

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

Numero 9

In redazione: dott. Giancarlo Tricarico

Maggio 99

NOTIZIARIO PRODOTTO IN PROPRIO E DISTRIBUITO GRATUITAMENTE AGLI ISCRITTI

Indetto dalla FIMMG per giovedì 27 maggio, in accordo con altre sigle sindacali

## SCIOPERO DEI MEDICI DI FAMIGLIA

Giornata di chiusura degli ambulatori: garantite gratuitamente solo le visite domiciliari urgenti

28 APRILE 1999: Dopo un riunione a Roma le sigle sindacali Anaa-Assomed, Andi, Cimo, Fimmg, Sumai hanno aderito alla manifestazione che si svolgerà il 27 maggio al cinema Capranica di Roma alle ore 10.00 a cui parteciperanno tutti i Direttivi degli Ordini dei Medici e Odontoiatri italiani convocando, nella stessa sede e alla stessa ora, i rispettivi Consigli nazionali.

Inoltre è stata indetta per lo stesso giorno della manifestazione, in forma unitaria, una giornata di sciopero dalle ore 8,00 alle ore 20,00 e di chiusura degli studi dei medici e degli odontoiatri.

E' stato concordato inoltre un manifesto di protesta comune rivolto ai cittadini che verrà affisso in tutti gli ospedali, in tutti gli ambulatori specialistici territoriali e in tutti gli studi dei medici di famiglia e degli odontoiatri.

E' stata per altro formalizzata una unità di crisi per valutare giorno dopo giorno l'evolversi della situazione politico sanitaria e per articolare altre forme di protesta che non arrecheranno comunque ulteriori disagi ai cittadini ma anzi dovranno sempre più coinvolgerli in una lotta comune per la difesa di un Servizio sanitario nazionale realmente efficiente, efficace ed equo.

All'interno (pagina 2), in un comunicato stampa della FIMMG nazionale, i motivi della protesta.

### SOMMARIO

Sciopero dei Medici di Famiglia: i motivi	2
Comunicato Stampa	2
Consiglio Nazionale FIMMG: ordine del giorno	2
Bozza del Decreto Delegato per il riordino del SSN	4
Accordo tra Regione Puglia e Sindacati per l'organizzazione della Medicina del Territorio	14
MUD: proroga al 30 giugno del termine di consegna	15
Modificata la nota CUF 51	19
Prescrizioni di FKT: precisazioni	19
La FIMMG per il Kosovo	19
Avviso: scuola quadri	19
Scuola Pugliese di Medicina Generale	20
Asseveramento sulla dinamica reddituale dei MMG	20

### Il caso della collega uccisa in Guardia Medica UNA MORTE ANNUNCIATA

E' così che si esprime Mario Falconi in merito all'omicidio della Dottoressa Maria Monteduro, uccisa barbaramente nell'espletamento delle sue funzioni di medico di guardia territoriale.

Il dolore per il tragico evento, la solidarietà per la famiglia e la speranza che la giustizia faccia rapidamente luce su ogni responsabilità, non possono impedirci di ricordare che altre volte si sono verificati fatti gravi che hanno visto coinvolte soprattutto donne medico durante il servizio.

Da anni - prosegue il leader della Fimmg - denunciando il fatto che certe aree geografiche del Paese, anche a causa dell'attuale strutturazione organizzativa del servizio, sono per i medici ad altissimo rischio. "Siamo gli unici ad avere presentato al Ministro della Sanità una proposta innovativa di riorganizzazione di tale settore atta a qualificare sempre più il ruolo professionale del medico di guardia in un rapporto fiduciario con i medici di famiglia e soprattutto con i cittadini attraverso la istituzionalizzazione dell'équipe territoriale di base." Speriamo - conclude Mario Falconi - che la Legge Delega di riforma sanitaria possa dire una parola chiara e definitiva anche su questi aspetti".

### Senza il contributo della sezione provinciale barese. SIGLATO L'ACCORDO TRA REGIONE PUGLIA E SINDACATI PER L'ORGANIZZAZIONE DELLA MEDICINA DEL TERRITORIO

La delegazione della FIMMG è stata rappresentata dal segretario regionale dott. Luigi Pepe e dal vice segretario, dott. Donato Monopoli.

L'accordo siglato getta le basi per l'organizzazione della medicina del territorio con particolare riguardo alla medicina generale e alla pediatria; sono stati in particolare sviluppati i seguenti temi:

- L'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
- I RAPPORTI CON LA STRUTTURA OSPEDALIERA
- IL BUDGET PER LA MEDICINA DEL TERRITORIO
- IL BUDGET PER IL MEDICO DI LIBERA SCELTA
- IL SISTEMA INCENTIVANTE PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE
- LA FORMAZIONE PERMANENTE PER L'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
- CONTINUITA' ASSISTENZIALE PEDIATRICA

Particolarmente innovativa appare l'introduzione della Guardia Medica Pediatrica.

### INIZIATIVE PER IL KOSOVO

La sezione provinciale barese ha aderito con entusiasmo alla missione Arcobaleno stanziando un contributo in danaro, di lire 1.500.000.

E' stata anche promossa una campagna di adesione di medici volontari per la missione italiana nei campi profughi albanesi.

I medici, iscritti FIMMG e non, che volessero prendere parte all'iniziativa possono contattare il dott. V.De Robertis (a pagina 19 la lettera del segretario Anelli)

## SCIOPERO DEI MEDICI DI FAMIGLIA I motivi della protesta

ANAAO – ANDI – CIMO – FIMMG - SUMAI

### COMUNICATO STAMPA

#### **Sciopero unitario dei medici a difesa di un Servizio sanitario realmente garante del diritto alla salute dei cittadini**

Si sono riuniti a Roma i responsabili dei sindacati medici Anaa-Assomed, Andi, Cimo, Fimmg e Sumai per procedere ad una lettura attenta e congiunta dei Decreti Delegati di riforma della 502 approvati dal Consiglio dei Ministri del 14 aprile u.s.

I sindacati ritengono che l'attuale assetto normativo di riforma proposto determina un colpo grave alla tutela della salute dei cittadini in quanto il Servizio sanitario nazionale, lungi dall'essere rilanciato, rischia di essere definitivamente affossato.

Non va sottaciuto, per altro, il fatto che oltre all'assetto normativo inidoneo rimane cronicamente sottostimato il finanziamento, tra i più bassi d'Europa, del Servizio sanitario.

I cittadini sono di questo ben consapevoli se sono costretti già oggi a sborsare di tasca propria, in aggiunta ai contributi di legge, oltre 40 mila miliardi.

I sindacati aderiscono pertanto alla **manifestazione indetta dalla Fnomceo al Cinema "Capranica" di Roma il giorno 27 maggio p.v. alle ore 10** a cui parteciperanno tutti i Direttivi degli Ordini dei Medici e Odontoiatri italiani convocando, nella stessa sede e alla stessa ora, i rispettivi Consigli nazionali.

**Viene inoltre indetta per lo stesso giorno della manifestazione, in forma unitaria, una giornata di sciopero dalle ore 8,00 alle ore 20,00 e di chiusura degli studi dei medici e degli odontoiatri.**

I Segretari nazionali dei sindacati Anaa-Assomed, Andi, Cimo, Fimmg e Sumai chiedendo scusa ai cittadini italiani per una forma di protesta a cui sono costretti e che non appartiene alla cultura dei medici si impegnano sin d'ora, onde lenire i possibili disagi ai cittadini, a garantire in ambito ospedaliero oltre ai normali servizi per le urgenze anche le prestazioni indifferibili e in ambito territoriale ad effettuare gratuitamente le visite domiciliari urgenti da parte dei medici di famiglia ed a garantire la presenza di un medico specialista per ogni branca del presidio poliambulatoriale territoriale.

E' stato concordato inoltre un manifesto di protesta comune rivolto ai cittadini che verrà affisso in tutti gli ospedali, in tutti gli ambulatori specialistici territoriali e in tutti gli studi dei medici di famiglia e degli odontoiatri.

E' stata per altro formalizzata una unità di crisi per valutare giorno dopo giorno l'evolversi della situazione politico sanitaria e per articolare altre forme di protesta che non arrecheranno comunque ulteriori disagi ai cittadini ma anzi dovranno sempre più coinvolgerli in una lotta comune per la difesa di un Servizio sanitario nazionale realmente efficiente, efficace ed equo.

## CONSIGLIO NAZIONALE FIMMG DEL 17 APRILE 1999

Il Consiglio Nazionale della FIMMG, riunito a Roma nella sede di Piazza Marconi 25, ascoltata la relazione del Segretario Nazionale, la

APPROVA

Il Consiglio Nazionale della FIMMG dopo aver esaminato e discusso i contenuti della Bozza del Decreto Delegato per il riordino del SSN approvata dal Governo, esprime su di essa un giudizio prevalentemente negativo ed in particolare

ESAMINATO ANCHE

L'Ordine del giorno del Consiglio nazionale della FNOOMCeO, del 16/ 4 / 99 che , approvato all'unanimità, rigetta nel metodo e nel merito la stesura della Bozza degli articoli dei decreti delegati sulla riforma della Sanità, approvati dal Governo il 14-4-99, stigmatizzandone la mancata concertazione con le parti mediche, il non rispetto per libertà, indipendenza e responsabilità professionale del medico, cardini di qualsiasi sistema sanitario, la sottostima dei finanziamenti, l'inadeguata progettualità per il raggiungimento dei livelli appropriati di assistenza, lo stravolgimento di alcuni provvedimenti adottati, in confronto alle deleghe affidate al Governo dal Parlamento, tanto da configurarsi l'ipotesi di eccesso di delega

CONSIDERATO

Che, nello stesso Ordine del giorno del Consiglio Nazionale della FNOOMCeO si dà mandato al suo Comitato Centrale di intraprendere una serie di urgenti iniziative, fino alle dimissioni dei membri del Comitato centrale della FNOOMCeO e O e di tutti i Consigli degli Ordini provinciali ed al ritiro di tutti i medici operanti in tutto il territorio nazionale dai comitati o commissioni istituzionali del Sistema Sanitario Nazionale,

RILEVA

la sostanziale inadeguatezza dei contenuti della Bozza del Decreto

Delegato per il riordino del SSN, a risolvere i problemi critici dell'attuale ordinamento del SSN, in particolare una insufficiente rafforzamento dell'assistenza territoriale - ancora una volta a vantaggio delle strutture erogatrici di prestazioni di secondo livello - e pertanto l'impossibilità a perseguire un reale processo di razionalizzazione dell'impiego delle limitate risorse disponibili per la tutela della salute dei cittadini ed un miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria in generale.

Il Consiglio Nazionale della FIMMG, ancora una volta è costretto a constatare la mancata reale valorizzazione del ruolo centrale del medico di famiglia, pur avendo la categoria dimostrato più volte in modo propositivo di voler contribuire al perfezionamento del SSN nell'interesse primario del cittadino. La FIMMG in particolare

CONSIDERA INACCETTABILI

La sistematica esclusione della partecipazione dei medici di famiglia ai momenti decisionali del processo di gestione dell'assistenza sanitaria con particolare riguardo al Piano sanitario nazionale e regionale, alla organizzazione, programmazione e gestione aziendale, al governo della formazione e dell'accreditamento.

La previsione di un sistematico inserimento del medico di famiglia nei servizi direttamente gestiti dal distretto, quali poliambulatori, consultori, servizi per le tossicodipendenze, ecc.) imponendogli un'attività mista, oraria e capitaria, al fine di realizzare una sorta di dipendenza del medico di famiglia da figure funzionali del distretto; ciò determinerebbe un allontanamento del medico dalle sue attività assistenziali per un certo periodo della giornata, e restringerebbe le possibilità occupazionali di un grande numero di medici disoccupati;

L'arbitraria riduzione dell'età pensionabile, che, oltre a rappresentare una reativa controtendenza nella realtà nazionale

ed europea, comporterebbe per la categoria una doppia ingiusta penalizzazione: da una parte un'insufficiente copertura previdenziale per le generazioni più giovani, in particolare per quei colleghi che raggiungono con incolpevole ritardo una dignitosa collocazione professionale, dall'altra un danno immediato a tutta la categoria che per evitare il collasso del proprio ente previdenziale dovrebbe sopportare un consistente aumento della contribuzione a danno dei già inadeguati onorari professionali;

Le inique limitazioni, alla libera professione dei medici di famiglia, imposte con eccesso di delega per prevaricazione del Parlamento, di cui non si sono rispettati i limiti del mandato, particolarmente in un momento in cui l'attività libero professionale viene indicata come possibile volano, anche nell'area della dipendenza ospedaliera, di maggiore professionalità delle strutture pubbliche e dei suoi servizi. La categoria non può, anche per la tutela del diritto del cittadino a scegliere liberamente il professionista a cui affidare la soluzione di problemi specifici, rinunciare a parte della propria professionalità ed imporre una penalizzazione al valore aggiunto che essa può rappresentare per la medicina generale.

Il Consiglio Nazionale della FIMMG,

#### ESPRIME FORTI CRITICHE

Alla insufficiente autonomia gestionale riconosciuta al distretto, che pure è, insieme ad un finanziamento budgetario, presupposto irrinunciabile al tanto auspicato perseguimento di un graduale riequilibrio fra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera;

Alla mancata abrogazione del comma 1 bis dell'art. 8, la cui efficacia viene addirittura demagogicamente estesa dal 31 dicembre 1992 al 31 dicembre 1998, e ciò non ostante la legge di delega avesse espressamente escluso da questo provvedimento i medici della continuità assistenziale;

Alla definizione del dipartimento e del suo Comitato da cui è assolutamente preclusa la partecipazione dei medici di famiglia;

Alla regolamentazione della formazione permanente, che appare dirigistica e distante da un coinvolgimento dei professionisti, che pure sono al tempo stesso i protagonisti ed i destinatari della stessa.

