

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

Numero 10

In redazione: dott. Giancarlo Tricarico

Ottobre 99

NOTIZIARIO PRODOTTO IN PROPRIO E DISTRIBUITO GRATUITAMENTE AGLI ISCRITTI

L'iniziativa assunta in accordo con CUMI, UIL Medici, Sismet

## LA FIMMG SOSPENDE LE TRATTATIVE AZIENDALI PER L'ATTUAZIONE DELLA DELIBERA 1003

**In un documento urgente inviato alla Regione Puglia e ai Direttori Generali di ASL si chiedono chiarimenti sul ruolo di "mandatario" arbitrariamente assegnato al M.M.G. dalla Regione**

Nella delibera regionale che, di fatto, determina l'assegnazione di un budget di spesa per l'assistenza farmaceutica e specialistica, il MMG viene reiteratamente definito "mandatario delle Aziende USL" per quel che attiene all'amministrazione e l'ordinamento della spesa sanitaria.

Tale definizione, ai sensi dell'art. 1703 del Codice Civile, presuppone l'esistenza in un "contratto" tra Aziende ASL e MMG in base al quale questi ultimi si impegnano a compiere uno o più atti giuridici per conto delle prime; l'art. 1711 del Codice Civile (limiti del mandato) stabilisce che il mandatario "non può eccedere i limiti fissati dal mandato, l'atto che esorbita resta a carico del mandatario, se il mandante non lo ratifica". Ne consegue che questo ruolo attribuito unilateralmente al MMG dalla Regione Puglia, senza che sia mai esistito un "contratto" tra le parti in tal senso, potrebbe esporre il medico, in caso di superamento del budget assegnato, anche a conseguenze di ordine patrimoniale per rifondere alle ASL l'eccesso di spesa ordinata. Pertanto, la FIMMG, insieme ad altre sigle sindacali ha chiesto l'urgente sospensione di ogni trattativa aziendale per l'attuazione della delibera 1003 in attesa che la Regione Puglia chiarisca i limiti di responsabilità professionale e patrimoniale connessi al termine di "mandatario" ripetutamente riportato nella DGR 1003. (in 2<sup>a</sup> pagina il documento inviato alla Regione e ai Direttori di ASL). **L'assemblea degli iscritti, tenutasi il 2 ottobre ha dato mandato pieno al Segretario Provinciale, dott. Anelli, a rappresentare in ogni sede e con ogni mezzo legale, gli interessi della categoria dei MMG in relazione ai contenuti della DGR 1003 ritenuti lesivi della nostra professione.**

### SOMMARIO

Documento inviato alla regione per Delibera 1003	2
Quando scadono le ricette ?	2
Rifiuti speciali: lettera aperta al Ministro Ronchi	3
Interrogazione parlamentare su rifiuti speciali	3
Delibera regionale 1003 (estratto)	4
A Bitonto: sventato scippo di pazienti in età pediatrica	13
La ASL BA/4 impone subito i tetti di spesa ai MMG	14
Nella ASL BA/3, parte l'ADI	14
51° Congresso Nazionale: Intervento del dott. Anelli	15
51° Congresso Nazionale: Intervento del Ministro Bindi	16
51° Congresso Nazionale: Mozione Conclusiva	17
Nota 80 e dintorni	18
Il Ministro Bindi a Bari	19
Avviso da affiggere negli studi sulle siringhe da insulina	20

### 51° CONGRESSO NAZIONALE FIMMG IL SEGRETARIO DOTT. ANELLI, ELETTO NEL COMITATO CENTRALE Importante riconoscimento al lavoro svolto dalla sezione barese.

All'interno la mozione conclusiva del congresso, la sintesi dell'intervento del Ministro Rosy Bindi, intervenuto alla manifestazione, la relazione del segretario dott. Anelli.

Si punta all'aggiornamento e alla riqualificazione del MMG come centro dell'assistenza primaria.

### FIMMG – BARI

TELEFONO: 080/5043779

FAX (sempre attivo): 080/5096770

**DOMENICA 31 OTTOBRE 1999 ORE 10**

**VILLA ROMANAZZI CARDUCCI**

**Via G. Capruzzi 326 - Bari**

LA FIMMG DI BARI

TUTTI I MEDICI DI FAMIGLIA DELLA PROVINCIA  
INSIEME AI CITTADINI

con la partecipazione del Segretario Nazionale  
Dott. MARIO FALCONI

### INCONTRANO IL MINISTRO BINDI

SUI PRINCIPALI TEMI DELLA RIFORMA  
SANITARIA E SULLA NUOVA CONVENZIONE DI  
MEDICINA GENERALE

(il video dell'incontro è scaricabile dal sito: [www.fimmg.org](http://www.fimmg.org))

In ultima pagina

### AVVISO DA AFFIGGERE NEGLI STUDI Sull'adeguamento alla normativa CEE per insulina e siringhe per insulina

La normativa andrà in vigore dal 1.3.2000

In un articolo del Corriere Medico

### RIFIUTI SPECIALI

**Strane dichiarazioni del Ministro dell'Ambiente:  
"I medici di famiglia non hanno mai chiesto un parere  
al Ministero sullo smaltimento dei rifiuti speciali".**

All'interno una dura lettera del Segretario Nazionale della FIMMG al Ministro Ronchi ed il testo di una interrogazione parlamentare, in cui vengono ribadite le posizioni del sindacato di fronte allo strumentale attacco di certa stampa

## IL DOCUMENTO INVIATO ALLA REGIONE

Bari, 28.09.1999

OGGETTO: D.G.R. n.1003 del 15.07.1999: ripartizione del Fondo Sanitario Regionale

Ill.mo Sig.  
Assessore alla Sanità - Regione PUGLIA  
C/o Assessorato Regionale alla Sanità  
Via Caduti di Tutte le Guerre, 15  
70126 BARI

Ill.mi Sigg.ri  
Direttori Generali  
AA.SS.LL. Regione PUGLIA  
LORO SEDI

In merito alla disciplina sulla ripartizione del Fondo Sanitario Regionale di cui alla D.G.R. n. 1003 del 15.07.1999, le scriventi Organizzazioni Sindacali sono a rilevare che in più occasioni, l'Ente Regionale ha individuato **"la figura di Medico di Medicina Generale ... tra quelle dei soggetti che il nuovo modello di regolamentazione Economico Funzionale della Sanità individuava come mandatari rispetto allo scopo generale di meglio regolare l'impiego delle risorse disponibili"**.

Poiché tale impostazione non trova corrispondenza nelle norme che regolano i rapporti tra il Medico di M.G. e il Sistema Sanitario Nazionale, queste Organizzazioni Sindacali ritengono di non potere addivenire all'incontro Aziendale per la determinazione dei tetti di spesa, di cui al punto n.17 delle disposizioni della Delibera D.G.R. in parola, prima che i competenti Organi Regionale abbiano esplicitato, anche per quello che riguarda eventuali profili di responsabilità, il significato e la interpretazione adottati in riferimento alla figura del Medico di M.G. come mandatario della A.U.S.L., nonché i fondamenti normativi su cui detta impostazione si basa.

Distinti saluti.

LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

C.I.S.L. Medici	(Dott. Italo EBERLIN)
C.U.M.I.	(Dott. Ludovico ABBATICCHIO)
F.I.M.M.G	(Dott. Filippo ANELLI)
S.I.S.M.E.T.	(Dott. Emanuele CAVONE)

## QUANDO SCADONO LE RICETTE ?

Pubblichiamo nuovamente la circolare regionale dell'12.11.97

**CIRCOLARE ASSESSORATO ALLA SANITA' N. 24/25578 DEL 12.11.97**

**OGGETTO: VALIDITA' TEMPORALE PRESCRIZIONI SPECIALISTICHE - PRECISAZIONI**

Ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere della Regione

Agli II.R.C.C.S. Pubblici e Privati

agli Enti Ecclesiastici

e.p.c. Alla Svmservice Spa  
LORO SEDI

Facendo seguito alla circolare assessorile n.241230001116118 del 28.10.96, considerato che l'applicazione del punto 1.4 della deliberazione di G.R. n.6605 del 29.12.95 continua a formare oggetto di numerosi dubbi e perplessità, si ritiene di dover precisare quanto segue.

Il punto 1.4 della surrichiamata deliberazione prescrive che le prestazioni specialistiche richieste dal medico di base devono essere fruibili immediatamente e comunque non oltre 10 gg. dalla data di prescrizione.

Tale prescrizione è posta al fine di garantire agli assistiti una pronta fruizione delle prestazioni specialistiche e non introduce alcun principio di validità temporale della ricetta.

Si ritiene pertanto che, lungi dal voler porre a carico dell'assistito ulteriori gravami, tale disposizione impone alle strutture pubbliche o private transitoriamente accreditate di erogare prontamente la prestazione specialistica ma non pregiudica la validità della prescrizione nell'ipotesi che l'assistito si rivolga alla struttura che eroga le prestazioni dopo il suindicato limite temporale.

**Commento: questa circolare, di fatto, abroga il termine di 10 giorni di validità delle ricette, rendendo in pratica illimitata la durata di tali prescrizioni.**

# RIFIUTI SPECIALI

## LETTERA APERTA LA MINISTRO RONCHI

**Mario Falconi scrive al Ministro dopo l'articolo apparso sul Corriere Medico.  
In corso anche una interrogazione parlamentare**

On.le Ministro,

in una intervista da Lei rilasciata al "Corriere Medico" di giovedì 7 ottobre 1999 sono inserite alcune Sue sconcertanti affermazioni che impongono da parte mia, in rappresentanza dei 30.000 medici aderenti alla Fimmg, le opportune precisazioni.

Per dovere di obiettività devo dirLe che io personalmente, prima che uscisse il Decreto 22/97 che porta il Suo nome, ebbi più di un incontro con il Direttore Generale del Ministero da Lei diretto Dott. Mascazzini, riuscendo a ottenere che nel Decreto venissero inserite norme che tenessero conto della quantità non eccessiva dei rifiuti prodotti negli studi dei medici di famiglia riconoscendone, di fatto, la loro peculiare specificità .

Dopo l'iniziale fase di rapporti costruttivi e corretti il Ministero dell'Ambiente è diventato, per circa tre anni, un muro di gomma, sordo a ogni richiamo, nonostante che le incertezze applicative di tale decreto imponessero un chiarimento rapido finalizzato alla omogeneizzazione delle modalità applicative nelle varie realtà regionali.

Nonostante Lei affermi, con una superficialità non degna di un Ministro della Repubblica Italiana, che le organizzazioni dei medici non hanno mai chiesto un parere, sono in grado di dimostrarLe che tanti e tali sono stati gli interventi che la Fimmg ha effettuato tesi ad avere gli opportuni chiarimenti, da non consentire a nessuno di travisare così palesemente la verità. Sono testimonianza di tutto ciò le lettere inviate all'Avvocato Pernice dell'Ufficio Legislativo del Suo Ministero, con il quale ho avuto anche personali incontri, e al Prof. Riccardo Canesi Capo della Sua Segreteria, le sollecitazioni anche al Sottosegretario alla Sanità Sen. Monica Bettoni, al Presidente di Legambiente Ermete Realacci e le interrogazioni parlamentari dell'On Giuseppe Del Barone, membro della Segreteria nazionale della Fimmg. Non ultima, la lettera da me inviata al Colonnello Comandante del Nucleo Operativo Ecologico dei Carabinieri in data 21 ottobre 1998.

Tutto ciò e altro ancora che per brevità tralascio, non ha prodotto nulla consolidando in noi legittimi dubbi sulla efficienza ed efficacia del Suo Ministero.

Sono certo che Ella comprenderà lo stupore e la rabbia per avere avuto, dopo anni di attesa, una risposta, ancora per certi versi lacunosa e con affermazioni non vere, attraverso un'intervista giornalistica.

E' del tutto evidente che, in assenza di vostri chiarimenti e vista la posizione dei NOE espressa anche nel recente passato sullo stesso giornale "Corriere Medico", abbiamo ritenuto responsabilmente di dover consigliare ai medici di cautelarsi smaltendo i rifiuti prodotti una volta al mese, come da Decreto, attraverso ditte specializzate.

Mi fa molto piacere apprendere oggi che non siamo obbligati, noi medici di famiglia, alla tenuta dei registri di carico e scarico, ma visto che Lei afferma: *"Ciò significa che ogni categoria di rifiuto andrà conferita allo smaltitore autorizzato e se il medico dovesse produrre rifiuti infettivi allora dovrà procedere a sterilizzarli. Una volta sterilizzati, questi rifiuti, raccolti in appositi contenitori, saranno assimilabili agli urbani"*, non vorrei

che al danno da voi causato per le gravi carenze informative si aggiungesse anche la beffa di un aggravio, per noi, dal punto di vista burocratico ed economico.

