoietina: nuove modalità prescrittive	20
Nuove Note CUF	21
Il Medico di Famiglia puo' obiettare anche su terapia	22
Riforma degli scioperi: precettabili i Medici di Famiglia?	23
Studio Olis	23
E' nata la scuola Pugliese di Medicina Generale	24
Le limitazioni della CUF danneggiano i pazienti	24

L'11 marzo al cinema Capranica di Roma MANIFESTAZIONE F.I.M.M.G. CONTRO L'ECESSIVO CARICO BUROCRATICO PER I M.M.G.

Partecipazione nutrita del Direttivo Provinciale Barese con 7 membri., la delegazione, presieduta dal segretario provinciale dott. Filippo Anelli, era composta dai dottori De Robertis Lombardi, Zizzari, Tricarico, Scalera, Sportelli, Tedone

NASCE LA SCUOLA PUGLIESE DI MEDICINA GENERALE

Promossa dagli animatori di formazione SIMG della regione Puglia, si è costituita a Bari il 19 gennaio u.s.

Gli obiettivi primari della scuola sono:

- La formazione permanente del Medico di Medicina Generale
- La Formazione Specifica prevista dal tirocinio biennale per i futuri MMG
- La Ricerca in Medicina di Famiglia

All'interno (a pagina 24) un articolo del dott. D'Ambrosio

NUOVI PROVVEDIMENTI DELLA CUF

Introdotte due nuove note (80 e 81) per due nuove classi di farmaci (antidepressivi SSRI ed eparine a basso peso molecolare). Riviste le note 2) e 28)

A Bari il 27 marzo

ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI
Approvati all'unanimità: l'aumento della quota di iscrizione alla FIMMG (a lire 220000), i bilanci consuntivo 98 e preventivo 99. Consegnata una targa ricordo ai Colleghi iscritti che sono andati in pensione nel corso dell'anno.

Dopo l'archiviazione del caso Veneto

Vicenda assistiti fantasma

Anche nelle aziende ASL della Provincia di Bari risuonano gli echi del caso nazionale sulla mancata cancellazione dagli elenchi dei MMG degli assistiti deceduti.

La FIMMG ha chiesto con una lettera ufficiale inviata alle AA.SS.LL., precise spiegazioni riguardo al rispetto dell'obbligo della cancellazione dei deceduti da parte degli uffici ex-SAUB.

A pagina 17 il resoconto della situazione nelle varie ASL della Provincia.

SPECIALE 1° CONGRESSO PROVINCIALE FIMMG

INAUGURAZIONE DEL CONGRESSO: DOTT. GINO PEPE

(segretario regionale FIMMG-Puglia)

Autorità, carissimi colleghi e colleghe, ho il piacere e l'onore di inaugurare ufficialmente questo Primo Congresso Provinciale della rinnovata sezione di Bari.

Sempre con grande piacere si accolgono queste iniziative. Vorrei brevemente porgere il saluto ai nostri graditi ospiti:

All'on. Servodio e all'on. Divella.

Alla rappresentante della CGIL-Pensionati, signora Rosa da Ponte, che non potrà presenziare ai nostri lavori per altri impegni

Alla Segretaria Provinciale della CUMI, dottoressa Tateo

Al Dott. Vincenzo Stacca, direttore sanitario dell'AUSL BA/3, ai Dott.ri Zullo e Troilo, responsabili di distretto della ASL BA/3

Al Segretario regionale della FIMMG formazione dott. Nicola Calabrese.

Al Dott. Arnaldo Tempesta, vice segretario nazionale di Federfarma.

Un ringraziamento particolare per la loro presenza. Il tema del congresso "La convenzione per la medicina generale tra presente e futuro" non dimentica ciò che è stato il passato, ma intende occuparsi di tutte le aspettative del cittadino-utente-malato da sempre al centro della nostra attenzione nella pratica quotidiana.

E' quindi, con grande piacere che inauguro i lavori di questo congresso.

TAVOLA ROTONDA SULLE TRATTATIVE DECENTRATE AZIENDALI

LA TRATTATIVA AZIENDALE NELLA A-USL BA/1 (Dott. Paolo Mangione)

La AUSL BA/1 conta 182 medici di medicina generale, di cui 132 sono iscritti FIMMG.

Abbiamo cominciato in ritardo rispetto ad altre ASL le trattative aziendali.

I primi istituti contrattuali discussi sono stati: **l'indennità di collaboratore di studio e di collaborazione informatica**: 14 su 182 medici hanno un collaboratore di studio e di questi 12 hanno potuto fruire dell'indennità.

Per quanto riguarda l'informatizzazione 64/182 sono informatizzati, ma solo 6 hanno ricevuto l'indennità informatica.

L'istituto che si sta discutendo in questi giorni, è quello dell'**associazionismo**; abbiamo indetto, in collaborazione con la ASL, un avviso in tal senso indirizzato a tutti i medici di famiglia ed inviato ad essi con lettera raccomandata.

Entro un mese i medici che intendevano associarsi dovevano inviare alla USL uno statuto; Gli statuti sono stati vagliati dal comitato consultivo ed, in ultimo sono state accolte 4 associazioni per complessivi 29 medici; sono rimasti fuori graduatoria 27 colleghi (20 di Andria e 7 di Canosa).

Quali erano i criteri per la formulazione della graduatoria per l'associazionismo:

1. Il numero dei medici partecipanti (non superiore a 6)
2. Il numero di ore giornaliera di attività: le associazioni che sono state accolte fanno un orario variabile da 8 a 10 ore

giornaliere; c'è stata anche un'associazione di Ruvo che ha costituito una specie di guardia medica giornaliera nel senso che s sono impegnati ad assicurare le urgenze per i pazienti dei medici costituenti nell'orario pomeridiano che va dalle 13 alle 15.

3. Il numero medio degli assistiti per associazione.

Discuteremo a breve dei livelli di spesa programmati; per quanto riguarda l'ADI, anche se ci sono stati dei contatti, purtroppo non si riesce a trovare i fondi; non siamo riusciti, nemmeno, a far partire la campagna vaccinale anti-influenzale.

Per quanto riguarda l'attività sindacale svolta in quest'anno, possiamo elencare questi momenti principali:

- Siamo stati chiamati a rintuzzare un attacco molto forte della nostra ASL che aveva inviato lettere a circa 70 colleghi chiedendo rimborsi per gli errori formali sulle ricette; in collaborazione con l'avvocato del sindacato, dott. Langiulli, siamo riusciti a bloccare questo recupero che non è mai avvenuto e che sfocerà in un piano più ampio di programmazione di livelli di spesa.
- Abbiamo attivato, specie a Terlizzi, Ruvo, Corato ed Andria, degli incontri con i medici ospedalieri per cercare di appianare eventuali contrasti; dobbiamo anche segnalare che la nostra ASL un anno fa, nel marzo 98, aveva emanato due delibere riguardanti i protocolli di accesso del MMG negli ospedali e l'obbligatorietà per gli ospedalieri di prescrivere farmaci ed accertamenti direttamente sul ricettario SSN.

Queste due delibere sono rimaste in gran parte disattese, però almeno ora, molti ospedalieri e specialisti convenzionati ricettano direttamente sui moduli del SSN

Nel novembre 1998, abbiamo svolto l'assemblea di ASL

LA TRATTATIVA AZIENDALE NELLA A-USL BA/2 (Dott. Vincenzo Grimaldi)

Per quanto riguarda l'attuazione della convenzione regionale a livello aziendale nella ASL BA/2, abbiamo effettuato 11 riunioni a partire da settembre, l'ultima l'11 febbraio con questi risultati

1. Abbiamo attivato il **comitato consultivo aziendale** che non si attivava da qualche anno
2. Sono state deliberate le indennità di **collaborazione informatica e di collaboratore di studio** sempre nei tetti previsti dall'accordo collettivo regionale
3. E' partita la **guardia medica** dalle ore 10 del sabato, e abbiamo faticato per farla partire !
4. Per quanto riguarda l'**associazionismo**, sono state formate 3 associazioni, una per distretto delle quali due sono state riconosciute, la terza ha un po' di problemi, in quanto superiamo il tetto del 15% dei medici, sull'intero territorio aziendale. L'azienda ha mostrato disponibilità ad accettare anche un piccolo sfondamento di questo tetto, riservandosi però di sottomettere tale situazione all'approvazione dell'assessorato regionale
5. Abbiamo attivato delle commissioni:
 - **Sull'ADI**, ma qui ci è stato risposto che l'azienda ha problema di fondi e che comunque, vi sarà un numero di posti limitato, proporzionato alla disponibilità finanziaria dell'A-USL. Il problema è che questi fondi devono essere reperiti dal

AVVISO

A tutti gli iscritti in possesso di un indirizzo e-mail

Vi invitiamo a comunicare il vostro indirizzo e-mail alla nostra sezione provinciale, inviandolo a fimmgba@iol.it. Stiamo creando una lista di distribuzione per informarvi in modo tempestivo su tutte le novità di interesse sindacale.

SPECIALE 1° CONGRESSO PROVINCIALE FIMMG

budget di distretto: quindi se noi risparmiamo sul budget di distretto possono residuare fondi per l'ADI. Non si capisce perché il risparmio debba derivare dal budget di distretto e non da quello ospedaliero, perché l'ADI, di fatto, riduce il numero dei ricoveri e il tempo di degenza del malato, e quindi i fondi per attivarla dovrebbero essere trovati anche attingendo al budget degli ospedali.

- **Per la formazione professionale:** dobbiamo attuare il programma di aggiornamento dei medici rispettando gli accordi collettivi regionali.
6. Sui **tetti di spesa farmaceutica:** l'azienda non può andare oltre i dettati della delibera regionale 1800/98, da ciò si evince che il tetto di spesa è di lire 235000 annue per paziente; per quanto attiene alla pesatura, abbiamo ottenuto lo scorporo automatico di tutti i farmaci sui quali non abbiamo potere decisionale (interferoni, ormoni, antitumorali ecc.); abbiamo accettato la suddivisione per fascia d'età della popolazione di ciascun medico, attribuendo ad ogni fascia d'età un peso desunto dal consumo medio regionale relativo; ci è stata "imposta" l'impossibilità di operare una pesatura per patologia da parte dell'azienda; noi, come MMG non abbiamo i parametri per operare una pesatura per patologia, e quindi abbiamo dovuto accettare questa pesatura per fascia d'età, tenendo presente che la terza fascia, che va da 60 anni in poi, è presumibilmente, quella che consuma più farmaci.
 7. Per quanto riguarda i "disincentivi sulla prescrizione", ai medici che si discosteranno dai tetti di spesa previsti, saranno effettuati dei controlli, dovendo dar conto di questo superamento dei tetti di spesa. Chi per contro, resterà al di sotto dei livelli di spesa, riceverà degli incentivi economici qualora, però, l'obiettivo generale aziendale di restare sotto la media generale di 235000 per assistito venga raggiunto. Il maggior risparmio sulla farmaceutica sarà così ripartito: il 20% andrà ai medici sotto forma di incentivo economico, il 40% all'Azienda, che non risponde dell'impiego di tale fondo, il restante 40% al distretto che dovrà dare conto alle organizzazioni sindacali di come verranno spesi questi soldi. Lotteremo affinché questi fondi vadano a migliorare i servizi resi ai pazienti, nonché ad attuare attività accessorie previste dagli accordi regionali
 8. E' in via di attuazione un programma di **tetti di spesa per le prestazioni di fisiokinesi terapia**

**A-USL BA/3
TRATTATIVA DECENTRATA AZIENDALE
APPROVATA CON DELIBERA 117 DEL 17.02.99
(Dott. Vito De Robertis Lombardi)**

Faccio parte dell'unica azienda che, attualmente, nella provincia di Bari, ha portato a compimento una trattativa aziendale sino alla delibera di presa d'atto (n. 171 del 17/02/1999).

Illustrerò quindi, sinteticamente, quelli che sono i punti caratteristici di questo accordo decentrato, relativamente a quanto si discosta da quanto previsto dall'accordo regionale Puglia.

Il risultato di questa trattativa è il frutto di un clima di collaborazione che - ne devo dare atto da questa autorevole Tribuna - l'Azienda ASL BA/3 ha dal principio inteso intavolare con i medici di Famiglia.

Saluto, nell'occasione, gli unici dirigenti aziendali presenti a questo congresso, che, guarda caso, sono quelli della mia azienda: il direttore sanitario, dott. Vincenzo Stacca, i

responsabili del distretto 1 e 3 dottori Zullo e Troilo; c'è anche l'onorevole Divella che oltre a essere parlamentare è anche medico di famiglia, svolgendo tuttora questa mansione. Dunque, il risultato di questa trattativa aziendale è il frutto di una felice combinazione di eventi e di persone: abbiamo trovato di fronte una controparte sensibile ai problemi dei MMG, che ha capito che la gestione della sanità, oggi, è intimamente legata alla funzione dei Medici di Famiglia.

Un'altra delle circostanze favorevoli di cui parlavo prima deve essere individuata nella classe medica di questa Azienda. Posso affermare che i Medici di medicina Generale di questa ASL sono dei professionisti ben preparati che svolgono la loro attività professionale nel migliore dei modi. Non si spiegherebbe altrimenti la circostanza che la nostra ASL ha un tasso di ospedalizzazione fra i più bassi dell'intera Regione Puglia se non con il fatto che una medicina del territorio efficiente riduce il ricorso incongruo all'Ospedalizzazione con riflessi positivi sia sulla qualità della vita dei pazienti sia sulla qualità del lavoro dei colleghi ospedalieri che non si vedono le corsie intasate da pazienti che potrebbero essere trattati a domicilio, sia, infine, sulle casse della Azienda.

La delegazione FIMMG trattante era costituita dal sottoscritto, dai dottori Pietro Scalera e Giancarlo Tricarico, consiglieri provinciali, e dal dott. Marino Solazzo, fiduciario ASL; la delegazione di parte pubblica era costituita dai dottori Ignazio Zullo e Sante Troilo (dirigenti responsabili dei distretti 1 e 3, dalla dottoressa Lucia Laddaga, dirigente dell'Unità Operativa Medicina di Base del Distretto 1, e dal dott. Tommaso Di Fonzo, dirigente responsabile dell'Unità Operativa Amministrativa Convenzioni, Area Gestione del Personale.

I principi a cui si è ispirato questo accordo, sembra che li abbiamo dettati noi, e invece, vi posso assicurare, che gli ha dettati il nostro Direttore Generale, dott. Giuseppe Loizzo: ne vorrei, qui, elencare qualcuno:

1. Riconoscere al MMG, la centralità del suo ruolo, quale "conditio sine qua non" e riferimento immediato e diretto per gli assistiti
2. Valorizzare le funzioni educative di promozione della salute e di prevenzione che il MMG esercita nel rapporto con gli assistiti e a diretto contatto con l'utenza.
3. Riconoscere al Medico di Medicina Generale il ruolo determinante nell'operatività del Distretto mediante l'integrazione dello stesso nell'organizzazione distrettuale ed il ruolo propositivo del MMG ai fini della programmazione ed organizzazione dei servizi sanitari aziendali. (il metodo normale di lavoro del nostro Direttore Generale è quello di tenere, mensilmente, degli incontri con i medici di famiglia distribuiti nella ASL, non solo per "sentire esigenze", ma anche per trasformarle in fatti dalla Direzione)
4. Responsabilizzare il Medico di Medicina Generale nei processi di razionalizzazione della spesa e di corretta allocazione delle risorse al fine di assicurare i livelli uniformi di assistenza sul territorio, prevedendo forme di incentivazione.
5. Concordare con il Medico di Medicina Generale forme di assistenza territoriale e domiciliare alternative al ricovero che, attraverso l'integrazione con i Medici Specialisti Ambulatoriali, tendano a ridurre il ricorso ad impropria ospedalizzazione.

SPECIALE 1° CONGRESSO PROVINCIALE FIMMG

6. Raccordare le attività di Medicina Generale con quelle delle strutture direttamente dipendenti dalla A-USL BA/3, al fine di contemperare il pieno utilizzo delle stesse con le potenzialità che queste offrono.
7. Dare concreta attuazione all'istituto contrattuale dell'aggiornamento professionale del Medico di Medicina Generale.
8. Migliorare l'appropriatezza prescrittiva in rapporto con i livelli di spesa programmati della ASL
9. Favorire e incentivare nuovi modelli organizzativi della Medicina Generale, quali Medicina di Gruppo e Associazionismo Medico
10. Favorire il collegamento in rete dello studio del Medico di Medicina Generale con il realizzando progetto di informatizzazione dei Distretti, al fine di ottimizzare l'attività del CUP e di ridurre i disagi dell'utenza e le liste di attesa.

Vediamo in dettaglio gli aspetti più qualificanti dell'accordo decentrato che abbiamo siglato:

Aggiornamento professionale e formazione permanente

La A-USL deve garantire l'aggiornamento professionale e la formazione permanente dei MMG utilizzando i fondi trasferiti dalla Regione **con vincolo di destinazione**, così come previsto dall'art. 4.0 della DGR 1245/98.

Il numero di ore di aggiornamento, per ciascun MMG, deve essere non inferiore a 32 annue, di cui massimo 16 per corsi di formazione facoltativi a scelta del medico, purché accreditati e validati così come previsto dall'articolo 8 comma 13 del DPR 484/96.

Entro il 31/12 di ogni anno, ciascun MMG, qualora abbia partecipato a meno di 32 ore di aggiornamento obbligatorio organizzato dall'Azienda, è tenuto a documentare all'A-USL l'avvenuta partecipazione ai corsi di formazione facoltativi predetti, sino al completamento del monte ore previsto.

La mancata partecipazione del MMG all'aggiornamento obbligatorio, sarà sanzionata con le modalità previste dal comma 14 dell'art.8 del DPR 484/96.

L'A-USL è tenuta ad organizzare i corsi nei limiti dei fondi a destinazione vincolata trasferiti dalla Regione e, di pari passo, il MMG è tenuto alla partecipazione ai corsi effettivamente organizzati dall'A-USL.

Nei casi in cui la A-USL non organizza corsi per le 16 ore minime di sua competenza, il MMG non è tenuto ad esibire alcuna documentazione probatoria.

I temi della formazione sono quelli previsti dall'art. 8, comma 3 del DPR 484/96. (quindi i bisogni del medico, i bisogni dell'azienda nell'attuazione del servizio, ed eventuali altri bisogni emergenti dalle attività di distretto o aziendali)

I corsi si terranno al sabato mattina a partire dalle ore 10,30; devono essere dimensionati con distribuzione per Distretto e con un numero massimo di partecipanti di 45 MMG per corso.

Le modalità organizzative dei corsi sono quelle previste dal punto 4.0 della DGR n. 1245/98 ed i compensi agli animatori vanno attribuiti secondo quanto previsto dalla circolare del Ministero del Lavoro N.130/95 GU 258 del 4/11/95 e successive modificazioni

Ricongiungimento ai nuclei familiari – Reiscrizione del cittadino che ha terminato il servizio militare di leva.

L'enunciato nella convenzione regionale esiste già, bisognava trovare il sistema pratico affinché l'azienda potesse provvedere a riattribuire al medico la scelta del militare congedato. Dopo una giornata di trattativa si è arrivati a delineare questa modalità:

La AUSL si impegna ad inviare ai militari congedati, entro trenta giorni dalla notifica del congedo all'Ufficio Anagrafe, una comunicazione riportante il seguente testo: "Si comunica che Lei, dal momento in cui è stato chiamato alla leva è stato cancellato d'ufficio, dall'elenco degli assistiti del suo medico curante; pertanto dal momento in cui lei ha notificato il congedo al Comune di residenza le è stato riattribuito lo stesso medico di famiglia. Qualora intendesse variare la scelta del medico di fiducia, è invitato a presentarsi allo sportello del locale ufficio distrettuale".

Ai fini economici, la riattribuzione della scelta al medico di famiglia che precedentemente aveva in carico l'assistito congedato, decorre dal giorno successivo alla notifica del congedo al Comune di residenza.

Analogamente si procederà per quanto attiene ai pazienti che hanno compiuto 14 anni attribuendo d'ufficio il medico che ha in carico il nucleo familiare o il capo-famiglia.

Le scelte oltre il limite di massimale non vengono compensate salvo le eccezioni espressamente previste dalla convenzione relativamente alle categorie in materia di ricongiunzione di nucleo familiare (art.26 comma 6°).

Gli assistiti che hanno compiuto 14 anni vanno attribuiti dalla AUSL nella lista del MMG che ha in carico il nucleo familiare, fatta salva diversa volontà.