Alla disarmonica composizione della Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari.

Al ritorno di un esasperato controllo centrale del Sistema Sanitario, senza un'adeguata ed efficace propositività decentrata, in confronto con il carico periferico di costi e responsabilità.

Il Consiglio Nazionale della FIMMG,

#### CHIAMA

tutti i medici di famiglia a farsi parte attiva per spiegare ai singoli cittadini ed all'opinione pubblica i difetti della proposta di Decreto delegato ed i gravi rischi che la sua trasformazione in Decreto Legislativo potrebbe comportare per la qualità dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese e per la sopravvivenza stessa del SSN.

A tal fine

#### DA' MANDATO

alla Segreteria nazionale di promuovere ed organizzare una giornata di protesta atta a sensibilizzare tutte le forze sociali e politiche al problema dei contenuti della Bozza di Decreto delegato in oggetto, in collaborazione con le forze sociali, professionali e politiche alleate contro le prevaricazioni e gli arbitri perpetrati ai dettati dei membri del Parlamento italiano ed in particolare ai componenti della maggioranza parlamentare, il cui mandato è stato arbitrariamente prevaricato.

#### INDICA

Alla Segreteria nazionale come pregiudiziali all'inizio delle

trattative per il rinnovo della Convenzione Unica :

L'abolizione dell'iniqua e sconsiderata norma che prevede il pensionamento obbligatorio, così come espressa nella Bozza del decreto delegato

L'abolizione dell'incompatibilità relativa al pagamento di prestazioni, da parte dell'assistito, al medico scelto, come espresso nell'articolo 8, punto c) della Bozza in oggetto.

Il Consiglio nazionale della FIMMG,

#### AUSPICA

che nelle prossime settimane le Commissioni Parlamentari, la Conferenza Stato-Regioni, il Ministro della Sanità ed il Governo siano disponibili ad un approfondito riesame della bozza dei decreti delegati, al fine di consentire perfezionamenti concertati, ed a ciò si dichiara responsabilmente disponibile fin da ora. Presentato da : MILILLO, PALMAS, AUSILI, DEL BARONE, COSTA, SANTI

### **ORDINE DEL GIORNO**

Il Consiglio Nazionale della FIMMG, riunito a Roma il 17-04-1999 presso la Sede nazionale di Piazza Marconi 25,

#### VERIFICATA

L'impossibilità di sviluppare con altri soggetti collaborazioni che comprendano specifiche deleghe nel campo della formazione, pur riconoscendo il significato che la SIMG ha ed ha avuto per la professione,

#### RIBADITA

L'importanza strategica di questo settore per il futuro della medicina generale

#### VALUTATA

la necessità di definire una politica fondata sul circuito della contrattazione tale da perseguire la regolamentazione delle attività dei medici di famiglia che svolgono attività di formazione nell'A.C.N. in modo da:

valorizzare il patrimonio formativo della categoria costituito dalle attività e dai medici di famiglia che svolgono funzioni di docenza nel biennio per la formazione specifica della medicina generale,

promuovere un modello di sviluppo della formazione che offra pari opportunità a tutti i medici di medicina generale italiani

Al fine di perseguire questi obiettivi

#### ISTITUISCE

Il Coordinamento nazionale della formazione specifica, che sarà composto da un delegato per ogni Regione e

#### DA MANDATO

Al Presidente nazionale, Antonio Panti, di avviare in tempi brevi i lavori di tale Coordinamento ed

#### AUSPICA

La realizzazione di condizioni favorevoli allo sviluppo di proficue collaborazioni.

Presentata da Luigi Santi

### **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](mailto:fimmgba@iol.it).  
Stiamo creando una lista di distribuzione per informarvi in modo tempestivo su tutte le novità di interesse sindacale.

## LA BOZZA DEL DECRETO DELEGATO PER IL RIORDINO DEL SSN (Stralciati gli articoli riguardanti i Medici di Famiglia)

### SCHEMA DI DECRETO LEGISLATIVO DELEGA AL GOVERNO PER LA RAZIONALIZZAZIONE DEL SSN E PER L'ADOZIONE DI UN TESTO UNICO IN MATERIA DI ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DEL SSN MODIFICHE AL DECRETO LEGISLATIVO 30-12-92 N.502

#### Articolo 1

#### modificazioni all'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

1. L'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dal seguente:

*“Articolo 1*

*Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza*

1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività dei Servizi sanitari regionali e degli enti e istituzioni di rilievo nazionale, nel rispetto dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto.

2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, dell'appropriatezza rispetto alle specifiche esigenze e dell'economicità nell'impiego delle risorse.

3. L'individuazione delle priorità assistenziali e delle prestazioni assicurate a garanzia dei livelli essenziali di assistenza è contestuale alla determinazione delle risorse finanziarie da assegnare alla tutela della salute.

4. Le Regioni, singolarmente o attraverso strumenti di autoordinamento, elaborano proposte per la predisposizione del Piano sanitario nazionale, con riferimento alle esigenze del livello territoriale considerato e alle funzioni interregionali da assicurare prioritariamente, anche sulla base delle indicazioni del Piano vigente e dei livelli essenziali di assistenza ivi individuati o negli atti che ne costituiscono attuazione. Anche ai fini della determinazione del fabbisogno complessivo del Servizio sanitario nazionale e della valutazione della sua compatibilità con la programmazione socio-economica nazionale, le Regioni trasmettono al ministro della Sanità, non oltre il sessantesimo giorno precedente il termine di presentazione alle Camere del Documento di programmazione economico-finanziaria di cui all'articolo 3, comma 1, della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modifiche, la Relazione annuale sullo stato di attuazione del Piano sanitario regionale, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo.

5. Il Governo, su proposta del ministro della Sanità, sentite le commissioni parlamentari competenti per la materia che si esprimono entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'atto, predispone il Piano sanitario nazionale, tenendo conto delle proposte trasmesse dalle Regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente. Il Governo, ove si discosti dal parere delle commissioni parlamentari, è tenuto a motivare. Il Piano è adottato ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

6. I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle seguenti aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale per il 1998-2000:

a) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;

b) assistenza distrettuale;

c) assistenza ospedaliera.

Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:

a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2;

b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;

c) non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza. Le prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia possono essere erogate in istituzioni sanitarie accreditate dal Ssn esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione autorizzati dal ministero della Sanità.

7. Il Piano sanitario nazionale ha durata triennale ed è adottato dal Governo entro il 30 ottobre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente. Il Piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio con la procedura di cui al comma 5.

8. Il Piano sanitario nazionale indica:

a) le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle disuguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;

b) i livelli essenziali di assistenza sanitaria, da assicurare per il triennio di validità del Piano;

c) la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;

d) gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovra-regionale;

e) i progetti-obiettivo, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali;

f) le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;

g) le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;

h) le linee-guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;

i) i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

9. I progetti-obiettivo previsti dal Piano sanitario nazionale sono adottati dal ministro della Sanità con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il ministro del Tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con gli altri ministri competenti per materia, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

10. La Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal ministro della Sanità:

a) illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale;

b) descrive le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario nazionale;

c) espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale;

d) riferisce sui risultati conseguiti dalle Regioni in riferimento all'attuazione dei Piani sanitari regionali;

## LA BOZZA DEL DECRETO DELEGATO PER IL RIORDINO DEL SSN

e) fornisce indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

11. Il Piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Le Regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i Piani sanitari regionali, prevedendo forme di partecipazione dei Comuni, ai sensi dell'articolo 2, comma 2-bis, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal Servizio sanitario nazionale.

12. Le Regioni stabiliscono le modalità di acquisizione del parere del ministero della Sanità sullo schema di Piano sanitario regionale ove questo sia adottato con atto non legislativo né regolamentare. Qualora il Piano sanitario regionale sia adottato con atto regolamentare, nell'esercizio del controllo sul medesimo ai sensi dell'articolo 17, comma 32, della legge 15 maggio 1997, n. 127, è acquisito il parere del ministero della Sanità. Il parere è reso entro il termine di dieci giorni, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

13. Il ministro della Sanità promuove forme di collaborazione e linee-guida comuni in funzione dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore, salva l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento. Per quest'attività il ministero si avvale dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

14. La mancanza del Piano sanitario regionale non comporta l'inapplicabilità delle disposizioni del Piano sanitario nazionale.

15. Trascorso un anno dall'entrata in vigore del Piano sanitario nazionale senza che la Regione abbia adottato il Piano sanitario regionale, alla Regione non è consentito l'accreditamento di nuove strutture. Il ministro della Sanità, sentita la Regione interessata, fissa un termine non inferiore a tre mesi per provvedervi. Decorso inutilmente tale termine, il Consiglio dei ministri, su proposta del ministro della Sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, adotta gli atti necessari per dare attuazione nella Regione al Piano sanitario nazionale, anche mediante la nomina di commissari ad acta.

16. Le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate di cui all'articolo 4, comma 12, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona. Ai fini del presente decreto sono da considerarsi a scopo non lucrativo le istituzioni che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, qualora ottemperino a quanto previsto dalle disposizioni di cui all'articolo 10, comma 1, lettere d), e), f), g), e h), e comma 6 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460; resta fermo quanto disposto dall'articolo 10, comma 7, del medesimo decreto.”.

### Articolo 2

#### **Modificazioni all'articolo 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502**

1. All'articolo 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo il comma 2 sono aggiunti i seguenti commi:

“2-bis. La legge regionale istituisce e disciplina la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, assicurandone il raccordo o l'inserimento nell'organismo rappresentativo delle autonomie locali, ove istituito. Fanno, comunque, parte della Conferenza: il sindaco del Comune nel caso in cui l'ambito territoriale dell'azienda unità sanitaria locale coincida con quello del Comune; il presidente della Conferenza dei sindaci, ovvero il sindaco o i presidenti di circoscrizione nei casi in cui l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale sia rispettivamente

superiore o inferiore al territorio del Comune; rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.

2-ter. Il progetto del Piano sanitario regionale è sottoposto alla Conferenza di cui al comma 2-bis, ed è approvato previo esame delle osservazioni eventualmente formulate dalla Conferenza. La Conferenza partecipa, altresì, nelle forme e con le modalità stabilite dalla legge regionale, alla verifica della realizzazione del Piano attuativo locale, da parte delle aziende ospedaliere di cui all'articolo 4, e dei piani attuativi metropolitani.

2-quater. Le Regioni, nell'ambito della loro autonomia, definiscono i criteri e le modalità anche operative per il coordinamento delle strutture sanitarie operanti nelle aree metropolitane di cui all'articolo 17, comma 1, della legge 8 giugno 1990, n. 142, nonché l'eventuale costituzione di appositi organismi.

2-quinquies. La legge regionale disciplina il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, definendo in particolare le procedure di proposta, adozione e approvazione del Piano attuativo locale e le modalità della partecipazione a esso degli enti locali interessati. Nelle aree metropolitane il piano attuativo metropolitano è elaborato dall'organismo di cui al comma 2-quater, ove costituito.

2-sexies. La Regione disciplina altresì:

a) l'articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali, le quali assicurano attraverso servizi direttamente gestiti l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, salvo quanto previsto dal presente decreto per quanto attiene alle aziende ospedaliere di rilievo nazionale e interregionale e le altre strutture pubbliche e private accreditate;

b) i principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis;

c) la definizione dei criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti, da parte dell'atto di cui all'articolo 3, comma 1-bis, tenendo conto delle peculiarità delle zone montane e a bassa densità di popolazione;

d) il finanziamento delle unità sanitarie locali, sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente con criteri coerenti con quelli indicati all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;

e) le modalità di vigilanza e di controllo, da parte della Regione medesima, sulle unità sanitarie locali, nonché di valutazione dei risultati delle stesse, prevedendo in quest'ultimo caso forme e modalità di partecipazione della Conferenza dei sindaci;

f) l'organizzazione e il funzionamento della Commissione regionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari, la quale opera in raccordo e cooperazione con la Commissione nazionale di cui all'articolo 19-bis;

g) fermo restando il generale divieto di indebitamento, la possibilità per le unità sanitarie locali di:

1) anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi, inclusi i trasferimenti, iscritti nel bilancio preventivo annuale;

2) contrazione di mutui e accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino a un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale e interessi, non superiore al quindici per cento delle entrate proprie correnti a esclusione della quota di Fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla Regione;

h) le modalità con cui le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere assicurano le prestazioni e i servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza finanziati dai Comuni ai sensi dell'articolo 2 comma 1, lettera l, della legge del 30 novembre 1998, n. 419.

2-septies. Le Regioni istituiscono entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto l'elenco ufficiale delle istituzioni e degli organismi a scopo non lucrativo di cui all'articolo 1, comma 15.

2-octies. Salvo quanto diversamente disposto, quando la Regione non adotta i provvedimenti previsti dai commi 2-bis, 2-ter, 2-quinquies e 2-septies, il ministro della Sanità, sentite la

## LA BOZZA DEL DECRETO DELEGATO PER IL RIORDINO DEL SSN

Regione interessata e l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, fissa un congruo termine per provvedere; decorso tale termine, il ministro della Sanità, sentito il parere della medesima Agenzia e previa consultazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, propone al Consiglio dei ministri l'intervento sostitutivo, anche sotto forma di nomina di un commissario ad acta. L'intervento adottato dal Governo non preclude l'esercizio delle funzioni regionali per le quali si è provveduto in via sostitutiva ed è efficace sino a quando i competenti organi regionali abbiano provveduto.”.