**Visto quindi che attualmente moltissimi medici, e io tra questi, spendendo una cifra mensile di circa 30-40 mila lire, che inserirò nelle rivendicazioni del tavolo contrattuale, smaltiscono una volta al mese i rifiuti prodotti attraverso ditte autorizzate, cosa succederà domani, dato che Lei ritiene che i rifiuti infettivi o potenzialmente tali andranno comunque raccolti in appositi contenitori e successivamente sterilizzati per essere inseriti nel ciclo dei normali rifiuti solidi urbani secondo modalità (che Dio ce le mandi buone!) che indicherà l'Istituto Superiore di Sanità?**

Augurandomi che per il futuro i medici di famiglia italiani, in virtù del loro insostituibile ruolo, possano ritrovare nel Ministero dell'Ambiente un naturale e affidabile punto di riferimento, Le invio cordiali saluti.

Roma, 21 ottobre 1999

Mario Falconi

### L'INTERROGAZIONE PARLAMENTARE DELL'ON.LE DEL BARONE INTERROGAZIONE A RISPOSTA SCRITTA

DEL BARONE - Al Ministro dell'Ambiente - Per sapere - premesso che:

una intervista rilasciata dal Ministro Ronchi, dopo anni di attesa, sembra portare una parola definitiva sul problema "smaltimento dei rifiuti" da parte dei medici convenzionati di medicina generale;

chiarito subito che è da respingere in maniera netta l'affermazione del Ministro quando afferma che i medici da parte delle loro organizzazioni "non avrebbero mai chiesto un parere sull'argomento" con l'aggiunta, da parte di Ronchi, della considerazione spregiudicata che ove il parere fosse stato richiesto, "i medici si sarebbero risparmiati un bel po' di polemiche";

quanto prima affermato è pienamente avallato dalla presentazione sulla questione di una interrogazione da parte dell'interrogante il 2.9.98 come deputato e anche nella sua qualità di presidente dell'ordine dei medici di Napoli e di componente la segreteria nazionale della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale FIMMG, interrogazione, malgrado un sollecito in aula al Presidente della Camera, rimasta senza risposta;

il colpevole silenzio ha portato i medici italiani alcuni all'obbedienza dei dettami del decreto 22/97 e altri al non rispetto dei ricordati dettami. Ora ci si trova innanzi alla necessità che, se è pur vero che ogni categoria di rifiuti andrà conferita allo smaltitore autorizzato è altrettanto vero che se il medico dovesse produrre rifiuti infettivi allora dovrà procedere a sterilizzarli per poi raccogliarli in appositi contenitori. Solo allora quei rifiuti saranno resi assimilabili a quelli urbani:

considerato che siringhe, abbassalingua, garza o cotone idrofilo usati renderanno sempre infetto il materiale dei rifiuti di uno studio medico vi è da porsi l'interrogativo se l'attuale rimedio sia dal punto di vista pratico ed economico migliorativo o peggiorativo di quanto affermato dal decreto 22/97;

se il Ministro, per una visione reale del tutto, non intenda riunire i rappresentanti dei sindacati più rappresentativi per porre una parola definitiva su di un argomento da risolversi con idonei provvedimenti, eguali in tutte le regioni e non solo con interviste giornalistiche.

Roma, 19 ottobre 1999

On. Giuseppe Del Barone

## LA DELIBERA REGIONALE 1003 DEL 25.7.1999

### Riassunti i punti più significativi per la Medicina generale)

N.1003 del Registro delle deliberazioni

**SAN/DEL/99/00124 OGGETTO:**

**Documento di indirizzo economico funzionale del SSR per il 1999 (DIEF-SSR 1999)**

**Assegnazione alle aziende USL alle Aziende Ospedaliere, agli EE ed IRCCS degli obiettivi funzionali e limiti di spesa a valere sul FSR 1999. Legge Regionale 38/94; L.R. 16/97, L.R. 22/97; L. 449/97; L. 448/98**

Riportiamo per estratto i punti salienti della delibera della Giunta Regionale n. 1003 riguardanti la programmazione del Fondo Sanitario Regionale (FSR) per la parte attinente ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta, nonché all'organizzazione e finanziamento dei Distretti.

La Giunta Regionale con la DGR 1800198 Criteri per le assegnazioni alle Aziende U.U.S.S.L.L., alle Aziende Ospedaliere, agli E.E. ed IRCCS degli obiettivi funzionali e dei limiti di spesa a valere sul F.S.R. 1998\* e successive modificazioni ed integrazioni, nel corso del 1998 ha introdotto nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale importanti innovazioni.

Con i successivi atti:

- DGR 3689198, - Chiarimenti e modificazioni U.U.S.S.L.L. - alle Aziende Ospedaliere, agli E.E. ed I.R.C.C.S. degli obiettivi funzionali e dei limiti di spesa a valere sul F.S.R. 1998";

- DGR 4336198 'Deliberazione CIPE n.84/98- Assegnazioni alla DGR 1800198 ed alla DGR 3689198 - Rimodulazione delle assegnazioni alle Aziende U.U.S.S.L.L., alle Aziende Ospedaliere, agli E.E. ed I.R.C.C.S. dei limiti di spesa a valere sul F.S.R. 1998»;

- DGR 4337198, 'DGR 1800198 -Attuazione Procedure Aziende USL ed Ospedaliere, dagli IRCCS ed Enti Ecclesiastici (Cleaning House).- Direttiva della Giunta Regionale"

- DGR 74199 Assistenza specialistica provvisoriamente accreditata - Determinazioni in ordine al livello di prestazioni e di spesa relative al 1998 rivenienti dalla trattativa tra Parte Pubblica e Privata del comparto".

In particolare, sono stati meglio qualificati i tetti di spesa, gli obiettivi, le linee guida e le direttive regionali in materia di assistenza sanitaria, con lo scopo di

perfezionare le azioni orientate al riordino economico-funzionale dei SSR.

Con i predetti atti, venivano indicati altresì principi e direttive tra cui:

- perseguire "una adeguata qualificazione ed integrazione dei vari soggetti e delle loro prestazioni rispetto al Cittadino-utente
- comporre, in un equilibrato rapporto tra strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, il diritto alla libera scelta del Cittadino";
- raggiungere in un triennio a valori e legislazione costante l'obiettivo regionale del pareggio di bilancio nell'area sanitaria, anticipando quanto disposto in materia dalla Legge 448198 (Finanziaria 1999);

Circa quest'ultimo punto, ai fini della corretta interpretazione dell'azione di indirizzo e coordinamento esercitata dall'Assessorato alla Sanità, nel rispetto del diritto alla libera scelta del Cittadino, ma anche nella esigenza di dar corpo ai principi di buona amministrazione così come ampiamente qualificati dalla Legge Finanziaria 448198 in materia di patto di stabilità interna, di cui si dirà più dettagliatamente in appresso), occorre tener conto dei criteri di ripartizione funzionale, della consistenza delle risorse assegnate in sede di riparto del FSN 1999 e della indifferibile esigenza di perseguire forti e concreti obiettivi di risparmio.

E' da rilevare come rispetto a questo obiettivo ed a molte delle azioni e degli elementi di riequilibrio definiti dalla

successiva legislazione, la DGR 1800198 abbia percorso i tempi, permettendo alla Regione di anticipare i fattori di esperienza attraverso cui meglio governare il Cambiamento.

Partendo dai risultati già raggiunti rispetto a tale direttrice occorre, ora, che si concretizzi un forte patto di responsabilità" da parte dei Cittadini della regione e delle strutture pubbliche e private operanti nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale.

E' altresì richiesto un particolare **impegno** dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta che, sia **nella veste di mandatari delle aziende USL** sia di fiduciari dei Cittadini per l'assistenza medica di base hanno il **compito di fungere da regolatori e da garanti della** salvaguardia di un livello sufficiente di uniformità nell'assistenza sanitaria e di un oculato impiego delle risorse.

**Agli stessi è, in particolare, assegnato l'obiettivo di**

## LA DELIBERA REGIONALE 1003 DEL 25.7.1999

### Riassunti i punti più significativi per la Medicina generale)

**contenere la spesa per l'assistenza farmaceutica che nel corso dei 1998 ha superato la soglia insostenibile di 1.000 miliardi.**

Agli operatori ed alle strutture pubbliche e private dei SSR è assegnato lo scopo, raggiungibile, di garantire i livelli di assistenza e di perseguire gli obiettivi previsti per il 1999-2001 dal Patto Interno di Stabilità.

Il presente Documento è quindi atto di Indirizzo Economico-Funzionale (DIEF) in materia sanitaria e concorre, in particolare, per quanto di competenza della Giunta, al perseguimento degli obiettivi previsti dal patto di stabilità regolato dall' Art.28 della L.448198 e successive attuazioni, di cui ultima la Circolare e 12 marzo u.s. del Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica, redatta con l'intesa dei Ministro degli Affari Regionali e dei Ministro della Sanità.

Tenuto conto della rilevanza degli effetti sull'amministrazione delle Regioni prodotti dall' Art. 28 della L.448198, lo stesso e la cit. Circ. Min. Tesoro 12 Marzo (che ne chiarisce le modalità di applicazione) sono riportati, per sintesi, nella sezione Normativa e Regolamentare (Allegato B) limitandosi in questa sede ad evidenziare

#### **(A) Continuità degli obiettivi del Patto di Stabilità Interno anche negli anni 2000 e 2001:**

Il Patto di Stabilità interno ha valenza almeno triennale, sicché, nell'ipotesi in cui nell'intervento correttivo nel 1999 sia rilevato insufficiente per il perseguimento del saldo programmatico 1999, occorrerà operare sul bilancio del 2000 per realizzare le correzioni necessarie per ricondurre il saldo (compreso quello del settore sanitario) sui livelli richiesti dal 'patto di stabilità interno.

Alle Regioni a statuto ordinario è assegnato per il 1999 un obiettivo di risparmio di 10000 miliardi (oltre quello sulla spesa sanitaria, che appare evidenziare un fabbisogno aggiuntivo per il 1998 superiore a 7000 miliardi) ... gli eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi, accertati dal Governo, sono sottoposti alla conferenza permanente Stato-Regioni, alla quale è affidata l'individuazione delle misure da prescrivere per il ripristino degli obiettivi.

Se, nonostante l'applicazione di tali misure, gli scostamenti dovessero persistere alla fine dell'anno e l'Italia venisse sanzionata per un deficit eccessivo, tale sanzione sarà posta a carico degli Enti che non hanno realizzato gli obiettivi in proporzione alla quota ad essi imputabile.

Nella Legge Finanziaria 1999 si introducono

significative variazioni sull'assetto economico del Sistema Sanitario, quali quelli previsti in materia di:

- misure per il contenimento della spesa farmaceutica (artt. 68,69,70)
- interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei centri urbani (art. 71)
- disposizioni per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria (art. 72)

La Regione Puglia, in osservanza della citata Legge Finanziaria e in base al dettato della DGR 1800/98 deve dar corso ad ogni possibile azione volta al perseguimento degli obiettivi di risparmio già definiti nel corso del 1998: in altri termini: è richiesta la riduzione dell'incidenza della spesa sanitaria verso livelli sostenibili della stessa; **adattamento rispetto al quale occorre che tutti aderiscano al "patto di responsabilità" alla base del presente documento di indirizzo.**

#### **Metologia di Pianificazione e Concertazione degli obiettivi 1999 del SSR.**

Concordati con i Direttori Generali di ASL e Aziende Ospedaliere Pubbliche, i Legali Rappresentanti degli Enti Ecclesiastici, degli IRCCS pubblici e privati, con i rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale delle categorie di soggetti erogatori di prestazioni sanitarie (Ospedalità privata, MMG, Pediatri di Libera Scelta - PLS)

(per quanto attiene ai medici di Medicina Generale)

**h) attenta ridefinizione e riqualificazione dei medici di base e pediatri di libera scelta (PLS), i quali nel definito (DGR 1800/98) ruolo di mandatarî, opereranno quali soggetti attivi di "regolazione" della domanda (anche ai fini della significativa riduzione dei livelli di spesa per l'assistenza farmaceutica.**

**Giusto accordo assunto in sede regionale con i sindacati maggiormente rappresentativi dei MMG e dei PLS, tra gli obiettivi primari delle categorie mediche interessate vi è quello di assicurare i livelli essenziali di assistenza di base, evitando, nel caso in cui ciò si verifici, il ripetersi di impieghi impropri delle risorse.**

**Ulteriore obiettivo è quello di indirizzare la domanda, prioritariamente verso le strutture del SSR pubbliche e private accreditate dalla Regione , nell'ambito dei piani delle prestazioni e dei tetti di spesa programmati.**

I Direttori Generali delle AUSL (...) sono impegnati per comprensorio provinciale di riferimento, ad inviare

## LA DELIBERA REGIONALE 1003 DEL 25.7.1999

### Riassunti i punti più significativi per la Medicina generale)

all'Assessorato alla Sanità entro e non oltre il termine del 15 ottobre 1999, il proprio modello aziendale di dipartimentalizzazione dei livelli di assistenza sanitaria.