Continuità Assistenziale

Abbiamo previsto e normato l'eventualità che i medici di continuità assistenziale qualora si trovino nella necessità di effettuare P.P.I.P. o debba partecipare, per quanto di sua competenza, all'effettuazione dell'ADI, potrà farlo ed in questo caso, vengono applicate le stesse tariffe e modalità dei MMG.

La ASL fornirà i modelli predisposti similari a quelli forniti al Medico di Medicina Generale.

La spesa prescritta dal medico di continuità assistenziale deve essere attribuita allo stesso, e la USL ha il diritto-dovere di verificare eventuali anomalie prescrittive, qualora queste si discostino dal 10% rispetto alla media prescrittiva calcolata su tutti i medici di c.a. dell'azienda.

Livelli di spesa programmata

In riferimento al rispetto dei livelli di spesa previsti dai Decreti Legislativi: 502/92 e 517/93 e ribadito dal DPR 484/96 si stabilisce quanto segue:

La definizione di "livello di spesa programmato" non deve intendersi come "tetto" invalicabile di spesa, in quanto, il Medico di Medicina Generale, essendo tenuto a fornire i livelli di assistenza di base previsti dai piani sanitari nazionale e regionale, potrebbe anche superare i livelli di spesa programmata in situazione di necessità assistenziali. In tal caso il Medico di Medicina Generale dovrà rendersi disponibile per eventuali chiarimenti e/o verifiche che la A-USL vorrà attuare

SPECIALE 1° CONGRESSO PROVINCIALE FIMMG

Sulla base dei dati epidemiologici della popolazione o su specifici obiettivi concordati su base Aziendale e sulla base del consumo delle risorse farmaceutiche di diagnostica strumentale e di laboratorio, essa viene stratificata tenuto conto delle varie patologie ed invalidità (come definiti dal D.M. 1.2.91 e successive modificazioni).

Tutta la popolazione assistita sarà pesata per fasce decennali di età. Il paziente affetto da una o più patologie e/o invalidità, avrà un "peso" risultante dalla somma del "peso" relativo alla fascia d'età e quello relativo alla/e patologia/e e/o invalidità

Educazione e Informazione Sanitaria

Al fine di consentire una razionalizzazione dell'utilizzo dei servizi sanitari che abbia come primo beneficio una riduzione della spesa a parità di prestazioni erogate, ciascuna Azienda attiverà un piano di informazione sanitaria con la collaborazione dei medici generalisti di cui al DPR 484/96.

La pianificazione potrà comprendere la divulgazione di un bollettino redatto con il contributo dei medici convenzionati territoriali di "medicina generale" da intendersi secondo l'accezione prevista dalla dichiarazione a verbale No. 4 del DPR 484/96.

L'azienda USL s'impegna alla stampa di un bollettino periodico divulgativo redatto con il contributo dei Medici di Medicina Generale, la cui attività editoriale è aperta a tutti gli operatori della ASL. Non è prevista spesa a carico della A-USL per la remunerazione degli articoli

L'Azienda e/o il medico potranno organizzare dei corsi didattici di educazione sanitaria anche in collaborazione con le istituzioni private e pubbliche di istruzione. In tal caso gli oneri economici potranno essere a carico dei beneficiari dell'attività oraria svolta dal medico. Nel caso i beneficiari dei corsi siano direttamente gli assistiti, tali prestazioni saranno considerate "aggiuntive" dal punto di vista economico e saranno retribuite con compenso orario di lire 30000 onnicomprensive più oneri previdenziali e pagamento tramite SVIM

L'attivazione dei corsi destinati agli assistiti propri o a quelli del gruppo (qualora il medico operi in medicina di gruppo), avverrà tramite la presentazione di progetti obiettivo da sottoporre al visto dell'Azienda.

Nel caso in cui i corsi siano rivolti ad Istituzioni private e/o pubbliche, oltre al visto dell'Azienda sarà necessaria anche l'approvazione dell'Ente destinatario.

L'educazione sanitaria potrà anche essere rivolta a gruppi specifici di pazienti, non meno di dieci, che avranno fatto istanza al proprio medico, e per conoscenza all'Azienda, di apprendere particolari nozioni o metodiche comportamentali utili alla gestione, alla stabilizzazione e/o alla risoluzione di problematiche connesse allo stato di salute.

Preciso rilievo dovrà in tal caso essere dato alla prevenzione intesa anche come strumento per la razionalizzazione della spesa sanitaria.

Prevenzione

L'A-USL BA/3 è stata l'unica azienda che abbia esteso la vaccinoprofilassi anti-influenzale agli ultra-sessantacinquenni ed ai soggetti a rischio; la BA/4 lo ha fatto, ma con delle limitazioni un po' più restrittive.

L'appoggio fondamentale a questa politica è venuto dal direttore sanitario, dott. Stacca, che è stato anche medico di famiglia, che ha inteso evitare i disagi per gli utenti di doversi recare agli Uffici di Igiene, ritirare il vaccino, andare dal loro medico e farselo somministrare. Abbiamo somministrato 16500 dosi di vaccino nei nostri studi.

L'AUSL BA/3 deve indicare nel proprio bilancio un fondo pari al 6% per la prevenzione secondo quanto disposto dal Piano Sanitario Nazionale 1994/1996.

Da tale stanziamento verranno prelevati i fondi da utilizzare per progetti di prevenzione nella misura dello 0,25% del bilancio Aziendale, da destinare in modo vincolato solo alla remunerazione delle prestazioni dei Medici di Medicina Generale.

I compensi di tali progetti, in quanto previsti dall'art. 70 non rientrano nel tetto del 22.50% delle P.P.I.P.

Per attuare una campagna mirata ad esercitare un controllo delle patologie infettive che necessitano di una profilassi, si ritiene opportuna l'individuazione periodica dei soggetti a rischio secondo determinati tipi di patologie e fasce d'età. Tale compito è affidato al MMG che interverrà nelle forme informative, educative e preventive utili alla salvaguardia della salute del cittadino.

Il medico sia in forma singola sia associata provvederà a presentare alla AUSL gli elenchi dei pazienti da sottoporre agli interventi su indicati entro il 31 marzo di ogni anno.

Indennità di collaborazione informatica

L'azienda s'impegna ad erogare detta indennità, non appena attuato il piano di informatizzazione dei Distretti, a tutti i Medici che ne facciano richiesta e si dichiarino disponibili a effettuare prenotazioni di ricovero, di prestazioni ambulatoriali o di diagnostica strumentale ai CUP aziendali o alle Direzioni Sanitarie dei presidi ospedalieri dell'azienda, per via telematica, dai propri studi. A tali medici oltre all'indennità in oggetto, sarà corrisposta un'indennità aggiuntiva di lire 6000 per ogni prenotazione effettuata che sia seguita da prestazione effettivamente fruita.

L'hardware per tali collegamenti nonché la spesa per il relativo traffico telefonico è a carico del Medico di Medicina Generale, il software verrà fornito gratuitamente dall'Azienda

Nomenclatore Tariffario

Nell'intento di migliorare l'utilizzo delle strutture dell'azienda e anche per venire incontro alle esigenze della popolazione, fatta salva la libera scelta dell'assistito, viene individuata nell'ambito delle prestazioni aggiuntive di cui alla lettera C, a livello aziendale, il prelievo venoso ai fini dell'esecuzione di esami di laboratorio da effettuarsi unicamente presso le strutture direttamente dipendenti dalla A-USL, effettuato dal MMG per gli assistiti esenti ticket nel proprio studio di medicina generale o di medicina di gruppo. In nessun caso il MMG può svolgere questa attività a favore delle strutture private accreditate e/o convenzionate od altre strutture pubbliche non aziendali. Potranno essere effettuati dal MMG prelievi venosi anche a favore di assistiti non esentini, purché si presentino allo studio del MMG con la ricevuta attestante l'avvenuto pagamento del ticket presso una delle casse ticket dell'Azienda. La tariffa concordata è pari a quella stabilita del Nomenclatore Tariffario regionale attuativo del D.M. 22.7.96 aumentata del 10% per

SPECIALE 1° CONGRESSO PROVINCIALE FIMMG

coprire le spese di gestione dell'attività.

Tale compenso non è compreso nella quota del 22,5% delle P.I.P.P. e deve essere liquidato tramite SVIM, affinché siano liquidate le ritenute di Legge, con le competenze del mese successivo a quello di effettuazione.

La AUSL sarà tenuta a fornire tutti i materiali di consumo e a garantire il ritiro dei campioni biologici e la consegna dei referti al MMG.

Sarà compito del MMG distribuire i referti agli assistiti.

Tale servizio sarà attivato su espressa richiesta del MMG, soggetta ad accoglimento da parte delle AUSL.

ADI

Partirà dal 1° marzo, ed in tal senso sono stati messi in atto tutti i meccanismi orientati ad un ottimale svolgimento della stessa.

Abbiamo richiesto che tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'ADI siano sempre disponibili:

"Al fine di assicurarne la costante disponibilità, la AUSL ha l'obbligo di acquisire medici specialisti disponibili ad operare anche in orari notturni, prefestivi e festivi, onde consentire il supporto specialistico al medico di medicina generale per effettuare prestazioni mediche domiciliari alternative al ricovero ospedaliero".

Attività Territoriale Programmata

Posto che la convenzione regionale Puglia non ha normato gli articoli citati, in attesa di una eventuale normativa regionale, si concorda, a livello aziendale che nel caso non siano disponibili i medici di cui all'articolo 60 del DPR 484/96 comma 1 lettere a), b), c), l'acquisizione dei medici deve avvenire attingendo alla graduatoria regionale in vigore al momento del conferimento degli incarichi attribuendo un punteggio aggiuntivo di 5 (cinque) punti ai residenti nei comuni della AUSL.

La retribuzione per i medici incaricati è fissata, con tariffa onnicomprensiva, in lire 40000 (quarantamila)

Abbiamo dato, così un contributo alla disoccupazione medica.

Deburocratizzazione

Il MMG entro il 31 gennaio di ogni anno ripropone le richieste di ADP, inviando l'elenco degli assistiti non ambulabili, avuti in cura nel periodo precedente. Le autorizzazioni agli accessi devono coprire un periodo di assistenza sino al 31.12 dell'anno in corso. La documentazione già depositata negli uffici del distretto sarà integrata soltanto nel caso siano sopraggiunte nuove patologie.

Le parti convengono che la richiesta di presidi medico chirurgici (cateteri, pannoloni, traverse ecc.) andrà presentata

LA TRATTATIVA AZIENDALE NELLA ASL BA/5

(Dott. Sergio Zizzari)

Situazione difficile nella ASL BA/5 ! Tutto ciò è stato stigmatizzato ripetutamente non solo dalla FIMMG, ma anche da altre figure istituzionali come i sindaci, quello di Alberobello in particolare.

I sindaci CGIL e CISL, parlano di **nullismo dirigenziale e di assoluta assenza di progettualità**; tutte le altre sigle sindacali mediche (ANAAO-ASSOMED UIL-MEDICI SIVEMP ANPO CGIL-MEDICI FIALS-MEDICI CUMI-AMFUP CIMO) denunciano **ripetute inadempienze amministrative e contrattuali che hanno portato la ASL BA/05 ad una intollerabile precarietà.**

Nonostante tutto questo con un lavoro perseverante di continue sollecitazioni, anche pesanti sul piano giuridico, abbiamo ottenuto **una certa regolarità nei pagamenti, l'avvio della corresponsione della indennità informatica, l'avvio delle trattative aziendali** in data 18/2/99 (ADI ed ASSOCIAZIONISMO i primi argomenti trattati).

Inoltre, proprio in questi giorni, vi è stato da parte del direttore sanitario il **riconoscimento dell'associazione AMMG/BA05** di cui è presidente il Dr. P. Detomaso, iscritto alla FIMMG come del resto tutti gli associati.

L'INTERVENTO DEL SEGRETARIO PROVINCIALE DOTT. F. ANELLI.

Signore e signori, cari colleghi

Il primo congresso provinciale della FIMMG di Bari costituisce un appuntamento fondamentale per il nostro Sindacato e per tutti i medici di famiglia della Provincia di Bari.

Molti di voi si chiederanno perché organizzare un congresso.

Non si tratta certamente di un congresso celebrativo, ma di un'occasione di democrazia tesa a rappresentare pubblicamente le strategie e le linee di politica sanitaria di questa dirigenza provinciale.

Attraverso il congresso è possibile definire gli obiettivi, discutere con tutti gli orientamenti del sindacato, consolidare le alleanze, incoraggiare gli amministratori aziendali per l'applicazione del contratto o denunciare le inadempienze della pubblica amministrazione.

E', altresì, un momento di sintesi delle attività, spesso frenetiche, svolte in questo primo anno di gestione del sindacato.

Rappresenta, inoltre, un momento di rilancio delle iniziative sindacali e di presenza nella società civile.

Sicuramente la FIMMG di Bari non è più quella di prima. Oltre al notevole incremento delle adesioni al sindacato dei medici di famiglia (circa il 40% in più degli iscritti rispetto al 1997: siamo a 667 unità) si aggiunge l'iscrizione in massa dei medici in possesso del diploma di formazione o in corso di formazione: 170 adesioni!

Le numerose assemblee organizzate in ogni ASL testimoniano la partecipazione e l'interesse dei colleghi ai temi proposti dal sindacato.

L'approvazione del primo contratto regionale per la medicina generale, redatto con il contributo essenziale della nostra sezione provinciale, e l'avvio in ogni singola ASL delle trattative aziendali hanno reso ancor più avvincente l'attività sindacale.

Con i suoi 37 componenti il Direttivo Provinciale ed i 23 rappresentanti di distretto la FIMMG di Bari è capillarmente presente su tutto il territorio provinciale.

La nuova organizzazione del sindacato, suddiviso in 5 Consigli, quante sono le ASL, l'autonomia decisionale e, con la prossima assemblea provinciale convocata per il 27 marzo, anche gestionale: ad ogni consiglio di ASL sarà attribuito un budget economico; sono tra le novità più importanti della sezione barese.

Stamattina vi sono stati esposti i risultati ottenuti in ogni singola ASL dai protagonisti delle trattative aziendali.

E' il frutto di un lungo e duro lavoro condotto con impegno e generosità da parte di ogni singola delegazione trattante. A tutti costoro che hanno dedicato, con gratuità e competenza, al

SPECIALE 1° CONGRESSO PROVINCIALE FIMMG

sindacato ed ai colleghi buona parte del loro tempo libero va il nostro ringraziamento.

Bisogna rilevare che l'applicazione del contratto regionale presenta importanti differenze tra le varie ASL della provincia di Bari. La ASL più solerte nel concludere tale trattativa è stata la BA 3 (Altamura), quelle che hanno applicato quasi tutti i servizi sono la ASL BA3 e la BA 4 (Bari), quella più negligente e meno attenta ai bisogni dei propri cittadini è la ASL BA 5.

Per le conclamate negligenze degli amministratori della ASL BA 5, chiediamo all'Assessore Regionale alla Sanità di intervenire direttamente al fine di garantire i diritti dei cittadini di quel territorio.

All'assessore Saccomanno, inoltre, chiediamo la revisione di alcune limitazioni, previste nell'accordo regionale, che rischiano di creare forti turbative tra i colleghi: il 15% per l'associazionismo ed il 20% per l'informatizzazione

Questa estate ci siamo visti recapitare, su iniziativa di qualche ASL, una lettera con cui si fissavano i Livelli di Spesa Programmata: 200.000 lire per la farmaceutica e 37.000 per la diagnostica.

Abbiamo contestato quella iniziativa per due ordini di ragioni:

la prima legata alla mancata consultazione dei sindacati (la L. 502/517 prevede un coinvolgimento dei medici su tale tematica);

la seconda perché non ci sembrava corretta l'interpretazione data dalla ASL della delibera regionale n.1800 del 1998.

Da allora molti passi in avanti sono stati fatti grazie anche all'opera di funzionari illuminati, come il direttore sanitario della ASL BA4 dott. Calasso, che pubblicamente ringrazio.

Tuttavia, restano immutate le problematiche relative all'attuazione dei livelli di spesa programmata.

I medici di famiglia non si rifiutano, certo, di attuare quanto già previsto nel loro contratto regionale in tema di livelli di spesa programmata, ma qui dobbiamo denunciare:

un pressapochismo della pubblica amministrazione, la mancanza di dati su cui avviare una seria trattativa, una distorsione delle informazioni (pensate che i modelli SVIM per la spesa farmaceutica sono illeggibili in quanto nessuna ASL, ne tantomeno il sindacato, conosce la classificazione dei farmaci adottata da tale società), l'azione di "polizia" messa in atto da alcuni funzionari aziendali con l'obiettivo di terrorizzare il medico di famiglia,

la penalizzazione del medico di famiglia che spende di più perché lavora di più (pensate a coloro che per sorte hanno più eventi catastrofici: cirrosi, neoplasie, epatiti croniche, nanismo, emofilia e così via).

Risulta evidente che per raggiungere tali obiettivi è necessario che la ASL ed i medici di famiglia siano dotati di sistemi informatici per la condivisione di dati certi e verificabili.

Per questo le chiediamo, assessore, di abolire quelle limitazioni e mettere tutti nelle condizioni di raggiungere quegli obiettivi che voi stessi, in Giunta Regionale, avete fissato.

Non bisogna poi andar così lontano per verificare come Regioni a noi limitrofe - la Basilicata - abbiano adottato strategie per favorire l'informatizzazione dei medici di

famiglia attraverso l'erogazione di contributi per l'acquisto di un computer.

La Regione Lombardia, dal canto suo, insegna come l'incremento dell'incentivazione per l'assunzione di un addetto di segreteria determina una migliore e qualificata prestazione ambulatoriale e rappresenta un ottimo incentivo alla lotta alla disoccupazione.

Non sveliamo alcun mistero se affermiamo che la FIMMG è fortemente interessata a sostenerne il corso di formazione specifica in medicina generale.

Tuttavia, bisogna considerare che l'organizzazione di quest'ultimo corso lascia molto a desiderare. Dobbiamo, purtroppo, constatare una precarietà organizzativa che non ha precedenti nella pur breve storia del corso regionale.

Infatti, non è stato ancora nominato il nuovo Comitato Tecnico Scientifico, né sono stati di conseguenza nominati i nuovi coordinatori.

A fronte di tutto ciò bisogna rilevare che ancora una volta sono i medici di famiglia a supplire alle negligenze della pubblica amministrazione.

Nel più assoluto anonimato continua l'azione di volontariato che i medici di famiglia "tutor" svolgono nei confronti dei tirocinanti.

E' giunto il momento di dare attuazione, in tempi brevi, a quella parte dell'accordo regionale che prevede un riconoscimento, anche economico, ai tutor

Il primo congresso provinciale della FIMMG è la prima occasione pubblica che ha il Sindacato per esprimere all'assessore Saccomanno il ringraziamento per l'attenzione mostrata nei confronti dei medici di famiglia nel momento in cui ha sottoscritto il primo accordo regionale per la medicina generale.

Tuttavia alcune decisioni assunte dal Governo Regionale, la delibera 1800 e sue integrazioni, il Piano di riordino della rete ospedaliera ed il 118, hanno raffreddato di molto gli iniziali entusiasmi.

Innanzitutto, anche qui, una questione di metodo: avremmo preferito che la FIMMG fosse stata consultata prima che tali decisioni fossero assunte. In secondo luogo ci sembra che la Giunta Regionale abbia deciso di privilegiare la medicina ospedaliera a scapito di quella del territorio. La percentuale di fondi assegnati al comparto ospedaliero, così come l'aumento dei posti letto non lascia ombre di dubbio sulla scelta operata dalla Regione.

Scelte che per noi non sono condivisibili.

Auspichiamo, pertanto, che al più presto si apra un tavolo di confronto tra i sindacati e l'assessorato.

Il Primo Congresso Provinciale della FIMMG di Bari rappresenta un'occasione per mostrare pubblicamente il legame indissolubile che lega i cittadini ai medici di famiglia. I medici di famiglia si sentono, a pieno titolo, parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale, ma schierati alla difesa dei diritti dei cittadini e delle loro esigenze. Insieme alle associazioni dei cittadini, Tribunale dei Diritti del Malato - Sindacati dei pensionati - Sindaci e Amministratori locali, con cui hanno stretto una ferrea alleanza, sono coloro che rappresentano i bisogni e le necessità dei malati, loro assistiti.

