

Publicata in Gazzetta Ufficiale la Convenzione per la Medicina Generale

Gazzetta Ufficiale del 2 ottobre 2000, n° 230 - Supplemento Ordinario n° 165
DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 luglio 2000, n.270

Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

**Il testo dell'Accordo rispecchia fedelmente quello consegnato agli iscritti in occasione dell'ultimo congresso provinciale di Bari.
Ora la trattativa regionale: la FIMMG si prepara per la rapida attuazione della Convenzione**

Il codice deontologico Farindustria ed il provvedimento dell'Antitrust : due duri colpi alla nostra professionalità

L'orgoglio di essere medici di famiglia !

La pubblicazione da parte di Farindustria del nuovo Codice di autoregolamentazione ha provocato sconcerto e irritazione da parte di tutti i colleghi. Comprensibili e condivisibili sono le vivaci proteste che da più parti sono state addotte.

Non potevamo tacere di fronte ad un provvedimento che cerca di minare alla base il principio della pari dignità fra tutti i medici italiani, provocando, in particolare, un grave danno all'immagine dei medici di famiglia.

(Continua a pagina 2)

CERTIFICATI PER L'IDONEITA' ALL'EDUCAZIONE FISICA:

NOTA DEL SEGRETARIO PROVINCIALE

Cari Colleghi,

Dobbiamo registrare da più parti che la richiesta dei certificati per lo svolgimento dell'attività di educazione fisica è tornata ad essere di moda.

Dobbiamo constatare, anche, che il Provveditore non ha inviato ai presidi alcuna nota, né alcuna risposta alla FIMMG.

I certificati richiesti all'atto dell'iscrizione non vanno rilasciati, se non nei casi previsti dalla convenzione.

Ci aiutereste molto se notificaste ai vari presidi la lettera della FIMMG inviata al Ministro ed al Provveditore.

Infatti lo scorso anno numerosi presidi hanno formulato un quesito al Ministero. La risposta è stata che tale certificazione non è un atto obbligatorio per l'iscrizione. Un piccolo passo avanti.

E' nostra intenzione, comunque, quella di inviare una nuova lettera al Provveditore e chiedere cosa intende fare nel merito.

Dopo trenta giorni, in assenza di qualsiasi risposta, chiederemo al TAR di ordinare al Provveditore di fornire le risposte che cerchiamo.

Nel contempo chiederemo un incontro al Provveditore sperando di abbreviare i tempi di quell'iter burocratico che il ricorso al magistrato prevede.

Filippo Anelli

NASCE LA SEZIONE GUARDIA MEDICA

L'ASSEMBLEA DEI MEDICI RIUNITA IL 16/9/2000 HA ELETTO SEGRETARIO PROVINCIALE IL DOTT. CALABRESE NICOLA E HA AFFIDATO AL DOTT. MADURNO DONATO LA SEGRETERIA AMMINISTRATIVA. L'ASSEMBLEA HA CONFERITO MANDATO AL SEGRETARIO PROVINCIALE DOTT. CALABRESE NICOLA DI CONVOCARE UNA NUOVA ASSEMBLEA PROVINCIALE ENTRO IL 31 DICEMBRE 2000.

IN QUESTO NUMERO:

L'orgoglio di essere medici di famiglia	Pag. 1
Notiziario delle sezioni fiduciarie	Pag. 5
Sistema Informativo Nazionale Trapianti	Pag. 9
Il federalismo sanitario regionale	Pag. 13
Q-Channel	Pag. 14
Modello domanda adesione a Q-Channel	Pag. 15
Modello domanda indennità di collab. Informat.	Pag. 16
Enpam: indennità di maternità, aborto, adozione	Pag. 17
Certificati per malattia INPS	Pag. 18

Dal 10 agosto: farmaci di fascia C concedibili agli invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia

Nota Assessorato alla Sanità Regione Puglia n. 24/17800/521/15 del 4/08/2000

OGGETTO: Legge 19 luglio 2000 n. 203 " Erogabilità a carico del S S N di dei farmaci di fascia C per i titolari di pensione di guerra diretta vitalizia.

Sulla G.U. n. 173 del 26 luglio 2000 è stata pubblicata la legge 19 luglio 2000 riguardante le disposizioni specificate nell'oggetto della presente nota.

Tale Legge che entrerà in vigore il giorno 10 agosto, all'art. 1 prevede che i medicinali attualmente classificati in classe C) di cui al comma 10 dell'articolo 8 della Legge 24 dicembre 1993 n. 537 sono erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale nei confronti dei titolari di pensione di guerra diretta vitalizia, nei in cui il medico di base ne attesti la comprovata utilità terapeutica per il paziente.