Ripartizione generale delle risorse del SSR per il 1999:

Livello di assistenza	Risorse 1999
Prevenzione	5%
Ospedaliera (compresa Mobilità)	52%
Distrettuale	43%

Non potendosi disporre al momento dell'elaborazione del presente provvedimento, dei bilanci consuntivi delle strutture del SSR riferiti al 1998 a cura degli Uffici dell'Assessorato Regionale alla Sanità e del gruppo tecnico di lavoro che con lo stesso collabora, sono stati valutati i rendiconti consuntivi **1997**.

Tale importo è determinato al netto degli accantonamenti previsti dal piano di riparto ai sensi della Legge Regionale 38/94, compresi quelli per la remunerazione delle prestazioni interessanti la mobilità attiva extraregionale. (vedi tabella sotto)

Nel documento programmatico stilato in collaborazione con le OO.SS. la Regione Puglia si pone, tra gli altri, l'obiettivo della riduzione del 2% della spesa farmaceutica convenzionata, da perseguirsi mediante una più adeguata integrazione del medico di base nel sistema organizzativo e terapeutico-assistenziale delle Aziende USL e di CONTENIMENTO DELLA SPESA PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI INTERNE ED ESTERNE PER BRANCA SPECIALISTICA, assumendo quale riferimento parametri medi che permettessero l'allineamento tendenziale e riequilibrante nell'impiego delle risorse.

(Il documento è stato pubblicato nel numero precedente del Notiziario FIMMG)

#### Raggiungimento degli Obiettivi

La strategia messa in atto dalla Regione per il dentro dei disavanzo tende, quindi, a combinare azioni a breve termine (di razionalizzazione) con interventi in grado di incidere sulla struttura dell'offerta e sulle modalità di funzionamento del sistema, creando condizioni di contesto idonee a produrre positivi risultati sia nel medio

#### Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale per Provincia.

Provincia	USL	100%	5%	52%	43%
		Assegnazione Indistinta	Prevenzione	Assistenza Ospedaliera	Assistenza Distrettuale
<b>FOGGIA</b>		<b>1116,80</b>	<b>55,84</b>	<b>580,73</b>	<b>480,23</b>
	FG/1	332.08	16.60	172.68	142.80
	FG/2	317.93	15.90	165.32	136.71
	FG/3	466.79	23.34	242.73	200.73
<b>BARI</b>		<b>2493.26</b>	<b>124.67</b>	<b>1296.50</b>	<b>1072.09</b>
	BA/1	350.52	17.53	182.27	150.72
	BA/2	501.39	25.07	260.72	215.60
	BA/3	310.84	15.54	161.64	133.66
	BA/4	948.96	47.45	493.46	408.05
	BA/5	381.55	19.08	198.41	164.06
<b>BRINDISI</b>		<b>622.70</b>	<b>31.14</b>	<b>323.80</b>	<b>267.76</b>
	BR/1	622.70	31.14	323.80	267.76
<b>LECCE</b>		<b>1275.75</b>	<b>63.79</b>	<b>633.39</b>	<b>548.37</b>
	LE/1	725.93	36.30	377.48	312.15
	LE/2	549.82	27.49	285.91	236.42
<b>TARANTO</b>		<b>872.50</b>	<b>43.63</b>	<b>453.70</b>	<b>375.17</b>
	TA/1	872.50	43.63	453.70	375.17
<b>PUGLIA</b>		<b>6381.01</b>	<b>319.07</b>	<b>3318.12</b>	<b>2743.82</b>

valori sono arrotondati alle decine di milioni

## LA DELIBERA REGIONALE 1003 DEL 25.7.1999

### Riassunti i punti più significativi per la Medicina generale)

e lungo termine che nell'esercizio corrente.

Il grado di raggiungimento degli indicati obiettivi, che acquisiscono rilevanza strategica ai fini del miglioramento economico funzionale dei SSR, costituisce riferimento ai fini della corresponsione della quota integrativa di trattamento economico dei Direttori Generali,

Rispetto a tale percorso, il corrente esercizio appare caratterizzato dalla positiva confluenza di apporti della parte pubblica e privata, caratterizzati da una comune intesa nella ricerca di equilibri sostenibili, durevoli e diffusi per rendere bastevole ciò di cui si dispone.

E' conseguentemente necessario che le Aziende Sanitarie, ed in particolare le USL, con la collaborazione di tutti i Soggetti che cooperano al funzionamento del SSR, diano concreta e pronta attuazione alle leve rese disponibili dal presente provvedimento per dar corpo a standard di funzionamento e di costo progressivamente uniformanti il rapporto capitaro regionale per funzione (riduzione degli scostamenti rispetto alla media).

Occorre quindi che le Aziende definiscano tetti di spesa, obiettivi di risparmio e, quindi, azioni di responsabilizzazione a cascata per tutti i Soggetti che direttamente e/o indirettamente concorrono al funzionamento dei SSR.

**E' indifferibile obiettivo regionale, stante le indicate disponibilità del FSR i vincoli scaturenti dal patto di stabilità di cui alla L.448198, quello di conseguire nell'anno 1999, tenuto conto dei livelli essenziali di assistenza da garantire una economia di almeno il 2 % sui costi delle Aziende sanitarie pubbliche e delle strutture private rispetto al 1998.**

#### **Limiti di spesa per la specialistica privata provvisoriamente accreditata**

Nelle richiamate premesse, l'indirizzo assunto dall'Assessorato alla Sanità per il 1999 pone in chiara evidenza come:

(a) non si intenda limitare il ricorso alla specialistica privata provvisoriamente accreditata, né tantomeno il diritto del Cittadino alla libera scelta, ma si intenda porre un forte freno a comportamenti opportunistici, che evidenziano "una situazione patologica che va comunque calmierata e disincentivata" affinché il danno non ricada su tutti indistintamente".

- (b) il limite così determinato, non costituisce per le Aziende USL, autorizzazione rispetto alla spesa storica ed alla sua tendenza all'incremento, bensì tetto regionale delle risorse assegnabili per l'assistenza specialistica privata provvisoriamente accreditata, comprensivo delle quote di riequilibrio per il miglioramento dei livelli di assistenza da erogare al Cittadino.
- (c) nell'ambito dei tetti di spesa assegnati dalla Regione per tali tipi di prestazioni a ciascuna USL, la stessa provvederà ad attuare le opportune programmazioni ed assegnazioni per branca specialistica, coerentemente agli specifici fabbisogni rispetto alla capacità erogativa interna.

Di tali programmazioni ed assegnazioni, il Direttore Generale della Azienda USL è tenuto a dare informativa anche ai **MMG ed ai PLS mandatari** ed alle Organizzazioni Sindacali provinciali maggiormente rappresentative.

Nell'intento di dar corso a quella necessaria ed imprescindibile chiarezza nei rapporti con i Cittadini, si intende inoltre precisare nei confronti di talune Strutture e Soggetti operanti nel settore della specialistica privata provvisoriamente accreditata, che il fornire agli stessi comunicazioni ed informative non rispondenti a verità, indipendentemente dagli esiti delle procedure di accreditamento, autorizza i Direttori Generali delle Aziende USL competenti per territorio, alla applicazione di quanto previsto di cui all'art. 6, co. 6 della L. 23-12-1994, n.724, valutandosi tali comportamenti non conformi al rapporto fiduciario ed ai generali principi di correttezza che devono essere alla base di qualsiasi rapporto, prevedendosi la sospensione o la revoca dell'accREDITAMENTO provvisorio.

Al riguardo, la Regione Puglia si riserva il diritto di costituirsi, congiuntamente alla Azienda USL interessata, nelle diverse sedi giurisdizionali in relazione alla gravità dei fatti contestati.

E) Modalità di impiego delle risorse assegnabili a livello regionale per il riequilibrio e la remunerazione delle prestazioni della specialistica privata provvisoriamente accreditata, nei limiti dei tetti di spesa e delle prestazioni.

(a) Al fine di dar corso alle necessarie azioni di riequilibrio dei livelli di servizio verso il Cittadino,

aderendo alla richiesta formulata da Organizzazioni della Specialistica privata di porre in essere a livello

## LA DELIBERA REGIONALE 1003 DEL 25.7.1999

### Riassunti i punti più significativi per la Medicina generale)

regionale le azioni ritenute più opportune per porre un freno a comportamenti opportunistici che certamente non giovano alla Collettività, nell'utilizzo di detto ammontare di 182 MLD, si è provveduto ad introdurre principi di rimodulazione che favoriscano tale imprescindibile percorso di razionalizzazione.

Nella determinazione di dette risorse, per conservare l'attuale livello di libertà del Cittadino, nell'esercizio del suo potere di scelta, **non si è dato altresì corso alla riduzione del 10,4%** (corrispondente a circa 17 MLD) **rispetto all'ammontare massimo di spesa programmato per il 1998 per l'assistenza specialistica privata operante in regime di accreditamento** provvisorio. Il fabbisogno è stato coperto attingendo ai fondi di riserva previsti dalla L.R. 38/94 che, conseguentemente, si sono ridotti per pari ammontare. (vedi tabella in fondo alla pagina)

b) Detta incidenza del 10,4% corrisponde alla percentuale di abbattimento  $[(12,99\% - 11,64\%) / 12,99\%]$  che avrebbe dovuto interessare il livello dell'assistenza specialistica, a fronte della differenza nella ripartizione delle risorse tra quanto previsto dalla DGR 4336198 e quanto assunto a base per la formulazione del Piano di Riparto del FSR 1999 (anche tenuto conto degli obiettivi scaturenti dal patto di stabilità interno di cui alla L. 448/98).

Ai fini della razionalizzazione nell'impiego delle risorse come innanzi determinate, richiamato il

disposto dell'art. 6, co. 6 della L. 23-12-1994, n. 724, analogamente a quanto già definito in sede di concertazione sui tetti massimi e minimi di remunerazione nel settore pubblico, fermi gli obiettivi di risparmio sanciti dalla L. 449/97 ed introdotti con la DGR 1800/98 (obiettivi di risparmio inversamente proporzionali al disequilibrio rilevato) nel SSR, si ritiene opportuno procedere secondo criteri che diano corpo ai principi di equità e di accordo rispetto ai quali va confermata l'azione dell'Assessorato e dei Soggetti pubblici e privati che operano nell'ambito del SSR.

#### Ripartizione per branca della spesa specialistica:

Branca	% Spesa 1999
Laboratori analisi	36%
Radiologia-Med. Nucleare	23%
Fisiokinesiterapia	28%
Branche a visita	13%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>

#### Obiettivi ed Accordi Generali tra le Aziende Ospedaliere e le Aziende USL

(a) Con l'accordo, ciascuna Azienda Ospedaliera assume quale tetto massimo di remunerazione per le prestazioni rese alle Aziende USL comprensoriali partecipanti al FGC, l'importo costituente il Fondo di Garanzia Prestazionale della provincia, indipendentemente dal tipo e dalla quantità di prestazioni

LIVELLI E SUBLIVELLI DI ASSISTENZA	Struttura degli Impieghi da DGR 4336/98		Struttura degli Impieghi da FSR 99	
Prevenzione		5,00%	5,00%	
Assistenza Distrettuale		48,00%	43,00%	
Farmaceutica	11,83%		-1,24%	10,59%
Specialistica	12,99%		-1,35%	11,64%
Assistenza agli Anziani	5,00%		-0,52%	4,48%
Medicina Generale, Altra Assistenza e residuale	18,18%		-1,89%	16,29%
Assistenza Ospedaliera		47,00%		52,00%
<b>TOTALE</b>		<b>100,00%</b>		<b>100,00%</b>

N.d.R.: E' evidente, rispetto agli impieghi previsti dalla DGR 4336/98 la riduzione del budget per l'assistenza di tipo "distrettuale (farmaceutica, medicina generale, specialistica) con corrispondente aumento delle spettanze per l'assistenza ospedaliera



## LA DELIBERA REGIONALE 1003 DEL 25.7.1999

### Riassunti i punti più significativi per la Medicina generale)

erogate verso le stesse, ferme le economie scaturenti dagli obiettivi di miglioramento ed efficacia del livello di assistenza ospedaliera specificati nel relativo Addendum Comprensoriale di Intesa (che le Parti dovranno definire e ratificare entro 15 giorni dalla data di notifica del presente atto) e dei contenuti specifici già definiti e di seguito riportati.

(b) Il tetto massimo di spesa per le Aziende Ospedaliere è, come indicato, comprensivo degli eventuali contributi per le attività non tariffate dalle stesse svolte che saranno liquidati, previo accertamento dei costi diretti, nei limiti degli importi e per le causali determinate dall'Assessorato alla Sanità con apposita Direttiva, nonché delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei Cittadini.