SPECIALE 1° CONGRESSO PROVINCIALE FIMMG

Per rendere più evidente tale alleanza abbiamo istituito, insieme ai colleghi Farmacisti di Federfarma, un tavolo permanente di confronto denominato "Patto per la tutela della salute nel territorio".

Colgo l'occasione per salutare e ringraziare i responsabili delle diverse associazioni che hanno aderito a tale iniziativa.

La FIMMG è impegnata a livello nazionale a sostenere il nuovo disegno del Servizio Sanitario Nazionale incentrato sul medico di famiglia e sul distretto. Su questo argomento diffusamente potrà dirvi il nostro segretario nazionale dott. Mario Falconi.

A me preme sottolineare che la proposta di modifica sostanziale del rapporto di lavoro dei medici di guardia - che d'ora in poi si chiameranno ed assumeranno le funzioni di continuità assistenziale - ottenuto grazie all'impegno del sindacato e riconosciuto pubblicamente dal Ministro Rosi Bindi al Congresso Nazionale di Perugia, consentirà a questi colleghi di svolgere una professione ancor più qualificata e determinerà un incremento della occupazione in questo settore.

E' la risposta concreta di un grande sindacato che ritiene che la migliore risorsa di lavoro per i giovani medici sia rappresentata dalla difesa e dalla salvaguardia di questa professione. Più volte nel recente passato abbiamo assistito, accanto a coloro che volevano cancellare questa professione, all'enunciazione di proposte demagogiche che, pur dando l'impressione di voler risolvere temporaneamente il problema occupazione, servivano solo a svuotare la professionalità del medico di famiglia.

Alla CUMI diciamo con chiarezza che ci batteremo contro ogni proposta che riduca il massimale e renda il medico di famiglia più vulnerabile nel SSN.

Alla CUMI diciamo che la salvaguardia della professionalità del medico di famiglia passa anche attraverso il riconoscimento dei 12 punti nella graduatoria unica regionale.

Alla CUMI diciamo che battersi insieme per una puntuale pubblicazione della graduatoria regionale (registriamo ancora il ritardo di un anno) può probabilmente rendere meno litigiosa e meno controversa l'interpretazione delle norme.

Bisogna dar atto agli attuali dirigenti dei vari sindacati dei medici di famiglia (CUMI SIMET CISEL SNAMI) che il metodo utilizzato per la stesura dell'accordo regionale per la medicina generale ha prodotto ottimi risultati.

Auspichiamo che il metodo del dialogo e della pazienza di voler conciliare anche le posizioni più estreme torni a caratterizzare i rapporti tra i vari sindacati nell'unico interesse di salvaguardare la nostra professione.

Elevare il livello qualitativo del corso di formazione in medicina generale rappresenta un obiettivo strategico per questa segreteria provinciale.

A tale proposito va espresso pubblicamente il ringraziamento al Presidente dell'Ordine dei Medici di Bari, dott. Francesco Losurdo, per l'abnegazione e la competenza con cui dirige il corso.

La nostra presenza nell'Ordine dei Medici di Bari sarà subordinata ad una più efficiente gestione di tale corso.

Non siamo interessati ad una corsa a posti da occupare nell'Ordine dei Medici di Bari. Per noi le scelte ordinarie devono essere la conseguenza di un programma che vede il medico di famiglia come figura autorevole capace di dialogare sia con gli specialisti del territorio che con gli ospedalieri.

La FIMMG di Bari, dunque, pone come prioritarie queste scelte programmatiche ed è disponibile ad avviare un confronto per

costruire un'alleanza per la realizzazione di tale programma.

Il ritardo con cui si è dato il via in Puglia ai corsi di formazione negli ultimi anni rischia di penalizzare ulteriormente i medici tirocinanti.

All'Assessore chiediamo di dar attuazione all'intesa raggiunta a Firenze con gli assessori alla sanità di tutta Italia che consente di accettare le domande di inclusione nella graduatoria unica regionale dei tirocinanti, anche senza la presentazione del titolo, nelle regioni in cui il corso di formazione è iniziato con ritardo.

Va salutata con favore la nascita della Scuola Pugliese di Medicina Generale con l'augurio che lo sforzo profuso dal Presidente Gaetano D'Ambrosio e da tutti gli animatori di formazione sia coronato da meritato e duraturo successo.

La necessità della formazione permanente non solo tecnica, ma anche etica e culturale, dei quadri sindacali è stata più volte espressa dal direttivo provinciale. E' in fase di programmazione l'istituzione di una scuola quadri provinciale realizzata in collaborazione con la scuola nazionale quadri e la scuola pugliese di medicina generale.

Le norme contenute nell'ultima finanziaria hanno provocato una dura reazione da parte dei medici di famiglia in ogni angolo d'Italia.

Abbiamo più volte espresso la nostra solidarietà e, a maggior ragione, la ribadiamo ufficialmente anche oggi al dott. Mario Falconi per il difficile compito di rappresentare lo sdegno dei medici di famiglia e, nel contempo, la richiesta di iniziative per deburocratizzare il nostro lavoro.

Noi il nostro compito abbiamo cercato di assolverlo nel migliore dei modi.

Abbiamo inviato una lettera al Ministro Rosi Bindi in cui chiarisce l'inutilità della norma che prevede la doppia firma sulla ricetta.

Abbiamo inviato copia della lettera a tutti i colleghi insieme ad un numero speciale del Notiziario FIMMG Bari ed al manifesto che è stato affisso in tutti gli studi medici.

Abbiamo informato la stampa circa le motivazioni della nostra protesta.

Abbiamo informato alcuni parlamentari sullo stato di agitazione della nostra categoria.

La sezione barese, caro Mario, ti esprime il suo più totale appoggio per le iniziative che tu hai già intrapreso.

Saremo a Roma anche noi l'11 marzo al Cinema Capranica a manifestare insieme ai colleghi FIMMG di tutta Italia la nostra rabbia per un lavoro che è stato eccessivamente penalizzato e burocratizzato.

L'INTERVENTO DEL SEGRETARIO REGIONALE DOTT. GINO PEPE

Cari Colleghi e Autorità,

mi dispiace che non vi sia l'assessore Saccomanno assente per altri impegni; mi fa enorme piacere che vi siano amministratori locali ed in particolare ringrazio il direttore sanitario dell'AUSL BA/3.

Vorrei proporre una serie di riflessioni.

Abbiamo avuto un passato, forse, glorioso, ma certamente non apprezzato; oggi la parte pubblica la parte pubblica ha finalmente compreso che ha bisogno del MMG per gestire il territorio: noi siamo i depositari dei bisogni dei cittadini,

SPECIALE 1° CONGRESSO PROVINCIALE FIMMG

della sempre maggiore richiesta di salute che non potremo soddisfare gratuitamente per tutti.

Ci troviamo ad essere bersagliati dalle disposizioni della Legge Finanziaria, e dalle note CUF che hanno non una valenza scientifica, ma una valenza economica; noi FIMMG, dunque ci facciamo carico delle rimostranze dei cittadini e anche dei medici, oberati da tanta burocrazia.

Come vi dirà il segretario nazionale, dobbiamo proiettarci verso il futuro, sapendo che la parte pubblica ha una grande attenzione verso di noi.

Come dobbiamo operare? Dobbiamo riempire di contenuto le convenzioni e il nostro ruolo. La FIMMG deve proporsi ad ogni livello: abbiamo concluso un contratto regionale molto importante ponendo l'accento sugli istituti più importanti: l'ADP, l'ADI (che mi sembra non voglia tanto partire a livello nazionale); a Lecce abbiamo strutturato una sorta di ADP potenziata, nel senso che abbiamo costretto le ASL a vincolare il 20% delle ADP sottoponendo questo tetto ad una verifica semestrale.

Sentire che l'ADI non è sufficientemente compresa nel suo vero valore dispiace non solo al MMG ma anche al paziente; abbiamo superato il confronto sull'indennità di collaboratore di studio e di collaborazione informatica; avevamo anche superato anche il discorso sui tetti di spesa, ma poi questa voce ci è stata cassata. Noi speriamo che vengano aboliti i tetti; il MMG così come inteso nell'assistenza territoriale deve essere obbligato a dare il massimo.

Questo chiederemo all'assessore alla sanità!

Su questo ci batteremo, cari colleghi! Il sindacato deve essere rispettato! Funzionari che facevano i furbi stanno cominciando a capire che noi puntiamo al miglioramento del servizio sul territorio.

Anche per quanto riguarda il 118, puntiamo alla sua realizzazione.

Puntiamo alla formazione del medico di medicina generale: noi siamo omissivi riguardo ad un contratto che ci impone la formazione. Ci sono le società scientifiche deputate a questo.

Sull'attuale momento si farà l'11 marzo una grande battaglia a Roma, sulla quale dobbiamo giocarci la nostra volontà di progredire in accordo con gli altri sindacati, così come abbiamo fatto a livello regionale insieme alle altre organizzazioni sindacali. Ma con esse dobbiamo restare fermi su punti qualificanti, quali il massimale e i medici in formazione.

L'INTERVENTO DEL SEGRETARIO NAZIONALE DOTT. MARIO FALCONI

Mi corre l'obbligo di un ringraziamento a te Filippo, a te Gino e a tutti gli amici della FIMMG di Bari.

Se devo analizzare l'attività di questi ultimi mesi, sicuramente posso dirvi che ho tratto da voi molta forza perché nei momenti di difficoltà che pure ci sono stati, c'è bisogno di sentire vicine le sezioni periferiche sentono il momento che si sta avvertendo a livello nazionale e si muovono in sintonia con la direzione centrale: questa è la grandezza di un sindacato, non è un'armata Brancaleone, ma è una condivisione degli strumenti per raggiungere certi obiettivi.

Alla sezione di Bari, potrei tranquillamente dare la palma del migliore in questo momento, per quello che abbiamo vissuto, perché ha fatto quanto avevo richiesto a tutte le sezioni periferiche, le ha comunicate, e mi ha dato il sostegno giusto nella difficoltà; perché siamo gli unici che ci muoviamo e, purtroppo prendiamo anche tante botte e critiche molto spesso

ingiuste; ho trascorso il Natale chiuso nel sindacato a vedere come andare avanti e come rivolgere a nostro favore una situazione spiacevole; quindi, al di là delle critiche se ogni tanto c'è qualcuno che ti dice "ti sono solidale", fa piacere, ci aiuta ad andare avanti; anche se siamo da anni abituati in questo sindacato, al silenzio – assenso; Voi però mi siete stati vicini ed io ve ne sono molto grato.

Detto questo, sottolineerei che dobbiamo affinare le nostre capacità di fare sindacato; noi non siamo mai stati, e mai lo saremo, un sindacato esclusivamente rivendicativo; un sindacato simile è fatto da sciocchi, è quello che fa decidere ad altri; il nostro è sempre stato un sindacato che propone.

Propone perché purtroppo siamo entrati in Europa, ma non siamo tra i paesi primi in Europa; il nostro modo di essere nei servizi e nella politica è debole.

Al cinema Capranica, l'11 marzo voglio dire soprattutto questo ai politici: un paese serio deve avere un politico illuminato, capace di interpretare i bisogni della gente, che si circonda di burocrati che debbano tradurre in pratica questa capacità. Ma dov'è questo tipo di burocrate?

L'11 marzo la FIMMG metterà a disposizione 30 milioni da versare con un assegno alla persona che ha inventato la norma della nota con la firma e col timbro, per andare a istruirsi in Inghilterra per un anno. Altrimenti lo daremo al "burocrate ignoto" o in beneficenza.

Questa norma ha fatto tracimare una situazione portando all'esasperazione dei colleghi verso il sistema; questo è il livello di questo paese: debole dal punto di vista politico e funzionale; la Francia ha delle scuole dove si formano i burocrati, in Italia invece dove si formano i burocrati?

La FIMMG è un soggetto politico, ma non partitico: noi possiamo criticare tutti, i nostri padrini politici sono i cittadini. Il vero problema è che non esiste "formazione" sanitaria nei cittadini. L'italiano medio, rispetto alla salute, può essere facile preda di tutti: dagli stregoni, agli erboristi; la domanda di salute è debole; c'è, per contro, un'offerta sproporzionata: un paese che consente un rapporto medico-cittadini, come quello italiano è fuori da qualsiasi politica di equilibrio sanitario e di qualità dei servizi.

Lo scenario italiano vede un livello debole della politica, un livello debole della burocrazia che dovrebbe supportare le scelte politiche, l'Università non dialoga con il Ministero della Sanità per la programmazione delle risorse mediche.

Qualche volta, bisogna dire al Governo che si deve fidare di noi; quando state per decidere qualcosa, per cortesia, chiamatemi un attimo, parlateci: perché in questo modo sicuramente si eviterebbe di fare delle "cavolate". Questo Governo è arrogante perché non ha un minimo di autocritica e pretende di imporre; perché? Perché sono ignoranti!

In questo periodo ho ricevuto spinte da varie parti per chiudere gli ambulatori o entrare in sciopero bianco; ma questo è quello che il sistema mi chiede; così vado a minare il rapporto molto forte che ci lega ai cittadini.

Noi facciamo le battaglie in nome e per conto dei cittadini; il potere politico è arrogante perché non dialoga. Qualcuno vi ha contattato a Bari, dopo che avete fatto il tavolo per l'alleanza sulla qualità.

Una forma di ribellione valida può essere quello di non andare

SPECIALE 1° CONGRESSO PROVINCIALE FIMMG

a votare e invitare i cittadini a non votare.

Veniamo al discorso sulla firma per le note CUF; ci ha creato problemi! E' vero che all'inizio la norma prevedeva di scrivere sul retro la nota per intero: l'onorevole Mangiacavallo, sottosegretario alla Sanità e medico di famiglia anche lui, mi ha detto "Mario, hai avuto una grande vittoria !" Ma io gli ho risposto che non ho vinto niente: i medici trovano assurda questa norma, non la capiscono !

Cosa abbiamo fatto ? Stare in un sindacato - e in questo avverto nella sezione di Bari un grande spirito di discussione - significa fare delle cose e non sentirsi dire nemmeno grazie. Ho fatto ritirare dal Ministro un libretto con linee guida, al cui confronto le note CUF non erano niente; ebbene nessuno mi ha ringraziato!

Vi dico che io avrei potuto, a dicembre, minacciare chissà cosa, però mi son detto: la base cosa ne pensa, dov'è? Allora dobbiamo sfruttare questa cosa per far arrabbiare la base: la madre di tutti gli errori è che noi dobbiamo subire ogni giorno (e, insieme a noi, i cittadini) il fatto che alcuni medici devono rispettare certe norme ed altri no. Siamo riusciti a evidenziare a livello politico il fatto che il medico di famiglia è caricato di lavoro burocratico.

Sulla ricetta abbiamo proposto un ricettario nuovo che deburocratizzi il medico di famiglia: il ministro ci ha risposto di sì.

Le note CUF sono state concordate da noi, sono linee guida nostre; magari qualcuno le ha interpretate male, ma è corretto affermare che se un farmaco non fa nulla per questa tale malattia non lo si debba prescrivere; e se noi non ci responsabilizziamo nella condivisione delle risorse, quando queste saranno finite, faremo i liberi professionisti puri; andremo verso la sanità privata !

La norma ultima della controfirma viene da un potere ignorante e dequalificato che non ha nessuna stima della nostra categoria (nonostante l'Eurisko ci veda come la figura professionale medica più gradita ai cittadini). Loro non hanno stima di noi e noi di loro: è così che abbiamo stipulato protocolli di intesa con mezzo mondo: cittadini, pensionati, tribunale per i diritti degli ammalati, bambini per la protezione dalle radiazioni e quant'altro. Tutto questo serve a farci conoscere, a farci apprezzare e contrastare un potere che dice di volerli centralizzare, ma, in realtà fa norme che di fatto ci considerano dei caproni che non capiscono niente.

Grazie a questa politica, possiamo dire, oggi, di essere molto più forti di ieri e quindi possiamo anche imporre.

Il nuovo ricettario non è una promessa: abbiamo riunito tutti i sindacati (escluso SNAMI e CIMO), abbiamo condiviso un nuovo modello di ricettario ed il 4 o 5 aprile avremo la seconda riunione al Ministero per concordare un nuovo modello che porterà a ad un minore carico burocratico.

Tra breve avremo anche un nuovo modello legislativo, in base al quale tutti dovremo prescrivere secondo le stesse norme: quindi non sarà più consentito a nessuno (e quindi agli ospedalieri!) prescrivere senza osservare le stesse norme che noi dobbiamo seguire.

L'ospedaliero non sa nemmeno cos'è la CUF!

Ho chiesto al Ministro di disporre un ordine di servizio che imponga all'ospedaliero di osservare le note CUF, sono disposto anche a incatenarmi sotto il Ministero per vedere

realizzata questa cosa.

Per quanto riguarda decreti delegati e convenzione devo dire che la FIMMG ha già inviato al Ministero dei documenti importanti elaborati da noi sull'organizzazione del Distretto; l'altro ieri abbiamo incontrato il Ministro per chiedere di mettere in ogni commissione un nostro membro che vagli l'azione del governo nella scrittura dei Decreti Delegati (che normeranno, nel futuro, il nostro modo di fare il medico).

Cosa vogliamo da i Decreti Delegati: noi diciamo che la vecchia convenzione così com'è strutturata ci va bene, nel senso che prevede una parte generale che abbiamo studiato e messa a punto cercando di eliminare le potenziali differenze che potrebbero nascere da regione a regione; la parte degli accordi regionali ci va anche bene, però dobbiamo cercare di sventare un disegno che questo governo sta cercando di attuare: il federalismo fiscale anche in sanità !

Le regioni trattengono i soldi, con il rischio che se non abbiamo stabilito in maniera ferrea cosa comporteranno i livelli minimi di assistenza per ogni regione, avremo 21 repubbliche sanitarie, ciascuna diversa dall'altra.

Come si può accettare che un malato terminale di cancro che vuole morire a casa con l'assistenza del suo medico di famiglia, in alcune regioni lo possa fare perché ci sono tutti i supporti logistici e in altre no.

Facciamo un congresso in cui parliamo di livelli uniformi per l'Europa: ma siamo sicuri che se io vado in Francia o in Germania posso ricevere gli stessi livelli di assistenza sanitaria che ho in Italia o viceversa.

Noi siamo per un federalismo intelligente !

Il diritto alla salute viene ancora prima della libertà: nessuno può ignorare che il governo deve garantire gli stessi livelli di assistenza a Bari, a Roma o a Milano. La FIMMG deve dire queste cose a gran voce e voi siete una sezione che ha capito benissimo questo: spiazzate tutti perché battendovi per questa causa siete a fianco del cittadino.

Vogliamo ottenere dei decreti delegati che diano dignità al territorio, sottraendo risorse agli ospedali: è di questi giorni il caso del San Raffaele... (che non è solo un problema di Milano, ma gonfiare i DRG lo fanno anche a Roma o a Bari)...

Il Distretto dovrebbe essere un presidio dell'Azienda, diretto non da un "trombato" che non sanno dove mettere, ma formato a questa mansione (e nulla vieta che possa essere anche un medico di famiglia, e noi ci batteremo per questo), dove ci sia un budget per le attività distrettuali sul territorio (medicina di famiglia, SERT, SIM e così via), scorporato dal bilancio dell'ospedale; dove ci sia la possibilità che i medici di famiglia concorrano nelle scelte di politiche sanitarie del dirigente di distretto, partendo dalla rilevazione di bisogni dell'assistenza della popolazione, programmazione di obiettivi, attività di assistenza.

Bisogna mirare all'Equipe di Distretto, dove le varie figure mediche si parlino tra di loro: il medico di famiglia, l'assistente sociale, il pediatra, il medico di continuità assistenziale, tutto nell'interesse del cittadino. Nell'equipe potrebbe essere coinvolte anche varie figure specialistiche (ad esempio può essere il medico di famiglia a scegliersi il suo cardiologo e ginecologo di fiducia, trasferendo a questi la

SPECIALE 1° CONGRESSO SPECIALE 1° CONGRESSO

fiducia che il cittadino accorda in lui, con pagamento magari anche a quota capitaria di questi consulenti, come diceva Mario Boni)

Avete capito quindi come sarà la nuova convenzione: ricalcherà la vecchia, faremo in modo che vi sia uno "zoccolo duro" di accordi regionali uguali per tutte le regioni, lasciando sempre la possibilità per ciascuna regione di avanzare progetti finalizzati a questo o quel problema particolare attuando così una sorta di federalismo intelligente. Introdurremo il capitolo del distretto, che andrà di pari passo con quello che prevederanno i decreti delegati.