Per i titolari di pensione di guerra diretta vitalizia, fermo restando quando già disposto dal comma 16 ter d ell'art.8 della L. 537/93 come sostituito dal comma 3 della art. 1 della L.724/94 in materia di esenzione dal pagamento della quota fissa per ricetta, il medico di base ,previo accertamento, con relativa annotazione della Legge di riferimento sulla ricetta, potrà prescrivere un numero massimo di due confezioni per ciascuna ricetta. Il farmacista che dispensa il farmaco di che trattasi, dovrà ritagliare dalla confezione la parte contenente il codice a barre ed applicarla sulla ricetta; inoltre al fine di agevolare la verifica nonché la contabilizzazione di dette ricette da parte delle Aziende USL, le stesse ricette dovranno essere messe in coda alla altre, con la relativa evidenziazione sulla distinta contabile riepilogativa.



Editoriale: L'orgoglio di essere medici di famiglia

(Continua da pagina 1)

Ci siamo sempre battuti perché il medico di famiglia non fosse penalizzato nei confronti dei colleghi ospedalieri e universitari sia sul piano professionale che su quello della sperimentazione clinica e dell'aggiornamento.

In sintesi, i punti del Codice di Farmindustria su cui la FIMMG già dal 13 settembre u.s. aveva espresso – con una lettera inviata da Mario Falconi al dott. Ivan Cavicchi, Direttore di Generale di Farmindustria – le sue perplessità sono:

- “Punto 1.8 - definisce il medico di famiglia "medico generico”.
- Punto 2.15 - limita la fornitura di strumentazione medica a Istituti universitari, ospedali e case di cura - sono esclusi gli Enti (aziende sanitarie, distretti, ecc.) cui compete l'assistenza territoriale.
- Punto 3.6 e punto 3.12 - limita la partecipazione dei medici di famiglia e dei farmacisti ospedalieri ai congressi e la concede solo agli specialisti. I medici di medicina generale sono esplicitamente esclusi. Se non è etico un rapporto individuale questo non lo è neppure per il singolo ospedaliero e per il singolo universitario, anzi proprio queste figure spesso sono tramite di un certo tipo di induzione, per effetto del quale il medico di famiglia si ritrova in rapporto conflittuale con l'assistito.
- Punto 3.15 - le riunioni a livello locale possono essere fatte solo da medici universitari od ospedalieri in qualità di relatori. I MdF sono di nuovo esclusi.
- Punto 4.2 - i rapporti di collaborazione con i medici di famiglia sono consentiti solo con le Società scientifiche, attraverso le quali diventa possibile fare tutto. Condivisibile la necessità di mediare il rapporto con il singolo, ma discriminante deve essere l'eticità degli obiettivi dell'iniziativa e del modo di realizzarla, non le caratteristiche statutarie dell'ente intermediario”.

In pratica, afferma Mario Falconi, “il codice indica come pericolo principale il medico di famiglia e il farmacista ospedaliero (che però è citato una volta sola), mentre lascia mano sostanzialmente libera nei confronti degli ospedalieri e degli universitari”.

Già dal 4 agosto u.s., continua Mario Falconi, “essendo venuto a conoscenza che Farmindustria stava per uscire con un suo codice deontologico, salvando, di fatto, la propria immagine e lasciando i medici al loro destino; protestavo vivacemente con la stessa Farmindustria e scrivevo al Ministro della Sanità per ottenere un tavolo di concertazione con tutti i soggetti interessati onde addivenire a regole nuove e condivise anche attraverso modifiche legislative oggi penalizzanti per i medici di famiglia”.

Il 16 ottobre u.s. Farmindustria e Fimmg, dopo un comunicato stampa congiunto, emesso in occasione del Congresso Nazionale di Terrasini, hanno sottoscritto un protocollo di intesa concordando sui seguenti obiettivi:

- Maggiore qualificazione dell'attività di informazione scientifica del farmaco anche attraverso l'individuazione di specifiche proposte di modifica al Decreto

Legislativo 30 dicembre 1992 n.541 sulla pubblicità dei farmaci;

- Coinvolgimento pieno dei medici di medicina generale nell'attività di sperimentazione clinica in fase III e IV adeguando la normativa italiana a quella Europea;
- Miglioramento dei rispettivi Codici deontologici tendenti a garantire il maggior rispetto possibile dei principi di legalità e moralità che sono alla base dell'intero sistema;
- Riqualficazione dell'attività di farmacovigilanza;
- Modifica, ove necessario, delle norme di legge vigenti in materia al fine di renderle aderenti agli obiettivi sopra riportati.

Ovviamente, il tutto per esercitare pressioni sul potere legislativo al fine di stimolare il recepimento, nelle leggi, dei principi e delle norme condivise dalle due organizzazioni.

Il vero nodo, dunque, resta la modifica del DL 541/92 con il quale si sono fissate le regole che poi hanno determinato tutto ciò.