### Articolo 3

#### Modificazioni all'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

1. L'articolo 3, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dai seguenti:

“1. Le Regioni, attraverso le unità sanitarie locali, assicurano i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, avvalendosi anche delle aziende di cui all'articolo 4.

1-bis. In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri stabiliti con la legge regionale di cui all'articolo 2, comma 2-sexies. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica.

1-ter. Le aziende di cui ai commi 1 e 2 informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie. Agiscono mediante atti di diritto privato. I contratti di fornitura di beni e servizi, il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, sono appaltati o contrattati direttamente secondo le norme di diritto privato indicate nell'atto aziendale di cui al comma 1-bis.

1-quater. Sono organi dell'azienda il direttore generale e il collegio sindacale. Il direttore generale adotta l'atto aziendale di cui al comma 1-bis; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario, nonché, salvo diversa determinazione regionale, dal direttore socio-sanitario. La previsione del direttore socio-sanitario non si applica alle aziende di cui all'articolo 4. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione strategica di cui all'articolo 17-bis.

1-quinquies. Il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il direttore socio-sanitario sono nominati dal direttore generale e partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione strategica dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.”.

2. Sono abrogati i commi 2; 3; 4; 5, lettere a), b), c), d), e), f); 6. quarto, quinto, settimo, dodicesimo, tredicesimo periodo; 7 primo, secondo, terzo, quarto, ottavo limitatamente alle parole “e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza”, nono periodo; 8 e 12 dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni.

3. Dopo l'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono aggiunti i seguenti articoli:

#### *“Articolo 3-bis*

*Direttore generale, direttore amministrativo, direttore sanitario,*

#### *direttore socio-sanitario*

1. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui all'articolo 1 del decreto legge 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla legge 17 ottobre 1994 n. 590, senza necessità di valutazioni comparative.

2. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio. Scaduto tale termine, si applica l'articolo 2, comma 2-octies.

3. Gli aspiranti devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

a) diploma di laurea;

b) esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso.

4. I direttori generali nominati devono produrre, all'atto della nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. I predetti corsi sono organizzati e attivati dalle Regioni, anche in ambito interregionale e in collaborazione con le Università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'articolo 16-ter, operanti nel campo della formazione manageriale, con periodicità almeno biennale. I contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata dei corsi, non inferiore a centoventi ore programmate in un periodo non superiore a sei mesi, nonché le modalità di conseguimento della certificazione, sono stabiliti con decreto del ministro della Sanità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del presente decreto. I direttori generali in carica e quelli nominati entro un anno dall'entrata in vigore del presente decreto producono il certificato di cui al presente comma entro un triennio da tale data.

5. Le Regioni determinano preventivamente, in via generale, i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali; all'atto della nomina di ciascun direttore generale, esse definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi. In assenza di determinazione regionale dei criteri, si applica l'articolo 2, comma 2-octies; ove manchi, o sia manifestamente carente, la determinazione degli obiettivi, il Consiglio dei ministri nomina un commissario ad acta.

6. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la Regione procede alla verifica dei risultati aziendali conseguiti e, sentito il parere del sindaco o della Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, procede o meno alla conferma, entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine; la disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale, salvo quanto disposto dal comma 7.

7. Quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, la Regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione; in tali casi la Regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla Regione di risolvere il contratto del direttore generale, dichiarandone la decadenza, o di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto.

8. In ogni procedimento di revoca si prescinde dal parere della

## LA BOZZA DEL DECRETO DELEGATO PER IL RIORDINO DEL SSN

Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, nei casi di particolare gravità e urgenza.

9. Quando i procedimenti di valutazione e di revoca di cui ai commi 5, 6 e 7 riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis è integrata con il sindaco del Comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda.

10. Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del direttore socio-sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del Titolo terzo del libro quinto del codice civile. La Regione disciplina le cause di risoluzione del rapporto con il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il direttore socio-sanitario.

11. La Regione può stabilire che il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo e di direttore socio-sanitario sia subordinato, in analogia a quanto previsto per il direttore sanitario dall'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di direttore generale o del corso di formazione manageriale di cui all'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato.

12. La carica di direttore generale è incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo, ancorché in regime di aspettativa senza assegni, ferma restando la facoltà per le pubbliche amministrazioni di riammettere in servizio il dipendente alla cessazione dell'incarico, su sua richiesta e in presenza di un posto vacante in organico. In sede di prima applicazione il regime della incompatibilità non si applica, fino alla scadenza del contratto, ai direttori generali già in carica.

13. La nomina a direttore amministrativo, direttore sanitario nonché, ove previsto, di direttore socio-sanitario determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa senza assegni. L'aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza. Le amministrazioni di appartenenza provvedono a effettuare il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali comprensivi delle quote a carico del dipendente, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito nei limiti dei massimali di cui all'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, e a richiedere il rimborso di tutto l'onere da esse complessivamente sostenuto all'unità sanitaria locale o all'azienda ospedaliera interessata, la quale procede al recupero della quota a carico dell'interessato.

14. Per i direttori generali e per coloro che, fuori dei casi di cui al comma 12, siano iscritti all'assicurazione generale obbligatoria e alle forme sostitutive ed esclusive della medesima, la contribuzione dovuta sul trattamento economico corrisposto nei limiti dei massimali previsti dall'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, è versata dall'unità sanitaria locale o dall'azienda ospedaliera di appartenenza, con recupero della quota a carico dell'interessato.

15. In sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502 si applica il comma 4 del presente articolo.

16. Il rapporto di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale è regolato dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni. Per la programmazione delle assunzioni si applica l'articolo 39 della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

*Articolo 3-ter*  
*Collegio sindacale*

1. Il collegio sindacale:

- a) controlla l'amministrazione dell'azienda;
- b) vigila sull'osservanza della legge, anche con riferimento all'esatto adempimento degli obblighi di trasmissione dei flussi informativi previsti dalla normativa statale e regionale;
- c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- d) riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del Comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.

2. I componenti del collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.

3. Il collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da cinque membri, di cui due designati dalla Regione, uno designato dal ministro del Tesoro, del bilancio e della programmazione economica, uno dal ministro della Sanità e uno dalla Conferenza dei sindaci o dai presidenti dei consigli circoscrizionali; per le aziende ospedaliere quest'ultimo componente è designato dall'organismo di rappresentanza dei Comuni. I componenti del collegio sindacale sono scelti tra esperti di organizzazione e gestione dei servizi sanitari, ovvero tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il ministero di Grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del ministero del Tesoro, bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali.

*Articolo 3-quater*  
*Il distretto*

1. La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale, nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalle disposizioni di cui al comma 3 del presente articolo, all'articolo 3-quinquies, comma 2 e all'articolo 3-sexies, comma 3; ove la Regione non disponga, si applicano le predette disposizioni. Il distretto è individuato, sulla base dei criteri di cui all'articolo 2, comma 2-sexies, lettera c), dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, in considerazione delle condizioni geomorfologiche e degli insediamenti umani e produttivi, e garantendo una popolazione minima di sessantamila abitanti.

2. Il distretto provvede alla gestione diretta dei servizi di assistenza primaria, per quanto concerne le attività sanitarie e le attività socio-sanitarie di cui al successivo articolo 3-quinquies; assicura il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Piano territoriale di salute. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento.

3. Il Piano territoriale di salute, ispirato al principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:

- a) prevede la localizzazione dei servizi a gestione diretta di cui all'articolo 3-quinquies,
- b) determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-septies e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei Comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;
- c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale, tenuto conto delle priorità definite a livello regionale.

## LA BOZZA DEL DECRETO DELEGATO PER IL RIORDINO DEL SSN

4. Il Comitato dei sindaci di distretto, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati dalla Regione, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Piano territoriale di salute. Nei Comuni la cui ampiezza territoriale coincide con quella dell'unità sanitaria locale o la supera il Comitato dei sindaci di distretto è sostituito dal Comitato dei presidenti di circoscrizione.

### *Articolo 3-quinquies* *Funzioni e risorse del distretto*

1. Le Regioni disciplinano l'organizzazione del distretto in modo da garantire:

- a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta con i servizi di guardia medica notturna e festiva;
- b) l'organico inserimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nelle strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, garantendo inoltre il necessario coordinamento con le strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere accreditate;
- c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni.

2. Il distretto garantisce:

- a) presidi ambulatoriali polispecialistici;
- b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- d) attività o servizi rivolti a disabili e anziani;
- e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

Trovano inoltre collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona.

### *Articolo 3-sexies* *Direttore di distretto*

1. Il direttore del distretto realizza le indicazioni della direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto, allocandole in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi e l'integrazione tra i servizi, nella logica della continuità assistenziale. Il direttore del distretto supporta la direzione generale nei rapporti con i sindaci del distretto.

2. Il direttore di distretto può avvalersi di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale e uno dei pediatri di libera scelta operanti nel distretto.

3. L'incarico di direttore di distretto è attribuito a un dirigente sanitario di secondo livello dell'azienda con almeno cinque anni di anzianità di funzione. L'incarico può essere attribuito, per particolari esigenze, a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, da almeno dieci anni, ovvero a estranei all'azienda, purché in possesso di esperienza gestionale almeno decennale, con qualifica di dirigente in aziende o enti pubblici o privati, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

4. La legge regionale disciplina gli oggetti di cui agli articoli 3-quater, comma 3, 3-quinquies, comma 2 e 3-sexies, comma 3, nel rispetto dei principi fondamentali desumibili dalle medesime disposizioni; ove la Regione non disponga, si applicano le predette disposizioni.

### *Articolo 3-septies*

### *Integrazione socio-sanitaria*

1. Si definiscono prestazioni socio-sanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.

2. Le prestazioni socio-sanitarie comprendono:

- a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di handicap o di emarginazione collegati allo stato di salute.

3. L'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), della legge 30 novembre 1998, n. 419, da emanarsi entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, individua, sulla base dei principi e criteri direttivi di cui al presente articolo, le prestazioni da ricondurre alle tipologie di cui al comma 2, lettere a) e b), precisando i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai Comuni. Con il medesimo atto sono individuate le prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria e definiti i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario cui correlare le quote capitarie relative al fondo sociale.

4. L'elevata integrazione socio-sanitaria attiene prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. In tali aree sono assicurate le prestazioni socio-sanitarie mediante percorsi assistenziali integrati, in grado di garantire continuità, anche nel lungo periodo, tra azioni di cura e riabilitazione.

5. Le prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono assicurate e gestite dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali.

6. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. La Regione definisce altresì criteri di finanziamento per le prestazioni sanitarie di rilevanza sociale sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.

7. Con decreto interministeriale, di concerto tra il ministro della Sanità, il ministro per la Solidarietà sociale e il ministro per la Funzione pubblica, è individuata all'interno della Carta dei servizi una sezione dedicata agli interventi e ai servizi socio-sanitari.

### *Articolo 3-octies* *Gestione unitaria e integrata dei servizi socio-sanitari*

1. Le Regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali Comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su scala distrettuale, delle attività socio-sanitarie di rispettiva competenza. Le Regioni determinano altresì, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 3-septies, comma 3, il finanziamento per i servizi sanitari a rilievo sociale, con particolare riferimento a quelli a elevata integrazione sanitaria.

### *Articolo 3-nonies* *Integrazione professionale*

1. L'assistenza socio-sanitaria ha caratteristiche

## LA BOZZA DEL DECRETO DELEGATO PER IL RIORDINO DEL SSN

interprofessionali nelle seguenti fasi: valutazione interdisciplinare del bisogno, elaborazione dei piani di lavoro, erogazione dell'assistenza, verifica e valutazione dell'efficacia dell'intervento.

2. Con decreto del ministro della Sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità, di concerto con il ministro per la Solidarietà sociale, sono integrate le tabelle dei servizi, delle specializzazioni e delle discipline previste per l'accesso alla dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale con l'introduzione dell'area delle prestazioni socio-sanitarie comprendente idonee discipline.

3. Il ministro della Sanità, con decreto emanato di concerto con il ministro per la Solidarietà sociale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, istituisce, all'interno del Servizio sanitario, l'area delle prestazioni socio-sanitarie, individuando le discipline e le equipollenze per le idoneità di accesso alla dirigenza dell'area.

4. Con decreto del ministro della Sanità, di concerto con i ministri dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica e per la Solidarietà sociale, sono individuati i profili professionali dell'area socio-sanitaria, disciplinando in via prioritaria i profili professionali dell'assistente sociale, dell'educatore e degli operatori socio-sanitari dell'assistenza residenziale e domiciliare.

5. Le figure professionali di livello non dirigenziale operanti nell'area delle prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria sono individuate con regolamento del ministro della Sanità, di concerto con i ministri dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica e per la Solidarietà sociale, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400; i relativi ordinamenti didattici sono definiti dagli atenei, ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127 sulla base di criteri generali determinati con decreto del ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica, emanato di concerto con gli altri ministri interessati, tenendo conto dell'esigenza di una formazione interdisciplinare, adeguata alle competenze delineate nei profili professionali e attuata con la collaborazione di più facoltà universitarie.”.

### Articolo 4

#### Modificazioni all'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

1. L'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 è sostituito dai seguenti:

“1. Per specifiche esigenze assistenziali di ricerca scientifica, nonché di didattica del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dei criteri e delle modalità di cui al comma 2, possono essere costituiti o confermati in aziende, disciplinate dall'articolo 3, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, con le particolarità procedurali e organizzative previste dalle disposizioni attuative dell'articolo 11, comma 1, lettera b) della legge 15 marzo 1997, n. 59; le aziende di cui all'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419, salvo quanto verrà disciplinato in sede di attuazione della delega ivi prevista; le aziende ospedaliere di rilievo nazionale o interregionale.