Continueremo a privilegiare i medici in formazione, che è stata un'operazione che ci ha fatto perdere qualche iscritto che faceva il doppio lavoro..., dobbiamo puntare sulla formazione.

Condivido al 100% la relazione di Filippo Anelli: ci trovo tutte le tematiche che affrontiamo a livello nazionale; ad esempio: i tetti di spesa sulla farmaceutica e sulla diagnostica sono assurdi: se io ti dimostro che ho speso un po' di più in farmaci o in esami, ma ti ho evitato un ricovero, mi dovete dare un premio!

Mi piace molto la struttura che vi siete dati qui a Bari (potrebbe essere una risorsa a livello nazionale) di mettere le varie realtà periferiche in grado di lavorare autonomamente, come un mini-sindacato nel sindacato, lavorando su linee guida condivise; suddividendo per distretto anche le risorse economiche.

Avrete capito, spero, una cosa che oggi siamo più forti di ieri, perché come ieri abbiamo le idee, più di ieri siamo l'attenzione dell'opinione pubblica: abbiamo avuto incontri con le organizzazioni pubbliche, con Confindustria e con tutte le organizzazioni sociali: il mondo politico deve stare attento!

Ho detto a Perugia che i decreti delegati devono non mortificare il nostro ruolo, bensì esaltarlo, siamo anche disponibili in questa fase a non pretendere particolari risorse economiche, ma vogliamo in cambio un normativo forte, per avere la certezza che per i cittadini e che per noi stessi si possa avere un futuro migliore, restando nella convinzione che noi siamo una risorsa di questo paese. Cerchiamo, dunque, di stare uniti, non solo a Bari ma in tutta la regione Puglia, ed io vedo comunque rosa se avvengono queste cose!

CORSO DI AGGIORNAMENTO "ALLERGIA E AMBIENTE, CORRELAZIONE CON I LIVELLI DI INQUINAMENTO" Kursaal Santalucia - Bari 15 maggio 1999

PROGRAMMA

Ore 10: Diagnostica Allergologica

(moderatore dott.sa G.Capozza)

- Classificazione e diagnostica delle allergopatie alimentari. Reazioni avverse a farmaci. Pseudoallergie (Pf.ssa M.T. Ventura)
- Casi Clinici (Dott.sa G.Capozza)
- La DAC. Un allergene emergente: il lattice (Pf.ssa M.T.Ventura)

Ore 15: Asma e allergie respiratorie

- Documento Ufficiale OMS. Correlazione con i livelli di inquinamento ambientale (dott. P.Struzzo)
- Progetto Mondiale OMS - Asma - Linee Guida (dott.sa V.Giorgio)

CIRCOLARI DELLA REGIONE PUGLIA ASSESSORATO ALLA SANITA'

Oggetto: Pagamento Ticket. Prestazioni correlate al ricovero

Prot. 24/4288/116/18 del 3.3.99

Pervengono quesiti in merito al pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria per prestazioni specialistiche correlate al ricovero ospedaliero.

Allo scopo di fornire, con riferimento alle vigenti disposizioni legislative in materia, un esaustivo parere sulla questione, si precisa che le prestazioni specialistiche **strettamente e direttamente correlate ad un ricovero programmato preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero**, secondo quanto stabilito dall'art.1 co.18 L. 626/96, sono remunerate nella tariffa omnicomprensiva relativa al ricovero e non sono soggette al pagamento del ticket da parte del cittadino.

Al contrario, la vigente normativa non prevede la stessa normativa per quelle prestazioni specialistiche, che, pur essendo strettamente e direttamente correlate al ricovero, vengono erogate successivamente al ricovero del paziente, salvo ulteriori determinazioni degli Organi regionali in materia, nell'ambito della disciplina della remunerazione delle prestazioni ospedaliere.

(firmato: l'Assessore Regionale: Saccomanno)

n.d.r.: si evince che nulla è modificato rispetto agli esami pre-operatori, mentre, per la parte riguardante i controlli e le medicazioni successivi al ricovero, **nei trenta giorni seguenti, rimane l'obbligo della ricettazione da parte della struttura che ha eseguito il ricovero, però il paziente è tenuto a versare l'eventuale quota ticket per la ricetta dovuta.**

Oggetto: D.M. 20 ottobre 1998 - Individuazione delle patologie assoggettate a specifiche modalità prescrittive delle prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione.

Prot. 24/4284/116/18 del 2/3/99

Facendo seguito alla nota di questo assessorato prt. 24/1606/116/18 del 26/1/99 di pari oggetto, si comunica che per le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione che non recano le indicazioni del ciclo, il limite massimo è di 8 (otto) prestazioni per ricetta

n.d.r.: si evince che relativamente alle prestazioni di terapia fisica e riabilitazione ogni ricetta può contenere:

- 1) 6 cicli di prestazioni per le patologie di cui alla precedente comunicazione come da G.U. del 5/1/99
- 2) 3 cicli per le prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario che recano l'indicazione del ciclo
- 3) otto prestazioni a ricetta per le prestazioni che non recano l'indicazione del ciclo.

MODIFICATA LA PRESCRIVIBILITA' DI ROIPNOL E DARKENE

G. U. N.33 DEL 10 FEBBRAIO 1999: IL MINISTRO DELLA SANITA' DI CONCERTO CON IL MINISTRO DI GRAZIA E GIUSTIZIA Tenuto conto delle numerose segnalazioni di abuso ed uso improprio da parte di tossicodipendenti delle specialità medicinali ((Darkene)) e ((Roipnol)) a base di flunitrazepam, inserite nella tabella V del decreto interministeriale 4 dicembre 1996; Considerato che la commissione stupefacenti delle Nazioni unite, prevista dalla convenzione unica sulle sostanze psicotrope, adottata a Vienna il 21 febbraio 1971, ha posto la sostanza ((flunitrazepam)) nella tabella III, corrispondente alla tabella IV della vigente normativa nazionale; (...) Ravvisata la necessità di adottare ogni misura idonea a controllare e limitare l'abuso delle specialità medicinali a base di ((flunitrazepam)), trasferendole dalla tabella V alla tabella IV; Sentiti l'Istituto superiore di sanità' ed il Consiglio superiore di sanità'; DECRETA: (...) **Nella tabella IV sono aggiunte le seguenti specialità medicinali contenenti sostanze stupefacenti e psicotrope: Principio attivo Flunitrazepam..... Darkene, Darkene compresse Roipnol compresse Valsera compresse**3. Il presente decreto entra in vigore il quindicesimo giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Manifestazione al Cinema Capranica a Roma l'11 marzo scorso

PROTESTA NAZIONALE CONTRO IL PESANTE CARICO BUROCRATICO

La FIMMG contro l'eccessiva mole di burocrazia inutile che ostacola la qualità delle cure dei nostri pazienti

L'INTERVENTO DEL SEGRETARIO NAZIONALE MARIO FALCONI

La FIMMG in perfetta coerenza con la linea degli ultimi tre congressi ha chiamato a raccolta i quadri nazionali e provinciali, le associazioni dei cittadini, le rappresentanze sindacali del mondo medico, la controparte politica per una manifestazione non a danno dei cittadini ma a favore di un più efficiente Sistema Sanitario.

Nonostante le difficoltà legate al traffico romano, ancor più caotico in questi giorni per l'arrivo di illustri ospiti stranieri, ben 600 quadri nazionali e provinciali FIMMG di tutta Italia hanno riempito la platea.

Alcuni colleghi non hanno potuto raggiungere la sede della manifestazione perché bloccati in un ingorgo sul Raccordo anulare di Roma.

I lavori sono stati aperti dal Presidente A. Panti che dopo aver ringraziato i partecipanti ha immediatamente ceduto la parola al Segretario Nazionale.

Non abbiamo nessuna intenzione di fare proposte qualunquistiche e non siamo qui per distruggere, ma per costruire. Ci rendiamo conto, però, che costruire insieme è sempre più difficile!

Siamo orgogliosi di rappresentare un sindacato propositivo per tradizione.

Siamo venuti qui per confrontarci con i numerosi politici intervenuti a questa nostra manifestazione.

Come dimostrano gli slogan dei nostri ultimi congressi, gli interessi dei cittadini sono sempre al centro delle nostre preoccupazioni e delle nostre battaglie sindacali.

Da anni affermiamo che il vero centro del Sistema Sanitario è il cittadino, e propugniamo l'universalità del sistema sanitario nazionale, l'uso appropriato delle risorse, la formazione, l'integrazione europea dei sistemi sanitari con la conseguente uniformità dei livelli di assistenza in tutti gli stati membri.

Il nostro Paese in questo senso è patrigno, diviso, com'è, in aziende sanitarie con livelli di assistenza estremamente diversi, anche riguardo ai cosiddetti livelli minimi.

Anche i rapporti con il resto del mondo medico sono stati impostati dalla Fimmg in modo nuovo perché siamo convinti che il diritto alla salute va garantito con la collaborazione di tutte le figure professionali.

Ci siamo confrontati con il TDM -MFD con risultati importanti. Questo confronto continuerà nel futuro e produrrà certamente nuovi incoraggianti risultati.

Oggi ancora più che nel passato vogliamo legittimazione per il Tavolo dell'alleanza per la Qualità dove sediamo insieme con TDM, Fedefarma, ANAAO, CGIL pensionati nell'intento di tutelare il cittadino.

Di questo Cittadino tutti parlano ma solo in pochi se preoccupano realmente!

Il nostro sindacato è un sindacato vivo fatto di medici di famiglia che hanno portato in periferia, sul territorio un gran numero di attività innovative: l'ospedale di comunità, il distretto, la sperimentazione degli Hospice per i malati terminali.

Su tutto questo scenario incombe la burocrazia che opprime cittadino e medico.

Oggi chiedo ai medici un salto di qualità in quanto ci troviamo da un lato a difendere il cittadino e l'articolo 32 della Costituzione dall'altro dobbiamo confrontarci con la limitatezza delle risorse.

Dobbiamo quindi impiegare molto più tempo nel dialogare con il cittadino e nell'informarlo.

Dobbiamo anche aiutare quei politici seriamente impegnati in difesa dei cittadini ma che, a causa della crescente sfiducia della gente comune verso la politica, vengono visti con sfiducia e disprezzo.

Abbiamo urgente la necessità di formare il cittadino che è totalmente ineducato all'uso appropriato delle risorse ed è vittima dell'offerta.

Abbiamo urgente bisogno di formazione dei medici che escono dall'università con un orientamento di tipo specialistico e affatto preparati alla medicina generale e che purtroppo spesso si

rivolgono alla medicina di famiglia come scelta di "risultato".

Ma rispetto a questa forte necessità di formazione la politica come risponde?

La 12° Commissione in uno degli ultimi provvedimenti ha proposto di iscrivere nelle liste della medicina generale-continuità assistenziale i laureati in medicina anche senza il previsto titolo del corso di formazione, in aperto e stridente contrasto con la normativa nazionale e le direttive europee. Tutto questo senza tenere conto che in Italia abbiamo il più basso rapporto medici/cittadini (1/180), siamo arrivati al medico di condominio e presto avremo quello di scala!

Nel nostro Paese esistono troppi medici, e... troppi medici fanno male alla salute!

Nei fatti quindi la 12° Commissione relega la medicina di famiglia ad un ruolo di serie B e tenta surrettiziamente di risolvere la pleora medica scaricandola sul territorio e privilegiando l'ospedale.

In questo Paese si continuano a sfornare medici ingannando i giovani e le loro famiglie, sperperando fiumi di denaro pubblico per laureare medici che non avranno alcuna possibilità di lavoro. La burocrazia è figlia purtroppo di questa situazione.

Dal canto nostro potremmo tranquillamente cullarci con i dati lusinghieri dell'ultimo rapporto EURISKO che ci vedono in testa al gradimento dei cittadini. Ma siamo consapevoli che tra noi esiste una quota residuale di medici che non ci onora e noi chiediamo collaborazione anche al Ministro perché ci aiuti ad emarginare queste figure.

Da qualche anno chiediamo al Ministro il coraggio di scegliere, di uscire dal guado dell'indecisione e di scommettere sul medico di famiglia.

Ci siamo imposti e siamo riusciti ad avere un nostro rappresentante alla CUF, il Prof. Olivetti, perché era necessario far conoscere la realtà della medicina del territorio ai membri della commissione. Duro è stato l'impegno del Prof. Olivetti fino allo scontro con chi non conosce la realtà del territorio. Siamo stati costretti, in fine, a pregare il nostro rappresentante di autosospendersi dalla Commissione, per impedire una strumentalizzazione "usa e getta" della Fimmg

Sorvolo sulla questione degli assistiti "fantasma" per lo squalore che riveste e mi rivolgo ai politici per chiedere conto di come sia possibile criminalizzare un'intera categoria senza motivo!

Cosa intendete fare a tutela di onesti cittadini, medici di famiglia, criminalizzati senza che sia stato emesso nemmeno un avviso di garanzia a loro carico?

Dobbiamo pensare ad un Grande Vecchio che vuole destabilizzare il ruolo del medico di famiglia?

Se qualcuno, invece, pensa di intimidirci perché siamo alla vigilia del rinnovo contrattuale, e vuole costringerci a d accettare aumenti ridicoli della retribuzione, dimentica che siamo un sindacato, e sbaglia!

Questa l'introduzione di M. Falconi, cui è seguita la proiezione di un filmato sul crescente carico burocratico del medico di famiglia che ormai è costretto a spendere circa il 50 % dell'orario di lavoro per incombenze burocratiche.

Esiste una burocrazia possibile ed una burocrazia stupida che mortifica l'attività del medico e devia l'attenzione del medico dalla cura della salute del cittadino. (Ha ripreso M.Falconi dopo la proiezione.)

Mi rivolgo ai politici presenti sottolineando come negli ultimi anni siamo più volte intervenuti per eliminare storture burocratiche che puntualmente sono state riconosciute tali e ritirate.

Perché non veniamo consultati preventivamente?

Perché non ci date un tavolo per discutere i provvedimenti prima della loro emanazione?

Perché state trasformando il cittadino in una sorta di birillo e il medico in un passacarte? Imponete al cittadino ammalato percorsi burocratici insostenibili, forse con la segreta speranza di farlo morire durante il percorso con conseguente risparmio di prestazioni sanitarie?

Sono convinto che se non riusciremo a trasformare il S.S.N. con l'accordo di medici e dei rappresentanti dei cittadini entro tre anni

saremo costretti a riformarlo per l'ennesima volta se ancora esisterà!

Non abbiamo intenzione di farci fregare da chi vuole privatizzare il sistema sanitario per lucrarci sopra.

L'accusa principale che rivolgo al Potere politico è quella di chiudersi in se stesso ritenendo di possedere tutte le soluzioni del problema.

Perché le nostre proposte vi debbono arrivare per via indiretta?

Non siamo degni di elaborare con voi?

Perché continuate a raccogliere proposte di sigle sindacali mediche che non hanno nemmeno un iscritto tra i medici di famiglia?

Le nuove norme emanate con la Legge Finanziaria sono il frutto di un puro atto di terrorismo psicologico. La Fimmg è costretta a proporre una borsa di studio per l'Inghilterra, destinata a burocrati idioti impegnati nella stesura di norme terroristiche.

Chiediamo con forza che le nuove norme sulla ricetta vengano ritirate in tempi brevi!

Anche perché a fronte di un ipotetico risparmio di risorse tutto da dimostrare questa impostazione terroristica distoglie il medico dalla cura dell'assistito.

Un Paese che basa tutto sulla politica del farmaco non è un paese normale!

Incombono poi le linee guida che, come ho già detto al Ministro, rischiano di essere una ulteriore fonte di aggravio del bilancio in quanto possono fatalmente essere un incentivo alla "malpractice" inducendo i medici a prescrivere per intero i protocolli.

Concludo affermando che se oggi abbiamo fatto una manifestazione seria, pacata, senza esasperazione di toni a Roma, presto dovremo fare altre manifestazioni in tutte le province italiane, sperando di non essere costretti ad organizzare una manifestazione di tutti i medici italiani.

Non possiamo illuderci che il "centro" possa risolvere tutto in questa complessa situazione.

A quelli che pensano di renderci sciocchi servi del sistema rispondiamo che non hanno capito!

Alle Regioni ed al mondo politico diciamo di non chiamarci a perdere tempo in trattative su convenzioni di serie B.

Siamo convinti che sia nostro compito difendere l'articolo 32 della Costituzione.

Riteniamo che la salute non può e non deve essere considerata merce e pertanto non se ne può far mercato.

Pur convinti che l'aziendalizzazione debba essere portata avanti, non crediamo che il pareggio di bilancio ne sia l'obiettivo!

Crediamo che sia prioritario spostare l'attenzione sul rapporto domanda/offerta.

Pertanto proponiamo di formare ed educare il cittadino già nelle scuole per razionalizzare ed indirizzare correttamente la crescente domanda di salute.

Anche dal federalismo ci attendiamo pericoli. Esiste un federalismo possibile ed un federalismo che uccide il SSN. Noi non ci ritireremo, qualsiasi sia la risposta del mondo politico, non ci rassegheremo e continueremo a difendere un sistema sanitario equo, universale e sostenibile.

On. Mangiacavallo SOTTOSEGRETARIO ALLA SANITÀ'

Desidero rivolgere un cordiale saluto al tavolo della presidenza e ai numerosi colleghi intervenuti.

Prendo la parola nella duplice veste di sottosegretario alla Sanità, e, soprattutto, di medico di famiglia.

Rivolgo un ringraziamento ai medici di famiglia per quanto producono sul territorio ed esprimo il mio apprezzamento alla Fimmg per l'impegno e la puntualità con cui ha sollevato i problemi.

Però debbo muovere anche una critica.

Ho l'impressione che sia stato fatto tanto rumore per nulla.

Mi riferisco alla prolusione di M. Falconi. Per sgombrare il campo da ogni dubbio vi confermo che il Ministro della Sanità vuole continuare e rafforzare un rapporto di collaborazione e progettualità comuni con Fimmg e rappresentanti dei cittadini.

Tutto questo il Ministero lo ha affermato con atti ufficiali sulla qualità e universalità del Sistema Sanitario e sulla uniformità dei livelli di assistenza.

Lo confermo categoricamente ci dobbiamo sedere ad un tavolo per continuare a disegnare un SSN in cui il medico di medicina

generale deve continuare a svolgere un ruolo insostituibile. Se qualcuno pensa che episodi sporadici di incomprensione possano inficiare questa impostazione sbaglia.

Il Ministro ha già inviato a Federfarma, Fimmg e alle altre sigle sindacali una lettera in cui si annunciano norme che uniformano gli obblighi della prescrizione per tutte le figure mediche del Sistema Sanitario: medici di famiglia, guardia medica, ospedalieri, medici ambulatoriali.

Per quanto riguarda il nuovo ricettario ci aspettiamo proposte possibili e praticabili e siamo perfettamente d'accordo con voi che le modifiche dovranno essere semplificanti e dovranno rendere impossibili le contraffazioni. Sicuramente c'è stata una manifesta incomprensione della disponibilità del Ministro e del Ministero intero ad accettare le proposte della Fimmg. Siamo d'accordo praticamente su tutto.

La posizione ufficiale del Ministro della Sanità è la piena disponibilità a modificare il ricettario accogliendo i suggerimenti.

Nel Piano Sanitario e nella Legge Delega viene assegnato al medico di famiglia un ruolo di primo piano nel Distretto, nel controllo della spesa, nel ruolo di formazione ed informazione dei cittadini.

Dobbiamo soltanto chiarirci le idee sul percorso da seguire per il raggiungimento degli obiettivi condivisi.

Vi saluto con l'auspicio anzi con la certezza che la concertazione possa riempirsi di contenuti.

E. Bollero SEGRETARIO NAZIONALE ANAAO

Amici colleghi oggi siamo i "colpevoli" delle disfunzioni del sistema.

Nessuno però ha puntato il dito verso chi ha omesso i controlli previsti per legge.

Quando tutto si risolve nella ricerca del "colpevole" è evidente che esiste una incapacità di proporre.

Il primo colpevole, bisogna dirlo, è questo sistema che è sotto-finanziato

E' troppo facile cercare il colpevole nel medico, è quasi un rituale.

Dal '92 ad oggi il Sistema Sanitario è stato costantemente sotto finanziato. Invito il TDM a seguirci in questa battaglia per una corretta stima del fabbisogno Sanitario.

Bene è venuto negli ospedali il TDM a verificare gli standard di sicurezza, ma non ha enfatizzato a sufficienza quanto ha fatto.