Per questo abbiamo espresso al Segretario Nazionale il sostegno della nostra sezione provinciale alle iniziative intraprese e lo abbiamo rassicurato circa la nostra disponibilità ad ogni altra iniziativa utile al fine di giungere alla modifica del Decreto Legge.

Tutto il resto rischia di essere una sterile polemica tra organizzazioni che dovrebbero solo adoperarsi per risolvere tali problematiche.

Il provvedimento dell'Antitrust

Non era mai accaduto che un medico convenzionato con una mutua fosse considerato “un'impresa”.

A deciderlo è stato il Garante dell'Antitrust che considera il sanitario come colui che presta la sua opera dietro un corrispettivo e per questo, pur mantenendo gli obblighi della professione (come il rispetto del codice deontologico), va considerato 'impresa'. La federazione degli Ordini, in questa ottica, sarebbe un'unione di 'imprese' alla quale non può essere consentito di dettare le regole e influenzare la domanda. “Una simile interpretazione - sottolinea Falconi - consentirebbe al sistema della mutualità integrativa e delle assicurazioni di impedire agli Ordini di valutare e validare la qualità delle prestazioni professionali e ciò renderebbe competitivo e redditizio per gli investitori un sistema di tutela della salute basato sulle assicurazioni private. Di fatto - conclude Falconi - in questo modo verrebbero create le condizioni per lo smantellamento del SSN, per di più a spese dei medici oltre che, naturalmente, di tutti i cittadini”. Smantellando gli Ordini Professionali, l'Antitrust fa venir meno gli stessi principi di tutela della professione: la deontologia professionale, il tariffario mini-

USO DI INTERNET PER I MEDICI:

Continua la raccolta di adesioni per il corso su Internet: chiamate la sede provinciale.



Editoriale: L'orgoglio di essere medici di famiglia

mo nazionale e la potestà disciplinare.

In altri termini ci ritroveremmo in un sistema liberista, in cui i medici, come qualsiasi altro operatore economico, rispondono solo alle leggi del mercato.

Per i medici di famiglia non è difficile prevedere quello che potrebbe accadere. Infatti, non potendo più susistere il rapporto ottimale, un medico ogni mille abitanti, i medici di famiglia sarebbero in balia della libera concorrenza e ciò comporterebbe la fine del SSN. Né sarebbe sufficiente, a nostro avviso, che la certificazione di qualità fosse affidata alle società scientifiche, come afferma il dott. Pagni, per condizionare il "libero mercato" ed impedire lo smantellamento del SSN.

A favore delle tesi dell'Antitrust si è schierato il dott. Panti, già Presidente della FIMMG.

Nel corso del Consiglio Nazionale della FIMMG del 2 settembre u.s. il dott. Panti, con grande senso di responsabilità, ha rassegnato le proprie dimissioni da Presidente per divergenza con la linea del Sindacato sulla vicenda Antitrust. Infatti, in seno al Consiglio nazionale della FNOMCeO la FIMMG si è detta contraria alla liberalizzazione del SSN e l'apertura indiscriminata delle convenzioni.

Su tali tematiche la posizione della FIMMG è stata chiara:

no alle posizioni assunte dall'Authority Antitrust

appoggio al Comitato Centrale della FNOMCeO nella difesa dell'Ordine

sfiducia nei confronti del Presidente Pagni per non aver saputo tener fede agli impegni assunti al momento della sua elezione

"In merito alla crisi insorta nella FNOMCeO, a causa

dell'inadeguata azione di difesa dell'intera classe medica da parte del suo Presidente, contro le inaccettabili risoluzioni dell'*authority antitrust*, tese ad introdurre di fatto il distruttivo concetto di "mutue chiuse", il principio di esasperata concorrenza "al ribasso" e le premesse di un attacco mortale alle competenze ed alla vita stessa degli Ordini dei Medici, il 52° Congresso nazionale della FIMMG, richiamandosi a quell'indispensabile orgoglio professionale ribadito più volte dal Segretario generale nazionale, appoggia pienamente il comitato centrale della FNOMCeO, approvandone integralmente l'operato e fa appello a tutte le categorie mediche ed a tutti i presidenti degli ordini provinciali, perché, in tale momento di grave minaccia all'autonomia ed alla dignità della professione a vantaggio di gruppi di potere e di interesse settoriali, trovino e perfezionino al massimo l'indispensabile unità di intenti e di azione per restituire in tempi brevissimi, alla FNOMCeO una nuova ed autorevole guida rappresentativa del Comitato centrale e del mondo medico".

Filippo Anelli

IL SITO WEB FIMMG BARI

<http://bari.fimmg.org>

A un anno di attività oltre 13.000 contatti

A metà novembre il sito web della Fimmg di Bari compie un anno di vita: 13.000 contatti per un sito sindacale provinciale, sono un risultato eccezionale che va al di là delle più rosee aspettative.