(c) A fini gestionali, i Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere ed i Legali Rappresentanti degli IRCCS pubblici, entro 30 giorni dalla data di approvazione del presente atto, sono tenuti a comunicare al Coordinamento Settore Sanità - Struttura tecnica della Clearing House, l'ammontare risultante dalle scritture contabili relative all'esercizio 1998, delle quote di partecipazione dei Cittadini iscritte nei ricavi delle strutture amministrative.

(d) In via generale, l'Assessorato alla Sanità, nell'ambito di quanto previsto dalla presente deliberazione, può esercitare il proprio potere sostitutivo e surrogatorio nei confronti delle Aziende e delle Strutture Sanitarie che non ottemperino, nei termini e modi previsti, alle azioni alle stesse assegnate.

(e) Gli obiettivi e le regole generali della presente sezione, si applicano nei confronti delle strutture (EE,IRCCS, Aziende Ospedaliere, Aziende USL) del salvo specifiche deroghe ed integrazioni riportate nei successivi paragrafi di distinto accordo o nell'Addendum di Intesa Comprensoriale.

60 Le Parti convenute di ciascun comprensorio provinciale concordano che è obiettivo comune, da perseguirsi nell'ambito della dipartimentalizzazione interaziendale da costituirsi entro il primo semestre del corrente anno, la raccolta, la organizzazione ed il controllo di informazioni comprensoriali derivanti dalle procedure della camera di controllo e compensazione, utili a descrivere lo stato di salute della popolazione ed ad aggiornare l'offerta di prestazioni secondo l'evolversi delle conoscenze sull'efficacia degli strumenti diagnostici e terapeutici e sull'efficienza delle modalità di erogazione.

(g) L'Assessorato alla Sanità nell'ambito delle funzioni di indirizzo e coordinamento di competenza della Giunta Regionale e di quelli indicati nel presente atto, può, mediante Direttiva, integrare c/o modificare ai fini della omogeneità e del miglioramento economico

funzionale del SSR i vari accordi comprensoriali (Addendum) raggiunti dalle Parti, ovvero estenderne, in tutto ed in parte, la loro applicazione anche territoriale;

(h) In sede di predisposizione dei piani di riparto, l'Assessorato alla Sanità ha provveduto, al fine di sostenere finanziariamente le Strutture e gli Istituti interessati, alla costituzione dei fondi necessari nelle misure previste nel presente atto per le anticipazioni mensili di cassa.

L'Assessorato alla Sanità, con riferimento all'andamento generale ed alle risultanze dei controlli di gestione di cui agli Art. 8 e 9 della LR 38/94 e successive modificazioni ed integrazioni, agli esiti dei controlli di cui alla DGR 4337198 ed alle nonne nazionali, compresi gli emanandi decreti legislativi di attuazione della Legge 419/98, si riserva di proporre alla Giunta Regionale le opportune rimodulazioni e riassegnazioni delle risorse così come definite in sede di prima attuazione di riparto del FRS.

### LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente del Settore

A voti unanimi espressi nei modi di legge

### DELIBERA

1. di approvare la relazione dell'Assessore proponente, qui richiamata per costituire parte integrante della presente deliberazione, congiuntamente agli Allegati A) e B), con la precisazione che i termini indicati in premessa per gli adempimenti ivi previsti per i mesi di giugno e di luglio, si intendono, al fine di permetterne l'attuazione, differiti al 30 Settembre;

2. di fissare in Lit. **6.684.000.000.000** (Euro 3.451.997.913,51) le risorse a disposizione del Fondo Sanitario

Regionale, al netto della mobilità interregionale, per il 1999, secondo le risultanze scaturenti dalla proposta di riparto dei FSN per parte corrente presentata dal Ministro della Sanità alla Conferenza Stato-Regioni nel mese di gennaio del corrente anno;

3. di prevedere quale assegnazione per le Aziende USL, l'importo di Lit. **6.381.001.438.000** (Euro 3.295.512.215,76), al lordo dei presunti saldi per

## LA DELIBERA REGIONALE 1003 DEL 25.7.1999

### Riassunti i punti più significativi per la Medicina generale)

mobilità sanitaria intraregionale ed extraregionale e dei massimi di remunerazione per le prestazioni degli Enti Ecclesiastici, degli IRCCS e delle Aziende Ospedaliere,

quale quota del Fondo Sanitari Regionale di cui alle corrispondenti tabelle dell'Allegato A) che costituisce parte integrante e sostanziale alla presente deliberazione, in applicazione delle richiamate norme di legge e degli indirizzi in premessa indicati;

4. di prevedere, quale tetto massimo per le Aziende sostanziale alla presente deliberazione, in applicazione delle richiamate norme di legge e degli indirizzi in premessa indicati, nella precisazione che detto ammontare è comprensivo delle entrate per compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli assistiti

5. di prevedere, quale tetto massimo per gli Enti Eccl ripartizione di cui alle corrispondenti tabelle dell'allegato A) che costituisce parte integrante e sostanziale alla presente deliberazione, in applicazione delle richiamate norme di legge e degli indirizzi in premessa indicati.

6. di indicare, quale tetto massimo di spesa per le attività di cura prestate dalla colonia Hanseniana rientrante nella gestione dell'Ente Ecclesiastico Ospedaliero Miulli, quello corrispondente **all'importo di Lit. 10.000.000.000** (Euro 5.164.568,99 ) previsto nel corrispondente fondo a destinazione vincolata a valere sul FSR 1999;

7. di prevedere, quale tetto massimo per gli IRCCS F presente deliberazione, in applicazione delle richiamate norme di legge e degli indirizzi in premessa indicati nella precisazione che detto ammontare è comprensivo delle entrate per compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli Assistiti;

8. di prevedere di conseguenza quale finanziamento diretto alle Aziende USL l'ammontare di Lit. 4.643.744.300.000 ( Euro 2.398.293.781,34 ), secondo la ripartizione di cui alle corrispondenti tabelle dell'Allegato A) che costituisce parte integrante e sostanziale alla presente deliberazione, in applicazione delle richiamate norme di legge e degli indirizzi in premessa indicati.

g. di riservarsi di provvedere con separati atti, fino alla concorrenza massima nell'anno 1999 di Lit. 43.840.000.000-0 (Euro 22.641.470,46 ), da assegnare ai sensi dell' Art. 10 della LR 38/94 (importo al lordo dell'ammontare di Lit. 1235 Milioni indicato al successivo punto 9bis)

9.bis di dare atto che la somma di Lit. 1.235.000.000 è stata già destinata ai Cap. 741012 con LR 16/99 e che

la stessa va detratta dalla quota accantonata di cui al punto 9) del dispositivo del presente atto;

10. di riservarsi mediante provvedimenti aggiuntivi, la eventuale modificazione di detti limiti di costo al momento in cui meglio si saranno definiti, in ragione del monitoraggio periodico e degli andamenti rilevati ex DGR 1800198, 3286198, 4255198, 4337198, gli andamenti gestionali delle singole strutture anche per l'attuazione coordinata di quanto connesso agli adempimenti previsti in materia sanitaria dal 'patto di stabilità' di cui alla Legge 448198;

11. di rendere conseguentemente disponibili, ai fini della cassa, secondo le ripartizioni riportate nei riepiloghi delle disponibilità finanziarie 1999 per le Aziende USL, Aziende Ospedaliere, Enti Ecclesiastici, IRCCS Pubblici e Privati, i corrispondenti ammontari, proporzionalmente alla dotazione dei FSR previsto per il 1999, autorizzando il competente Ufficio del Settore Sanità alla predisposizione dei relativi atti mensili di erogazione verso le Aziende USL e di anticipazione finanziaria nei confronti delle Aziende Ospedaliere e degli IRCCS pubblici;

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

13. di precisare che gli ammontari riferiti agli Enti Ecclesiastici ed agli IRCCS Privati non comprendono la remunerazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, che verrà liquidata, nell'ambito del piano delle prestazioni e dei tetti massimi di remunerazione definiti con detti Enti ed Istituti in fase di concertazione. direttamente da parte della Azienda USL sul cui territorio insiste la sede degli stessi, conformemente agli esiti delle procedure previste per il funzionamento della Camera di Controllo e Compensazione delle prestazioni sanitarie ex DGR 4337198;

14. di porre quale direttiva specifica per i Direttori delle Aziende USL quella di determinare li budget delle prestazioni ed i tetti massimi di spesa della attività specialistica \*convenzionata', in misura complessiva non superiore a quella scaturente dalla applicazione dei principi e dei parametri indicati in narrativa.

15. di riconfermare che al fini del rimborso delle prestazioni sanitarie di ricovero fruito in forma indiretta, ai sensi dell'Art. 1 della L.R. 3 Luglio 1979

## LA DELIBERA REGIONALE 1003 DEL 25.7.1999

(Riassunti i punti più significativi per la Medicina generale)

n.40, fino a diversa deliberazione regionale, e comunque non oltre il termine per l'accreditamento dei soggetti e delle strutture abilitate ad operare nell'ambito dei SSR, tenuto anche conto della Deliberazione di Consiglio Regionale 3 Febbraio 1999 n.379 "Riordino della rete ospedaliera", si applicano le disposizioni di cui al punto 8) della DGR 3689/98 avente ad oggetto 'Chiarimenti e modificazioni a DGR 1800/98', nei termini di cui al Dlgs 18.6.1999, in corso di pubblicazione,

16. analogamente, di precisare che per quanto non diversamente disposto nella presente deliberazione, sono confermati i principi e gli indirizzi di cui alle precedenti deliberazioni di Giunta Regionale n. 1800/98, 3689/98, 4336/98, da attuarsi da parte dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, dei Legali Rappresentanti degli Enti Ecclesiastici e degli IRCCS pubblici e privati, conformemente alle integrazioni e modificazioni di cui al presente atto, alle deliberazioni di Consiglio Regionale, alla norme nazionali ed alla direttive comunitarie in materia;

17. in materia di regolamentazione delle attività e degli obiettivi interessanti i Medici di Medicina-Generale ed i Pediatri di libera scelta, per quanto nella narrativa del presente atto non differito a a livello regionale, anche alla luce dei contenuti dell'Accordo regionale 13 Aprile con le Organizzazioni degli stessi maggiormente rappresentative:

(a) di costituire a livello regionale l'Organismo Permanente di Consultazione per i' Assistenza Territoriale (OPCAT) con dette Organizzazioni ai fini della programmazione, della pianificazione e dei controllo sul territorio delle attività di pertinenza del SSR;

(b) di confermare che parte delle economie di gestione, raggiunto il pareggio del settore sanitario, saranno **impegnate, atteso il processo di deospedalizzazione in atto, per lo sviluppo di iniziative regionali atte a migliorare il livello di assistenza territoriale e l'occupazione medica nel livello dell'assistenza distrettuale integrata;**

(c) di indicare, quale direttiva specifica per i Direttori delle Aziende USL quella di:

**c.1) determinare, sentite le Rappresentanze provinciali delle Organizzazioni firmatarie dell'Accordo Regionale, entro il 30.7.1998, i tetti di spesa (budget 1999) assegnati a ciascun medico della medicina di base e della pediatria di libera scelta, in ragione del numero degli assistiti agli stessi affidati, in materia di prestazioni specialistiche e di**

**assistenza farmaceutica, nuovamente precisando, in ragione del modificato assetto giuridico delle Aziende USL e dei criteri civilistici di gestione che gli stessi operano, a tutti gli effetti di legge, ferme le responsabilità professionali, richiamato in particolare all'art. 6, co.6 della L.23.12.94, n.724, quali mandatari delle Aziende USL;**

**c.2) procedere alla revisione dell'anagrafe degli assistiti, di concerto con i professionisti interessati e con le Amministrazioni Comunali territorialmente competenti, al fine di dar corso all'aggiornamento delle relative basi di dati del sistema informativo sanitario regionale e, per ciascun medico alla revisione dell'elenco dei residenti in carico a ciascuno di essi, secondo le direttive in materia che saranno emanate dall'Assessorato alla Sanità, sentite le Organizzazioni dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta maggiormente rappresentative a livello regionale e nazionale;**

18. di estendere, completata la fase di prima applicazione di quanto regolamentato dalla DGR 4337/98 in materia di accertamento circa la **appropriatezza dei ricoveri** delle prestazioni, le metodiche e gli standard di verifica ivi previste anche nei confronti delle strutture e dei soggetti privati operanti nell'ambito dei SSR, attività da compiersi a cura delle Unità di Verifica (UVAR) istituite nell'ambito delle Aziende USL, se del caso, **cointeressando nell'accertamento anche i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta**