La burocrazia da un lato opprime voi e dall'altro annulla e paralizza noi ospedalieri togliendoci spazio per comunicare con i cittadini.

Nonostante gli sforzi del Ministro Bindi il fabbisogno ancora una volta è stato sottostimato.

Segnali preoccupanti sono quelli che ci arrivano oggi.

Mai come oggi la nostra unione è stata importante per raggiungere obiettivi comuni.

Già da oggi sono pronto ad organizzare una marcia di medici di famiglia e medici ospedalieri insieme, magari per il maggio prossimo venturo.

D.ssa Teresa Petrangolini TRIBUNALE PER I DIRITTI DEGLI AMMALATI

Faccio alcune brevi riflessioni.

Quello che viene fuori a sentire alcuni interventi, mi riferisco a quello del sottosegretario alla Sanità, è che si parlino lingue diverse.

Si ha l'impressione ognuno veda realtà diverse.

Noi vediamo il cittadino che non riesce ad accedere al Servizio Sanitario.

Loro vedono un sistema che funziona!

Ci troviamo davanti due diverse visioni della realtà. Il politico appare incapace di vedere quanto accade al cittadino.

Il 48% delle segnalazioni al PIT riguardano intralci burocratici.

Io ritengo che la burocratizzazione sia diventata l'alleato occulto di chi vuole risparmiare in maniera poco trasparente. E a qualsiasi costo.

Un sistema con troppi timbri è un sistema antidemocratico.

Per quanto riguarda la vicenda degli assistiti deceduti mi ha

colpito il fatto che i medici di famiglia siano stati protagonisti di una campagna di stampa solo per un problema burocratico di tenuta di elenchi, in buona sostanza per una sciocchezza.

Questo è un riflesso del fatto che la classe politica relega il medico di famiglia in un ruolo di burocrate.

La realtà è che il mondo politico non ha fiducia né del medico né del cittadino.

Non si spiegano altrimenti una serie di controlli inconcepibili: il prapaplegico che deve dimostrare ogni anno di esserlo per ottenere l'esenzione così come il diabetico, l'iperteso, l'incontinente.

Il mondo politico non solo non ha fiducia nel cittadino ma lo considera addirittura un demente che va sottoposto a controlli continui.

Per quanto riguarda il risparmio è tanto esasperato che intacca la stessa sicurezza e come ci si poteva aspettare iniziano ad arrivare i morti (vedi il caso della incubatrice).

Dobbiamo combattere una importante battaglia: dobbiamo fare in modo che in questo paese il cittadino non sia più un "impiccio" ed il medico di famiglia possa occuparsi della salute del cittadino.

Dobbiamo liberare il medico dagli oneri della burocrazia, dobbiamo liberare risorse per valorizzare il Servizio Sanitario ed il medico.

M. Falconi Le conclusioni

Vogliamo tanto credere nella possibilità di riformare il sistema in maniera pacifica.

Mi auguro che la volontà del Ministro sia quella di un confronto propositivo.

Ma ho paura che qualcuno non voglia un medico di famiglia degno di questo nome.

La categoria dei medici di famiglia si è emancipata da sola dagli stereotipi del passato con un quotidiano impegno. Ma nessuno è venuto a dimostrarci apprezzamento per la fatica che quotidianamente i medici di famiglia fanno.

Il medico di famiglia offre oggi un servizio che molti paesi c'invidiano ed a costi bassissimi.

Non vorremmo, però, essere trasformati in servi sciocchi del sistema.

Forse dovremmo dare un segnale forte e considerare la possibilità di uscire dal Sistema Sanitario Nazionale se norme come quelle ultime sulla compilazione della ricetta non venissero ritirate.

Invito i medici della Fimmg a creare un clima di colloquio con i cittadini in tutte le città italiane e v'invito a rassicurare tutti che qualsiasi protesta futura non sarà mai contro o a discapito dei cittadini ma sempre a favore ed al fianco dei cittadini.

CORSO DI AGGIORNAMENTO SUL FUMO

La FIMMG italiana ha organizzato un momento formativo per illustrare concretamente come il counselling in medicina generale sia un ottimo strumento per la realizzazione di alcuni obiettivi.

Il corso si è svolto Sabato 13 Marzo 1999 dalle ore 9 alle ore 13 presso la sede della FIMMG, in via Santi Cirillo e Metodio 5/b, ed è stato condotto dal dott. **Vito De Robertis Lombardi** e dal pneumologo dott. Eugenio Sabato.

SCUOLA PROVINCIALE QUADRI

Giovedì 13 maggio 1999 alle ore 20.00, presso la sede della FIMMG di Bari, Via Santi Cirillo e Metodio 5/b, è programmato il primo incontro della Scuola Provinciale Quadri. Il seminario, tenuto dal dott. Nunzio Gagliardi, Segretario Generale CISL di Bari verterà sul tema: il ruolo dei sindacati alle soglie del terzo millennio.

Agli incontri saranno invitati i componenti il direttivo provinciale FIMMG compresi i rappresentanti di distretto e gli iscritti alla scuola pugliese di medicina generale nonché tutti coloro che desiderano approfondire le tematiche sindacali.

BUROCRAZIA E ... BUROCRAZIA

(a cura della sede nazionale FIMMG)

Quello che segue vuole essere un elenco dettagliato e quanto più possibile completo delle operazioni burocratiche alle quali può essere sottoposto il medico di famiglia nelle sua quotidiana attività.

L'elenco è utile peraltro a capire quale può essere l'impatto della burocrazia (talvolta necessaria, spesso inutile, talvolta dannosa) sull'attività assistenziale vera e propria ed a comprenderne il valore limitativo.

BUROCRAZIA DOVUTA

⊗ **Compilazione della ricetta:**

1. indirizzo dell'assistito (per farmaci specifici)
2. età differenziata (per esenzione ticket)
3. firma per esteso (per farmaci specifici)
4. indicazione del numero di pezzi per esteso
5. attestazione dell'esenzione
 - totale
 - per patologia cronica (DM 1.2.91)
 - per invalidità
 - altra
6. prescrizione separata per farmaci di classe A e B (su ricetta rosa) da quella di classe C (su ricetta bianca) in gran parte delle regioni
7. uso del timbro completo di indirizzo del medico nelle prescrizioni di alcuni farmaci
8. Indicazione del numero della nota ed apposizione di firma confirmatoria in caso di prescrizione di farmaci soggetti a nota prescrittiva CUF
9. Distinzione della multiprescrizione per patologia dalla prescrizione semplice per invalidità
10. Compilazione della doppia ricetta per farmaci specifici
11. Compilazione di ricetta apposita e differenziata per stupefacenti

Note: Queste operazioni burocratiche sono regolate da apposite norme di legge.

⊗ **Certificazione:**

1. **Denunce penali o giudiziarie**
- **Referto medico**
2. Denunce amministrative
 - Dichiarazione di nascita
 - Dichiarazione di morte
3. **Denunce sanitarie**
 - Relazioni su fatti interessanti la sanità pubblica
 - Denuncia delle cause di morte
 - Denuncia dei casi di lesioni invalidanti
 - Denuncia di malattia infettiva e diffusiva (anche delle decine di casi di influenza in fase epidemica!) (T.U.L.S.)
 - Notifica dei casi di AIDS
 - Denuncia di malattia venerea (L. 837/56)
 - Segnalazione dei tossicodipendenti al servizio pubblico (L. 309/90)
 - Denuncia di intossicazione da antiparassitari (L. 638/75)
 - Denuncia della condizione di minore in stato di abbandono (L. 184/83)
4. **Certificazione per Trattamento Sanitario Obbligatorio**
5. **Certificazione di malattia su modello INPS specifico**
6. Certificazione di malattia professionale
7. Certificazione su modello "lenzuolo" INAIL per infortuni agricoli
8. Certificazione INAIL per infortuni non agricoli
9. Certificazione di malattia per lavoratori autonomi e dipendenti
10. Certificazione per attività sportiva non agonistica in ambito scolastico
11. Certificazione per rientro a scuola dopo malattia

infettiva soggetta a periodo contumacia

12. Certificazione per rientro a scuola dopo malattia infettiva
13. Certificazione per rientro a scuola dopo malattia

Note: Per ognuno di questi certificati, previsti da apposite disposizioni normative, occorre compilare un modulo specifico o stendere una apposita formula di rito.

⊗ **Varie:**

1. Compilazione della scheda di accesso in ospedale in occasione di ricovero ospedaliero o in casa di cura (sempre obbligatoria).
2. Predisposizione dei programmi assistenziali per pazienti in assistenza domiciliare programmata
3. Predisposizione dei programmi assistenziali per pazienti in assistenza domiciliare integrata
4. Richiesta di autorizzazione per alcuni tipi di prestazioni sanitarie extra previste dal nomenclatore tariffario

Note: Questi atti burocratici sono, in genere, soggetti a valutazione da parte del servizio.

BUROCRAZIA DI COMUNE E QUOTIDIANA ATTIVITA'

⊗ **Compilazione della ricetta:**

1. Indicazione della ASL di appartenenza dell'assistito
2. Indicazione della provincia di residenza dell'assistito
3. Attestazione della tipologia di esenzione (richiesta in molte regioni in modo analitico)

Esenzione totale

- Invalidi di guerra dalla I alla V categoria
- Grandi invalidi per servizio (I categoria)
- Invalidi civili 100% e/o con assegno di accompagnamento
- Grandi invalidi del lavoro (I categoria)
- Ciechi Totali
- Ex deportati da campo di sterminio
- Soggetti danneggiati da vaccinazioni
- Soggetti danneggiati da emotrasfusioni o emoderivati

Esenzione parziale per patologia

- Patologie di cui al DM 1.2.91
- Patologie neoplastiche maligne
- Pazienti in attesa di trapianto d'organo
- Tossicodipendenti residenti in comunità di recupero
- Pazienti affetti da fibrosi cistica

Esenzione parziale per invalidità

- Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata
- Infortunati INAIL e affetti da malattie professionali
- Invalidi civili dal 67% al 99%
- Invalidi del lavoro dal 67% al 99%
- Invalidi di servizio dalla II alla V categoria
- Invalidi di servizio dalla VI alla VIII categoria
- Ciechi non totali e sordomuti
- Affetti da uveite autoimmune
- Invalidi di guerra dalla VI alla VIII categoria
- Pazienti in cure palliative e terapia del dolore

Altre

- Per età superiore a 65 anni
- Per età inferiore a 6 anni
- Per gravidanza

Note: Questi dati vengono di norma indicati dal medico nelle ricette, anche quando non dovuti. Le esenzioni per reddito, disoccupazione, indigenza competono direttamente al cittadino.

⊗ **Certificazione:**

1. Certificazione anamnestica (per usi vari)
2. Certificazione di infortunio generico non lavorativo
3. Certificazione per riconoscimento di invalidità civile
4. Certificazione per assegno di invalidità o pensione di invalidità ordinaria (assicurati INPS)
5. Certificazione per rientro al lavoro
6. Certificazione per attestazione di patologia in atto
7. Certificazione per attestazione di idoneità a generica attività lavorativa
8. Certificazione su modello specifico per infortuni INAIL non agricoli
9. Certificazione per attività sportiva curriculare (nella scuola)
10. Certificazione per malattia a militari di leva
11. Certificazione per sana e robusta costituzione fisica
12. Certificazione per interruzione volontaria di gravidanza
13. Certificazione per idoneità alla vita comunitaria
14. Certificazione per idoneità alla assistenza di persone non autosufficienti
15. Certificazione per esonero dalla educazione fisica
16. Certificazione per attività sportiva non agonistica
17. Certificazione per invio di minori a colonie o comunità
18. Certificazione di avvenuta vaccinazione
19. Certificazione per esonero dalle lezioni di educazione fisica

Note: Questi certificati sono rilasciati dal medico su richiesta del paziente e per ciascuno di essi occorre compilare un modulo specifico o stendere una formula di rito.

⊗ **Prescrizione:**

1. Prescrizione di pannoloni e traverse
2. Prescrizione di cateteri
3. Prescrizione di materiale da medicazione
4. Prescrizione di presidi ortopedici
5. Prescrizione di presidi sanitari per diabetici
6. Prescrizione di prodotti dietetici per malattie renali, metaboliche, ecc.
7. Prescrizione di nutrizione parenterale domiciliare
8. Prescrizione di ossigenoterapia domiciliare a lungo termine
9. Prescrizione di ricovero in struttura non convenzionata
10. Prescrizione di cure termali non convenzionate
11. Prescrizione di prestazioni a soggetti in assistenza domiciliare
12. Prescrizione di cure termali per categorie particolari (invalidi di guerra, invalidi civili, invalidi del lavoro, ecc.)

Note: La prescrizione di queste prestazioni non è in sé obbligatoria, ma dipende dalle condizioni cliniche del soggetto e, dunque, dalla valutazione del medico.

⊗ **Varie:**

1. Richiesta di prestazione sanitaria a domicilio del paziente
2. Richiesta di visita specialistica domiciliare
3. Richiesta di mobilitazione del paziente in ambulanza
4. Compilazione del diario clinico in Assistenza Domiciliare Integrata
5. Compilazione del diario clinico in Assistenza Domiciliare Programmata
6. Annotazione delle prestazioni extra eseguite
7. Richiesta della firma del paziente sulle prestazioni extra eseguite e soggette ad autorizzazione
8. Richiesta di passaggio in cura presso lo specialista

Note: La prescrizione di queste prestazioni non è atto obbligatorio, ma correlato alle necessità dell'assistito o alle specifiche condizioni assistenziali. Abbisognano, in genere, di specifiche modalità prescrittive e di percorsi burocratici idonei.

BUROCRAZIA "DI PRESSIONE PROFESSIONALE" DA RICHIESTE "IMPROPRIE" (spesso richiesta ai medici di famiglia)

⊗ **Certificazione:**

1. Trascrizione di prognosi indicata da altri medici

Note: Questo tipo di certificazione viene generalmente richiesta dai pazienti in occasione di visite specialistiche o accertamenti eseguiti privatamente.

⊗ **Prescrizione:**

1. Richiesta di indagini multiple improprie (es.: 8 tracciati cardiocografici settimanali in gestante a termine)
2. Richiesta di compilazione della ricetta "con la data in bianco" per evitarne la scadenza
3. Cure termali in regime di convenzione col SSN anche se non necessarie
4. Prescrizione di visita specialistica propedeutica ad indagini strumentali
5. Prescrizione di visita specialistica propedeutica al ricovero
6. Prescrizione di visita specialistica propedeutica a prestazioni di FKT
7. Prescrizione in fascia A di farmaci soggetti a nota, proposti dallo specialista, in assenza delle caratteristiche prescrittive adeguate relative al paziente
8. Prescrizione di esami ed indagini proposti dalle commissioni invalidi civili

Note: Queste prestazioni sono generalmente secondarie a visite specialistiche o accertamenti eseguiti privatamente. Molto spesso anche da strutture pubbliche.

⊗ **Varie:**

1. Richieste di indagini pre ricovero
2. Richieste di visite di controllo post dimissione entro trenta giorni
3. Richieste di indagini strumentali di controllo dopo la dimissione
4. Richieste di consulenze specialistiche da effettuarsi dopo la dimissione
5. Richiesta di ricoveri in Day Hospital per prestazioni specialistiche eseguibili ambulatoriamente
6. Richieste di ricovero ordinario per prestazioni eseguibili in ambulatorio (evasione ticket)
7. Richiesta di impegnativa per visite periodiche programmate
8. Richiesta di impegnativa per prestazioni strumentali periodiche programmate

Note: Queste prestazioni vengono generalmente richieste dai pazienti in occasione di ricovero in strutture pubbliche e private convenzionate.

BUROCRAZIA ECCESSIVA E DANNOSA

⊗ **Compilazione della ricetta:**

1. Controfirma del numero e della nota CUF

Note: Ogni commento è superfluo.

⊗ **Certificazione:**

1. Rinnovo della certificazione attestante l'invalidità anche nei casi irreversibili o progressivi
2. Rinnovo della certificazione attestante l'invalidità anche nei casi non soggetti a miglioramento

Note: Commento superfluo

⊗ **Varie:**

1. Richieste mensili per presidi vari (diabetici, incontinenti, neurolesi)
2. Rinnovo a breve periodo del programma assistenziale di assistenza domiciliare anche in caso di condizioni cliniche irreversibili.

Note: Nessuna

BUROCRAZIA INEVITABILE

⊗ **Varie:**

1. Trasmissione mensile dei riepiloghi delle prestazioni

- extra
2. Trasmissione mensile dei riepiloghi degli accessi ai non ambulabili
3. Trasmissione dei riepiloghi degli accessi ai pazienti in ADI

Note: Nessuna

N.B.: Alcuni atti burocratici a carico del medico di famiglia potrebbero esserci sfuggiti. Ce ne scusiamo con i medici e con il ministro (!!!!)

RIASSUNTE IN UN DOCUMENTO INVIATO AL SEGRETARIO NAZIONALE LE INIZIATIVE INTRAPRESE DALLA SEZIONE DI BARI PER LA LOTTA AL CARICO BUROCRATICO

Al dott. Mario Falconi

Caro Mario

ti riassumo, in breve, le iniziative che la sez. provinciale di Bari ha adottato a seguito delle decisioni assunte dal Consiglio Nazionale FIMMG del 16-1-99.

1. Convocazione del Direttivo Provinciale ed ampia discussione ed informazione sulle iniziative assunte dalla Segreteria Nazionale e Provinciale di Bari.
2. Convocazione del "Tavolo per l'alleanza" e programmazione di iniziative comuni.
3. Invio a tutti gli iscritti FIMMG di un numero speciale del Notiziario FIMMG Bari sullo stato di agitazione, contenente il Manifesto da affiggere nelle sale d'attesa nei nostri ambulatori.
4. Invito ai Direttori Sanitari delle ASL e delle AO ad informare i medici dipendenti e gli specialisti convenzionati circa gli adempimenti prescrittivi previsti dalla Finanziaria '99.
5. Incontro con i Parlamentari.

Vorremo inoltre far presente che la deburocratizzazione della nostra professione non può essere intesa solo come una revisione della "ricetta medica", ma, al contrario, come una semplificazione di tutte quelle norme che quotidianamente dobbiamo tener presente ogni qualvolta prescriviamo farmaci, esami strumentali e FKT.

Ad esempio, il Decreto sulla FKT del 5-1-99, regola la prescrizione dei sei o dei tre cicli di FKT. A parte le difficoltà semantiche ed ermeneutiche del testo del decreto, cosa succederebbe se per ogni branca della medicina ci fossero simili norme a regolamentare il numero delle prestazioni?

E' questa logica che bisognerebbe ostacolare, puntando a regole generali e chiare valide per ogni tipo di prescrizione.

Bari 1-2-99

Da il SOLE 24 ORE - mercoledì 3 marzo 1999 - pagina 32 Sui nuovi ricettari stop alle trattative dai medici di base

Niente nuovo ricettario per il Servizio sanitario pubblico, almeno per ora. E soprattutto ancora nessun modello alternativo all'attuale da parte del ministero. La seduta di ieri del tavolo tecnico a tre (ministero-farmacisti-medici), dalla quale poteva in teoria già scaturire un nuovo modello di ricetta in grado di semplificare la prescrizione di farmaci e analisi, si è conclusa in un nulla di fatto. I sindacati medici hanno abbandonato il tavolo chiedendo maggiore chiarezza sugli obiettivi del ministero, colpevole — secondo i rappresentanti dei medici di base — di non aver presentato una proposta e di volersi fermare a semplici ritocchi.

VICENDA ASSISTITI FANTASMA

La situazione nelle ASL della Provincia di Bari

Nonostante l'archiviazione del caso nella regione Veneto, dopo l'ennesima criminalizzazione operata dai media ai danni della nostra categoria, la vicenda "assistiti fantasma" non ha mancato di suscitare reazioni anche a livello delle singole ASL della Provincia di Bari. Vediamo quali sono stati i provvedimenti in merito da parte delle amministrazioni di ASL e le reazioni della FIMMG

Lettera del Segretario Provinciale FIMMG alle ASL della Provincia

Ai Direttori Generali delle ASL della Provincia

Oggetto: Revoca d'ufficio ai sensi dell'art.28, comma 2, del DPR 484/96.

In relazione alle revoche d'ufficio in conseguenza del decesso dell'assistito ex art. 28, comma 2, DPR 484/96, sono a richiedere formalmente all'Azienda informazioni circa l'aggiornamento degli elenchi delle scelte di ciascun medico convenzionato, inviando altresì ad ognuno il relativo elenco delle variazioni.