La password d'accesso all'area riservata con la banca dati normativa e le attività di ASL viene richiesta giornalmente da tutte le province d'Italia; anche al Congresso Nazionale tenutosi a Terrasini è stato pubblicamente encomiato il quotidiano lavoro di aggiornamento del sito.

Non a caso, con lo sviluppo del sito web, si sono ridotte, quest'anno le uscite del notiziario FIMMG "carta acco" (appena 3 in un anno): l'immediatezza d'informazione offerta da Internet rendono, infatti, già "vecchie" notizie di appena un mese fa la cui diffusione attraverso la carta stampata richiede dei tempi tecnici molto più lunghi.

E' per questo che la sezione provinciale di Bari vuole **stimolare sempre più i colleghi iscritti FIMMG a consultare quotidianamente il sito web per ricevere le informazioni sindacali: comunicandoci la vostra e-mail sarete, infatti, inseriti in una lista di distribuzione automatica che vi informerà di ogni aggiornamento del sito.**

Stiamo lavorando affinché si realizzi anche una rete di comunicazione tra gli iscritti ed, in tal senso, le potenzialità offerte dal progetto Q-Channel (cui, speriamo, aderirete in massa) sono enormi; è anche in cantiere un progetto di collaborazione ad un grande portale sanitario regionale realizzato con esperti del settore che consentirà ulteriori grandissime potenzialità informative.

Il webmaster del sito Fimmg Bari: dott. Giancarlo Tricarico

AVVISO IMPORTANTE

Indennità di collaborazione informatica

L'art. 45 comma B3 della nuova convenzione prevede che "ai medici che assicurano nel proprio studio mediante apparecchiature e programmi informatici, la gestione della scheda individuale e la stampa prevalente (non inferiore al 70%) delle prescrizioni farmaceutiche e richieste di prestazioni specialistiche, è corrisposta una indennità forfettaria mensile di lire 150.000. Le apparecchiature di cui sopra devono essere idonee ad eventuali collegamenti con il CUP e l'elaborazione dei dati occorrenti per ricerche epidemiologiche, il monitoraggio dell'andamento prescrittivo e la verifica di qualità dell'assistenza.

Ne consegue che tutti i medici rispondenti a tali requisiti (senza alcun limite percentuale) possono formulare richiesta alla ASL di appartenenza per il riconoscimento dell'indennità in oggetto, compilando il modello riportato a pagina 15.

INIZIATIVA EDITORIALE FIMMG BARI:

Con la collaborazione della Dupont Pharma, la Fimmg di Bari ha pubblicato in tutt'Italia un volume tascabile con le prestazioni esenti ticket ai sensi del DMS 329/99: la tiratura di oltre 30000 copie è distribuita ai medici dagli Informatori Dupont.

Si ringrazia per la preziosissima collaborazione il Dott. Aldo Leo della ASL BA/1, senza la cui opera, il volume non avrebbe potuto realizzarsi.





La paradossale situazione degli ex-Corsisti del Corso di Medicina Generale 1996/97.

Dopo aver terminato il Corso a Novembre 1999 (che in realtà, stando ai programmi doveva concludersi già a Dicembre 1998 per permetterci di presentare il titolo nelle successive Graduatorie in scadenza al 31 Gennaio 1999) nulla è stato fatto per sanare la nostra situazione.

La posizione dei colleghi del Corso precedente è stata sanata con la legge 347 di Ottobre 98 che ha consentito di partecipare alle graduatorie 98 e 99, essendosi venuti anch'essi a trovare "fuori tempo massimo" per i ben noti ritardi della Regione Puglia ad avviare il Corso di Formazione.

I colleghi che terminano il Corso a dicembre 2000 non avranno problemi perchè per loro non c'è alcun ritardo di presentazione nella Graduatoria di spettanza.

Gli sfortunati colleghi del corso 96/97, dunque, si sono recati in delegazione più di una volta al Ministero della Sanità a Roma ed hanno presentato tramite il Segretario Nazionale Fabio D'Andrea una proposta di legge che grazie all'aiuto di Mario Falconi è stata recepita come art. 8 bis nel Decreto legislativo 229/99.

Il testo relativo, tuttavia, è stato in parte stravolto in quanto a fronte di una richiesta di inserimento nella graduatoria 2000 con il punteggio riconosciuto da ampia giurisprudenza al Titolo di Formazione, da Roma è venuta fuori una sanatoria da applicare verso i Corsisti che frequentano il 2° anno del Corso di Formazione; quindi non avendo valore retroattivo, non si applica ai Corsisti e di conseguenza, è una legge inutile!!!