19. di precisare che conformemente a quanto previsto dalla DGR 1800/98 ai fini della costituzione della matrice di input-output dei SSR e dalla DCR 379/99 in materia di riordino della rete ospedaliera, anche ai fini di quanto previsto dall'Art. 28 della L.448/98, dalle Aziende USL vanno trasmessi al Coordinatore del Settore Sanità, con l'indicazione obbligatoria del medico prescrittore a far data dall'1.7.1999, anche i flussi informativi concernenti le prestazioni **specialistiche** e quelle ospedaliere erogate nei confronti dei Cittadini residenti nel proprio territorio conformemente ai tracciati record ed alle modalità di gestione previste dalla DGR 4337/98 e successive direttive di attuazione;

20. di autorizzare, a norma della LR 7/97, il Coordinatore del Settore Sanità alla definizione ed erogazione mediante specifica determinazione dirigenziale dei necessari conguagli da attuarsi rispetto alle strutture sanitarie interessate, per il periodo intercorso dal 1° gennaio 1999 fino al termine del mese di approvazione della presente deliberazione;

21) di impegnare i Direttori Generali affinché provvedano con propria deliberazione a ratificare il

## LA DELIBERA REGIONALE 1003 DEL 25.7.1999

### ( Riassunti i punti più significativi per la Medicina generale )

presente atto, facendo proprie le risultanze complessive del procedimento di 'Definizione Multilaterale del Piano delle Prestazioni e dei Tetti di Spesa per l'Esercizio 1999' tra le Aziende USL ed Ospedaliere; analogamente, di impegnarsi affinché procedano per gli eventuali accordi di cooperazione ed intesa definiti sotto il coordinamento e la vigilanza dell'Assessorato alla Sanità con gli altri Soggetti e/o Organizzazioni e/o Associazioni Sindacali di Categoria maggiormente rappresentative tesi al miglioramento economico funzionale dei SSR nei limiti di spesa previsti dal FSR per il 1999;

22. in materia di assistenza specialistica:

(a) di regolare, a decorrere dal 1° gennaio 1999, la remunerazione delle prestazioni erogate dai soggetti e dalle strutture private provvisoriamente accreditate, secondo i principi ed i parametri di regressione indicati in narrativa, da applicarsi con riferimento al vigente Nomenclatore Tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili nell'ambito dei SSR;

(b) di precisare che la suddivisione delle prestazioni per branca specialistica, nel rispetto delle disposizioni legislative relative ai limiti di prescrivibilità per ricetta (e di conseguente partecipazione alla spesa da parte dei Cittadini), indica la tipologia di prestazioni remunerabili con oneri a carico del SSR a ciascun soggetto privato provvisoriamente accreditato alla erogazione nella relativa branca specialistica, nei limiti del tetto di spesa definito a livello regionale e dei budget determinati da ciascuna Azienda USL;

(c) di approvare, sulla base del sistema di regole e criteri introdotto dalla presente deliberazione, relativamente al governo della spesa a carico del FSR, le modalità di determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa come descritte in premessa, nonché le percentuali di regressione tariffaria riportate nell'allegato prospetto parte integrante del presente provvedimento, da valere per l'anno 1999;

(d) di riservarsi, una volta costituita la matrice di input-output prevista dalla DGR 1800/98 e relativa alle prestazioni erogate dalle strutture e dai soggetti privati provvisoriamente accreditati, di procedere alla eventuale rimodulazione dei tetti di spesa per branca specialistica, tenuto conto anche di quelle erogate dalle strutture pubbliche che, sulla base della concertazione compiuta e nel rispetto dell'obbligo costituzionale di tutela dei livelli essenziali di salute della popolazione, sono tenuti ad erogare le prestazioni necessarie, anche senza remunerazione corrispettiva, ove dette prestazioni diano luogo al superamento dei tetti di spesa programmati;

(e) di impegnare, senza che ciò possa costituire differimento del termine iniziale di cui alla lettera (a) del presente punto, i Direttori Generali delle Aziende USL:

e.1) ad adottare i provvedimenti di attuazione, che dovranno contenere i criteri, i meccanismi di calcolo o eventuali rimodulazioni applicate per correggere eventuali squilibri e/o esigenze locali rispetto agli andar

e.2) a trasmettere dette deliberazioni al Coordinamento del Settore Sanità ai fini della costituzione, così come di canalizzazione dei relativi esiti sul sistema informativo sanitario regionale;

e.3) a notificare ed a far sottoscrivere a ciascun soggetto privato provvisoriamente accreditato alla erogazione di prestazioni rientranti nella branca sp rivengono da accordi con le Organizzazioni di Categoria maggiormente rappresentative e/o da criteri di congruità che rispondono ai principi previsti dall' Art. 28 della L.448/198, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza verso tutti i Cittadini che richiedono prestazioni erogabili dal SSR;

e.4) a comunicare ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta operanti nel territorio di competenza della USL, per branca specialistica, i tetti di spesa assegnati, per tenerne debito conto ai fini di quanto previsto dal punto 17 che precede;

e.5) ad effettuare controlli sulle esenzioni ticket, con successiva verifica dell'Assessorato alla Sanità

24. di invitare i Direttori Generali ed i Rappresentanti Legali a rielaborare i bilanci ed i correlati documenti programmatici sulla base degli indirizzi, linee guida e limiti di spesa di cui al presente atto, in lire ed in euro, entro il termine del 15 settembre 1999

25. il rispetto degli accordi, delle azioni, degli obiettivi e dei principi di cui alla presente deliberazione costituisce elemento di valutazione dei Direttori Generali e dei Legali Rappresentanti delle Aziende Sanitarie e degli IRCCS pubblici;

26. di incaricare il Settore Sanità di inviare copia della presente deliberazione ai Legali Rappresentanti degli IRCCS Pubblici, Enti Ecclesiastici Ospedalieri ed ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere e delle USL. disponendo che i Direttori Generali delle Aziende

#### ULTIM'ORA

**Nel sito della Fimmg nazionale ([www.fimmg.org](http://www.fimmg.org)) è disponibile il nuovo decreto sulle esenzioni ticket, pubblicato sul supplemento ordinario della G.U. del 25 settembre 1999.**

## LA DELIBERA REGIONALE 1003 DEL 25.7.1999

### Riassunti i punti più significativi per la Medicina generale)

USL aventi sede nei capoluoghi provinciali provvedano a trasmetterne, a loro volta, copia agli indirizzi delle Organizzazioni sindacali provinciali dei medici di medicina

generale, dei pediatri di libera scelta, della specialistica e della ospedalità private maggiormente rappresentative a livello regionale, congiuntamente alla copia integrale dei Protocollo Generale e di Intesa con le Organizzazioni maggiormente rappresentative a livello regionale e nazionale dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta;

rispetto ai contenuti dello stesso, i Direttori Generali delle

Aziende USL sono impegnati a dare pronta attuazione nei limiti delle assegnazioni e con priorità rispetto agli obiettivi di risparmio.

27. di pubblicare il presente provvedimento nel B.U.R.P. nei modi e termini di rito.

28. di dare atto che il presente provvedimento non è soggetto a controllo ai sensi della l. 127/97.

Il Segretario della Giunta: Donno; Il Presidente della Giunta: Di Staso; Il Dirigente dell'Ufficio: Ventrella; L'Assessore Proponente: Saccomanno

## ASSEGNAZIONE DEL FONDO SANITARIO REGIONALE PER AA.SS.LL.

ASL	Popolazione	Quota Base	Osp. Psichiatrici	PMP	Riequilibrio	Fondo di Garanzia	Totale disponibilità dirette	Totale Assegnazioni
	P	A	E	F	D	D1	U=A+E+F+D-D1	TOT=U+D1
BA/1	240967	L. 338.834.526.000			L. 11.681.770.000	L. 35.034.526.000	L. 315.481.770.000	L. 350.516.296.000
BA/2	281172	L. 389.531.869.000	L. 84.800.000.000		L. 27.062.050.000	L. 69.731.869.000	L. 431.662.050.000	L. 501.393.919.000
BA/3	216121	L. 300.145.665.000			L. 10.695.210.000	L. 96.045.665.000	L. 214.795.210.000	L. 310.840.875.000
BA/4	591057	L. 817.297.884.000		L. 4.560.000.000	L. 127.100.460.000	L. 304.697.884.000	L. 644.260.460.000	L. 948.958.344.000
BA/5	239821	L. 345.733.682.000			L. 35.811.390.000	L. 69.033.682.000	L. 312.511.390.000	L. 381.545.072.000
BR/1	414907	L. 587.186.266.000		L. 3.201.000.000	L. 32.315.400.000	L. 210.186.266.000	L. 412.516.400.000	L. 622.702.666.000
FG/1	220092	L. 314.542.577.000			L. 17.535.450.000	L. 97.042.577.000	L. 235.035.450.000	L. 332.078.027.000
FG/2	215440	L. 296.022.121.000			L. 21.907.160.000	L. 128.422.121.000	L. 189.507.160.000	L. 317.929.281.000
FG/3	262107	L. 377.764.243.000	L. 38.300.000.000	L. 2.022.000.000	L. 48.702.260.000	L. 208.164.243.000	L. 258.624.260.000	L. 466.788.503.000
LE/1	474798	L. 678.564.812.000	L. 12.400.000.000	L. 3.663.000.000	L. 31.300.940.000	L. 171.164.812.000	L. 554.763.940.000	L. 725.928.752.000
LE/2	343237	L. 492.181.190.000			L. 57.643.170.000	L. 91.881.190.000	L. 457.943.170.000	L. 549.824.360.000
TA/1	590357	L. 817.152.303.000		L. 4.554.000.000	L. 50.789.040.000	L. 255.852.303.000	L. 616.643.040.000	L. 872.495.343.000
<b>TOTALE</b>	<b>4090076</b>	<b>L. 5.754.957.138.000</b>	<b>L. 135.500.000.000</b>	<b>L. 18.000.000.000</b>	<b>L. 472.544.300.000</b>	<b>L. 1.737.257.138.000</b>	<b>L. 4.643.744.300.000</b>	<b>L. 6.381.001.438.000</b>

### DALLE SEZIONI FIDUCIARIE: a Bitonto:

### Sventato uno "scippo" di pazienti in età pediatrica ai danni dei MMG

I MMG di Bitonto si sono visti recapitare in questi giorni una singolare lettera nella quale venivano informati che la ASL avrebbe proceduto alla revoca d'ufficio dei minori di 14 anni qualora i genitori non avessero effettuato la scelta dell'unico pediatra da poco insediati. Ecco il testo della missiva:

Oggetto: disponibilità di Pediatri di libera scelta.

attesa l'iscrizione negli elenchi dei "Medici convenzionati di base" di nuovo "Pediatra di libera scelta", le SS.LL., ai sensi dell'art.26, p.6, del D.P.R. 613/96, sono invitate ad iscrivere il Loro figlio al Pediatra disponibile, effettuando la relativa scelta entro 30 giorni, presso l'Ufficio Anagrafe Assistiti di questo Distretto, sito in Bitonto - via G.

Comes n.41 (nei pressi dell'ospedale).

Non ottemperando si provvederà a revocare d'ufficio l'assistito dal Medico di Medicina Generale che legge per conoscenza.

Il responsabile Amministrativo U.O. Personale Convenzionato Dr. Bruno Cardaropoli

Il Responsabile Distretto Socio-Sanitario n.8

Dott. Tommaso Florio

La risposta della FIMMG non ha tardato ad arrivare con una nota prot. 106 inviata alla Gestione Personale Convenzionato.

"In merito all'immissione del nuovo pediatra di libera scelta nel comune di Bitonto, la FIMMG, sez. prov. Bari, in persona del segretario provinciale è a diffidare formalmente questa azienda dal procedere alle minacciate revoche d'ufficio di scelte in danno dei medici di MG di Bitonto. In particolare, appare opportuno rilevare che nel distretto 8, è stato immesso solo da poco tempo un solo pediatra di libera scelta.

Pertanto, fermo restando per i genitori il diritto di iscrivere i figli in età da 6 a 14 anni indifferentemente e liberamente al PLS o al MMG, appare necessario sottolineare che obbligare i genitori degli assistiti in età da 0 a 6 anni ad iscrivere il loro figlio all'unico pediatra presente nel distretto viola il principio - garantito per legge - della libera scelta del medico.

Tanto premesso si invita quest'Azienda a sottoporre la questione al Comitato Consultivo Aziendale della AUSL BA/4 e nel contempo a non procedere alle revoche d'ufficio. In mancanza saranno tutelati i diritti dei MMG nelle opportune sedi.

dott. Enzo Selvaggio

Dott. Filippo Anelli.

**DALLE SEZIONI FIDUCIARIE: a Bari**  
**LA ASL BA/4 IMPONE SUBITO I TETTI DI SPESA AI M.M.G.**

Prot. 7375: Ai Medici di Medicina Generale, la AUSL BA/4 ha definito con delibera n° 2700 del 27/09/1999 che con la presente si notifica la ripartizione delle risorse assegnate per il 1999. Per quanto riguarda il budget della medicina generale la AUSL ha individuato le seguenti quote:

**spesa farmaceutica: lire 260000 per assistibile adulto  
 lire 120000 per assistibile in età pediatrica.**

**spesa per prestazioni specialistiche: Lire 66000 per assistibile adulto**

Conseguentemente il budget per singolo medico sia riferito alla spesa farmaceutica che a quella per prestazioni specialistiche ambulatoriali, risulta definito dalla quota capitaria sopra determinata, che costituisce comunque un riferimento medio, per il numero dei propri assistibili.