1-bis. Nell'ambito della riorganizzazione della rete dei servizi conseguente al riordino del sistema delle aziende previsto dal presente decreto, le Regioni possono proporre la costituzione o la conferma in aziende ospedaliere dei presidi ospedalieri in possesso di tutti i seguenti requisiti:

- a) organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura, disciplinata dall'atto di cui all'articolo 3, comma 1-bis, in coerenza con l'articolo 17-bis;
- b) disponibilità di un sistema di contabilità economico patrimoniale e di una contabilità per centri di costo;
- c) presenza di almeno tre unità operative di alta specialità secondo le specificazioni di cui al decreto del ministro della Sanità 29 gennaio 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 26 del 1° febbraio 1992, e successive modificazioni;

d) dipartimento di emergenza di secondo livello, ai sensi dell'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31 marzo 1992, e successive modificazioni, secondo le specificazioni contenute nell'Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria pubblicate nella Gazzetta Ufficiale n. 114 del 17 maggio 1996;

e) ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale, così come previsto dal Piano sanitario regionale;

f) attività di ricovero in degenza ordinaria, nel corso dell'ultimo triennio, per pazienti residenti in Regioni diverse, superiore di almeno il venti per cento rispetto al valore medio regionale, salvo che per le aziende ubicate in Sicilia e in Sardegna;

g) indice di complessità della casistica dei pazienti trattati in ricovero ordinario, nel corso dell'ultimo triennio, superiore ad almeno il venti per cento del valore medio regionale;

h) disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente per consentire lo svolgimento delle attività istituzionali di tutela della salute e di erogazione di prestazioni sanitarie.

I requisiti di cui alle lettere c) e d) non si applicano agli ospedali specializzati di cui al decreto ministeriale 31 gennaio 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 127 del 2 giugno 1995.

1-ter. Nel predisporre il Piano sanitario regionale, e comunque dopo tre anni dall'entrata in vigore del presente decreto, la Regione procede a verificare la permanenza dei requisiti di cui al comma 1-bis e a valutare l'equilibrio economico delle aziende ospedaliere costituite nel suo ambito territoriale. In caso di grave disavanzo nel triennio considerato, oppure di perdita dei requisiti di cui al comma 1-bis, la costituzione in azienda viene revocata, secondo le procedure previste per la costituzione medesima, e la Regione individua l'unità sanitaria locale subentrante nei relativi rapporti attivi e passivi.

1-quater. I presidi attualmente costituiti in aziende ospedaliere, con esclusione dei presidi di cui al comma 6, per i quali viene richiesta la conferma e che non soddisfano i requisiti di cui al comma 1-bis, possono essere confermati per un periodo massimo di tre anni, sulla base di un progetto di adeguamento presentato dalla Regione, con la procedura di cui al comma 1-quinquies. Alla scadenza del termine previsto nel provvedimento di conferma, la Regione attiva la procedura di cui all'ultimo periodo del comma 1-ter. Si applica l'articolo 2, comma 2-octies.

1-quinquies. Le Regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, trasmettono al ministro della Sanità le proprie indicazioni ai fini della individuazione degli ospedali di rilievo nazionale o interregionale da costituire in azienda ospedaliera avuto riguardo a quanto previsto dal comma 1-bis. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto il ministro della Sanità, attenendosi alle indicazioni pervenute dalle Regioni previa verifica dei requisiti e, in mancanza, sulla base di proprie valutazioni, formula le proprie proposte al Consiglio dei ministri, il quale individua gli ospedali da costituire in azienda ospedaliera. Entro sessanta giorni dalla data della deliberazione del Consiglio dei ministri, le Regioni costituiscono in azienda, ai sensi del comma 1, i predetti ospedali.

1-sexies. Le Regioni definiscono le modalità dell'integrazione dell'attività assistenziale delle aziende di cui al comma 1 nella programmazione regionale e le forme della collaborazione con le unità sanitarie locali in rapporto alle esigenze assistenziali dell'ambito territoriale in cui operano, anche ai sensi degli articoli 3-septies e 3-octies.

2. Sono abrogati i commi 2, lettera a), primo periodo e lettera b), 4 e 7 dell'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni.”.

### Articolo 8

#### Modificazioni all'articolo 8 del decreto legislativo 30

## LA BOZZA DEL DECRETO DELEGATO PER IL RIORDINO DEL SSN

**dicembre 1992, n. 502**

1. L'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dal seguente:

*"Articolo 8*

***Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta***

1. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:

- a) prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;
- b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la riacquiescenza della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali e accertati motivi di incompatibilità;
- c) prevedere che l'accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, da parte dell'assistito di prestazioni rese dal medico scelto comporti il venir meno del rapporto con il Servizio sanitario nazionale;
- d) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto affidato, corrisposta su base annuale come corrispettivo delle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera f); una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f), nonché dell'allargamento dell'ambito di attività dei medici;
- e) concordare, unitamente alle organizzazioni sindacali delle categorie di guardia medica e dei medici di medicina dei servizi, i compiti e le prestazioni da assicurare in base alla quota fissa per assistito, definendo gli ambiti rimessi ad accordi di livello regionale, i quali dovranno prevedere le specificità di settori aventi caratteristiche particolari e garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, anche attraverso lo sviluppo di appropriate forme di associazionismo medico, come previsto dalla lettera j);
- f) prevedere le modalità attraverso le quali le unità sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, concordino i programmi di attività e i conseguenti livelli di spesa programmati dei medici singoli o associati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto;
- g) disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività del distretto e alla verifica del loro raggiungimento;
- h) disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali in modo che l'accesso medesimo sia consentito prioritariamente ai medici forniti dell'attestato di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256, o titolo equipollente ai sensi del predetto decreto, prevedendo altresì che la graduatoria annuale evidenzii i medici forniti dell'attestato, anche al fine di riservare loro una percentuale predeterminata di posti in sede di copertura delle zone carenti;
- i) regolare la partecipazione di tali medici a società, anche cooperative, al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;
- j) prevedere la possibilità di stabilire specifici accordi con i medici già titolari di convenzione operanti in forma associata, secondo modalità e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito

convenzionale;

k) prevedere le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella organizzazione distrettuale, le unità sanitarie locali attribuiscono a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione."

2. Sono abrogati i commi 5, 6, 7 e 9 dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni. Il termine del 31 dicembre 1992 di cui al comma 1-bis è sostituito con "31 dicembre 1998".

3. Dopo l'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 sono aggiunti i seguenti:

*"Articolo 8-bis*

***Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali***

1. Le Regioni assicurano alla loro popolazione i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di altri soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies.

2. I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito delle strutture accreditate con le quali siano stati definiti accordi contrattuali. L'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulo del Servizio sanitario nazionale dal medico di fiducia dell'interessato.

3. La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale sono subordinati, rispettivamente, a rilascio delle autorizzazioni di cui all'articolo 8-ter, dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater, nonché alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies.

*Articolo 8-ter*

***Autorizzazioni alla realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie e all'esercizio di attività sanitarie***

1. La realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie sono subordinati ad autorizzazione. Tali autorizzazioni si applicano alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento o alla trasformazione nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate, con riferimento alle seguenti tipologie:

- a) strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti;
- b) strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- c) strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo e/o diurno;
- d) limitatamente all'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, studi medici e odontoiatrici, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, individuati ai sensi del comma 3; nonché strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi.

2. Per la realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie il Comune acquisisce, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni di cui al decreto legge 5 ottobre 1993, n. 398, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 493 e successive modificazioni e integrazioni e alla legge 23 dicembre 1996, n. 662, la verifica

## LA BOZZA DEL DECRETO DELEGATO PER IL RIORDINO DEL SSN

di compatibilità del progetto da parte della Regione. Tale verifica è effettuata in base ai seguenti criteri:

- a) il fabbisogno complessivo di assistenza che deve essere soddisfatto dalle strutture presenti in ambito regionale;
- b) la localizzazione territoriale delle strutture, al fine di garantire l'accessibilità ai servizi e la valorizzazione delle aree di insediamento prioritario di nuove strutture.

3. L'esercizio delle attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sulla base dei principi e criteri direttivi previsti dall'articolo 8, comma 4, del presente decreto. In sede di modificazione del medesimo atto di indirizzo e coordinamento si individuano le strutture di cui al comma 1, lettera d), nonché alla definizione dei relativi requisiti minimi.

4. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, le Regioni determinano:

- a) le modalità e i termini per la richiesta e l'eventuale rilascio della autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie, e della autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, prevedendo la possibilità del riesame dell'istanza, in caso di esito negativo o di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente;
- b) gli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di capacità produttiva, definendo idonee procedure per selezionare i nuovi soggetti eventualmente interessati.

Trascorso inutilmente tale termine, si applica l'articolo 2, comma 2-octies.

### *Articolo 8-quater*

#### *Accreditamento istituzionale*

1. L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla Regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private, che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. Nell'ambito delle linee di programmazione nazionale, la Regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza alla popolazione della Regione, nonché degli eventuali livelli integrativi locali e delle esigenze connesse all'assistenza integrativa di cui all'articolo 9. La Regione provvede al rilascio dell'accreditamento a tutte le strutture pubbliche ed equiparate che soddisfano i criteri di cui al primo periodo del presente comma, alle strutture private non lucrative di cui all'articolo 1, comma 15, e alle strutture private commerciali.

2. La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies. I requisiti ulteriori costituiscono presupposto per l'accreditamento e vincolo per la definizione delle prestazioni previste nei programmi di attività delle strutture accreditate, così come definiti dall'articolo 8-quinquies.

3. Con atto di indirizzo e coordinamento emanato, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, entro centottanta giorni dalla pubblicazione del presente decreto, sentiti l'Agenzia per i servizi sanitari regionali e il Consiglio superiore di sanità, sono definiti i criteri uniformi per:

- a) la definizione dei requisiti ulteriori per l'esercizio delle attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture sanitarie e dei professionisti;
- b) la verifica periodica della qualità dell'attività svolta e della accettabilità dei risultati raggiunti dalle strutture e dalle funzioni accreditate;
- c) la valutazione della rispondenza delle strutture alle esigenze e alla funzionalità della programmazione regionale, inclusa la determinazione dei volumi minimi e massimi di attività richiesti per l'esercizio efficace delle funzioni da accreditare, nonché i

limiti entro i quali sia possibile accreditare quantità di prestazioni in eccesso rispetto al fabbisogno programmato, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate;

d) la determinazione del fabbisogno complessivo di assistenza previsto dalla programmazione regionale, tenuto conto dell'efficiente utilizzo della capacità produttiva potenziale delle strutture da accreditare;

e) la verifica periodica dei requisiti ulteriori e le procedure da adottarsi in caso di verifica negativa;

f) le procedure e i termini per l'accreditamento delle strutture che ne facciano richiesta, ivi compresa la possibilità di un riesame dell'istanza, in caso di esito negativo e di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente;

g) le modalità e i tempi per l'adeguamento delle strutture, inclusa l'eventuale dismissione dell'attività, per le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e le aziende universitarie pubbliche;

h) le modalità e i tempi per la revoca dell'accreditamento, relativamente alle strutture private;

i) la classificazione delle strutture accreditate in base a complessità organizzativa e dotazione tecnologica, utilizzabile anche per l'eventuale articolazione del sistema tariffario.

4. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:

a) garantire l'eguaglianza fra tutte le strutture relativamente ai requisiti ulteriori richiesti per il rilascio dell'accreditamento e per la sua conferma periodica;

b) garantire il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale comunque impegnato in tutte le strutture;

c) assicurare che tutte le strutture accreditate garantiscano dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate per quantità, qualità e funzionalità in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili e alle necessità assistenziali degli utilizzatori dei servizi;

d) garantire che tutte le strutture accreditate assicurino adeguate condizioni di organizzazione interna, con specifico riferimento alla dotazione quantitativa e alla qualificazione professionale del personale effettivamente impiegato;

e) prevedere la partecipazione della struttura a programmi di accreditamento professionale tra pari;

f) prevedere la partecipazione degli operatori a programmi di valutazione sistematica e continuativa dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e della loro qualità, interni alla struttura e interaziendali;

g) prevedere l'accettazione del sistema di controlli esterni sulla appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate, definito dalla Regione ai sensi dell'articolo 8-octies;

h) prevedere forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla verifica dell'attività svolta e alla formulazione di proposte rispetto all'accessibilità dei servizi offerti, nonché l'adozione e l'utilizzazione sistematica della carta dei servizi per la comunicazione con i cittadini, inclusa la diffusione degli esiti dei programmi di valutazione di cui alle lettere e) e f);

i) disciplinare l'esternalizzazione dei servizi sanitari direttamente connessi all'assistenza al paziente, prevedendola esclusivamente verso soggetti accreditati in applicazione dei medesimi criteri o di criteri comunque equivalenti a quelli adottati per i servizi interni alla struttura, secondo quanto previsto dal medesimo atto di indirizzo e coordinamento;

j) identificare i requisiti specifici per l'accreditamento di funzioni di particolare rilevanza, in relazione alla complessità organizzativo-funzionale della struttura, alla competenza e alla esperienza del personale richieste, alle dotazioni tecnologiche necessarie o in quanto in attuazione degli obiettivi prioritari definiti dalla programmazione nazionale;

k) definire criteri per la selezione degli indicatori relativi all'attività svolta e ai suoi risultati finali dalle strutture e dalle funzioni accreditate, in base alle evidenze scientifiche disponibili;

l) definire i termini per l'adozione dei provvedimenti attuativi

## LA BOZZA DEL DECRETO DELEGATO PER IL RIORDINO DEL SSN

regionali e per l'adeguamento organizzativo delle strutture già autorizzate.