In passato già la Conferenza Stato-Regioni in un proprio documento finale di gennaio 99, aveva riconosciuto l'anomalia della situazione che i Corsisti 96/97 in tutta Italia stavano vivendo (giacchè in 18 su 21 regioni italiane il Corso era partito con più o meno ritardo e stava per concludersi un po' ovunque) e demandava agli organi competenti di sanare questa ennesima anomalia tutta italiana riconoscendo esplicitamente la palese ingiustizia che si stava venendo a perpetrare.

Abbiamo pertanto presentato tramite alcuni parlamentari, diverse interpellanze parlamentari al Ministro della Sanità ed alla Commissione Affari sociali della Camera, anche congiuntamente con i colleghi della Sardegna e del Lazio, ma non ci è stata mai data risposta,

A dicembre 98 si è sollecitata la regione Puglia tramite l'allora Coordinatore per la Medicina Generale a formulare il quesito al Ministero della Sanità sulla nostra possibilità di rientrare nella Graduatoria 2000 ma da Roma, non è mai giunta una risposta.

A tutt'oggi, dopo vari incontri con i rappresentanti istituzionali regionali, ci sono state fatte le solite incoraggianti promesse ma, di concreto, nulla è stato fatto.

Anzi no, una cosa è stata fatta! Ci hanno buttato fuori dalla Graduatoria Provvisoria 2000 in cui eravamo entrati dopo che in Regione aveva capito del torto che ci facevano tenendoci fuori.

Stando così le cose, noi Corsisti ci domandiamo se l'aver frequentato questo Corso non significhi dover scontare delle gravissime colpe commesse in qualche nostra vita precedente e di cui ora qualcuno ci richiama il conto!!

Fuori di metafora, non ci capisce perchè la nostra dignità di medici che si sono preparati per affrontare la stimolante e difficile professione del medico di famiglia debba contare meno di quella altri colleghi che, in tutta Italia, con il nostro stesso titolo operano già da tempo, realizzando puntualmente il soddisfacimento di interessi professionali e di scelte professionali per cui ognuno di noi ha lavorato ed in cui si è gettato con l'entusiasmo di chi vuol contribuire con il suo piccolo apporto al miglioramento del mondo della Sanità ed in fondo di se stessi.

(dott. Sabino Bonaduce)

On line tutti i medici d'Italia:

Al sito web : <http://www.fnomceo.it/Servizi/Script/ricmed.asp> è consultabile l'elenco di tutti i medici italiani iscritti alla FNOMCeO.

Il servizio è offerto dalla FNOMCeO.

NOTIZIE IN BREVE:

- Il Segretario regionale Fimmg dott. **Luigi Pepe**, è stato eletto alla Consulta Nazionale ENPAM
- Il presidente dell'Ordine dei Medici di Bari, **dott. Francesco Losurdo**, è stato eletto Consigliere Nazionale ENPAM e vicepresidente nazionale del sindacato SUMAI

Ad entrambi gli eletti alle prestigiose cariche, gli auguri della sezione provinciale Fimmg di Bari.



ATTIVITA' DELLE SEZIONI FIDUCIARIE

ASL BA/2

Nella ASL BA/2, nei mesi scorsi l'attività della FIMMG ha riguardato soprattutto tre aspetti: formazione; Incentivi legati al risparmio della spesa farmaceutica; Vaccinazione antinfluenzale.

Formazione: la formazione obbligatoria per i MMG della nostra ASL è una realtà ormai consolidata che, partita negli ultimi mesi del 1999 è ora "a regime" rispetto a quanto previsto dalla convenzione. La ASL ha infatti accettato di buon grado che avesse i seguenti requisiti:

Presenza di un Comitato Tecnico Scientifico formato pariteticamente da rappresentanti dei MMG e rappresentanti dell'Azienda che valuta e definisce il programma dei corsi proposto dagli animatori..

Il coordinamento dei singoli corsi è fatto da animatori di formazione SIMG che, sulla scorta di quanto emerge dai questionari di rilevamenti di bisogni formativi periodicamente somministrati ai MMG partecipanti ai corsi, stila un programma annuale degli argomenti da trattare.

Gli animatori, nell'ambito di ogni singolo distretto, scelgono i docenti di contenuto preferibilmente dipendenti della stessa ASL BA/2 in base a criteri logistici, di competenza, capacità didattiche, caratteristiche relazionali nei confronti dei MMG avendo come obiettivo prioritario non solo la formazione dei MMG su un determinato argomento, ma anche la creazione di un "canale" di comunicazione che spesso è carente fra MMG e altri Colleghi della ASL.