Si precisa che il budget di spesa relativo alla specialistica ambulatoriale è comprensivo della spesa per prestazioni riabilitative.

Al Dirigente di distretto viene assegnato il budget di distretto:

per la spesa specialistica ambulatoriale il budget è determinato dalla quota capitaria di lire 66000 per il numero degli assistibili del distretto

Per la spesa farmaceutica il budget è determinato dalla quota capitaria di lire 260000 per il numero degli assistibili del distretto

In pratica utilizzando la quota capitaria individuata per gli assistibili adulti anche per gli assistibili in età pediatrica si viene a determinare per il Distretto un budget superiore alla somma dei budgets individuati per i singoli MMG e Pediatri afferenti al distretto.

30/09/1999                      Il direttore generale Pentassuglia

**LA REPLICA DELLA F.I.M.M.G.**

Al Direttore Generale ASL BA/04  
 PROT. N. 107/99 del 08/10/99

In merito alla delibera di questa ASL n. 2700 del 27/09/1999, avente ad oggetto "Applicazione delibera di G.R. n. 1003 del 15/07/1999. Determinazione dei tetti di spesa.", questa organizzazione sindacale è a significare che, fermo restando la decisa opposizione ad identificare il rapporto che lega i medici di MG all'Azienda come un rapporto di mandato, considera l'individuazione dei tetti di spesa così come in delibera illegittimi.

Tale determinazione, infatti, è stata adottata in violazione di quanto disposto dall'art. 8, lett. c, del Decreto Legislativo 502/92, dell'art. 72 del DPR 484/96 e dei punti 16.1.1, 16.2.1, 16.2.2, 16.2.3, 16.2.4 e 17.0 della Deliberazione della Giunta Regionale 29/4/1988 n. 1245 avente ad oggetto l'Applicazione di Istituti contrattuali di particolare rilievo previsti dal DPR 484/96 in recepimento della Convenzione 22/1/1998 per la Medicina Generale della Regione Puglia.

Tali norme impongono che debbano essere concordati dalla Regione e dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative i criteri, i sistemi di monitoraggio della spesa, le modalità di separazione della spesa indotta dal MMG o da altre figure professionali, gli incentivi per il rispetto del livello di spesa programmato ecc.

Pertanto si richiede formalmente che la ASL BA/4, nella persona del suo Direttore Generale, sospenda l'esecutività dei provvedimenti di cui sopra e convochi la presente organizzazione sindacale per procedere, a norma di legge, all'accordo aziendale sui livelli di spesa programmati.

Il Coordinatore ASL BA/04, DOTT. Enzo Selvaggio  
 Il Segr. Prov. FIMMG Bari,                      Dott. Filippo Anelli

**Nella ASL BA/3  
 PARTE L'A.D.I.**

Con delibera 338/99 del Direttore Generale della ASL BA/3, e' stata attivato il servizio di ADI, in attuazione dell'accordo decentrato aziendale (delibera 170/99), nella cui stesura la delegazione aziendale trattante FIMMG, ha avuto un ruolo determinante.

Facendo propri gli obiettivi dell'Accordo Regionale in materia, la ASL BA/3 ha impegnato nel servizio ADI le seguenti figure professionali:

Medici specialisti in ragione delle necessità dell'utenza  
 32 infermieri professionali, 12 terapisti della riabilitazione  
 4 psicologi, 1 Assistente sociale

Operatori Socio Assistenziali (forniti dai Comuni)

L'impegno di spesa per il personale, posto in preventivo è di lire 1.212.384.000, dei quali 200.000.000 destinati ai MMG; il preventivo di spesa per materiali e farmaci è di lire 280.000.000; quello per Stampati è di lire 17.616.000.

La copertura di spesa deriverà per lire 320.000.000 da apposito finanziamento regionale e per lire 1.180.000.000 dalla riduzione della spesa per ricoveri ospedalieri di almeno l'1%.

Ai Medici di famiglia saranno corrisposte:

lire 150.000 per l'impianto della cartella clinica di ADI e lire 40.000 per ogni accesso; i numeri degli accessi saranno concordati in sede di Unità di Valutazione Sanitaria Territoriale (UVST) di Distretto, composta dalle seguenti figure socio-sanitarie: MMG avente in carico l'assistito, medico specialista interessato per competenza, infermiere professionale, dirigente di distretto, assistente sociale (se fornito dal Comune).

Questo progetto integrato evidenzia, ancora una volta, la grande attenzione che la Direzione Generale della ASL BA/3 rivolge al MMG come vero elemento centrale della medicina del territorio.

# 51° Congresso Nazionale della FIMMG

## L'intervento del Segretario Provinciale di Bari, dott. Anelli

La pubblicazione dei Decreti Delegati, per la riforma del SSN, da parte del Ministro Rosi Bindi, costituisce l'evento più importante nel panorama sanitario italiano in questo ultimo anno di fine millennio.

Con questa riforma si può dire che il processo di aziendalizzazione, iniziato circa dieci anni or sono con i decreti 502/92 e 517/93, diventa quasi irreversibile. Aziendalizzazione non significa trasformare la sanità italiana in una mera operazione contabile, ma trasferire, in un settore delicato della nostra organizzazione sociale, alcune delle regole che permettono a tante "aziende private" di mettere a frutto, con successo, il loro "capitale".

Punti cardini di questa riforma sono:

**a. il principio di responsabilità:**

1. la responsabilità economico-finanziaria è attribuita alla regione: eventuali disavanzi devono essere coperti dalla regioni stesse, senza più interventi di ripiano da parte dello Stato;

2. le regioni vengono finanziate dal Fondo Sanitario Nazionale con un riparto per quota capitaria in base al numero dei residenti, pesati per fasce di età ed eventuali altri indicatori epidemiologici;

**b. l'ottimizzazione delle risorse: "impara non a risparmiare, ma a spendere bene sino all'ultimo le risorse disponibili".** Per ottenere questo è necessario:

1. una ricerca sistematica e strutturata di prestazioni e servizi efficaci. Per efficacia si deve intendere non solo il raggiungimento dell'obiettivo sanitario ma, a parità di prestazioni, anche il minor consumo di risorse possibili. Questa ricerca ha dato origine alla "medicina basata sulla evidenza empirica di efficacia – evidence based practice – con l'elaborazione di linee guida e percorsi diagnostici basati sulla comprovata efficacia";

**c. la riscoperta del territorio e il ruolo centrale dei Medici di Famiglia:**

1. riallocazione delle risorse in modo sempre più importante a favore del territorio;

2. forte incentivazione alla distrettualizzazione con contabilità separata tra distretto ed ospedale;

3. ingresso del medico di famiglia negli organismi decisionali e gestionali del distretto;

4. forte incentivazione all'associazionismo del medico di famiglia.

La nuova convenzione rappresenterà il banco di prova per implementare sul territorio quanto la legge di riforma ha previsto.

I medici di famiglia entrano, così, negli organismi di distretto (ufficio di coordinamento e commissione paritetica) preposti alla programmazione e alla gestione delle risorse ad esso affidate.

Il nuovo modello di associazionismo medico, con le numerose variabili, costituisce sicuramente lo strumento operativo più importante per raggiungere quei risultati a cui

ogni azienda ambisce.

Questo è il panorama in cui si colloca oggi la medicina generale. E' opportuno, pertanto, che si prenda coscienza di come l'aziendalizzazione sia incompatibile con la burocrazia. Ogni atto legislativo, ogni nuova circolare, ogni nuova determinazione ministeriale in tale campo potrebbe, se non strettamente necessaria, ostacolare, insabbiare, quei meccanismi di "mercato" che a fatica si cerca di avviare.

Non si vuole negare la possibilità, da parte degli organi competenti, di intervenire per assicurare quei principi di diritto pubblico che sono alla base del nostro ordinamento:

- uniformità dei comportamenti
- imparzialità
- controllo.

Si tratta, invece, di consentire a chi opera direttamente sul campo di avere strumenti flessibili, al fine di utilizzare le risorse nella maniera migliore, magari con un po' di fantasia e passione.

Esempio emblematico sono le note sui farmaci e i compiti della CUF.

Nonostante gli indubbi meriti attribuiti alla Commissione Unica del Farmaco circa la riclassificazione e le indicazioni sull'uso dei farmaci, occorre tener presente che se, in un determinato distretto, i medici di famiglia si possessero, ad esempio, l'obiettivo di ridurre drasticamente i ricoveri per polmonite dovrebbero poter disporre liberamente dei farmaci per il conseguimento dell'obiettivo..

Non si vuole certo abolire la CUF, ma affidare a questo importante organismo, compiti di orientamento e di indicazione, al fine di consentire una maggiore flessibilità a quanti sono impegnati nel conseguimento degli obiettivi sanitari.

Insomma, se tutto il progetto di aziendalizzazione si poggia sul distretto, inteso come "unità organizzata responsabile della tutela della salute della popolazione di un certo territorio" (Longo), è indispensabile che esso si strutturi come centro di responsabilità, cioè di gestione, programmazione e controllo.

I percorsi diagnostici e terapeutici, il budget sono gli strumenti per mezzo dei quali, grazie anche all'incentivazione al lavoro comune tra i medici di famiglia, potranno rendersi concreti ed efficaci quei principi che sono alla base del nuovo SSN.

La FIMMG guidata dal dott. Mario Falconi, in questa ottica, si pone come un importante interlocutore nei confronti della parte pubblica per la definizione delle politiche sanitarie nel nostro paese.

Per rendere efficace tale ruolo è necessario che il sindacato superi l'ottica corporativistica e si ricerchino alleanze con tutte quelle organizzazioni disposte a farlo.

Il segretario nazionale, il dott. Falconi, ha già avviato questo processo. A lui, ed a tutta la segreteria nazionale va il nostro sostegno nella fondata certezza che tutto ciò produrrà benefici ai cittadini italiani, ai medici di famiglia ed alla FIMMG.

**Filippo Anelli**

## 51° Congresso Nazionale della FIMMG

### L'intervento del Ministro Bindi

**L'esecutivo provinciale di Bari ha partecipato al Congresso Nazionale della FIMMG tenutosi a Santa Margherita di Pula dal 13 al 17 ottobre. Momento particolarmente significativo della manifestazione è stato l'intervento del ministro della sanità on. Rosy Bindi che qui sintetizziamo:**

“Spero di non sbagliarmi nell'asseverare una percezione, un convincimento che si è andato consolidando in me nell'ascoltare Falconi, Braghetto, e tutti voi con gli applausi che avete tributato.

Per quanto siano necessari alcuni chiarimenti, per quanto sia necessario un lavoro di concertazione, il convincimento è che ci siano tutti i presupposti per rafforzare il nostro patto e farne un patto VERO come lo avete definito nello slogan del Congresso.

Spero di non sbagliarmi e credo sia necessario sgombrare il campo da alcune incomprensioni e diversità di vedute; ritengo che non convenga a nessuno che queste ultime possano offuscare le grandi scelte fatte nell'interesse del Paese.

Siamo arrivati alla vigilia della definitiva concretizzazione di queste scelte. È un percorso che giustamente si deve concludere con un contratto e una convenzione.

Vorrei firmare un contratto al quale ho lavorato insieme a voi e che sancisce scelte di campo chiare.

Ho apprezzato la scelta fatta dalle rappresentanze sindacali in un momento in cui da una parte si rafforza il sistema pubblico e dall'altra si chiede un referendum per abrogarlo.

Ringrazio Falconi per aver chiamato in causa la Politica con la maiuscola e averne richiamato ruoli e funzioni.

Le Istituzioni hanno fatto una scelta chiara.

E se la Riforma non costa, l'attuazione della stessa necessita di investimenti. Un balzo in avanti del finanziamento della Sanità del 9% non è poca cosa in un anno solo. Il Governo è disponibile a ripianare i debiti pregressi, sono disponibili 15.000 miliardi per le Regioni. Siamo tra coloro che ritengono che non è possibile fare una Sanità senza medici e che i medici vanno pagati.

Questi sono i presupposti veri per un Patto.

Il rafforzamento del Sistema Sanitario passa attraverso strategie di appropriatezza, efficacia, equità e passa attraverso un rafforzamento della medicina del Territorio.

La rivalutazione del Territorio passa attraverso la rivalutazione del medico di famiglia e necessita di essere normata. Avete chiesto L'équipe territoriale e l'abbiamo accolta. Per quanto concerne la Pediatria non farò un discorso diverso da quello che farò ai pediatri; non darò la maternità al documento che circola sul Settore Materno-infantile. Io vi chiedo di considerare l'équipe come la via maestra per riconsiderare la medicina del Territorio e per far cadere il diaframma Territorio/Ospedale.