5. Entro sessanta giorni dalla emanazione dell'atto di indirizzo e coordinamento, le Regioni disciplinano il procedimento di verifica del possesso dei requisiti ulteriori e della qualità dell'attività svolta.

6. Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento, le Regioni e le Province autonome procedono alla verifica della rispondenza ai requisiti ulteriori delle strutture già operanti, a partire da quelle temporaneamente accreditate ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724 tenendo conto in particolare, in aggiunta ai criteri di cui al comma 3, dei seguenti elementi:

a) volume di attività, osservato in un adeguato periodo di tempo, non inferiore ai valori minimi individuati dall'atto di indirizzo e coordinamento, necessari per garantire adeguati livelli di qualità dell'assistenza;

b) verifica della appropriatezza dell'attività svolta e della qualità dei suoi risultati, secondo i criteri di cui al comma 4, lettera k).

7. Nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per nuove attività di strutture preesistenti già autorizzate, l'accreditamento può essere concesso solo temporaneamente e sotto condizione del rispetto delle indicazioni di cui al comma 6. La eventuale verifica negativa comporta la sospensione automatica dell'accreditamento temporaneamente concesso.

8. In presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato secondo le modalità di cui al comma 3, lettere c) e d), le Regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies, sono tenute a porre a carico del Servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale. In caso di superamento di tale limite, e in assenza di specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'articolo 13, si procede, con le modalità di cui all'articolo 28, commi 9 e seguenti della legge 23 dicembre 1998, n. 448, alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso, in misura proporzionale al concorso a tale superamento apportato dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture private non lucrative e dalle strutture private commerciali.

### *Articolo 8-quinquies* *Accordi contrattuali*

1. Le Regioni, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, definiscono il sistema regionale degli accordi contrattuali con i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

a) individuazione delle responsabilità riservate alla Regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;

b) indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale;

c) determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità e alla rete dei servizi di emergenza;

d) criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso di ciascuna struttura allo stesso.

2. In attuazione di quanto previsto dal comma 1, la Regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano:

a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;

b) il volume massimo di prestazioni che ciascuna struttura, presente nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegna ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;

c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;

d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d);

e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall'articolo 8-octies.

### *Articolo 8-sexies* *Remunerazione*

1. Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento. Ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le attività di cui al comma 3 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione.

2. Sono definite "funzioni assistenziali" le attività che rispondono alle seguenti caratteristiche:

a) programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti;

b) programmi di assistenza a elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;

c) attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;

d) programmi di assistenza a malattie rare;

e) attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 21 marzo 1992;

f) programmi sperimentali di assistenza;

g) programmi di trapianto di rene, cuore, fegato, polmoni e di midollo osseo, ivi comprese il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori. I criteri per la individuazione delle funzioni assistenziali e la remunerazione massima delle stesse sono stabiliti con apposito decreto del ministro della Sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta.

3. La remunerazione delle attività assistenziali diverse da quelle di cui al comma 2 è determinata in base a tariffe predefinite, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di day hospital, e alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, fatta eccezione per le attività rientranti nelle funzioni di cui al precedente comma.

4. Il ministro della Sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, ai sensi dell'articolo 120, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e determina le tariffe massime da corrispondere

## LA BOZZA DEL DECRETO DELEGATO PER IL RIORDINO DEL SSN

alle strutture accreditate, in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali, calcolati su un campione di strutture accreditate, preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità della assistenza. Lo stesso decreto stabilisce i criteri in base ai quali le Regioni, adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificati in sede di accreditamento delle strutture stesse.

5. Il ministro della Sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, determina con apposito decreto, l'aggiornamento e la revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e delle relative tariffe, nonché delle funzioni assistenziali di cui al comma 2. L'aggiornamento e la revisione delle tariffe sono effettuate periodicamente con cadenza almeno biennale, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali di assistenza da assicurare e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi.

6. Il ministro della Sanità, con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, disciplina le nuove modalità di erogazione e di remunerazione dell'assistenza protesica, compresa nei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, anche prevedendo il ricorso all'assistenza in forma indiretta.

7. Il ministro della Sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con apposito decreto, definisce i criteri e le procedure per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in Regioni diverse da quelle di residenza. Nell'ambito di tali criteri, le Regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna Regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale.

### *Articolo 8-septies*

#### *Prestazioni erogate in forma indiretta*

1. I rimborsi relativi alle prestazioni erogate in forma indiretta sono definiti dalle Regioni e dalle Province autonome in misura non superiore al cinquanta per cento delle corrispondenti tariffe regionali di cui al comma 4 dell'articolo 8-sexies. Entro diciotto mesi dall'entrata in vigore del presente decreto è abolita l'assistenza in forma indiretta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e in regime di degenza.

### *Articolo 8-octies*

#### *Controlli*

1. La Regione e le aziende unità sanitarie locali attivano un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati nonché sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese.

2. Per quanto riguarda le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale, la definizione degli accordi entro i termini stabiliti dalla Regione e il rispetto dei programmi di attività previsti per ciascuna struttura rappresenta elemento di verifica per la conferma degli incarichi al direttore generale, ai direttori di dipartimento e del contratto previsto per i dirigenti di secondo livello, nonché per la corresponsione degli incentivi di risultato al personale con funzioni dirigenziali dipendente dalle aziende interessate.

3. Con atto di indirizzo e coordinamento, emanato entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabiliti, sulla base dei criteri di cui all'articolo 8-quinquies, i principi in base ai quali la Regione assicura la funzione di

controllo esterno sulla appropriatezza e sulla qualità della assistenza prestata dalle strutture interessate. Le Regioni, in attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al precedente comma, entro sessanta giorni determinano:

- a) le regole per l'esercizio della funzione di controllo esterno e per la risoluzione delle eventuali contestazioni, stabilendo le relative penalizzazioni;
- b) il debito informativo delle strutture accreditate interessate agli accordi e le modalità per la verifica della adeguatezza del loro sistema informativo;
- c) l'organizzazione per la verifica del comportamento delle singole strutture;
- d) i programmi per promuovere la formazione e l'aggiornamento degli operatori addetti alla gestione della documentazione clinica e alle attività di controllo.

4. L'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3 individua altresì i criteri per la verifica di:

- a) validità della documentazione amministrativa attestante l'avvenuta erogazione delle prestazioni e la sua rispondenza alle attività effettivamente svolte;
- b) necessità clinica e appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri effettuati, con particolare riguardo ai ricoveri di pazienti indirizzati o trasferiti ad altre strutture;
- c) appropriatezza delle forme e delle modalità di erogazione della assistenza;
- d) risultati finali della assistenza, incluso il gradimento degli utilizzatori dei servizi."

## **SSN: 'TAVOLO ALLEANZA QUALITÀ' BOCCIA DECRETO DELEGATO RIFORMA**

Roma, 12 apr. (Adnkronos Salute) - Un pericolo per il processo di rinnovamento della sanità italiana. Così il "Tavolo dell'alleanza per la qualità nella sanità" -che riunisce Tribunale per i diritti del malato, Fimmg, Anaa Assomed e Fiaso- "boccia" senza eufemismi il testo del decreto delegato per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale. E lo fa con una nota inviata, tra gli altri, al presidente del Consiglio. Da cittadini-utenti del Ssn (Tdm), direttori delle aziende sanitarie (Fiaso), medici di famiglia (Fimmg) e ospedalieri (Anaa Assomed) piove dunque un giudizio negativo sul testo del decreto in circolazione in questi giorni, il cui "impianto complessivo vanifica anche la potenziale positività di alcune misure previste". Bersaglio delle critiche, in particolare, il metodo "totalmente autoreferenziale" con cui il decreto è stato messo a punto. È mancata, accusano i componenti del Tavolo dell'alleanza, la concertazione tra tutti i soggetti coinvolti. "Se altre volte -affermano- questo metodo del ministro della Sanità è stato subito per senso di responsabilità, questa volta la posta in gioco è troppo alta perché possa essere accettato supinamente".

Bocciato anche lo "spirito di centralismo burocratico che caratterizza il provvedimento. Basta citare -ricordano le organizzazioni- l'abuso della proposizione dei poteri sostitutivi, richiamati 16 volte su 19 articoli, con una pleora di provvedimenti ministeriali che le regioni devono recepire in tempi relativamente brevi e sovrapposti". La legge 833, sottolineano, appare molto più liberale di quella proposta dalla Bindi. Altro elemento grave è "l'uso di questo decreto come uno strumento per una lotta di potere all'interno del ceto politico e amministrativo". Il riferimento è alla "contesa" fra la Bindi la Regione Lombardia. "Il modello lombardo è effettivamente criticabile -dice il Tavolo dell'alleanza- ma è scorretto usare il decreto per attaccarlo frontalmente".

Così com'è poi, il decreto è inapplicabile, sentenziano gli autori della nota. "Sono previsti 36 nuovi provvedimenti ministeriali nei 6 mesi successivi all'approvazione del decreto, e 29 adempimenti legislativi di recepimento da parte delle regioni per un totale di 636 provvedimenti entro 10 mesi dal varo del decreto".

**ACCORDO TRA REGIONE PUGLIA E SINDACATI PER  
L'ORGANIZZAZIONE DELLA MEDICINA DEL TERRITORIO**  
Approvato senza alcun contributo da parte della sezione provinciale FIMMG di Bari  
Hanno firmato, per conto della FIMMG i dottori L. Pepe e D. Monopoli (segretario e vice segretario regionale)

Regione Puglia

Accordo con le organizzazioni sindacali  
dei Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera scelta su:

L'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE  
RAPPORTI CON LA STRUTTURA OSPEDALIERA  
IL BUDGET PER LA MEDICINA DEL TERRITORIO  
IL BUDGET PER PEDIATRA DI LIBERA SCELTA  
IL SISTEMA INCENTIVANTE PER L'ASSISTENZA  
TERRITORIALE  
FORMAZIONE PERMANENTE PER L'ASSISTENZA  
SANITARIA DI BASE  
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PEDIATRICA (ART. 46 DPR  
613/96)  
L'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE  
RAPPORTI CON LA STRUTTURA OSPEDALIERA  
IL BUDGET PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE  
IL BUDGET PER PEDIATRA DI LIBERA SCELTA  
IL SISTEMA INCENTIVANTE PER L'ASSISTENZA  
TERRITORIALE  
FORMAZIONE PERMANENTE PER L'ASSISTENZA  
SANITARIA DI BASE  
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PEDIATRICA (ART. 46 DPR  
613/96)

**L'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE**

L'assistenza sanitaria di base è il baricentro di tutta l'attività territoriale. Quest'area d'offerta vede come protagonisti da una parte il medico di medicina generale e i pediatri di libera scelta, dall'altra, i Dirigenti dei distretti con il supporto amministrativo e sanitario dei diversi operatori che a vario titolo operano nel distretto nonché i dirigenti dei presidi ospedalieri.

Le Aziende USL sulla base delle norme contenute nel contratto collettivo nazionale e regionale, avviano con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, un confronto finalizzato alla stipula di un accordo aziendale caratterizza da:

*Riconoscimento ai medici d'assistenza primaria del ruolo essenziale nella definizione delle problematiche relative a:*

*Incremento significativo dell'assistenza territoriale in tutte le forme previste dal PSN, dagli attuativi atti di programmazione regionale e da quelli deliberati dall'Azienda, in termini coerenti con gli accordi decentrati di categoria, riconoscendo il ruolo centrale ed insostituibile, del Medico di Medicina Generale (MMG) e del Pediatra di Libera Scelta (PLS), anche nelle forme associative previste dagli accordi collettivi ed al solo fine di migliorare la qualità dei Servizi.*

*Individuazione delle priorità d'intervento, tenendo conto delle risorse disponibili sulla base degli atti di programmazione economica Regionale ed Aziendale.*

*I Direttori Generali, conseguentemente, al fine di migliorare i servizi offerti ai cittadini in sede distrettuale attivano il seguente percorso operativo:*

- a. *definizione dei criteri di finanziamento delle funzioni relative all'assistenza territoriale secondo le indicazioni regionali nel rispetto della logica sistema della quota fissa per abitante con l'obbligo che dopo appropriata verifica venga sanata la discrepanza tra anagrafe sanitaria ed anagrafe municipale. A quest'ultimo proposito per il 99' costituire un fondo pari al rapporto tra numero di assistibili non attribuiti e la quota per abitante assegnata alla regione ;*
- b. *definizione, sulla scorta dei dati epidemiologici disponibili e già esaminati, delle attività che in sede distrettuale assorbono le maggiori risorse, spesso impropriamente;*
- c. *definizione dei percorsi assistenziali che, indipendentemente dalle sedi di erogazione delle prestazioni sanitarie, consentano un'efficace assistenza ai pazienti affetti da patologie di rilevante interesse sociale o a rischio di complicanze invalidanti;*

- d. *definizione di programmi innovativi di assistenza domiciliare alternativi al ricovero, per alcune specifiche patologie, che possono trovare una sede ottimale di assistenza al domicilio del paziente;*
- e. *finalizzazione dei percorsi assistenziali al miglioramento della qualità dell'assistenza anche attraverso il freno dell'eccesso diagnostico e terapeutico;*

*Con riferimento al precedente punto devono essere individuate nel Settore Farmaceutico, nella Specialistica Convenzionata Esterna, nell'utilizzo di ricoveri impropri, nel recupero della mobilità passiva e nell'incentivazione di quella attiva, le sacche che manifestano maggior inappropriata e quindi abissognevoli del significativo, congiunto intervento."*

**RAPPORTI CON LA STRUTTURA OSPEDALIERA**

E' necessario stabilire tra struttura distrettuale ed ospedaliera un rapporto armonico caratterizzato da una continuità assistenziale. L'ospedale presente nel territorio rappresenta, infatti, un punto di riferimento certo per le popolazioni del comprensorio per le patologie acute e in particolare per le riesacerbazioni di patologie croniche invalidanti.