I singoli corsi prevedono la partecipazione di massimo 40 MMG in maniera tale da poter efficacemente applicare le tecniche didattiche per adulti (pretest, post-test apprendimento per obiettivi; lavori a piccoli gruppi; presentazione del lavoro in plenaria, compilazione di una scheda finale di valutazione del corso ecc)

Per questi corsi, finanziati interamente dalla ASL, non è prevista, ad alcun titolo, la partecipazione di Aziende Farmaceutiche.

I corsi vengono commissionati dalla ASL alla Scuola Pugliese di Medicina Generale che garantisce sia sui contenuti che sulla qualità didattica dei pacchetti formativi.

Va detto che per raggiungere tali risultati sono state contrastate, da parte dei rappresentanti FIMMG in seno al CTS alcune richieste che avrebbero stravolto la formazione (argomenti svolti in plenaria per un numero maggiore di partecipanti o addirittura per tutti i medici della ASL; affidamento della produzione dei pacchetti didattici ad elementi estranei alla MMG).

Incentivi legati al risparmio della spesa farmaceutica

Questo capitolo è quello che ha visto il maggior impegno da parte della delegazione trattante che, a suo tempo è riuscita a convincere la ASL che se si volevano ottenere dei risultati concreti era necessario abbandonare la logica seguita fino ad allora nei confronti di tutti i MMG che venivano chiamati a rispondere dei loro (presunti) errori da parte di commissioni che a volte assumevano connotati inquisitori che hanno determinato una dura e formale presa di posizione della FIMMG. Occorreva piuttosto fissare degli obiettivi possibili, non fantasiosi o utopistici con previ-

sione di premi per i MMG che con un duro e defatigante lavoro di convincimento contrastano quotidianamente le spinte al consumismo farmaceutico provenienti da pazienti, aziende farmaceutiche, specialisti privati e ospedalieri, farmacisti ecc. il tutto sotto il ricatto della ricsuzione. Mentre vanno dedicate le "attenzioni" delle commissioni ASL a quei comportamenti prescrittivi anomali che possono configurare caratteri di illecito che vanno contrastati.

Lavorando con questa logica la ASL BA/2 è diventata una delle più "virtuose" e non solo della Puglia.

Purtroppo per la liquidazione degli incentivi legati al raggiungimento del risultato ci sono stati una serie di intoppi.

I dati completi relativi alla spesa di ogni singolo medico sono arrivati con notevolissimo ritardo

La ASL non disponeva dei dati di spesa disaggregati per età e ciò ha reso impossibile applicare lo schema di pesatura che tanto faticosamente si era riusciti ad elaborare.

C'è stato un parere negativo in merito alla delibera da parte della Corte di Conti che ha costretto la ASL a rideterminare drasticamente la somma messa a disposizione dei MMG quale incentivo per il rispetto dei tetti di spesa. Grazie all'intervento tempestivo della FIMMG e alla disponibilità alla collaborazione dei rappresentanti della parte pubblica si è riusciti a recuperare circa il ¾ di quanto inizialmente concordato e ad ottenere che la liquidazione delle competenze seguisse una procedura certa e rapida. Dobbiamo dare atto al Direttore Sanitario che, pur nei tempi imposti dalle incombenze burocratiche (formulazione della delibera, pubblicazione ecc) ha velocizzato l'iter per cui la commissione addetta (formata da MMG e rappresentanti dell'Azienda) ha potuto procedere (in base ai dati forniti dalla SVIM) al calcolo dei MMG aventi diritto e alle relative competenze da liquidare. Oggi la delibera per il conferimento degli incentivi è operativa e confidiamo che le competenze vengano corrisposte al più presto.

Vaccinazione anti-influenzale

A questo proposito si è raggiunto un accordo con l'Azienda che prevedeva la vaccinazione di tutti gli ultrasessantacinquenni e dei soggetti a rischio.

Da parte di MMG aderenti si sono presentati gli elenchi per tempo, ma, al momento in cui si scrivono queste note, il vaccino non è ancora arrivato anche a causa dell'enorme richiesta che ha trovato imparate le Aziende farmaceutiche produttrici.

Revoche d'ufficio per i marittimi

La Fimmg ha contestato formalmente l'operato di questa azienda in tema di revoche d'ufficio. Invero questa ha comunicato ai medici suoi convenzionati che nel mese di maggio 2000 sono state effettuate diverse revoche di scelta di loro assistiti con decorrenza 01/01/2000. Tanto in palese violazione degli artt. 28, 29 e 30 del DPR 484/96, i quali stabiliscono le modalità e gli obblighi dell'Azienda in materia di revoca e soprattutto specificano la decorrenza della stessa nonché i suoi effetti economici.

Tale comportamento è assolutamente illegittimo ed è fonte di conseguenze pregiudizievoli per i predetti medici. Pertanto, si è invitata questa azienda a ritirare i provvedimenti in parola e a riformularli con la decorrenza prevista dalle norme richiamate previa sospensione dell'esecuzione. Pena il risarcimento del danno.