Spero che l'équipe territoriale sia prima strada del percorso formativo del personale sanitario del Territorio e che preveda tirocini di entrata e gradualità di uscita dalla professione.

Condivido completamente la preoccupazione sulla crisi di ruolo e funzioni del medico e ritengo la soluzione legata alla Formazione.

Con le ultime direttive europee non abbiamo potuto fare diversamente da quello che abbiamo fatto per la Formazione.

Mi impegno con voi a presentare un disegno di legge di iniziativa governativa sulla formazione del medico di Medicina generale.

Resta il capitolo dei rapporti con l'Università.

Io mi auguro di giungere al termine della Delega e mi impegno a non arretrare di un passo nei confronti dell'Università sul principio della parità.

L'Università deve essere disposta a rivedere i curriculum formativi di tutti i medici.

Se vogliamo riscattare dalla marginalità la Formazione del medico di famiglia bisogna tener presente che nella riforma sono presenti l'ospedale di insegnamento e il distretto di insegnamento e l'Università dovrà scendere dalla cattedra e andare nelle ASL.

Rivendichiamo l'Azienda come sede della Formazione anche se nessuno vuol togliere all'Università la Formazione e la Ricerca; ci auguriamo solo che queste vengano svolte nel rispetto delle regole istituzionali e nel rispetto degli utenti finali.

Pur riconoscendo alla Fimmg il ruolo di pioniere nel sostenere l'adeguatezza e l'appropriatezza e l'uniformità dei livelli assistenziali mi auguro che questi indirizzi non vengano abbandonati.

Per quanto riguarda la Cuf da me nominata, ho posto attenzione all'equilibrio tra figure rappresentanti competenze accademico scientifiche e figure rappresentative della pratica medica quotidiana.

La mia domanda a Falconi “come lo volete il Dr Olivetti nella Cuf?” non era una domanda retorica ma espressione della convinzione di rappresentare anche chi ha le mani “in pasta” nella pratica clinica quotidiana.

Non ho nessun problema a modificare la composizione del Consiglio Superiore di Sanità e della Cuf per riequilibrare la presenza di competenze professionali diverse; anzi sarà per me il completamento di un percorso.

C'è ora da gestire una fase intermedia. Stiamo studiando un provvedimento per trasferire la certificazione delle patologie croniche al medico di famiglia e per eliminare la firma dalle note. Dopo la prima fase di applicazione è necessaria una revisione delle note Cuf.

Riteniamo indispensabile la creazione in ogni Azienda sanitaria di un servizio di informazione sui farmaci.

Per quanto concerne le Linee guida riteniamo che debbano essere elaborate ad un tavolo a più gambe in cui sia presente il medico di famiglia.

Nel 2000 non si può pensare di fare il medico e soprattutto il medico di famiglia senza tenere conto delle Note e delle Linee Guida. L'obbligo della appropriatezza è presente nella legge ed investe tutti i prescrittori (medici di Medicina generale, ospedalieri, universitari) e su questo non c'è alcun dubbio.

Non si possono considerare le Note e le Linee guida burocrazia.

Al medico di famiglia abbiamo affidato il ruolo di accompagnatore del cittadino nel Servizio sanitario nazionale e non quello di Vigile urbano. Siete gli interpreti della domanda di salute del paziente e la dovete rapportare ai criteri di efficacia e di appropriatezza e questi non sono compiti burocratici ma è la vostra specializzazione.

È necessario riequilibrare l'asimmetria tra offerta e domanda in Sanità, asimmetria che rischia di travolgerci tutti in mancanza di un patto forte.

Un sistema universalistico che non seleziona i cittadini ma seleziona le prestazioni in base all'efficacia ha un impatto sociale forte e il cittadino può non sentirsi tutelato, assistito e ricorrere alla sanità privata con aumento improprio della spesa privata. Il medico di famiglia è chiamato a sostenere con grande impegno il Sistema sanitario pubblico di oggi”.



# 51° Congresso Nazionale della FIMMG

## La mozione conclusiva

### MOZIONE FINALE 51° CONGRESSO NAZIONALE FIMMG

Il 51° Congresso nazionale della Fimmg, riunito a Santa Margherita di Pula, in data 16/10/1999, sentita la relazione del Segretario generale nazionale, LA APPROVA prendendo atto degli impegni assunti dal Ministro della Sanità, on. Rosi Bindi in sede congressuale, in risposta ai pressanti interrogativi posti dalla relazione del Segretario generale nazionale, in particolare:

- della revisione e periodica rivalutazione e pubblicazione delle note Cuf,
- della revisione dei meccanismi di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni,
- della ricerca delle modalità di superamento delle indicazioni delle note e della controfirma sulle ricette nell'ambito di una revisione dei meccanismi di valutazione dell'appropriatezza dei medici di famiglia anche attraverso il ricorso a commissioni paritetiche,
- della disponibilità a prevedere la partecipazione di tutte le figure (compresi i medici di famiglia) alle sperimentazioni in fase III e in fase IV,
- della disponibilità di individuare, anche con i medici, metodi che consentano di spostare sull'erogatore il compito di attestare il diritto all'esenzione, sollevando il medico di famiglia da tale compito burocratico,
- dell'impegno ad accelerare l'iter parlamentare di riforma degli Ordini,
- dell'impegno a concludere le trattative per il rinnovo convenzionale entro l'anno in corso,
- dell'impegno a presentare in parlamento una proposta di legge sulla formazione complementare in Medicina generale.

Il 51° Congresso nazionale della Fimmg,

- con la consapevolezza del particolare momento storico della Sanità italiana, e soprattutto della Medicina generale, nel corso della trattativa per il rinnovo convenzionale destinato a concretizzare i principi fissati dal decreto delegato per la riforma della Sanità italiana,
- nella coscienza del ruolo di guida della Categoria, che la Fimmg ha assunto mediante la propria azione propositiva, in un Paese dove è tuttora aperta una "questione medica" che è necessario risolvere anche attraverso il rinnovamento del ruolo dell'Ordine professionale per la promozione della tutela deontologica e della qualità di assistenza,
- nel pieno convincimento delle istanze della categoria di cui la Fimmg si è fatta interprete, ed in particolare della sofferenza economica e della pressione burocratica da cui tutti i medici dell'area della Medicina generale sono duramente colpiti,
- nella condivisione degli obiettivi che il sindacato ha posto come prioritari per il rinnovo contrattuale e degli strumenti individuati dalla Segreteria per la loro attuazione,
- nella visione unitaria dell'area della Medicina generale, articolata nei suoi diversi settori di Assistenza primaria,

Continuità assistenziale ed Emergenza territoriale e Medicina dei servizi che potranno, nell'ambito dei nuovi assetti territoriali, sviluppare in piena sinergia livelli più avanzati di assistenza.

#### RINGRAZIA IL SEGRETARIO GENERALE NAZIONALE

per aver guidato il Sindacato in un periodo storico di grande difficoltà, riuscendo ad affermare il ruolo di riferimento della Fimmg per la Categoria e la reale centralità e la credibilità del medico di famiglia, rafforzando la presenza del sindacato con strategiche e forti alleanze con i cittadini e le altre categorie mediche.

#### RINGRAZIA IL PRESIDENTE

per la garanzia offerta continuamente al mantenimento dei valori della Fimmg.

#### RINGRAZIA I COMPONENTI LA SEGRETERIA NAZIONALE

per avere lealmente e costruttivamente cooperato con il segretario nazionale nella realizzazione degli obiettivi prefissati.

#### RINGRAZIA I RAPPRESENTANTI DI NOMINA FIMMG

in seno ai diversi enti ed organismi, per aver contribuito alla loro gestione con la propria competenza ed il proprio senso del dovere, interpretando i principi ispiratori del sindacato.

#### SOSTIENE PIENAMENTE

la Segreteria generale nazionale nel confronto con la controparte, nella sua azione volta ad una conclusione delle trattative ispirate ai principi espressi nella relazione del Segretario generale nazionale.

#### AFFIDA

al Segretario generale nazionale la piena decisionalità su ogni tipo di azione volta al soddisfacimento delle istanze della Categoria in ogni sede e con ogni modalità ritenuta opportuna.

#### CONFERMA

la sua fiducia nel Segretario generale Mario Falconi e nelle sue scelte operative e strategiche volte a guidare il Sindacato nel prossimo triennio

#### RACCOMANDA IN PARTICOLARE

alla Segreteria nazionale di rafforzare ulteriormente la figura del medico della Medicina dei servizi, nel suo ruolo territoriale all'interno del Distretto potenziandone la compartecipazione responsabile nelle attività gestionali e dirigenziali aziendali.

#### ACCOGLIE L'INVITO

rivolto dal Settore Fimmg della Continuità assistenziale ed Emergenza territoriale, a salvaguardare la dignità e a consolidare il ruolo della componente medica della Continuità assistenziale all'interno dell'Équipe territoriale coinvolgendola nella programmazione e nella gestione, sottolineando la necessità di implementare la professionalità del medico di Emergenza territoriale nell'ottica di un raccordo funzionale fra Territorio e Ospedale.

Approvata all'unanimità.

## NOTA 80 E DINTORNI

### Articolo del dott. Mario Dell'Orco

La nota 80 è una delle tante note che mette in seria crisi il rapporto fra il medico di famiglia e il paziente. Questa nota vede protagonisti diversi attori con ruoli contrapposti e spesso invertiti.

1) il **paziente** che è affetto da una patologia che sovente lo porta, di propria iniziativa, a consultare lo specialista. Questo paziente, dopo avere speso soldi per il consulto, ritiene un proprio diritto avere i farmaci gratuitamente.

2) lo **specialista** che abbraccia con entusiasmo la nuova classe di farmaci e pur di prescriberli, arriva a "forzare" la diagnosi (la diagnosi di stato depressivo spesso viene associata a quella di cefalea, di stato ansioso, di astenia, di stress e così via). Lo specialista spesso non si limita alla prescrizione dell'ultimo antidepressivo, ma si preoccupa di dire che ora il farmaco è prescrivibile a carico del SSN ed a volte ha la premura di allegare il testo della nota 80 per informare di questo il medico di famiglia.

3) il **farmacista** a sua volta assicura che il farmaco è ora prescrivibile e diligentemente raccomanda al paziente "ricordi al dottore che deve scrivere sulla ricetta: NOTA 80 e controfirmare!"

4) Il **SSN** che da una parte si fa bello ponendo in fascia A dei farmaci recenti, ma dall'altra pone delle limitazioni sottili e spesso ambigue e assegna al MG l'ingrato compito di sorvegliare che ogni prescrizione, oltre a rispondere ai criteri di appropriatezza, efficienza, efficacia, economicità, budget e quant'altro, risponda anche alla miriade di normative vigenti al momento della prescrizione stessa. E per essere certo che il medico di MG sia "nudo e puro" gli vieta qualsiasi possibilità di partecipazione sponsorizzata ai congressi. Tale divieto, in linea di principio, nell'ambito di un progetto globale di moralizzazione del sistema, può anche essere condivisibile; lascia però parecchio perplessi il fatto che riguarda **solo** il MG e non tocca affatto i veri induttori del consumismo farmaceutico cioè gli specialisti siano essi privati, convenzionati, ospedalieri o universitari.

5) Il **"medico di fiducia"**. E' messo tra virgolette perché è quello che, per definizione dovrebbe fare gli interessi del paziente e che in questa commedia dei paradossi finisce col fare la figura di chi, negando la prescrizione richiesta e sollecitata da altri, va contro gli interessi del paziente.

Ci sono da imbastire interminabili discussioni che possono anche finire con la revoca (o con la prescrizione del farmaco; ma in questo caso, oltre la magra figura con l'assistito corriamo il serio rischio di pagarlo di tasca nostra); in ogni caso, ben che vada il rapporto di fiducia viene incrinato.

Personalmente, anche su consiglio di qualche collega più navigato, cerco di giocare in contropiede.

Al paziente che non rientra fra le categorie indicate nella nota 80 e che chiede la trascrizione sul ricettario SSN, per troncane ogni discussione gli dico: lo specialista immagino le abbia già fatto la dichiarazione di ipersensibilità ai triciclici! Il paziente in genere scuote la testa. Ed io di rimando: ma se non ha fatto la dichiarazione la costringe a pagare di tasca propria! A questo punto, per far vedere che ho a cuore il suo problema (finanziario) gli consegno una lettera e una fotocopia (il cui testo è ripreso dal "bollettino di informazione sui farmaci 1 - 2/99 alla pagina 7) da recapitare eventualmente allo specialista e che allego qui di seguito.