Nello stesso tempo sono a richiedere, ove necessario, che tale aggiornamento sia tempestivamente attuato onde assicurare il più puntuale rispetto delle norme previste dal richiamato DPR 484/96.

Distinti saluti.

Il Segretario Provinciale dott. Filippo Anelli.
Bari, 26/02/1999

LA RISPOSTA DELLA ASL BA/01

Andria, 17 mar. 1999

UFFICIO Direzione Generale

Prot. n. DG 5817

Al Segretario Provinciale FIMMG

dr. Filippo ANELLI

OGGETTO: Revoche di ufficio ex art.28, DPR n. 484/96 -

Con riferimento alla nota prot. n. 17/99 del 26/02/99 si comunica quanto segue:

- questa Direzione Generale, in relazione alle notizie diffuse dalla RAI concernenti il pagamento di quote indebite ai medici di base, con apposita nota prot. n. 3101 del 23/2/99 aveva chiesto ai Dirigenti dei Distretti " di voler far conoscere lo stato degli adempimenti concernenti le revoche delle scelte degli assistiti deceduti, trasferiti, in servizio militare, per eventuali doppie iscrizioni, nonché di porre in essere tutte quelle iniziative atte ad eliminare tempestivamente, alla data odierna e per l'avvenire, eventuali pagamenti di quote non dovute ai Medici";

- i Dirigenti dei Distretti, in riscontro alla richiamata nota prot. n. 3101/99, hanno dato assicurazione che le revoche di ufficio in parola sono regolarmente effettuate dai competenti Uffici subordinati;

- in relazione agli elenchi delle variazioni mensili delle scelte e revoche si assicura che gli stessi sono regolarmente trasmessi ai Medici convenzionati.

Tanto precisato, si è a ringraziarLa per il profuso senso della più attenta vigilanza sull'osservanza delle norme contrattuali e di legge.

Per l'occasione, al fine di addivenire al comune reciproco interesse della salvaguardia del diritto-dovere al pagamento delle quote effettivamente dovute ai Medici di base, si è pregarLa affinché la Federazione da Lei rappresentata a livello provinciale sensibilizzi sempre più la categoria - stessa opera di sensibilizzazione viene effettuata dalla USL - perché ciascun Medico, dopo aver esaminato attentamente gli elenchi semestrali degli assistibili in corso di distribuzione, segnali ai competenti Uffici le anomalie riscontrate ovvero eventuali scelte e/o revoche non memorizzate al CED per involontari disguidi.

Certi della sua adesione a tale opera di sensibilizzazione, si porgono i più distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Tommaso Moretti)

La risposta della ASL BA/5

Si riscontra la Vs. nota Prot.21 del 26/2/99 per segnalare che questo DSS procede regolarmente all'aggiornamento dell'Anagrafe Sanitaria, cancellando d'ufficio dagli elenchi medi MMG i soggetti:

- deceduti o trasferiti ad altro Comune sulla scorta dei tabulati fornitici dalle Anagrafe Comunali con frequenza mensile
- i Militari a seguito di segnalazione da parte del Distretto Militare
- I detenuti a seguito di comunicazione degli Istituti di Pena
- I cittadini che si iscrivono ad altre USL pur mantenendo la residenza nel Comune di Provenienza, per motivi di studio, lavoro, salute.

Si precisa che la decorrenza della cancellazione, e, quindi il mancato pagamento delle quote capitarie al medico, decorre sempre dalla data in cui l'evento si è verificato.

Il Dirigente Medico - Dott. Giuseppe Pastore

ASL BA/3

I medici del DSS n.3 avevano ricevuto un "perentorio" invito (prot. 203 del 23/02/99), così formulato:

Oggetto: riscontro eventuali pazienti deceduti ancora in carico

La S.V. è invitata a comunicarci ad personam (entro 10 giorni dalla presente) eventuali pazienti di cui all'oggetto.

Distinti saluti

Il Dirigente di Distretto - Dott. Sante Troilo

Analoga comunicazione era stata inviata ai MGG degli altri distretti.

La FIMMG Provinciale, in una nota del 15/3/99 prot. 26, ha così replicato:

"In riscontro alla Vostra, sopra emarginata, sono a precisare che, come previsto dalla normativa convenzionale vigente, spetta all'Azienda il compito di aggiornare gli elenchi degli assistiti di ciascun medico convenzionato.

In particolare, per quel che riguarda i decessi, l'azienda ha l'obbligo di accertare la situazione anagrafica degli assistiti, attraverso le proprie strutture comunali e di procedere, nel caso, alla cancellazione d'ufficio. L'azienda stessa deve, infine comunicare entro un anno l'avvenuta cancellazione al medico interessato.

Pertanto il medico convenzionato non ha nessun obbligo di verificare la presenza di persone decedute nel proprio elenco degli assistiti.

In ultimo, qualora giungano risposte, da parte dei medici destinatari della vostra richiesta, è opportuno sottolineare che, sulla base di tali dichiarazioni, dettate dalla volontà di collaborare con l'Azienda, nessuna responsabilità potrà essere addebitata al medico perché tali informazioni provengono da soggetti che, a differenza di quelli convenzionalmente individuati, non hanno né l'obbligo di aggiornare gli elenchi, né le competenze e le conoscenze per attuare un corretto aggiornamento dei dati".

Dott. Vito De Robertis Lombardi

La risposta ufficiale alla richiesta di informazioni sulla vicenda "assistiti fantasma" è, comunque, venuta con una nota del 24/3/99

N. 1217 di protocollo 24 mar. '99

Oggetto: Risposta a nota 19/99

Alla Segreteria Provinciale FIMMG

In riscontro alla Sua nota, di cui all'oggetto, si precisa che questa A.U.S.L. ha già provveduto de suo alle revoche d'ufficio e quindi all'aggiornamento dei tabulati.

Si precisa, inoltre, che i tabulati aggiornati, non appena ci pervengono dalla SVIM, vengono puntualmente distribuiti ai medici sia in termini di variazioni mensili che semestrali

Distinti saluti

A.U.S.L. BA/3 (Il coordinatore dei DSS: Dott. Ignazio ZULLO)

OSPEDALE DOMICILIARE ONCOLOGICO

Riceviamo e pubblichiamo una replica dell'ANT all'articolo del Dott. D'Ambrosio sull'ADO apparso nel precedente numero del notiziario

Lettera aperta al Dr. Gaetano D'Ambrosio

OSPEDALE DOIMICILIARE ONCOLOGICO Un'opportunità per i Sofferenti di tumore, una sconfitta per nessuno.

Gent.mo Dott. Ambrosio,

dopo aver letto il Suo articolo sull'Ospedale Domiciliare Oncologico (ODO-ANT) ho preso la decisione di scriverle queste poche righe, con spirito sinceramente costruttivo e con l'unico scopo di correggere alcune inesattezze contenute nel Suo ragionamento.

La prima inesattezza (o meglio omissione) riguarda l'attivazione dell'ANT presso le Famiglie dei Sofferenti, che ci onoriamo di assistere in 14 città italiane (1600 ogni giorno), ormai da 15 anni: Mai, e Le ripeto Mai, siamo intervenuti in assenza della **richiesta scritta** del Medico di Famiglia.

L'Italia è un paese certamente strano e pieno di contraddizioni, ma mi conceda di affermare che aver **concordato** il nostro intervento, **per oltre 25.000 volte consecutive**, con il Medico di Famiglia, e la Famiglia stessa, contrasta un po' con l'idea che Lei esprime nel Suo articolo con grande sicurezza: la presunta volontà dell'ANT e dei Medici ANT di sostituirsi all'opera de Medico di Famiglia.

Vero è che in molti casi (troppi ?) il Medico di Famiglia marginalizza il suo intervento, ma vero è che in tante situazioni si instaura un rapporto collaborativo fecondo, che permette al Sofferente di tumore di trovare sollievo ed alla sua Famiglia appoggio e serenità (per quanto la gravità della malattia e della fase clinica della stessa possano permetterlo).

Lei ha descritto molto bene il nostro modo di operare e, a tal proposito, mi permetto di utilizzare le Sue stesse parole., "l'ODO-ANT mette a disposizione del Paziente un Medico (uno specialista oncologo o un Medico generico che ha seguito un corso specifico) che è disponibile 24 ore su 24. risponde a tutti i bisogni assistenziali del Paziente, attiva autonomamente procedure diagnostiche ecc.". Ha, tuttavia, dimenticato di precisare che tutto ciò è fatto in spirito di sacrificio e non di invasività: è nostro costume, infatti, concordare tutti questi passaggi con il Medico di Famiglia e se è vero che non mi è possibile fare processi alle intenzioni, riguardo a quella parte dei Medici di Famiglia che ci delegano tutte le fatiche assistenziali, non è però proprio possibile affermare che questo rappresenti il nostro modello operativo.

L'ANT si è posta il problema di creare una struttura efficiente, al servizio del Medico di Famiglia E del Sofferente di tumore, modulando perciò il suo intervento in questa direzione.

Se avrà pazienza e leggerà i contenuti della convenzione, che peraltro solo in piccola parte (1/3 circa dell'investimento dell'ANT), contribuisce alle entrate dell'ANT stessa nel Distretto di Monopoli (BA), avrà modo di desumere che sono contemplati ben 9 moduli (forse anche troppi!) per il colloquio fra Medico di Famiglia e Medico ANT, uno per ogni atto diagnostico e terapeutico. Insomma un dialogo ed un coinvolgimento continuo.

La seconda inesattezza, risultante dal Suo articolo, attiene specificamente alla natura dell'ANT.

Lei ha genericamente definito l'ANT "un'organizzazione privata": ebbene, io non ho nulla contro le organizzazioni private, ma l'ANT non appartiene a questa categoria.

Si tratta, in realtà, di un **Ente Morale**, giuridicamente riconosciuto con Decreto del Presidente della Repubblica, ed ancora di più, di un **Associazione di Volontariato** iscritta all'anagrafe delle Organizzazioni non lucrative di utilità sociale, ai sensi del DL 460/97, che opera attraverso un proprio Statuto. con il concorso di un Comitato Etico e che nel nostro paese porta avanti un programma (**programma EUBIOSIA**), che vuole contrapporsi al costume dell'Eutanasia intesa come "medicidico" o morte anticipata. Questa è la nostra carta d'identità, questo è ciò che testimoniamo quotidianamente con la nostra opera.

Quando Lei, con tanta sicurezza, asserisce che "il Paziente neoplastico terminale" (che brutto termine! Non è meglio Sofferente di tumore?) "non necessita di cure complesse" afferma, in realtà, una cosa inesatta e non condivisa, né dall'ANT né credo (cosa forse più importante) dai Sofferenti e dalle loro Famiglie.

Dietro certi atteggiamenti vagamente buonisti c'è una triste realtà: **l'abbandono umano e terapeutico in cui versano migliaia di Sofferenti di tumore in Italia.**

Sofferenti il cui unico conforto, troppo spesso, è "una pacca sulle spalle", offerti raramente, quando i tempi dell'ambulatorio, ossessivi e

spietati, lo permettono. mentre i sintomi di questa terribile malattia (dolore, dispnea, vomito e quant'altro) rimangono non controllati.

L'ANT è nata per colmare un vuoto assistenziale non universale (molti medici di Famiglia si fanno in quattro per venire incontro alle esigenze dei loro Assistiti, **ma la buona volontà non è una ricetta per tutte le malattie!**) ma presente, evidente e drammatico. Negarlo, mi scusi é anacronistico.

Non entro nelle problematiche sindacali della categoria: come tutti i Medici ANT, mi dedico solo al lavoro di assistenza e non rappresento un futuro Medico di Famiglia.

Mi lasci dire però che ogni problematica sindacale che determini anche indirettamente un peggioramento dell'assistenza fornita al semplice cittadino è **la vera minaccia al futuro della professione di Medico di Famiglia, il quale tutto non può fare, il quale tutto non può sapere, ma che ha il dovere etico e contrattuale di fornire il meglio per i propri assistiti.**

In un'ottica eccessivamente sindacalizzata si rischia di perdere di vista il reale interesse del Sofferente e della Famiglia, e nel Suo articolo il punto di vista dei Sofferenti **non viene assolutamente preso in considerazione.**

Non può esservi contrapposizione di interessi fra Medico ed assistito e ogni servizio deve essere modellato per poter rispondere al meglio alle **complesse esigenze assistenziali, sociali e sanitarie** del Sofferente e della Famiglia.

Questo si può ottenere solamente unendo le poche risorse disponibili sul territorio (Medico di Famiglia, Volontariato, personale ASL, Ospedali ecc.).

I legittimi diritti alla migliore assistenza possibile del Sofferente e della Famiglia rimangono il punto di riferimento finale mio e dell'ANT e, credo, dovrebbero esserlo di ogni Medico.

Cordialmente. Dott. Farabegoli

Il Coordinatore Nazionale degli ODO-ANT

Replica del dott. Gaetano D'Ambrosio

Accettiamo volentieri le precisazioni del dott. Farabegoli sulla natura e sulla organizzazione dell'ANT. Molto meno piacere ci fanno le sue considerazioni conclusive in merito alla centralità del paziente nel processo assistenziale proprio perché critiche nei confronti di un Sindacato, la FIMMG, che ha fatto di tale centralità un principio ispiratore della propria azione e dell'alleanza tra medico e cittadino un metodo di lavoro.

Come può il dott. Farabegoli non considerare che il mio articolo è stato pubblicato su di un bollettino sindacale destinato alla lettura esclusiva dei Medici di Medicina Generale e, quindi, stupirsi del fatto che gli aspetti sindacali dell'assistenza domiciliare vi abbiano un notevole rilievo?

Come può egli affermare che la discussione in atto al nostro interno su come meglio organizzare le cure domiciliari confligga con gli interessi dei pazienti e delle loro famiglie?

La FIMMG si sta battendo perché ogni forma di assistenza possibile in alternativa al ricovero venga realizzata al fine di rendere le cure più umane e confortevoli. Si tratta di una strategia assistenziale di ampio respiro e di elevato valore etico e politico, non di una mera tattica sindacale, che certamente non può realizzarsi senza il concorso di una moltitudine di figure professionali e di operatori sanitari tra cui il volontariato ha certamente un ruolo rilevante.

La questione da me sollevata è un'altra e attiene al ruolo che il Medico di Medicina Generale deve ricoprire in un sistema di cure centrato sul territorio: se deve restare il principale erogatore delle cure primarie, dandosi una organizzazione più complessa ed avvalendosi della collaborazione degli specialisti di branca e degli altri operatori sanitari o se deve limitarsi ad affidare il suo paziente ad agenzie esterne che assumano di volta in volta la titolarità dell'assistenza. Noi siamo fautori della prima soluzione anche perché riteniamo che la presenza di una figura di riferimento, quale è il Medico di Famiglia, rappresenti una garanzia affinché i processi di cura siano realmente centrati sul paziente e sui bisogni assistenziali ed umani.

In quest'ottica siamo disposti a collaborare con tutti. Anche con l'ANT. Alla quale proponiamo, però, di rimodulare i propri schemi operativi ed offrire le proprie competenze oncologiche in una corretta dinamica consulenziale tra specialista e medico curante. Nell'interesse di chi soffre.

Gaetano D'Ambrosio

Si è tenuta a Bari presso lo Sheraton Hotel il 27 marzo

ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE DEGLI ISCRITTI

Nel corso della manifestazione è stata consegnata una targa ricordo ai medici iscritti alla FIMMG che sono andati in pensione nell'anno precedente

Verificata la presenza del numero legale dei partecipanti, si è proceduto ad esaminare i vari punti all'ordine del giorno:

- 1) relazione del Segretario Provinciale sulle recenti iniziative dell'Esecutivo relativamente alla manifestazione al cinema Capranica di Roma sull'eccessivo carico burocratico per il medico di Famiglia, nonché sulla vicenda degli assistiti fantasma nelle ASL della provincia di Bari.
- 2) **Approvazione all'unanimità dell'aumento della quota sociale di iscrizione alla FIMMG, stabilita per l'anno 1999 a lire 220.000 (duecentoventimila)**
- 3) Relazione del Tesoriere Provinciale dott. De Robertis Lombardi sul bilancio consuntivo annuale, che qui di seguito si riporta:

BILANCIO CONSUNTIVO 1998

QUOTE BA/1	L. 23.595.000
QUOTE BA/2	L. 25.120.000
QUOTE BA/3	L. 20.085.000
QUOTE BA/4	L. 32.982.300
QUOTE BA/5	L. 19.854.480
INTERESSI BANCARI 1998	L. 436.033

TOTALE ENTRATE L. 122.072.813

DISAVANZO DI CASSA 1997	L. 8.079.611
POLIZZA LEGALE	L. 4.018.750
QUOTE NAZIONALI	L. 30.902.500
PIGIONE E ONERI ACCESSORI	L. 19.980.400
PULIZIA SEDE	L. 810.000
MANUTENZIONE	L. 439.200
APPARECCHIATURE STRUMENTALI	
SPESE ENERGIA ELETTRICA	L. 558.000
SPESE TELEFONICHE	L. 6.123.000
SPESE MATERIALI D'UFFICIO	L. 1.862.300
SPESE POSTALI	L. 2.746.700
SPESE TIPOGRAFICHE	L. 1.000.000
COMMISSIONI BANCARIE	L. 411.352
RIMBORSO SPESE PER	L. 8.868.200
PARTECIPAZIONE A CONGRESSI	
COMPENSI COLLABORATORE DI	L. 6.194.211
SEGRETERIA	
IMPOSTE E TASSE RITENUTE +	L. 1.509.000
CONTRIBUTI	
COMPENSI A TERZI	L. 1.449.360
SPESE VARIE	L. 1.962.420
RIMBORSI PER PARTECIPAZIONI A	L. 1.430.000
MANIFESTAZIONI NAZIONALI	
ABBONAMENTI INTERNET E/O	L. 463.800
RIVISTE	
RIMBORSO KM ESECUTIVO	L. 11.717.000
AMGAS	L. 389.000
AVANZO DI CASSA AL 31/12/99	L. 86.321

TOTALE USCITE BANCA L. 111.001.125

SALDO BANCA AL 31/12/1998 L. 11.071.688

SALDO CASSA AL 31/12/98 L. 86.321

SALDO GENERALE AL 31/12/1998 L. 11.158.009

Si precisa che alla somma presente in saldo dovrà essere sottratta la quota destinata al pagamento della polizza di tutela legale per gli iscritti, relativa al 1998.

L'assemblea approva all'unanimità il bilancio consuntivo 1998.

- 4) Presentazione del Bilancio Preventivo 1999:

Bilancio preventivo 1999

ENTRATE PREVISTE 1999

AVANZO DI CASSA AL 31/12/1998	L. 11.158.009
CONTRIBUTO TESORERIA REGION.	L. 1.200.000
QUOTE SINDACALI ASL BA/01	L. 29.040.000
QUOTE SINDACALI ASL BA/02	L. 27.940.000
QUOTE SINDACALI ASL BA/03	L. 23.980.000
QUOTE SINDACALI ASL BA/04	L. 42.240.000
QUOTE SINDACALI ASL BA/05	L. 23.540.000
TOTALE ENTRATE	L. 159.098.009

USCITE

POLIZZA LEGALE	L. 10.005.000
QUOTE NAZIONALI FIMMG	L. 31.349.000
QUOTE REGIONALI	L. 3.335.000
PIGIONE ONERI E ACCESSORI	L. 20.579.812
PULIZIA SEDE	L. 3.000.000
RISTRUTTURAZIONE SEDE	L. 5.000.000
MANUTENZIONE APPARECCHIATURE	L. 1.000.000
STRUMENTALI	
ENEL	L. 600.000
TELEFONICHE	L. 5.000.000
ACQUISTO MATERIALE D'UFFICIO	L. 1.500.000
ACQUISTO FOTOCOPIATORE	L. 8.000.000
SPESE POSTALI	L. 3.000.000
SPESE TIPOGRAFICHE	L. 1.115.000
NOTIZIARIO	L. 4.000.000
COMMISSIONI BANCARIE	L. 500.000
PARTECIPAZIONI A CONGRESSI	L. 11.000.000
COMPENSO COLL. SEGRETERIA	L. 10.000.000
ACCANTONAMENTO PER TFR	L. 1.000.000
IMPOSTE E TASSE	L. 2.000.000
MANUTENZ. STRAORD. APPARECCHI	L. 500.000
RIMBORSI SPESE LEGALE	L. 3.000.000
ONORARIO COMMERCIALISTA E CONSUL.	L. 1.500.000
LAVORO	
SPESE VARIE	L. 1.500.000
RIMBORSI PER PARTECIPAZIONE A MANIF.	L. 2.100.000
NAZIONALI	
ABBONAMENTI A RIVISTE E INTERNET	L. 844.197
RIMBORSO KM ESECUTIVO	L. 11.000.000
AMGAS	L. 500.000
RIMBORSI KILOMETRICO DIRETTIVO	L. 8.500.000
FINANZIAMENTO CONSIGLI DI ASL	L. 6.670.000
CONGRESSO PROVINCIALE	L. 1.000.000
TOTALE USCITE	L. 159.098.009

L'Assemblea approva all'unanimità il bilancio preventivo 1999 (le quote per gli iscritti sono calcolate in base ai dati 1998)

- 5) Il dott. Tricarico relaziona sulla partecipazione dell'Esecutivo Provinciale alla manifestazione romana dell'11 marzo e presenta un filmato prodotto dalla FIMMG nazionale sul carico burocratico per il Medico di Famiglia.