In ultimo, è stata richiesto oltre al nominativo del responsabile del procedimento, se - e in che modo -, nell'effettuare le suddette revoche, questa azienda abbia valutato le conseguenze della procedura in ordine al rapporto ottimale di cui all'art. 19 e alle procedure di rilevazione e assegnazione delle zone carenti di assistenza primaria.



ATTIVITA' DELLE SEZIONI FIDUCIARIE

ASL BA/1

Vaccini anti-influenzali

E' in fase di piena attuazione la campagna di vaccinazioni 2000/2001 anche nei comuni rimasti esclusi lo scorso anno

Budget

Pur avendo rispettato l'accordo di budget scendendo al di sotto della media regionale, come spesa farmaceutica pro-capite, non c'è stato fin'ora nessun riscontro da parte della ASL.

Dirigenti di distretto:

La mancata nomina (da ormai un anno e mezzo) di due dirigenti di distretto su tre, ha rallentato, se non bloccato, qualsiasi attività di programmazione.

Adi:

Prosegue, anche se con qualche difficoltà (richiesta di specialisti a domicilio dei pazienti) l'assistenza domiciliare integrata in tutti i comuni della ASL.

ASL BA/5

Gli obiettivi realizzati nella ASL, grazie al clima di fattiva collaborazione tra OO.SS. E ASL possono riassumersi in:

- Regolarizzazione del pagamento delle competenze e delle prestazioni aggiuntive
- Regolarizzazione delle notifiche di variazioni anagrafiche
- Regolare e continua convocazione del comitato aziendale, pr i compiti ad esso assegnati.
- Riconoscimento economico ai rappresentanti del comitato aziendale
- Attuazione del contratto integrativo aziendale
- Costituzione di due associazioni aziendali (AMG e ALGRAM) regolarmente riconosciute, la cui attività, tuttavia non ha trovato un incentivo economico solo per mancanza di un accordo con la dirigenza di ASL sui progetti obiettivi da realizzare (ADI, razionalizzazione della spesa)
- Regolare avvio della campagna di vaccinazioni anti influenzali 2000-2001
- Proposta di atto costitutivo per le forme associative ex articolo 40 DPR 270 del 27/8/2000 recepita come idonea dalla dirigenza di ASL

NOTIZIARI DI ASL:

Nel sito web: <http://bari.fimmg.org>

Notizie più dettagliate sulla vita delle cinque aziende ASL della Provincia.

ASL BA/3

Pagamento arretrati:

Nella riunione di delegazione trattante del 5 ottobre scorso, la ASL, dopo reiterate sollecitazioni, si è impegnata a regolarizzare i pagamenti degli arretrati di PIPP, ADI e ADP maturati sino alla data del 31 agosto.

Vaccinazioni anti-influenzali:

Dal 17 ottobre è stata avviata la campagna vaccinale 2000-2001 con consegna ai medici di famiglia delle dosi di vaccino richieste; è stato consegnato il vaccino adiuvato Fluad ®, evitando così le doppie somministrazioni nei soggetti mai precedentemente immunizzati.

ADI:

Prosegue, con qualche minima difficoltà organizzativa, in tutti i comuni della ASL: recentemente la direzione generale ha stilato l'elenco degli specialisti disponibili per gli interventi domiciliari ed ha assicurato l'avvio, in tempi brevi, di un servizio di trasporto ammalati per esami e prestazioni particolari. Sono stati acquistati e resi disponibili presso i presidi di distretto ecografi portatili e trasmettitori Cardio-Online, questi ultimi anche ad uso dei medici di guardia medica.

Commissioni di ASL:

Nell'ambito del programma di raccordo funzionale Ospedale-Territorio (delibera 867/2000) sono state istituite le seguenti commissioni di lavoro:

1. Procedure per il ricovero programmato
2. Procedure per la dimissione protetta
3. Procedure per l'accesso del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta in ospedale
4. Definizione della lettera di dimissione ospedaliera
5. Procedure per l'accesso ai trattamenti riabilitativi delle disabilità minimali e transitorie
6. Procedure per il raccordo funzionale tra consultori familiari e U.O. di Ginecologia dei presidi Ospedalieri
7. Regolarità della prescrizione farmaceutica e degli esami di diagnostica strumentale e di laboratorio

In tutte le commissioni, tuttora al lavoro, sono presenti rappresentanti della Fimmg. I risultati saranno comunicati in un documento comune a cura della ASL (ne daremo notizia, non appena in possesso).

Elenchi deceduti:

La Fimmg si è opposta decisamente alla ennesima richiesta, rivolta ad alcuni medici del distretto 3, di comunicare l'elenco di eventuali assistiti deceduti, trattandosi di una incombenza di esclusiva pertinenza della ASL. A seguito della vibrata protesta del sindacato l'Azienda ha desistito dalla sua richiesta.