Otengo i seguenti risultati:

- Riporto la faccenda nei corretti binari nel senso che non mi assumo la responsabilità di prescrivere a carico del SSN un farmaco quando non ne ricorrono le condizioni e rimando allo specialista da cui è partita la prescrizione, la responsabilità di costringere il paziente a pagarsi il farmaco

- Se lo specialista rilascia la certificazione, avrò un documento che potrà far valere per giustificare la prescrizione alla ASL.

- Se il paziente trova onerosa la terapia potrà sempre proporre un farmaco prescrivibile a carico del SSN riprendendo in tal modo la gestione di un paziente che probabilmente stavo perdendo e, se proprio occorre prescrivere un SSRI sul ricettario personale, vista la sostanziale equivalenza di questa classe di farmaci, se voglio favorire il paziente, posso prescrivere un farmaco che fa spendere al paziente 27.000 al mese anziché uno per cui spenderebbe 76.000.

- In ogni caso avrò molto probabilmente recuperato quel "rapporto di fiducia" che questa nota rischia di compromettere

allegati: Lettera allo specialista

**Egregio Collega,**

**Alla paziente in oggetto è stata prescritta terapia antidepressiva con un farmaco prescrivibile a carico del SSN ma con le precise limitazioni imposte dalla nota 80.**

**Dato che la paziente non presenta le altre patologie previste per la concessione di tale farmaco in fascia A, l'unica rimane quella relativa a "ipersensibilità già nota agli antidepressivi triciclici".**

**Tale ipersensibilità è da intendersi, secondo le precisazioni della CUF (che allego in copia) come una reazione di tipo B (idiosincrasia).**

**Pertanto, visto che a me personalmente non risulta che la paziente abbia manifestato reazioni di questo tipo, per poter prescrivere il suddetto farmaco in fascia A, come da Lei consigliato alla paziente, è necessaria una Sua certificazione che attesti tale idiosincrasia ai triciclici.**

Distinti saluti.

#### Precisione sulla nota 80

(Dal "bollettino di informazione sui farmaci 1 - 2/99; pagina 7)

Sono pervenuti alla CUF numerosi quesiti sulla NOTA 80 relativamente al significato di "ipersensibilità nota" ai farmaci triciclici, una condizione che controindica il loro impiego e consente la prescrizione degli SSRI a carico del SSN.

L'ipersensibilità è alla base di alcune reazioni avverse provocate dai farmaci e può sussistere con qualsiasi principio attivo tant'è vero che in generale, sul foglietto illustrativo e la scheda tecnica di ogni medicinale, tra le controindicazioni, appare la "ipersensibilità già nota" a quel determinato farmaco. Questa formula ovviamente vale anche per i triciclici (così come per gli SSRI).

Attualmente, le reazioni avverse da farmaci sono distinte in due gruppi: tipo A o farmacologiche e tipo B o idiosincrasiche.

Le reazioni di tipo A (circa '80% di tutte le reazioni avverse) si manifestano in forma di accentuazione dell'azione farmacologica principale o di azioni secondarie del farmaco, sono dose-dipendenti e sono reversibili alla riduzione del dosaggio o alla sospensione del farmaco,

Le reazioni di tipo B sono meno frequenti delle precedenti, non sono correlate all'azione farmacologica del farmaco, non sono dose-dipendenti e determinano la comparsa di effetti non prevedibili, talvolta anche gravi o addirittura letali. I meccanismi alla base delle reazioni di tipo B sono molteplici e possono conseguire ad alterazione del metabolismo del farmaco (es. isoniazide in pazienti con deficit di N-acetil-transferasi), anomalie recettoriali (es. ipertermia maligna con anestetici generali), reazioni immunologiche (es. penicillina), interazioni tra farmaci (es., rischio di epatite da isoniazide-rifampicina), multifattoriali (es. epatite da alotano), ecc. Tra i meccanismi patogenetici delle reazioni B molto di frequente è implicata una alterazione del sistema metabolico dei farmaci nell'organismo. Modificazioni genetiche di sistemi enzimatici responsabili del metabolismo dei farmaci possono predisporre sia a tossicità farmacologica che idiosincrasica.

La "ipersensibilità agli antidepressivi triciclici", indicata nella Nota 80, fa parte delle reazioni di tipo B o idiosincrasiche che un paziente, anche se raramente, può sperimentare: sono soprattutto rappresentate da eritemi cutanei, angioedema, artralgie e mialgie, condizioni che, in quanto severe, controindicano l'impiego dei triciclici.

Nel penultimo capoverso del "commento" alla nota 80, là dove si accenna a "fenomeni di intolleranza dose indipendenti", si devono intendere i "fenomeni di ipersensibilità o di idiosincrasia" in precedenza richiamati.

Dott. Mario Dell'Orco

## SANITA' E SALUTE: IL MINISTRO BINDI A BARI

**L'incontro cui ha partecipato Mario Falconi, organizzato dalla FIMMG Provinciale di Bari**

Domenica 31 Ottobre a Villa Romanazzi Carducci, Bari, il Ministro Bindi ha incontrato i medici di famiglia e i cittadini sul tema "Sanità e Salute". L'incontro fa parte di un tour in diversi capoluoghi d'Italia, in cui il ministro sta esponendo le caratteristiche della sua riforma (Decreto 229/99) e chiedendo consensi sul Sistema Sanitario Nazionale alla vigilia di un referendum che ne vorrebbe proporre l'abolizione.

In una sala gremita al massimo della sua capienza, ed alla presenza di autorità politiche e amministrative sanitarie, il segretario Provinciale FIMMG, dott. Anelli, ha esposto al ministro i problemi della Medicina di Famiglia nella nostra regione, specialmente dopo la delibera 1003 che individua il MMG come "mandatario" delle aziende ASL.

Ecco il testo dell'intervento del dott. Anelli:

*Porgo il più cordiale benvenuto al Ministro on. Rosy Bindi ed al nostro segretario nazionale dott. Mario Falconi. In saluto a tutte le autorità presenti, ai colleghi che sono intervenuti, alle signore ed ai signori.*

*Siamo orgogliosi che il Ministro abbia scelto Bari per continuare il dialogo ed il confronto con i medici di famiglia, in questo suo pellegrinare in tutta Italia.*

*Confronto che in talune circostanze ci ha visto su posizioni molto distanti.*

*La sezione provinciale della FIMMG di Bari è stata tra le prime in Italia a protestare contro la doppia firma, introdotta sulla ricetta nel gennaio scorso.*

*Alla stessa maniera ci siamo mobilitati nel maggio scorso perché fossero recepiti, nella stesura finale del decreto di riforma del SSN, le nostre istanze.*

*Oggi possiamo affermare che il Ministro Bindi restituisce ai medici di medicina generale, con il Decreto Legislativo 229, quel ruolo fondamentale ed insostituibile che fa del medico di famiglia il perno principale di tutto il SSN.*

*Dobbiamo riconoscere al Ministro Bindi, noi che siamo, per dirla con le parole di Mario Falconi, "i maggiori azionisti" del SSN, la ferma determinazione nel difendere e potenziare tale servizio.*

*Un Sistema, quello italiano, che tutti gli indicatori mostrano come uno tra i più efficaci esistenti al mondo.*

*Ciò premesso, dobbiamo constatare che molta strada bisognerà percorrere insieme per migliorare questo SSN ed implementare le novità contenute nel decreto di riforma.*

*Noi, medici di famiglia, non possiamo più "subire" le decisioni che altri, nelle diverse sedi istituzionali, assumono in riferimento al nostro quotidiano lavoro.*

*Se dovessimo esprimere una nostra opinione sul SSN questa sarebbe fortemente influenzata da come la sanità è organizzata nella nostra Regione e nelle nostre aziende sanitarie.*

*In primo luogo, l'adeguamento del servizio sanitario dal vecchio sistema al nuovo spesso comporta gravi ritardi.*

*E' paradigmatico il ritardo con cui molte regioni, tra cui la Puglia, hanno recepito l'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale (la nostra convenzione).*

*Sarebbe auspicabile che buona parte della nuova convenzione fosse immediatamente recepita dalle aziende, lasciando alle Regioni l'elaborazione di quella parte espressamente prevista dalla legge.*

*Questo accelererebbe di molto l'applicazione di parte della riforma sanitaria.*

*Alla stessa maniera, a causa del ritardo con cui hanno avuto inizio alcuni corsi per la formazione dei futuri medici di famiglia, questi colleghi vedono rinviare di anni, certo non a causa loro, la possibilità di concretizzare il loro obiettivo occupazionale.*

*Da poco più di un anno i medici di famiglia della Puglia vivono con estremo disagio il problema dei "tetti di spesa".*

*Non si tratta di una contestazione del principio dei "livelli di spesa programmata", quanto della metodologia con cui sono stati introdotti.*

*Il nuovo servizio sanitario regionale è stato introdotto con una delibera, la n. 1800 del 1998, dalla Giunta Regionale.*

*Tale deliberazione non è stata preceduta da alcun dibattito né in seno al Consiglio Regionale, né tra i sindacati o categorie, né sugli organi di stampa.*

*La conseguenza è stata una vivace polemica con le aziende che per prime hanno introdotto il tetto di spesa per la farmaceutica di lire 200.000, individuale ed invalicabile.*

*Vogliamo ribadire, fino alla noia, che i livelli di spesa programmata sono strettamente correlati agli obiettivi sanitari che una Regione, azienda o distretto deve porsi.*

*Trasformare un servizio sanitario in una mera operazione contabile, significa stravolgere le finalità del sistema, che invece di produrre salute, produrrebbe risparmio.*

*Come dire: trasformiamo le nostre aziende da sanitarie ad istituti di credito!*

*Orbene, noi crediamo che senza un Piano Sanitario Regionale questi pericoli siano reali ed i cittadini rischiano di vedere vanificata la loro domanda di salute, soprattutto se la Regione Puglia decidesse, così come in effetti è accaduto, di perseguire tali obiettivi costringendo i medici di famiglia a rispettare i tetti di spesa, definendoli impropriamente e illegittimamente "mandatari".*

*Il mandatario, infatti, per effetto dell'art. 1711 del Codice Civile, risponde in proprio, con il proprio patrimonio personale, per tutto ciò che va oltre il limite fissato dal mandato.*

*Se questi rilievi, per altro condivisi da tutti gli organi della FIMMG di Bari: esecutivo, direttivo ed assemblea, oggi nei confronti dell'assessore regionale alla sanità, così come ieri, per altre motivazioni, nei riguardi del Ministro, fossero percepiti come atti politico-partitici, questo sarebbe una grave distorsione della verità.*

*Ma, ancor più grave sarebbe stato, per calcolo politico o per favorire l'assessore regionale alla sanità, ignorare volutamente le gravi determinazioni assunte nella delibera regionale 1003/99.*

*Allora si potrebbe dire che il segretario provinciale della FIMMG di Bari avrebbe tradito se stesso, i cittadini pugliesi e tutti i medici di famiglia.*

*Nel suo intervento, il ministro ha risposto alle molte domande di colleghi ed operatori sociali presenti: ella si è detta convinta dell'efficacia e dell'efficienza del SSN italiano, ed ha ribadito come i decreti delegati 229/99 vedano il MMG al centro del servizio sanitario.*

*Ha promesso una revisione critica delle note CUF, un emendamento alla Finanziaria che abolisca la controfirma della nota sulla ricetta, dando più peso alla firma posta in calce ad essa; ha criticato, infine, la Regione Puglia responsabile di non aver preventivamente concordato con le Organizzazioni Sindacali dei Medici di Famiglia la delibera 1003.*



## **AVVISO IMPORTANTE PER I PAZIENTI DIABETICI**

### **A TUTTI GLI ASSISTITI DIABETICI CHE UTILIZZANO SIRINGHE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI INSULINA**

Il Ministero della Sanità ci ha comunicato che dal 1° **marzo 2000** **l'insulina** da 40 UI/ml sarà ritirata dal commercio ed a partire dalla stessa data sarà resa disponibile una nuova insulina da 100 UI/ml

Contemporaneamente saranno poste in vendita siringhe per insulina tarate in 100 UI/ml e saranno ritirate dal commercio quelle attualmente in uso tarate in 40 UI/ml.

**La nuova insulina da 100 UI/ml dovrà essere somministrata esclusivamente con le nuove siringhe tarate in 100 UI/ml.**

**ATTENZIONE: E' PERICOLOSISSIMO USARE:**

- vecchie siringhe tarate in 40 UI/ml per la nuova insulina da 100 UI/ml (**causerebbe una grave ipoglicemia**);
- nuove siringhe tarate in 100 UI/ml per la vecchia insulina da 40 UI/ml (**causerebbe una grave iperglicemia**).

Pertanto si invitano tutti gli interessati a **ridurre le eventuali scorte sia di** insulina da 40 UI/ml che di siringhe da insulina da 40 UI/ml.

Nulla varia per gli iniettori a penna che già utilizzano flaconi da insulina da 100 UI/ml.