Nei confronti delle Aziende Ospedaliere, degli Enti Ecclesiastici e degli IRCS i Direttori Generali delle Aziende USL (ove sono ubicate queste ultime strutture) si faranno carico di stipulare apposite intese che dovranno prevedere tra l'altro, l'attiva partecipazione delle Organizzazioni sindacali dei MMG e PLS firmatarie dell'accordo, per il conseguimento degli obiettivi di fondo che qui di seguito sono particolareggiati:

1. *Trattare in regime di ricovero il paziente con patologia acuta, e nel frattempo evitarne la dimissione precoce che, anche se punta alla riduzione delle giornate di degenza, sposta nel domicilio del paziente la gestione di complesse problematiche assistenziali;*
2. *Confermare l'obbligo da parte della dirigenza sanitaria e del responsabile della Unità Operativa di interesse, di comunicare al medico di Medicina Generale o al Pediatra di libera scelta l'avvenuto ricovero del suo paziente, al fine di attivare il necessario raccordo clinico. In tal senso il paziente ricoverato è da ritenersi nel regime di ADP così come stabilito dall'allegato G del DPR 484 e allegati E DPR 613. Per la verifica degli accessi, oltre quanto stabilito nell'allegato G ed E, la presenza del Medico di Medicina Generale e del pediatra di libera scelta deve risultare sulla cartella clinica ospedaliera del paziente;*
3. *Utilizzare in maniera sistematica la lettera di dimissione ospedaliera, da inviare al medico di medicina generale in busta chiusa, contenente almeno la diagnosi di ammissione, la diagnosi di dimissione, la descrizione di eventuali co morbidità, gli esami diagnostici eseguiti (di conseguenza anche quelli che sono risultati nella norma) una breve nota sul decorso della degenza, la terapia medica consigliata e gli eventuali esami di controllo programmati, anche ove possibile mediante informatizzazione ( medicard);*
4. *Prescrivere direttamente su ricettario del SSN i farmaci necessari in caso di dimissione del paziente nelle giornate pre festive, in modo da evitare inutili disagi al paziente stesso;*
5. *Nel rispetto Rispettare scrupolosamente del le note CUF informare il paziente sul contenuto delle stesse in modo da evitare incomprensioni tra paziente e medico di medicina generale nella fase di gestione territoriale dello stesso;*
6. *Stabilire dei percorsi preferenziali per il monitoraggio*

clinico strumentale dei pazienti nella fase di post acuzie, evitando che lo spostamento dell'appuntamento a periodi non compatibili con i reali bisogni del paziente porti alla perdita del rapporto terapeutico;

7. *Predisporre per i pazienti con patologie gravi una "dimissione protetta", affidando il paziente stesso all'équipe socio sanitaria impegnata nel servizio di Assistenza Domiciliare Integrata.*
8. *Definire per pazienti affetti da patologie particolarmente invalidanti dei percorsi assistenziali caratterizzate anche dalla fornitura diretta di farmaci, prodotti dietetici o di ausili destinati a pazienti con:*
  - *Ictus, fratture di femore o sottoposti ad interventi ortopedici complessi, neoplasie in fase terminale, epatopatie, cardiopatie, broncopneumopatie in labile compenso clinico, demenze, sindromi neuromotorie altamente invalidanti, insufficienza renale cronica e sindrome uremica in trattamento dialitico.*
1. *Partecipare infine ai percorsi assistenziali Ospedale Territorio tendenti a stabilire precisi interventi destinati a : pazienti con patologie di rilevante interesse sociale quali:*

Le patologie che possono essere prese in considerazione sono quelle indicate nello schema di

1. Diagnosi precoce e trattamento delle ipercolesterolemie
2. Disturbi alimentari (anoressia e obesità)
3. Dolori lombari di n.d.d.
4. Broncopolmonite
5. Asma bronchiale
6. Ulcera peptica
7. Gravidanza fisiologica
8. Ipertensione arteriosa
9. Angina pectoris e cardiopatia ischemica
10. Neoplasie della mammella e della cervice uterina
11. Neoplasie del colon-retto e del polmone
12. Vaccinazione antinfluenzale/Sindrome influenzale
13. Profilassi antibiotica in chirurgia (da definire con progetto obiettivo)
14. Diagnostica pre operatoria (da definire con progetto obiettivo)
15. Assistenza odontoiatrica
16. Assistenza riabilitativa a pazienti affetti da incidenti cerebrovascolari e da traumatismi di grossi segmenti ossei, a rischio di handicap permanente.
17. Diabete mellito anche scompensato
18. Assistenza a pazienti con epatopatia cronica ed angina pectoris
19. Malattie ematologiche
20. AIDS, Disagio Psicico e Tossicodipendenze

#### AREA PEDIATRICA

Le patologie che possono essere prese in considerazione sono le seguenti:

1. malattie cromosomiche e/o genetiche
1. cardiopatie congenite con insufficienza cardiaca
1. insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale con particolare attenzione alle problematiche asmatiche
1. gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione
1. cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi
1. tetraplegici
1. immunodeficienza acquisita
1. diabete mellito scompensato
1. disturbi del comportamento
1. epilessie gravi e convulsioni
1. prematuri
2. broncopolmonite
3. celiachia e altre malattie croniche gastrointestinali
4. miopatie e distrofie
5. disendocrinopatie
1. bambini con gravi situazioni di disagio familiare o già sottoposti a provvedimenti tutelari da parte del tribunale dei minori
1. neonati a rischio di deficit neurosensoriali
1. neonato sano ( percorso dimissione precoce)
2. Malattie Ematologiche
3. Disturbi alimentari (anoressia e obesità)
4. Profilassi antibiotica in chirurgia (da definire con progetto obiettivo)
5. Diagnostica pre operatoria (da definire con progetto

obiettivo)

#### IL BUDGET PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE LA MEDICINA DEL TERRITORIO

Il budget per il medico di medicina generale è un aspetto qualificante momento essenziale per gli interventi di assistenza primaria in sede distrettuale. Rappresenta il rapporto tra gli obiettivi fissati dal Direttore Generale relativamente al territorio e le risorse messe a disposizione. Tale momento si concretizza attraverso le seguenti due fasi:

- confronto tra le Aziende USL e le organizzazioni sindacali di categoria sui macro obiettivi da raggiungere;
  - individuazione in sede distrettuale di particolari obiettivi specifici da raggiungere, sentite le organizzazioni sindacali, definizione in sede distrettuale degli obiettivi specifici ( tra il dirigente del Distretto, e i medici del territorio) attraverso le seguenti fasi operative:
1. Definizione di Obiettivi Generali livelli uniformi ed appropriati di assistenza che riguardano tutte le strutture distrettuali ed ospedaliere e che sono da collegare agli "obiettivi uniformi di assistenza".
  2. Definizione di Obiettivi Specifici individuati dalle diverse strutture distrettuali unità operative.
  3. Definizione delle Azioni programmatiche concrete, capaci in pratica di realizzazione gli obiettivi individuati, prevedendo nel frattempo le attività socio sanitarie che sono necessarie in quel territorio per garantire i livelli di assistenza prefissati.
  4. Individuazione degli indicatori necessari alla verifica dello stato di attuazione delle azioni programmate nonché del sistema di verifica della qualità raggiunta.
  5. Concertazione del "sistema incentivante" per le singole Unità operative distrettuali e per i Medici generalisti e Pediatri che sottoscrivono gli impegni;
  6. Preparazione di una scheda di budget che sia rappresentativa di tutto il lavoro svolto.

Vengono di seguito riportati gli obiettivi generali e specifici individuati per l'attività distrettuale.

Gli Obiettivi generali e specifici individuabili nella attività distrettuale, possono essere i seguenti

#### OBIETTIVI DISTRETTUALI COMUNI

- Definizione di percorsi integrati tra Ospedale e Territorio per la continuità assistenziale, rivolta a pazienti con elevati bisogni assistenziali
- Definizione di percorsi diagnostico terapeutici (PDT) condivisi per il trattamento delle patologie di maggiore interesse sociale.
- Potenziamento della medicina di gruppo o dell'associazionismo tra i medici
- Orientamento alla qualità nei servizi
- Definizione di programmi di formazione

#### M.U.D.: PROROGA AL 30 GIUGNO

**Slitta dal 30 aprile al 30 giugno il termine per la consegna alla Camera di Commercio del Modello**

**Unico di Dichiarazione per chi detiene rifiuti speciali.**

Il Mud (o 740 ecologico) è un modello attraverso il quale devono essere denunciati i rifiuti derivanti da un'attività economica (e diversi da quelli raccolti dal Comune), prodotti, smaltiti, avviati al recupero o trasportati nel 1998.

La dichiarazione dev'essere compilata dai medici che detengono rifiuti speciali avviati mensilmente allo smaltimento presso ditte specializzate.

Consigliamo di affidarsi ai consulenti delle stesse Ditte per la compilazione dei modelli, onde evitare errori formali. La ditta ECOLSUD, con cui la FIMMG stipulò una convenzione, offre questo servizio ai contraenti, con il solo pagamento del diritto di segreteria della Camera di Commercio.

- permanente per gli operatori del territorio
- Partecipazione a programmi di sperimentazione dibudget di distretto

**OBIETTIVI DISTRETTUALI SPECIFICI****Preventivi**

Obiettivi	Risultati attesi
Vaccinazione antinfluenzale di almeno il 75% della popolazione bersaglio. Incentivazione della pratica vaccinale per patologie specifiche	- Riduzione della morbosità di pazienti a rischio - Riduzione della mortalità
- Prevenzione primaria delle neoplasie più frequenti di almeno il 3% della popolazione bersaglio	- N° Pazienti sottoposti a screening / Popolazione bersaglio
- Promozione dell'attività fisica per almeno il 10% della popolazione bersaglio	- Attivazione di almeno un progetto
- Prevenzione dei disturbi alimentari	- Attivazione di almeno un progetto progetto con riduzione del 20% della popolazione obesa

**Pazienti a basso o medio impegno assistenziale**

Obiettivi	Risultati attesi
Recepimento delle Elaborazione di linee guida condivise nazionali e loro applicazione per il corretto/appropriato utilizzo di: - farmaci antiipertensivi - farmaci per disturbi dispeptici - farmaci ipocolesterolemizzanti orali - farmaci antibiotici iniettabili	Recepiment di aAlmeno tre due linee guida: esemplomonitoraggio attraverso una scheda personale di almeno il 10% dei pazienti per ogni gruppo terapeutico. >beta-bloccanti, diuretici, < calcio-antagonisti, ace-inibitori < anti-H2; > sucralfato o similari <ipocolesterolemizzanti; >diete <antibiotici iniettabili; >antibiotici per os
Recepimento ed applicazione di linee guida nazionali ed in carenza eElaborazione di linee guida condivise e loro applicazione per l'appropriata richiesta di prestazioni riabilitative Cure odontoiatriche.	Almeno 3 2 linee guida: Riduzione dei costi generali a parità di pazienti trattati; Appropriato utilizzo delle risorse economiche
Elaborazione di linee guida condivise e loro applicazione per l'appropriata richiesta di Strumentazioni "complesse" come: TAC RMN ECOCLODOPPLER	Almeno 3 linee guida: Riduzione delle liste di attesa per l'esecuzione di specifici esami; Riduzione dei costi generali; Reale imputazione dei costi ai Centri di Costo che hanno "ordinato la spesa" es. diagnostica pre e post ricovero
Garantire Migliorare l'assistenza primaria attraverso l'appropriato utilizzo della risorsa farmaco	Grado di scostamento della spesa per abitante pesata
MigliorareGarantire l'assistenza primaria attraverso l'appropriato utilizzo della risorsa diagnostica	Grado di scostamento della spesa per abitante pesata
Migliorare Garantire l'assistenza primaria attraverso l'appropriato utilizzo del ricovero ospedaliero	Grado di scostamento della spesa per abitante pesata
Riduzione dei ricoveri per patologia di area medica trattabili a domicilio BPCO Malattie cerebro-vascolari specifiche eccetto i TIA Ipertensione Malattie del fegato eccetto le neoplasie Diabete non complicato Abuso/dipendenza da alcool - farmaci e disintossicazione o altro trattamento Afezioni mediche del dorso Esofagite, gastroenterite e miscellanee	Riduzione per almeno il 3% dei DRG specifici rispetto agli anni precedenti (ad esempio) DRG 88 DRG 14 DRG 134 DRG 206 DRG 294 DRG 435 DRG 243 DRG 183-184

**Pazienti ad elevato impegno assistenziale**

Obiettivi	Risultati attesi
Recepimento ed applicazione di linee guida nazionali ed in carenza eElaborazione di linee guida orientate alla continuità assistenziale Ospedale/Distretto - Dimissione protetta per: pazienti affetti da frattura di femore pazienti affetti da BPCO pazienti affetti da ictus cerebrale pazienti affetti da insufficienza cardiaca grave pazienti affetti da insufficienza renale cronica	Almeno due linee guida Numero pazienti trattati Numero pazienti ricoverati

**Miglioramento della Qualità e dell'accesso ai servizi primari**

Obiettivi	Risultati attesi
Sperimentazione di forme di associazionismo medico da attuare secondo convenzione	almeno 2 associazioni tra MMG per distretto;
Incentivazione della modello di Medicina di gruppo come forma modello organizzativo ideale per l'assistenza primaria da attuare secondo convenzione	Almeno 4 gruppi per i MMG per distretto.;
Avvio di programmi di formazione permanente annuale per i medici di medicina generale	Partecipazione ai programmi formativi di almeno il 90% dei medici del distretto;
Miglioramento dell'accessibilità ai Servizi Primari	Incremento del N° ore di apertura/ N° assistiti Incremento del N° di ambulatori informatizzati/ N° MMG. Incremento del N° di collaboratori/ N° MMG.