(continua nella pagina successiva)

ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI (CONTINUA DALLA PAGINA PRECEDENTE)

6) La giornata è stata conclusa da una simpatica cerimonia di consegna di una targa ricordo ai medici iscritti alla FIMMG che nel corso dell'anno sono andati in pensione, ne riportiamo l'elenco:

TARANTINI	ENRICO	CORATO
OLIVIERI	LUCIA	TERLIZZI
NIGRI	FRANCESCO	BISCEGLIE
MINERVINI	ONOFRIO	MOLFETTA
PORTOGHESE	FRANCESCO	BARI
FERRIERI	ANNA	BARI
SARACINO	NICOLA	BITONTO
CARDASCIA	DOMENICO	RUTIGLIANO
LOPRETE	GIOVANNA	CONVERSANO
DONVITO	ANGELO	GIOIA DEL COLLE
D'ALESSANDRO	GIACOMO	GRUMO APPULA
CARRIERO	EUGENIO	BARI
LAPOLLA	FEDERICO	GRAVINA

Ai colleghi in pensione va il saluto ed il ringraziamento di tutti gli iscritti al sindacato, per aver onorato e dato lustro all'immagine del Medico di Famiglia sempre presente nel territorio a tutela del diritto alla salute e delle esigenze dei cittadini-nazienti.

DA "IL SOLE 24 ORE" di Lunedì 8 marzo 1999 pagina 19

Non ci sono i fondi per aumenti nel primo anno di rinnovo delle convenzioni - Medici: contratti senza soldi

Il precedente accordo è andato oltre il plafond previsto e ha incamerato una parte delle risorse

Non ci sono soldi per il primo anno del rinnovo della convenzione dei medici di medicina generale. O meglio, non si va oltre lo 0,4%, visto che il precedente contratto ha splanato fino a "mangiarsi" parte degli stanziamenti del nuovo accordo collettivo nazionale. La notizia arriva dai primi conti dei ministeri della Tesoro e della Sanità, mentre la trattativa per il rinnovo degli accordi 1998-2000 dei medici convenzionati con il Ssn (circa 90 mila sanitari fra medici di famiglia, di continuità assistenziale, pediatri e specialisti delle Usl) entra nel vivo. E quando ormai il Fondo sanitario nazionale è stato già ripartito, con la previsione di un forte incremento dell'attività distrettuale (cui sono stati assegnati oltre 50 mila miliardi, circa 25,8 miliardi di euro), in particolare per quanto riguarda l'attività dei medici di base. In queste ore sia la delegazione di parte pubblica, sia le organizzazioni sindacali, hanno presentato ufficialmente le piattaforme per dare il via al confronto, che, salvo ripensamenti, dovrebbe entrare nel vivo da giovedì 18 marzo. Il quadro della trattativa è articolato. E tutte le parti hanno praticamente già messo sul piatto le intenzioni reciproche. A partire dagli assessori regionali, che hanno licenziato un documento programmatico in cui si prevede: la ridefinizione dell'area delle cure primarie; l'attuazione del Piano sanitario nazionale; l'individuazione di una strategia economica "certa" per il rientro dai deficit. Tre i versanti su cui, secondo le Regioni, è necessario lavorare: nazionale, legislativo e regionale. La convenzione nazionale dovrà garantire i livelli minimi e omogenei di assistenza su tutto il territorio e fare da cornice ad accordi regionali attraverso i quali modellare l'assistenza primaria sul territorio; il Governo dovrà garantire ulteriori stanziamenti per la copertura di contratti e convenzioni e, attraverso l'emanazione di provvedimenti legislativi, per la soluzione delle controversie, soprattutto nella medicina generale; gli accordi regionali, infine, serviranno a disegnare un modello diversificato in base alle esigenze territoriali, integrando il medico generico e il pediatra di libera scelta nell'attività dei distretti coinvolgendoli fin dalla fase di individuazione di obiettivi, responsabilità e risorse. Poi è la volta dei sindacati "rappresentativi" di categoria, che, in questi giorni, stanno presentando le piattaforme e si affacciano alla ribalta contrattuale con posizioni diversificate rispetto a snodi fondamentali che riguardano gli aspetti giuridici ed economici delle diverse figure professionali mediche. Si va dal punteggio da assegnare al titolo di formazione in medicina generale all'apertura delle graduatorie ai laureati dopo il dicembre '94; dalla perequazione economica interna alla categoria al passaggio a dipendenza di alcuni settori convenzionati (gli specialisti delle Usl, soprattutto); dall'aumento del numero di pediatri convenzionati fino alla richiesta di innalzamento dell'età pediatrica.

ERITROPOIETINA Nuove modalità prescrittive

GAZZETTA UFFICIALE N.15 DEL 20 GENNAIO 1999 MINISTERO DELLA SANITA' DECRETO 22 DICEMBRE 1998 MODIFICAZIONE DEL REGIME DI FORNITURA DELLE SPECIALITA' MEDICINALI A BASE DI ERITROPOIETINA

Il Dirigente Generale Dell'Ufficio per le procedure autorizzative comunitarie ed altri adempimenti del Dipartimento per la valutazione dei medicinali e la farmacovigilanza Visto il decreto legislativo n.178/1991, in particolare gli articoli 8, 9 e 12 modificato ed integrato dal decreto legislativo n.44/1997; Visto il decreto legislativo n.539/1992, e in particolare gli articoli 5 e 8; Visto il decreto legislativo n.540/1992; Considerato che la recente acquisizione dei dati relativi al consumo di prodotti a base di eritropoietina ha fatto emergere fondate preoccupazioni per il possibile uso improprio; Visto il parere del 27-28 ottobre 1998 con il quale la Commissione unica del farmaco alla luce di quanto considerato approva la variazione del regime di fornitura, al fine di rendere possibile un piu' efficace controllo della prescrizione e al fine di vietarne l'uso improprio; Decreta: Art.1. Il regime di fornitura delle specialita' medicinali a base di ERITROPOIETINA di seguito riportate: EPREX - CILAGEPOXITIN - JANSSEN CILAG GLOBUREN - CILAG GMBHERITROGEN - BOEHRINGER MANNEHEIM GMMHE' modificato come segue: (**Medicinale soggetto a prescrizione medica da rinnovare volta per volta vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti**). Art.2.A far luogo dalla data di entrata in vigore del presente decreto le ricette mediche relative ai medicinali di cui al precedente articolo hanno validita' limitata a dieci giorni. Il medico ed il farmacista pertanto si atterrano, ognuno per la propria competenza, a quanto previsto all'art.5 del decreto legislativo n. 539 del 30 dicembre 1992. Art.3. Le ditte interessate devono provvedere a modificare gli stampati con la nuova dicitura del regime di fornitura e far pervenire entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto al Ministero della sanita' una riproduzione degli stampati nella veste tipografica definitiva, sia su supporto cartaceo in formato A4 che su supporto informatico, unitamente ad una formale certificazione del legale rappresentante in cui si attesti che il riassunto delle caratteristiche tecniche del prodotto, il foglio illustrativo e le etichette di cui all'art.8, comma d), del decreto legislativo n.178/1991, come modificato ed integrato dal decreto legislativo 18 febbraio 1997, n.44, rispondano a quanto previsto all'art.1 del presente decreto. Per lo smaltimento delle confezioni riportanti la vecchia dicitura e' consentito un periodo di centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Art.4. Il presente decreto entra in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Roma, 22 dicembre 1998 Il capo del Dipartimento : Martini

MINISTERO DELLA SANITA' CIRCOLARE DI FEBBRAIO 1999 DIPARTIMENTO PER LA VALUTAZIONE DEI MEDICINALI E LA FARMACOVIGILANZA DECRETO 22 DICEMBRE 1998 MODIFICAZIONE DEL REGIME DI FORNITURA DELLE SPECIALITA' MEDICINALI A BASE DI ERITROPOIETINA

A seguito della pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del decreto indicato in oggetto, sono pervenute al Ministero della Sanita' alcune richieste di precisazioni in merito al regime di fornitura delle specialita' medicinali a base di eritropoietina (...). Si rammenta innanzitutto che tali specialita' sono a carico del SSN limitatamente alle indicazioni riportate dalla NOTA CUF 12 e solo su diagnosi e piano terapeutico (posologia e durata del trattamento) di centri Universitari e delle Aziende Sanitarie. E' prevista l'attivazione del Registro USL. Il medico di medicina generale, sulla base del Piano Terapeutico sopra indicato, puo' prescrivere i medicinali contenenti eritropoietina a carico del SSN, e la ricetta ha una validita' limitata a **dieci giorni**, escludendo dal computo il giorno della sua emissione. **Qualora i medicinali contenenti eritropoietina siano prescritti a carico dell'utente, gli specialisti autorizzati alla prescrizione sono specificatamente i seguenti:**

Nefrologo, Ematologo, Internista, Chirurgo Anestesiolego Pediatra Emotrasfusione Oncologo.

La ricetta medica deve essere rinnovata volta per volta, presentando una validita' limitata non superiore a dieci giorni, con esclusione dal computo del giorno di emissione. Questo Ministero ha emanato un decreto di integrazione al Decreto 22 dicembre 1998, di prossima pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.

I NUOVI PROVVEDIMENTI CUF ENTRANO IN VIGORE DAL 23 APRILE 1999

NUOVE NOTE CUF**Autorizzata la prescrivibilità in Fascia A degli antidepressivi SSRI e delle eparine a basso peso molecolare****GAZZETTA UFFICIALE N.81 DEL 8 APRILE 1999
PROVVEDIMENTO CUF 8 FEBBRAIO 1999****AGGIORNAMENTO DELLE (NOTE) RIPORTATE NEL
PROVVEDIMENTO 30 DICEMBRE 1993. MODIFICA ALLA
NOTA N. 2 E DELLA NOTA N. 2-BIS.**LA COMMISSIONE UNICA DEL FARMACO
DISPONE**ARTICOLO 1.**

La (nota2) e la (nota 2-bis) di cui al provvedimento della Commissione unica del farmaco 7 agosto 1998, richiamato nelle premesse, come modificato e integrato dai provvedimenti 2 e 10 novembre 1998 sono sostituite dalle seguenti:

Nota n. 2.

Classe (A) - limitatamente alle indicazioni: cirrosi biliari primitiva, colangite clerosante primitiva, colestasi associata alla fibrosi cistica e colestasi intraterapeutica familiare pediatrica.

PRINCIPIO ATTIVO: ACIDO URSODEOSSICOLICO.**PRINCIPIO ATTIVO: ACIDO
TAUROURSODEOSSICOLICO.**

L'impiego degli acido urso - e taurourso-desossicolico nelle epatopatie sovraspecificate e' sostenuto da evidenze della letteratura scientifica, che dimostrano un effetto terapeutico non limitato a modificazioni favorevoli di indici biochimici, ma anche in termini di miglioramenti anatomici, clinici e di sopravvivenza significativi (1,2) o - nei casi di malattie prive di altre terapie utili - anche marginali (3).

Nota n. 2-bis.

Classe (B) - limitatamente all'indicazione: calcolosi colesterinica.

La calcolosi colesterinica potenzialmente trattabile con acidi biliari e' caratterizzata da calcoli singoli o multipli (diametro uguale o inferiore a 1 cm), radiotrasparenti, che galleggiano durante colecistografia orale, e non colecoliti funzionante; pazienti non obesi con sintomatologia modesta (coliche non molto frequenti o severe). Altra indicazione e' la presenza in colecoliti di frammenti di calcoli post-litotripsia.

PRINCIPIO ATTIVO: ACIDO URSODEOSSICOLICO.**PRINCIPIO ATTIVO: ACIDO CHENODEOSSICOLICO**

Nella colelitiasi, la terapia con sali biliari ottiene la dissoluzione dei calcoli solo in parte dei pazienti, variabile in relazione a fattori diversi (dimensioni dei calcoli, funzionalita' della colecoliti, etc.), e' seguita frequentemente dalla formazione di nuovi calcoli (50-60 per cento a 5 anni) (4), non trova indicazione nei pazienti con coliche ravvicinate o severe; infine, l'alternativa chirurgica, laparoscopica o con minilaparotomia, e' risolutiva e a basso rischio. per tutte queste ragioni, questa indicazione dei sali biliari e' classificata in fascia B. Si e' ritenuto opportuno limitare l'uso dei sali biliari ai pazienti con caratteristiche definite (ottimali) per la dissoluzione dei calcoli, che raggiunge in questi casi percentuali fra il 48% (5) e il 60% (4). Tali caratteristiche, presenti in circa il 15 per cento dei pazienti (4), sono quelle riportate nella nota.

**GAZZETTA UFFICIALE N.81 DEL 8 APRILE 1999
MINISTERO DELLA SANITA'****PROVVEDIMENTO CUF 8 FEBBRAIO 1999
RICLASSIFICAZIONE DEI MEDICINALI E SUCCESSIVE
MODIFICAZIONI. MODIFICA ALLA NOTA N. 28**LA COMMISSIONE UNICA DEL FARMACO
DISPONE:**ARTICOLO 1.**

La (nota 28) di cui al provvedimento della Commissione unica del farmaco 7 agosto 1998, richiamato nelle premesse, come modificato e integrato dai provvedimenti 2 e 10 novembre 1998, viene sostituita dalla seguente:

(Nota n. 28)

Classe (A) - limitatamente alle indicazioni: carcinoma dell'endometrio, della mammella, della prostata e del rene e alla

sindrome anoressia/cachessia da neoplasia maligna e da AIDS in fase avanzata.

PRINCIPIO ATTIVO: GESTONORONE**PRINCIPIO ATTIVO: MEDROSSIPROGESTERONE****PRINCIPIO ATTIVO: MEGESTROLO.**

(prospetto omissis)

La sindrome anoressia/cachessia e' caratterizzata da progressiva perdita di peso (maggiore 10% del peso ideale) anoressia, nausea cronica, astenia, cambiamento dell'immagine corporea, impoverimento del Performance Status. Nei pazienti affetti da neoplasia maligna in fase avanzata e da AIDS la sindrome si manifesta frequentemente fino a raggiungere valori dell'80% in pazienti oncologici terminali e rappresenta un importante fattore prognostico negativo. L'etiopatogenesi dell'anoressia/cachessia da cancro e' multifattoriale. Nel cancro si riconoscono cause generali (citochine prodotte dalla neoplasia, citochine prodotte dall'ospite, neurotrasmettitori centrali) e cause locali legate alle alterazioni del tubo gastroenterico provocate dalle localizzazioni neoplastiche in tale distretto. Nell'AIDS le cause sono dovute all'attivita' del virus, a citochine cataboliche e allo stato del tubo digerente.

Nonostante la diversita', etiopatogenicita' delle due malattie, gli obiettivi maggiori dei trattamenti con progestinici sono gli stessi nella anoressia-cachessia da cancro e da AIDS e riguardano il recupero ponderale, aumento dell'appetito e aumento dell'introito calorico. Obiettivi secondari sono costituiti dal controllo della nausea cronica e del dolore e dal miglioramento del Performance Status della qualita' della vita.

Le evidenze che Medrossiprogesterone Acetato (MPA) e Megestrol Acetato (MA) sono in grado di conseguire tali obiettivi terapeutici sono mostrate da studi clinici controllati in doppio cieco e con dimensione del campione adeguata (1,2,3).

Vi e' anche dimostrazione che l'impatto di questi trattamenti sul peso corporeo e' dovuto a un aumento reale della massa magra e grassa, piu' che a ritenzione idrica (4).

Gli studi hanno infine evidenziato che il miglior effetto terapeutico si ottiene con dosaggi di MPA di 500-1000 mg/die e di MA di 160-320 mg/die.

GAZZETTA UFFICIALE N.81 DEL 8 APRILE 1999**PROVVEDIMENTO CUF 8 FEBBRAIO 1999****AGGIORNAMENTO DELLE (NOTE) RIPORTATE NEL
PROVVEDIMENTO 30 DICEMBRE 1993**LA COMMISSIONE UNICA DEL FARMACO
DISPONE:**ARTICOLO 1.**

Alle (Note) relative alla prescrizione e modalita' di controllo delle confezioni (...) e' aggiunta la nota seguente:

(Nota n. 80).

Classe (A) - limitatamente ai pazienti nei quali l'uso degli antidepressivi triciclici e' controindicato per una delle seguenti condizioni cliniche:

ipersensibilita' gia' nota a questi farmaci;**glaucoma;****ipertrofia prostatica e altre alterazioni stenose dell'apparato urinario;****stenosi pilorica e altre alterazioni stenose del tratto gastroenterico;****cardiopatie con rischio di aritmie ventricolari;****periodo di recupero post-infartuale.****PRINCIPIO ATTIVO: VENLAFAXINA CLORIDRATO****PRINCIPIO ATTIVO: FLUOXETINA CLORIDRATO****PRINCIPIO ATTIVO: CITALOPRAM BROMIDRATO****PRINCIPIO ATTIVO: PAROXETINA CLORIDRATO****PRINCIPIO ATTIVO: SERTRALINA CLORIDRATO****PRINCIPIO ATTIVO: FLUVOXAMINA MALEATO**

La nota sottolineata e conferma il valore terapeutico sempre attuale degli antidepressivi triciclici, che restano i farmaci di prima

nella terapia della depressione unipolare nelle sue diverse forme cliniche. Occorre sottolineare che la tollerabilità a lungo termine sia dei triciclici che degli antidepressivi di più recente introduzione è buona e questo ne consente un uso a lungo termine relativamente sicuro nella maggior parte dei pazienti.

Alcuni autori sottolineano che gli SSRI hanno un minor numero di effetti collaterali rispetto ai triciclici (1), ma è più corretto affermare che ciascuna classe di farmaci ha un suo spettro di tossicità (2-6). Un completo studio di meta-analisi ha preso di recente in considerazione un totale di 1.100 pubblicazioni scientifiche su studi che paragonano almeno un triciclico con almeno un SSRI, sia come efficacia che come tossicità (7). Selezionando i lavori sulla base del numero di pazienti utilizzati per ciascun braccio e la correttezza del disegno sperimentale utilizzando, la meta-analisi finale è stata effettuata su 84 trials clinici. Come risultato sono stati messi in evidenza 18 distinti effetti collaterali frequenti nel corso dei diversi trattamenti, così suddivisi: 7 statisticamente più frequenti con SSRI (nausea, anoressia, diarrea, insonnia, irritabilità, agitazione e ansia); 5 più frequenti con triciclici (secchezza delle fauci, stipsi, vertigini, sudorazione e alterazioni della vista); 6 altrettanto frequenti con entrambi i tipi di farmaci (cefalea, tremori, disturbi urinari, affaticamento, palpitazioni e ipotensione arteriosa). Gli effetti collaterali dei triciclici sono soprattutto connessi all'attività antimuscarinica, pressoché assente negli SSRI che ne rende problematico l'uso in soggetti con ipertrofia prostatica, glaucoma o affezioni stenotiche del tratto gastroenterico o urinario. I triciclici inducono un prolungamento del tratto Q-T, soprattutto in caso di ipossiemia (2), per cui sono sicuramente controindicati nei pazienti cardiopatici con elevato rischio di aritmie ventricolari. Gli SSRI non hanno attività antimuscarinica ma ugualmente possono indurre impotenza (8), soprattutto ai dosaggi richiesti nei disturbi di panico o ossessivo-compulsivi. La somministrazione di un antidepressivo a pazienti con insufficienza epatica o renale va valutata in base al singolo principio attivo.