## IL BUDGET PER PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Anche per il pediatra la formulazione del budget rappresenta un momento essenziale per gli interventi di assistenza primaria in sede distrettuale. Le tappe fondamentali sono quelle già illustrate per i medici di medicina generale e in particolare:

1. Definizione di Obiettivi Generali;
2. Definizione di Obiettivi Specifici;
3. Definizione di attività programmatiche concrete;
4. Individuazione degli indicatori;
5. Concertazione del "sistema incentivante";
6. Preparazione di una scheda di budget che sia rappresentativa di tutto il lavoro svolto.

Vengono di seguito riportati gli obiettivi generali e specifici individuati per l'attività distrettuale.

Linea di intervento	INDICATORI DI QUALITA'
<b>Qualità ed accessibilità ai servizi</b>	
Avvio di programmi di formazione permanente	<u>Rapporto tra n. partecipanti</u> pediatri iscritti negli elenchi distrettuali
Elaborazione di Percorsi Aziendali di Cura e Assistenza (PACA) condivisi e loro applicazione in modo da migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi	<u>Rapporto tra n. PACA preparati</u> PACA attuati
Migliorare l'accessibilità ai servizi ambulatoriali attraverso: l'1- aumento dell'orario di apertura degli ambulatori l'utilizzo di supporti informatici l'utilizzo di collaboratrici di studio medico	Avvicinamento dei singoli operatori a standard aziendali, ritenuti congrui in funzione della morbilità, della stagionalità del N° di assistiti
Sperimentazione di forme di associazionismo medico da attuare secondo convenzione	almeno 1 associazioni per distretto;
Incentivazione della Medicina di gruppo come modello organizzativo ideale per l'assistenza primaria da attuare secondo convenzione	Almeno 1 gruppo per distretto;
Avvio e realizzazione del programma "pediatria in rete" con il Distretto	<u>rapporto tra aderenti al programma</u> e pediatri convenzionati
<b>Interventi Preventivi DI FUNZIONALITA'</b>	
Esecuzione di vaccinazioni "consigliate" ai minori in carico nelle età a rischio	<u>Rapporto tra n. di bambini vaccinati</u> popolazione bersaglio
Monitoraggio clinico dei pazienti vaccinati (vaccinazioni obbligatorie) nei giorni successivi alla vaccinazione stessa e trattamento degli effetti indesiderati	<u>n. di schede di casi osservati</u> tramite <u>schede di rilevazione</u> bambini sottoposti a vaccinazione obbligatoria
Esecuzione dei bilanci di salute nelle età filtro	<u>n. di bilanci di salute effettuati</u> popolazione bersaglio
Attivazione dei percorsi assistenziali orientati alla dimissione precoce del neonato sano	<u>n. di neonati seguiti</u> popolazione bersaglio
Utilizzo del libretto pediatrico quale strumento di lavoro in età pediatrica	<u>n. di libretti compilati</u> popolazione bersaglio
Attivazione di programmi di Educazione Sanitaria su: 1- prevenzione degli incidenti domestici 2- I rischi da fumo passivo 3-Disagio Adolescenziale	<u>n. di programmi preventivi effettuati</u> progetti programmati (n.2)
<b>Assistenza a cittadini a basso o medio impegno assistenziale</b>	
Riduzione dei ricoveri per patologia di area medica trattabili a domicilio Broncopolmonite Asma Gastroenteriti acute	Riduzione dei DRG specifici rispetto agli anni precedenti
Garantire l'assistenza primaria attraverso l'appropriato utilizzo della risorsa farmaco	Grado di scostamento della spesa per abitante pesata
Garantire l'assistenza primaria attraverso l'appropriato utilizzo della risorsa diagnostica	Grado di scostamento della spesa per abitante pesata
Garantire l'assistenza primaria attraverso l'appropriato utilizzo del ricovero ospedaliero	Grado di scostamento della spesa per abitante pesata
<b>Assistenza a cittadini ad elevato impegno assistenziale, rivolto a bambini con patologia cronica o con bisogni speciali</b>	
Individuare il pediatra quale manager del caso nel lavoro di équipe effettuato dalla Unità di valutazione specialistica distrettuale e rivolto ai bambini con patologie croniche invalidanti (allegato 1)	<u>Bambini sottoposti a programmi integrati di assistenza</u> popolazione bersaglio
Assistenza ambulatoriale e domiciliare programmata a bambini con patologie croniche invalidanti (allegato 1)	<u>Bambini sottoposti a controlli</u> popolazione bersaglio

## LO SISTEMA INCENTIVANTE PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE

Il sistema incentivante per i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta può concretizzarsi attraverso le seguenti modalità:

- 1) Incentivazione diretta legata alla prestazione effettuata (ADI, ADP, PPIP) secondo convenzioni vigenti tratto;
- 2) Incentivazione diretta collegata all'obiettivo dell'associazione o medicina di gruppo secondo

convenzioni vigenti contratto;

3) Incentivazione finanziaria per l'acquisizione di servizi per lo studio:

Indennità informatica, Indennità di collaborazione di studio, secondo contratto;

4) Messa a disposizione di strutture, di operatori distrettuali, di altri servizi da concordare con la struttura distrettuale;

5) Incentivazione economica collegata al raggiungimento di obiettivi complessi: Budget di distretto.

Per quanto attiene quest'ultimo sistema incentivante, può essere stipulato apposito accordo con i MMG e i PLS sulla base dei seguenti criteri e principi:

Stabilire e concordare che, con riferimento alle vigenti disposizioni normative e le direttive regionali, il rispetto del livello di spesa programmato e la relativa quota per abitante sono da considerare quale vincolo distrettuale invalicabile. Le economie rispetto a detto vincolo, costituiscono obiettivo incentivabile".

Per la concreta attuazione dei suddetti principi, avuto riguardo alle norme di cui alle DGR 1245/98 e DGR 1246/98 ( accordo) nonché alla DGR 1800/98 e successive modificazioni e la Legge Finanziaria 449/97, il 50% dei risparmi conseguiti sulle previsioni di competenza dell'esercizio viene destinato alla costituzione di un fondo vincolato a disposizione della Medicina Generale e della Pediatria di libera scelta. Il fondo sarà ripartito secondo le seguenti linee di principio:

1. Il 30% per il potenziamento dei servizi distrettuali
2. Il 30 % per il potenziamento dei servizi da destinare agli ambulatori medici di medicina generale e pediatri di libera scelta
3. Il 30 % quale quota incentivante da ripartire tra quanti hanno aderito al progetto
4. Il 10 % per la formazione permanente dei medici di M.G. e P.L.S.

Criteri di ripartizione:

- a. il criterio di ripartizione degli obiettivi di risparmio programmati pertanto terrà conto del principio sancito dall'art.32, co.1, della Legge 449/97, secondo cui: *"Nella determinazione ed assegnazione degli obiettivi di risparmio (per Distretto) occorre tenere conto dei risultati già conseguiti in termini di razionalizzazione della spesa, in modo che gli obiettivi di risparmio assegnati gravino in misura inversamente proporzionale su coloro che abbiano ottenuto i migliori risultati di razionalizzazione e di risanamento"*.
- b. Ai fini della valutazione degli obiettivi distrettuali di risparmio, così come definiti, la "Quota Bersaglio" (costituita dalla quota pro capite assegnata al distretto) rappresenta l'elemento di riequilibrio per il miglioramento del saldo di mobilità passiva rispetto a quello dell'anno precedente. In particolare:
  - nel caso di mancato raggiungimento della quota bersaglio, il valore del miglioramento distrettuale dei saldi di mobilità (a parità tariffaria) verrà impiegato fino al punto costituito dalla quota bersaglio, nella misura del 100% e per la parte eccedente limitatamente al 20% quale valore base per l'applicazione del richiamato Art. 43, co. 5 della L.449/97;
  - nel caso di raggiungimento della quota bersaglio, il 20% del miglioramento del valore del saldo distrettuale di mobilità (a parità tariffaria), costituisce la base per l'applicazione del disposto del cit. Art.43, co.5 della L.449/97;

In accordo con le Organizzazioni sindacali dei medici e dei pediatri di base, in successivi incontri a livello Aziendale, verranno determinate le modalità oggettive per la destinazione di detto fondo con riferimento ai risultati conseguiti dai singoli operatori di Medicina Generale e di pediatria.

La ripartizione in analogica applicazione "a cascata" dei criteri già indicati di cui alla L.449/97 Art.32, co.1 e della DGR 1800/98 avverrà con riferimento agli obiettivi di risparmio/ miglioramento concernenti:

- a. spesa per assistenza farmaceutica;
- b. spesa per assistenza specialistica in strutture convenzionate;
- c. spesa per assistenza riabilitativa in strutture convenzionate;

La quantificazione dei riparti soggettivi sarà conseguentemente determinata tenendo conto degli scostamenti rispetto ai corrispondenti valori aziendali di spesa media pro-capite riferiti a ciascuna delle suddette tre aggregazioni a, b, c.

#### **FORMAZIONE PERMANENTE PER L'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE**

La formazione permanente del medico di medicina generale e

del pediatra di libera scelta oltre ad essere un obbligo convenzionale attuale, rappresenta una scelta strategica per il miglioramento costante dei servizi offerti all'utenza.

Il processo formativo preliminarmente dovrà prevedere:

1. L'ottica formativa che si intende seguire ;
2. I temi che per interesse , per rilevanza funzionale o per urgenza devono essere affrontati;
3. La metodologia didattica da seguire;
4. Il ruolo che i diversi "attori" ,implicati nei percorsi assistenziali territoriali, devono ricoprire nell'iter formativo ( ruolo del MMG, del PLS, delle Società scientifiche ad esso collegate accreditate, ruolo dello specialista ambulatoriale, e dell'ospedaliero);
5. La definizione del "prodotto finale" che scaturisce dalla formazione deve uscire;
6. Il concreto raccordo con la pratica clinica quotidiana;
7. Il monitoraggio a distanza di quanto realizzato in modo da garantire nel tempo il costante miglioramento funzionale;
8. Il budget finanziario che deve essere vincolato per questo fine.;
9. Realizzazione di un progetto obiettivo finalizzato alla formazione manageriale .

Tra le Azienda U.S.L. e le società scientifiche dei medici di medicina generale, e tra le stesse aziende e la FIMP dovrà essere sottoscritto un protocollo di intesa per una collaborazione tecnico scientifica per la definizione, elaborazione, realizzazione e valutazione di programmi di formazione permanente di medici e pediatri di libera scelta nonché di tutti i medici che a vario titolo sono impegnati nell'assistenza primaria territoriale. Gli interventi formativi dovranno essere attuati secondo quanto previsto in sede di contrattazione decentrata regionale e dovranno essere comunicati , per il corrente anno, entro e non oltre il 31 30 giugno maggio 1999 .

In fase di prima applicazione, a norma dell'art.8 comma 11 del DPR 484/96 e DPR 613/96, le aziende USL dovranno impegnare per la formazione permanente non meno di £ 100.000 annue per ogni medico convenzionato.

Le parti al fine di conseguire con maggiore efficacia l'obiettivo della riduzione dei ricoveri impropri di soggetti in età pediatrica che si registrano nel periodo diurno dei giorni pre festivi e festivi, propongono la realizzazione i un progetto obiettivo ispirato ai seguenti principi :

#### **CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PEDIATRICA (ART. 46 DPR 613/96)**

##### **Guardia Medica Pediatrica**

Allo scopo di fornire un filtro specialistico alle richieste di prestazioni urgenti, provenienti da utenti in età pediatrica nelle fasce orarie coperte dal servizio di continuità assistenziale, si prevede l'attivazione di un Servizio di consulenza pediatrica d'urgenza, prefestiva e festiva presso le sedi di guardia medica . Obiettivo di fondo è quello di fornire l'assistenza specialistica pediatrica a tutti i cittadini del distretto nei giorni pre festivi e festivi, giorni in cui si registra il maggiore ricorso alle strutture Ospedaliere, per prestazioni che possono essere effettuate in forma ambulatoriale e domiciliare.

Le sedi di Guardia Medica ospiteranno un pediatra nei turni di servizio che vanno dalle ore 10 del sabato pre festivo alle ore 20 dello stesso giorno e dalle ore 8 alle ore 20 del giorno festivo la domenica .

Nella fase sperimentale, il servizio sarà attivato nelle ore in precedenza riportate (dalle ore 10 del sabato pre festivo alle ore 20 dello stesso giorno e dalle ore 8 alle ore 20 del giorno festivo la domenica).

Ai fini del conferimento degli incarichi provvisori, nelle more delle determinazioni che saranno adottate in materia dalla normativa nazionale, si farà riferimento ai criteri fissati per materie similari dall'art. 47 comma due del DPR 613/96. In caso d'assenza o insufficienza di disponibilità, l'Azienda previo regolare avviso pubblico potrà attingere dai pediatri iscritti nella graduatoria regionale ed in subordine ricorrendo a specialisti in ogni modo disponibili anche se non ancora iscritti alla graduatoria.