Lo stesso criterio è estensibile ai problemi di interazioni con altri farmaci. Riguardo all'uso di farmaci antidepressivi in gravidanza e durante l'allattamento, non esiste certezza riguardo al rischio teratogenico o di tossicità neonatale con nessun principio attivo (9-11). Il recente lavoro di Kulin (12) sulla sicurezza in gravidanza degli SSRI e le polemiche da esso suscitate (vedi: 13) sottolineano la carenza di dati obiettivi. In conclusione, se la gravidanza non costituisce controindicazione assoluta all'uso dei triciclici non può nemmeno essere indicazione all'impiego degli SSRI.

Gli effetti descritti sono dose dipendenti, ma entrambi i tipi di farmaci possono dar luogo, raramente, a fenomeni di intolleranza dose indipendenti: eritemi cutanei, angioedema, artralgie, mialgie. Altre controindicazioni - associazioni con levodopa, IMAO, serotoninergici - o limitazioni d'uso - mai o con estrema cautela nei pazienti bipolari - sono comuni ad entrambe le classi di farmaci (14-19).

Gli studi in doppio cieco che paragonano antidepressivi triciclici e SSRI su pazienti depressi ambulatoriali sottolineano la maggiore ritenzione con SSRI nella prima fase della terapia e una pari efficacia nel medio e lungo termine (14). I dati su pazienti in regime di ricovero sono a favore di una maggiore efficacia dei triciclici (15). Sia per gli SSRI che per la venlafaxina non esistono dati sufficienti che dimostrino una specifica utilità clinica nei depressi resistenti ai più consolidati triciclici.

GAZZETTA UFFICIALE N.81 DEL 8 APRILE 1999
MINISTERO DELLA SANITA'
PROVVEDIMENTO CUF 8 FEBBRAIO 1999
AGGIORNAMENTO DELLE (NOTE): INTRODUZIONE DELLA NOTA N. 81

LA COMMISSIONE UNICA DEL FARMACO DISPONE:

ARTICOLO 1.

Alle (NOTE) relative alla prescrizione e modalità di controllo delle confezioni (...) è aggiunta la nota seguente:

(Nota 81).

Classe (A) - limitatamente ai seguenti impieghi:

Trattamento: pazienti con trombosi venosa profonda prossimale, durante la prima fase del trattamento e la messa a punto del dosaggio efficace di un anticoagulante cumarinico;

Profilassi: pazienti con alto rischio di trombosi venosa profonda prossimale e di embolia polmonare.

Definizione di alto rischio:

chirurgia ortopedica maggiore del femore o del ginocchio;

chirurgia pelvica o addominale maggiore per tumori;

precedenti trombosi venose profonde o embolia polmonare;
precedente trombocitopenia da eparina non frazionata.

PRINCIPIO ATTIVO: DALTEPARINA SODICA
PRINCIPIO ATTIVO: ENOXAPARINA SODICA
PRINCIPIO ATTIVO: NADROPARINA CALCICA.
PRINCIPIO ATTIVO: REVIPARINA SODICA
PRINCIPIO ATTIVO: TINZAPARINA SODICA

Circa il 50% dei pazienti con trombosi delle vene profonde prossimali (TVPP) degli arti inferiori e del bacino vanno incontro a embolia polmonare, che può essere fatale (1). Il trattamento delle TVPP e la prevenzione nei pazienti a rischio sono perciò importanti. Il trattamento delle TVPP è stato fin oggi effettuato con eparina sodica non frazionata per infusione venosa continua, con monitoraggio del tempo di trombolastina parziale (PTT), richiedendo pertanto la degenza in ospedale. Per il trattamento delle TVPP, l'eparina è necessaria all'inizio; già al 2/3 giorno ad essa va associato un cumarinico, più adatto al trattamento prolungato necessario in questa situazione (1). Eparina e cumarinico devono essere associati per il tempo necessario a raggiungere un INR (International Normalized Ratio) di poco superiore a 2, e in ogni caso per non meno di 4-5 giorni (2). Per la prevenzione nei pazienti ad alto rischio è stata generalmente usata l'eparina sottocute (in Italia l'eparina calcica; negli USA e in altri Paesi la comune eparina sodica). Per una profilassi efficace anche l'eparina sottocute è opportuno il monitoraggio, mantenendo il PTT al limite o appena oltre il limite della norma.

Rispetto all'eparina non frazionata, le eparine a basso peso molecolare (EBPM) hanno un effetto anticoagulante uguale ma con minor rischio emorragico; hanno una migliore biodisponibilità dopo iniezione sottocute, un tempo di dimezzamento più lungo e un minor legame alle proteine di reazione. Queste caratteristiche si traducono in un notevole vantaggio clinico; minor numero di iniezioni/die necessarie a mantenere un effetto anticoagulante costante; effetto anticoagulante più prevedibile e riproducibile, indipendente dalle variazioni delle proteine di reazione; monitoraggio del PTT non necessario (3; 4; 5);

Numerosi trials randomizzati e alcune meta-analisi hanno dimostrato che le eparine a basso peso molecolare sottocute hanno efficacia pari o superiore a quella dell'eparina non frazionata, per infusione continua o sottocute, nel trattamento (6) e rispettivamente nella prevenzione (7) della TVPP. L'ammissione in fascia di rimborsabilità delle EBPM può consentire il trattamento extraospedaliero (8) della TVPP, senza la complessità dell'infusione venosa continua e senza monitoraggio di laboratorio. Può inoltre consentire una prevenzione più efficace della TVPP nei pazienti ad alto rischio, con un minor numero di iniezioni/die, senza necessità di monitoraggio del PTT e con una maggior sicurezza e riproducibilità di effetto anticoagulante.

Interessante sentenza della Corte d'Appello
IL MEDICO PUÒ 'OBIETTARE' ANCHE SU TERAPIA

(ANSA) - PERUGIA, 4 MAR - Il medico di famiglia può rifiutarsi di attuare una terapia prescritta da suoi colleghi, anche se "specialisti": lo ha stabilito la Corte d'appello di Perugia esaminando la vicenda legata alle cure prestate ad un malato di Aids in fase terminale. I giudici di secondo grado hanno così ribaltato la sentenza del tribunale di Orvieto che aveva condannato l'imputato per essersi rifiutato di praticare una flebo ad un giovane alloggiato presso una comunità di recupero umbra. Secondo il medico si trattava infatti di una terapia "impropria e dannosa" per la "nociva interazione" tra il nuovo farmaco, prescritto dalla clinica di malattie infettive dell'Università di Perugia, e l'"Azt" che veniva già somministrato. La Corte d'appello - secondo quanto riferisce la "Rassegna giuridica umbra" - ha ritenuto il rifiuto "non immotivato né indebito", riconoscendo l'incompatibilità tra i due prodotti. Ha poi rilevato che nessuna norma impone al medico di famiglia di dare "supinamente attuazione" ad un programma terapeutico impostato da altri, anche se specialisti. Il medico, difeso dall'avvocato Maria Mezzasoma, era stato inoltre accusato di non avere visitato il malato di Aids perché - secondo una responsabile della comunità - temeva di essere contagiato: versione sempre contestata dal professionista che anche in questo caso è stato assolto in secondo grado. 04-MAR-99 10:55

RIFORMA DEGLI SCIOPERI PRECETTABILI I MEDICI DI FAMIGLIA?

La riforma della disciplina sugli scioperi riguarda anche i medici di famiglia che non dipendono direttamente dal servizio sanitario nazionale, ma sono in regime di convenzione. È lo stesso ministro della Funzione pubblica, Angelo Piazza, a precisare che le nuove norme contenute nel **Ddl di modifica della 146** che è stato approvato martedì a Palazzo Chigi interessano tutti quei lavoratori autonomi che svolgono un'attività considerata essenziale per la collettività.

Entro sei mesi dall'approvazione della legge anche i medici generici saranno precettabili e dovranno elaborare un codice di autoregolamentazione e sottoporlo alla Commissione di garanzia per l'approvazione, con le prestazioni minime in caso di sciopero e le procedure di raffreddamento delle vertenze. Le associazioni dei medici di famiglia, tuttavia, si oppongono al Ddl.

Critici i medici di famiglia: se il Paese "procede nella direzione di una maggiore regolamentazione nel settore degli scioperi va bene, ma alcune delle nuove regole sono eccessive e antidemocratiche, a partire dall'imposizione di sanzioni se uno sciopero proclamato viene revocato". Ne è convinto il segretario nazionale del sindacato di categoria Fimmg, Mario Falconi. "Ostacolare in qualche modo la revoca di uno sciopero è ridicolo - ha affermato Falconi - perché si riducono gli spazi della trattativa e si aumentano i disagi per i cittadini". I medici di famiglia in Italia sono circa 55 mila. Di questi, 25-30 mila fanno capo al sindacato Fimmg. A differenza dei medici ospedalieri, che dipendono direttamente dal Sistema sanitario nazionale, i medici di famiglia lavorano in regime di convenzione con il Ssn e sono retribuiti essenzialmente sulla base del numero dei pazienti. Secondo Luigi Santi, componente della segreteria nazionale della Fimmg (Federazione italiana medici di medicina generale): "In realtà noi abbiamo già un codice di autodisciplina che risale al 1991 e si richiama direttamente alla legge 146". I medici, per esempio, devono annunciare le agitazioni con 15 giorni di preavviso. Inoltre sono vietati scioperi nei periodi più delicati dell'anno: ad agosto, durante le vacanze natalizie, a ridosso delle consultazioni elettorali.

Certo resta il problema della precettazione: in quali casi il governo può ordinare anche ai medici di sospendere o annullare uno sciopero? "La precettazione è già prevista dal Codice penale", risponde ancora Santi.

In effetti lo sciopero dei medici di famiglia è già regolato dall'accordo collettivo nazionale della categoria all'art. 17 "Esercizio del diritto di sciopero Prestazioni indispensabili e loro modalità di erogazione" che recita:

3. Il diritto di sciopero dei medici di medicina generale convenzionati è esercitato con un preavviso minimo di 15 giorni. I soggetti che promuovono lo sciopero, contestualmente al preavviso, indicano anche la durata dell'astensione dal lavoro.

4. I medici di medicina generale che si astengono dal lavoro in violazione delle norme del presente articolo commettono infrazione da valutare ai sensi dell'art. 13.

5. Le OO.SS. si impegnano a non effettuare le azioni di sciopero:

a) nel mese di agosto;
b) nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;

c) nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali regionali, provinciali e comunali, per i rispettivi ambiti territoriali;

d) nei giorni dal 23 dicembre al 3 gennaio;

e) nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.

6. In casi di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.

7. In conformità agli accordi di cui al comma successivo le Aziende individuano, in occasione degli scioperi dei medici di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale, i nominativi dei medici tenuti alle prestazioni indispensabili ed esonerati dallo sciopero stesso, comunicando cinque giorni prima della data di effettuazione dello sciopero, i nominativi inclusi nei contingenti, come sopra individuati, alle organizzazioni sindacali locali ed ai singoli interessati. Il medico individuato ha il diritto di esprimere, entro ventiquattro ore dalla ricezione della comunicazione, la volontà di aderire allo sciopero chiedendo la conseguente sostituzione nel caso sia possibile.

Riceviamo dal dott. Gennaro Gadaleta Caldarola

STUDIO OLIS

Invito alla partecipazione

Egregio Collega,

stiamo per dare inizio al progetto di studio "La qualità di vita dei pazienti con malattie croniche: effetti della comunicazione fra medicina ospedaliera e medicina generale" denominato **Olis**.

La realizzazione del progetto prevede la partecipazione delle divisioni di medicina generale e degli ambulatori di medicina generale per l'arruolamento di un numero consistente di pazienti con malattie croniche su cui valutare alcuni indici di qualità di vita.

Saremmo pertanto onorati se anche tu volessi fornire il Tuo contributo alla realizzazione di tale progetto.

BACKGROUND

Nel corso degli ultimi anni sono stati analizzati diversi componenti del sistema sanitario in grado di condizionare l'outcome degli interventi sanitari. La continuità assistenziale è ritenuta un elemento fondamentale per assicurare la qualità della vita dei pazienti. Nessuna informazione è tuttavia disponibile sul ruolo che la comunicazione fra medici dei reparti di medicina interna e medici di medicina generale può avere sulla continuità assistenziale e quindi sul miglioramento dello stato di salute dei pazienti.

OBIETTIVI

Obiettivi a breve termine

- Valutare la qualità della vita dei pazienti con malattie croniche che abbiano avuto almeno un ricovero nel corso dei tre mesi antecedenti l'inizio dell'indagine.
- Identificare le modalità di comunicazione esistenti fra medici ospedalieri e medici di medicina generale

Obiettivi a lungo termine

- Valutare l'effetto delle differenti modalità di comunicazione fra medici delle divisioni di medicina interna e medici di medicina generale sulla qualità di vita dei pazienti.
- Valutare l'effetto di tali modalità di comunicazione sulla qualità del lavoro ed il grado di soddisfazione dei medici partecipanti all'indagine
- Correlare i risultati della valutazione della qualità di vita dei pazienti con gli indicatori di risultato dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza sanitaria distrettuale stabiliti dal decreto 24 luglio 1995 (GU 263 del 10.11.95).
- Realizzare un valido strumento di indagine per monitorare l'outcome dei pazienti e le principali sue determinanti nell'ambito dell'attività professionale quotidiana.

METODI e MATERIALI

L'indagine è condotta su un campione significativo di cittadini della regione Puglia che abbiano subito un ricovero per una malattia cronica in un reparto di Medicina Interna negli ultimi tre mesi.

La valutazione della qualità di vita dei pazienti è effettuata con questionario specifico, composto dalle domande del questionario SF36 (Tarlov et al., 1989) e da alcune domande ricavate dal questionario sullo Stato di Salute GIVIO (Apolone et al., 1994).

Il Gruppo Promotore : Gennaro Gadaleta Caldarola, Claudio Paci

Medici di Medicina Generale

Vincenzo Ostilio Palmieri

Dirigente Medico I livello - Policlinico di Bari

Giuseppe Palasciano

Ordinario Semeiotica Medica - Università di Bari

Ove volessi partecipare o avere ulteriori informazioni puoi contattare il dr Gadaleta Caldarola Gennaro al 080/3976850

Dott. Gennaro Gadaleta Caldarola

E' nata la Scuola Pugliese di Medicina Generale.

[http://utenti.trivod.it/SMG Puglia](http://utenti.trivod.it/SMG_Puglia)

Lo scorso 19 gennaio si é costituita in Bari la "Scuola Pugliese di Medicina Generale".

In analogia a quanto già avvenuto in altre regioni, gli animatori di formazione della SIMG Pugliese hanno sentito l'esigenza unire i propri sforzi e costituire una struttura operativa che rappresenti un punto di riferimento nella nostra regione per quanto riguarda la formazione e la ricerca in Medicina Generale.

La Scuola ha sede in Bari presso la sezione provinciale FIMMG in via Santi Cirillo e Metodio 5/b. Ringraziamo il segretario FIMMG dott. Filippo Anelli per aver messo a disposizione le strutture del Sindacato avendo subito intuito che la Scuola, pur essendo formalmente una associazione tra alcuni medici, quelli che hanno deciso di dedicare una parte del loro tempo alla formazione, è, in realtà, un patrimonio di tutti i Medici di Famiglia.

Sappiamo bene come in Puglia la **Formazione permanente** del Medico di Medicina Generale, espressamente prevista dalle Convenzioni che si sono succedute, non sia stata mai attuata in modo organico, sebbene essa rappresenti un dovere per le ASL, un dovere ed un diritto per il Medico, un diritto per il Cittadino. Nella nostra provincia, le delegazioni FIMMG impegnate nelle trattative aziendali stanno lavorando alacremente affinché la formazione permanente venga attuata con le modalità previste dalla Convenzione ed in modo che risponda alle reali esigenze formative dei Colleghi. La SIMG ha fatto la sua parte presentando, entro il termine previsto del 28 febbraio, un piano di attività formative a tutte le ASL della provincia di Bari. La Scuola Pugliese di Medicina Generale sta già lavorando per coordinare gli animatori di formazione nel difficile ed impegnativo compito a loro affidato, raccogliendo e mettendo a loro disposizione il patrimonio di attività formative che negli ultimi anni sono state realizzate prevalentemente nell'ambito della SIMG e realizzando nuovi progetti.

La **Formazione specifica** (il famoso tirocinio biennale) è una conquista per la Medicina Generale ed è una realtà nella nostra regione ormai da alcuni anni ma presenta, evidentemente, molti aspetti problematici. Lo hanno chiaramente compreso i tanti di noi che si sono generosamente offerti di svolgere il ruolo di tutori nei confronti dei più giovani colleghi o che hanno partecipato a vario livello alle attività seminariali. Senza considerare i gravi problemi organizzativi ed amministrativi da cui il Corso biennale è afflitto, dobbiamo riconoscere come anche sul piano dei contenuti didattici vi siano gravi carenze, mancando pressoché totalmente una progettualità formativa da parte delle strutture che, a vario titolo, sono state chiamate ad occuparsene. Eppure, il percorso didattico dei medici generali in formazione altro non è che il progetto della Medicina Generale per l'immediato futuro e, quindi, rappresenta per noi tutti un obiettivo professionale di importanza strategica. La Scuola Pugliese di Medicina Generale, pur non essendo istituzionalmente coinvolta nella gestione del tirocinio, vuole assumersi il

gravoso compito di definire gli strumenti e gli obiettivi didattici del corso di formazione specifico in Medicina Generale per metterli a disposizione di tutti i Colleghi che saranno coinvolti nella gestione del corso ed offrire loro un punto di riferimento istituzionale di livello regionale.

Infine, ma non meno importante, la **Ricerca**. I Medici di Famiglia italiani non sono abituati a raccogliere sistematicamente i loro dati finalizzandoli ad obiettivi di conoscenza eppure si sta facendo strada sempre più forte la consapevolezza delle enormi potenzialità che la Medicina Generale può esprimere sia nell'ambito della ricerca valutativa che della ricerca scientifica propriamente detta. La Scuola Pugliese di Medicina Generale, pur essendo nata da poco più di due mesi, può vantare già una importante iniziativa, lo studio epidemiologico sull'influenza, condotto in collaborazione con la Scuola Lombarda, la cui fase di raccolta dati è terminata in questi giorni.

Altre iniziative sono in cantiere sia nell'ambito della ricerca che della formazione e ci auguriamo che la Scuola sappia procedere speditamente su questo cammino con il sostegno convinto di tutti i Colleghi.

Perché formazione e ricerca sono il fondamento di qualsiasi attività umana e la Medicina Generale non fa eccezione a questa regola.

Perché i Medici di Famiglia pugliesi meritano di essere rappresentati sul piano professionale da una Società Scientifica autorevole e dotata di adeguati strumenti operativi.

Dott. Gaetano D'Ambrosio

Presidente Incaricato della Scuola Pugliese di Medicina Generale

Presa di posizione del Tribunale per i diritti dei Malati (TDM) LE LIMITAZIONI DELLA CUF SUI FARMACI DANNEGGIANO I PAZIENTI

(ANSA) - ROMA, 4 MAR - Il Tribunale per i diritti del malato (Tdm) prende posizione contro le nuove note limitative sui farmaci predisposte dalla Commissione unica del farmaco (Cuf), ed in particolare contro la nota 48 che prevede limitazioni d'uso dei farmaci gastroprotettori, ovvero anti-ulcera. In una lettera aperta ai membri della Cuf, il Tdm sottolinea infatti come siano cresciute "significativamente", nell'ultimo mese, le richieste di intervento da parte di cittadini costretti ad utilizzare farmaci gastroprotettori, soprattutto pazienti anziani o malati cronici, che non riescono più ad ottenere la prescrizione di questo tipo di farmaci in seguito alla applicazione della nota Cuf. Le segnalazioni, riguardano soprattutto la difficoltà per i pazienti anziani a sottoporsi a gastroscopia e l'aggravamento della condizione dei pazienti con patologie reumatiche, costretti a fare largo uso di farmaci antinfiammatori non steroidei per l'impossibilità di ottenere farmaci gastroprotettori a scopo preventivo. Pur "comprendendo la necessità di un controllo sull'uso indiscriminato di questa classe di farmaci - afferma il Tdm, che chiede un riesame della nota - le scelte operate ci sembrano oltremodo restrittive e scarsamente condivise dai medici. Vari pazienti sono così costretti, in pratica, a farsi carico interamente dell'onere di tali prescrizioni o a rinunciare se la loro condizione economica non lo consenta". 04-MAR-99