Ai fini del trattamento economico troveranno applicazione i parametri retributivi previsti per gli istituti applicabili del personale di continuità assistenziale incrementati del 10%.

## MODIFICATA LA NOTA CUF 51

GAZZETTA UFFICIALE N.93 DEL 22 APRILE 1999 MINISTERO DELLA SANITA' COMMISSIONE UNICA DEL FARMACO PROVVEDIMENTO 11 GENNAIO 1999

La Commissione Unica del Farmaco:

Vista l'inclusione in classe A) con nota 51 intervenuta per la Leuprorelina e la Triptorelina ad alto dosaggio (Enantone 11,25 mg e Decapeptyl 11,25 mg) successivamente all'entrata in vigore del provvedimento del 7 agosto 1998;

Viste le indicazioni autorizzate per buserelina (Suprefact), goserelina ad alto dosaggio (Zoladex 10,8 mg) triptorelina ad alto dosaggio (Decapeptyl 11,25 mg);

Dispone:

Art.1

La Nota 51 ed il relativo commento, come riportati nel provvedimento 7 agosto 1998, risultano modificati come segue:

### NOTA 51

**Classe A) Limitatamente alle indicazioni carcinoma della mammella e della prostata; endometriosi; fibromi uterini non operabili; pubertà' precoce.**

**Trattamento prechirurgico negli interventi di miomectomia e isterectomia per la durata di tre mesi nella paziente metrorragica; trattamento prechirurgico negli interventi di ablazione endometriale e di resezione di setti endouterini per via endoscopia.**

**L'uso nelle endometriosi dovrebbe essere limitato a sei mesi per il rischio di osteoporosi.**

Buserelina (Suprefact) Goserelina (Zoladex 10,8 mg) e Triptorelina (Decapeptyl 11,25 mg) hanno l'indicazione autorizzata solo per la terapia del carcinoma prostatico.

Tutti i trattamenti sopra indicati sono prescrivibili solo **su diagnosi e piano terapeutico** (posologia e durata del trattamento) di centri specializzati, universitari o delle aziende sanitarie, individuati dalle regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano.

### REGISTRO USL (\*)

Principio attivo : Buserelina

Specialita': Suprefact Depot 1 sir., Suprefact iniettabili sottocute 1 flac., Suprefact nasale 1 flacone 10 ml.

Principio attivo: Goserelina

Specialita' Zoladex 3,6 1 sir. Depot sc; Zoladex 10,8 1 sir. Depot sc.

Principio attivo: Leuprorelina

Specialita': Enantone im sc fl 3,75 mg + f s; Enantone im sc 11,25 1 sir.

Principio attivo: Triptorelina

Specialita': Decapeptyl im 1 fl 3,75 mg + f; Decapeptyl L.P. fl im 11,25 mg.

Gli analoghi della Gonadorelina inducono ipogonadismo per trattamento ripetuto. Nell'uomo con l'impiego di questi farmaci il testosterone si riduce nel sangue al 10% dei valori basali (puo' aversi un iniziale, sfavorevole aumento con l'aggravamento della sintomatologia nei carcinomi prostatici). Per l'inibizione della steroidogenesi ormonale sessuale da essi indotta, sono utilizzati per il trattamento del carcinoma prostatico metastatizzato, fibromi uterini non operabili, endometriosi, sindrome delle ovaie policistiche e pubertà' precoce.

Nel carcinoma della mammella, dove l'applicazione, accettabile in donne in premenopausa rimane discutibile, attività' puo' aversi nei tumori con recettori per gli estrogeni positivi. Vi e' possibilità' di ipercalcemia.

Art.2.

Le specialita' medicinali classificate nelle fasce a) e b) sono prescrivibili a totale o parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale con le limitazioni ed alle condizioni previste nelle note, purché le patologie ivi indicate risultino tra quelle per cui e' stata rilasciata l'autorizzazione all'immissione in commercio.

Il presente provvedimento sara' trasmesso al competente organo di controllo per la registrazione ed entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana .Roma, 11 gennaio 1999

## PRESCRIZIONI DI FISIOKINESI TERAPIA

Precisazioni sulla circolare regionale del 2/3/99

La circolare regionale n. 24/4284/116/16 del 2.3.1999 riportata nel numero precedente del Notiziario FIMMG, specifica che per le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione che non recano l'indicazione del ciclo il limite massimo consentito è di otto prestazioni a ricetta.

**In tal senso giova precisare che le prestazioni in oggetto per le quali non è indicato il ciclo, comprese nel nomenclatore tariffario nazionale, sono le seguenti:**

**MOBILIZZAZIONI VERTEBRALI**

**MOBILIZZAZIONI ARTICOLARI**

**RISOLUZIONE MANUALE DI ADERENZE ARTICOLARI**

**MASSAGGIO LINFATICO**

**INFRAROSSI**

**LASER**

## Iniziativa umanitaria della sezione barese LA FIMMG PER IL KOSOVO

Bari 26/4/99

Ai membri del Consiglio Direttivo Provinciale  
FIMMG Bari

Caro collega,

la tragedia che i profughi del Kosovo stanno vivendo non poteva lasciarci insensibili.

Abbiamo così deciso di intraprendere delle iniziative umanitarie:

**Innanzitutto l'esecutivo provinciale ha disposto in data 14-4-99 il versamento di £. 1.500.000 alla missione italiana Arcobaleno quale tangibile contributo della sezione barese per l'aiuto ai profughi.**

Inoltre, ha risposto positivamente all'inizio lanciato dal nostro Segretario Nazionale dott. Mario Falconi, **per recepire le richieste di coloro che, come medici volontari, vorranno alternarsi nei campi profughi dell'Albania, nell'ambito della missione Arcobaleno, per prestare la loro opera professionale.**

**Pertanto, coloro che vorranno prestare questo servizio di volontariato devono comunicare la propria disponibilità al dott. Vito De Robertis Lombardi (amb. 0803258235 — 0330323895 — e mail: vderober@adriatica.peoples.it), ed insieme ai dati anagrafici, fornire un recapito telefonico, l'eventuale specializzazione ed il periodo di disponibilità.**

Ti sarei particolarmente grato se vorrai diffondere questo messaggio ai colleghi della tua ASL e del tuo Distretto.

Cordiali saluti.

Il Segretario Provinciale, **dott. Filippo Anelli**

## AVVISO SCUOLA QUADRI

l'incontro con il Segretario generale della CISL per la scuola quadri è stato spostato a giovedì 20 MAGGIO, presso la sede FIMMG di Bari per improrogabili impegni sopraggiunti da parte del dott. Nunzio Gagliardi

# SCUOLA PUGLIESE DI MEDICINA GENERALE

Nominato il nuovo direttivo: eletto presidente il dott. G.D'Ambrosio.  
Le iniziative della SIMG "Terra di Bari" per i prossimi mesi

"Lo scorso venerdì 29 aprile si sono svolte le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo della Scuola Pugliese di Medicina Generale. Il precedente consiglio e le cariche istituzionali erano stati nominati in via provvisoria in occasione dell'atto costitutivo della scuola con un mandato temporaneo di tre mesi.

Sono stati eletti i seguenti colleghi:

Dott. Francesco De Nicolò (SIMG-Bari)  
Dott. Gaetano D'Ambrosio (SIMG-Bari)  
Dott. Antonio De Bari (SIMG-Taranto)  
Dott.ssa Rosa Pedale (SIMG-Foggia)  
Dott. Renato Sammarco (SIMG-Foggia)  
Dott. Raffaele Capone (SIMG-Brindisi)  
Dott. Cosimo De Mola (SIMG-Bari)  
Dott. Antonio Metrucci (SIMG-Lecce)  
Dott. Marco Urago (SIMG-Taranto)  
Dott. Antonio De Benedictis (SIMG-Lecce)  
Dott. Gennaro Gadaleta Caldarola (SIMG-Bari)

Il nuovo Consiglio Direttivo ha proceduto a nominare Presidente il dott. Gaetano D'Ambrosio, Vice Presidente il dott. Antonio De Benedictis, Segretario Amministrativo - Tesoriere il dott. Renato Sammarco."

## Prossime iniziative della SIMG di Terra di Bari.

I Colleghi interessati a partecipare sono pregati di contattare i responsabili delle singole iniziative.

1) **Progetto VEMS**: si tratta di una iniziativa nazionale (collaborazione SIMG-AIPO-Università di Ferrara) di formazione e ricerca sulla patologia polmonare cronica ostruttiva (ASMA e BPCO) volta a valutare la possibilità di migliorare la qualità della diagnosi e, quindi, del trattamento dal parte del MMG mediante l'uso di un questionario sintomatologico e, in prospettiva, dell'uso di alcuni semplici parametri spirometrici. Sono referenti di questa ricerca i colleghi Memmo De Mola e Claudio Paci.

2) **Studio OLIS**: una ricerca sulla qualità della vita dei pazienti con patologie croniche condotta in collaborazione con la semeiotica medica della Università di Bari (Prof. Palasciano): referente dott. Gennaro Gadaleta (080/3948006).\*

3) **Corso di aggiornamento sull'AIDS** (commissionato dal Ministero della Sanità): i corsi saranno realizzati presumibilmente dopo l'estate. Referenti: dott. Mario Dell'Orco (080/3968281), dott. Gaetano Bufano (080/3742400), dott. Francesco De Nicolò .

4) **Seminario sulle vaccinazioni**: referente dott. Emanuele Cavone (080/5745398).

5) **Corso sulla incontinenza urinaria**: referente dott.ssa Giuseppina Capozza.

6) **Corso sulle flebopatie**: referente dott. Emanuele Cavone (080/5745398)\*

7) **Corso su internet per Medici di Medicina Generale** (2° e 3° parte): referente Memmo De Mola\*

8) **Corso di elettrocardiografia**: referente dott. Claudio Paci\*

\* le iniziative contrassegnate con un asterisco sono state ideate e realizzate autonomamente dai nostri animatori, le altre provengono dalla SIMG nazionale o dalla SEMG.

## GLI AUGURI DELLA FIMMG - BARI

Al dott. Gaetano D'Ambrosio Presidente SMG Puglia

Caro Gaetano, a nome della FIMMG di Bari, formulo i più sinceri auguri a te, in qualità di primo Presidente della SMG, ed ai dott.ri De Benedictis Antonio e Sammarco Renato, rispettivamente Vice Presidente e Tesoriere della Scuola Pugliese di Medicina Generale, ed auspico che l'avvio di questa nuova esperienza nell'ambito della medicina generale in Puglia serva ai medici di famiglia per raggiungere livelli sempre più elevati di qualità nella professione. Cordiali saluti

Il Segretario Provinciale

Dr. Filippo Anelli

## ASSEVERAMENTO SULLA DINAMICA REDDITUALE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

### Premessa:

Anche quest'anno per il modello Unico, quadro RE relativo ai redditi del 1998 ad alcuni medici Fimmg può essere utile allegare questo "asseveramento sindacale". Infatti l'incremento inflattivo delle voci di spesa si è scontrato con il mancato rinnovo del rapporto convenzionale. Il Rapporto fra il medico di medicina generale ed il SSN è regolato dalla legge 833/78 da cui sono derivati i DPR attuativi che contengono le clausole normative ed economiche.

L'esame di tale DPR permette di evidenziare che il medico convenzionato ha uno stato giuridico particolare, più volte definito dalla Magistratura come "parasubordinazione". Esso infatti presenta aspetti di libera professione ed aspetti che richiamano istituti della dipendenza. Infatti il medico di medicina generale viene retribuito con una quota capataria annua fissa e forfetaria per ogni singolo assistito in carico negli elenchi personali. La quota capataria è uguale su tutto il territorio nazionale e prevede scatti automatici di anzianità commisurati agli anni di laurea del medico. La retribuzione del medico è soggetta a ritenuta d'acconto alla fonte e riportata su un certificato del sostituto d'imposta rilasciato dalla USL di competenza ed incrociato con il modello 770 della USL medesima da parte dell'anagrafe tributaria. Pertanto a partire dall'analisi delle spese per determinare induttivamente il reddito del soggetto in esame, non ha valenza per il medico di medicina generale dato che la sua retribuzione:

- è costituita da tante quote individuali quanti sono gli assistiti in carico differenziate solo in rapporto all'anzianità di laurea;
- come già evidenziato, non è occultabile;
- a parità di assistiti e di anzianità di laurea è identica su tutto il territorio nazionale;
- ha un tetto, in quanto la legge e quindi la convenzione fissa un limite al numero di cittadini assistibili da un singolo medico (art. 48, comma 3, punto 5);
- non è modificabile dato che la quota individuale è fissata dalla convenzione (art. 48, comma 3, punto 7).

Si ritiene doveroso far presente che la convenzione dei medici di medicina generale è scaduta il 31/12/97 e che da allora la categoria presta la propria opera in regime di "prorogatio".

In effetti la remunerazione del medico di medicina generale ha subito una decurtazione netta a causa dell'aumento dei costi, non compensato dall'adeguamento dei ricavi, a prescindere dall'incidenza dell'IRAP.

Per l'anno in corso si acuisce pertanto il problema della inapplicabilità dell'attuale metodo di accertamento induttivo per la nostra categoria. Perciò, questo Sindacato ribadisce quanto già avuto occasione di esprimere negli incontri avuti presso il Ministero delle Finanze, e cioè che la categoria dei medici di medicina generale convenzionati costituisce un settore, i cui proventi sono difficilmente valutabili attraverso l'analisi delle spese.