ASL BA/4

ACCORDO SUI TETTI DI SPESA

La delegazione sindacale trattante ha concordato, nello scorso mese di luglio, con la Direzione Generale i seguenti obiettivi:

Rientro della spesa farmaceutica di tutta la A.U.S.L. entro il valore medio per assistito di £.275.000#, il risparmio rispetto alla quota media precedentemente riscontrata di £.290.000#

(gli assistibili conteggiati sono quelli effettivamente in carico al singolo medico per l'anno 2000)

Il maggior risparmio di budget per assistito sarà così destinato:

- il 50% a favore dell'Azienda;

- il 25 % al Distretto Socio Sanitario da reinvestire in A.D.I. ovvero in prestazioni non ricomprese nel Nomenclatore Tariffario;

il 25 % ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri da investire in formazione.

B) Se l'obiettivo sarà raggiunto parzialmente a livello distrettuale, purchè comunque con valori al di sotto della quota media di £.275.000# per assistito, il risparmio sarà così destinato:

- Un terzo all'Azienda;

- Un terzo al Distretto da reinvestire in A.D.I. ed in attività non ricomprese nel Nomenclatore Tariffario;

- Un terzo ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di Base per la formazione."

Nel caso in cui sia raggiunto l'obiettivo aziendale del tetto di spesa medio per l'assistenza farmaceutica di £.275.000# per assistito, e non quello distrettuale, il singolo medico che avrà raggiunto tale obiettivo, comunque avrà diritto agli incentivi di formazione di cui al punto A).

Infine, si sottolinea che l'accordo di scorporo dei farmaci non imputabili al Medico Convenzionato, come da tabella allegata, rimane valido.

L'elemento "storico" di questo accordo, rischiestoci da molte altre sedi italiane è lo "scorporo" dal conteggio di numerosi farmaci ad alto costo soggetti a registro ASL e note CUF

Ecco l'elenco dei farmaci scorporati dal budget:

- Epoetina Alfa, Epoetina Beta (nota Cuf. 12);
- Albumina Umana (nota Cuf. 15);
- Gestonorone, Medrossiprogesterone, Megestrolone (nota Cuf. 28);
- Filgrastim, Lenograstim, Molgramostim (nota Cuf. 30);
- Interferone Alfa 2a, Interferone Alfa 2b (nota Cuf. 32);
- Interferone Beta naturale, Interferone Beta ricombinante (nota Cuf. 33);
- Desogestrel+Etinilestradiolo, Gestodene+ Etini-

- lestradiolo,
 - Levonorgestrel+ Etinilestradiolo, Norgestrel+ Etinilestradiolo (nota Cuf. 34);
 - Fluoximisterone, Metiltestosterone, Testosterone (nota Cuf. 36);
 - Complesso protrombinico antiemofilico umano, Deferoxamina, Didanosina, Fattore VII, VIII, IX di coagulazione, Fibrinogeno umano, Foscanet, Ganciclovir, Gonadorelina, Immunoglobulina anti-D, Mesna, Metadone, Naltrexone, Pentamidina, Polistirene, Trombina, Zalcitabina, Zidovudina, Dornase Alfa, Clozapina, Risperidone, Olanzapina, C1-inibitore esterasi, Tacrolimus (nota Cuf. 37);
 - Somatropina (nota Cuf. 39);
 - Lanreotide, Octreotide (nota Cuf. 40);
 - Calcitonina, Elcatonina, (nota Cuf. 41);
 - Acido clodronico, Acido etidronico (nota Cuf. 42);
 - Tetracosactide (nota Cuf. 49);
 - Buserelina, Goserelina, Leuprorelina, Triptorelina (nota Cuf. 51); Interferone Alfa Naturale (nota Cuf. 52);
 - Aztreonam, Imipenem+Cilastatina, Meropenem, Rifabutina, Teicoplanina (nota Cuf. 56);
 - Granisetron, Ondansetron, Tropisetron, Dolasetron (nota Cuf. 57);
 - Ossigeno liquido (nota Cuf. 58);
 - Lattitolo, Lattulosio (nota Cuf. 59);
 - Interferone Alfa naturale (nota Cuf. 61);
 - Interferone Beta-1B ricombinante (nota Cuf. 65);
 - Lamotrigina, Gabapentin, Felbamato, Vigabatrin (nota Cuf. 67);
 - Cabergolina (nota Cuf. 70);
 - Clozapina, Fattore VIII di coagulazione da DNA ricombinante (nota Cuf. 71);
 - Risperidone, Olanzapina (nota Cuf. 71 bis);
 - Dornase Alfa (nota Cuf. 72);
 - Urofollitropina, Follitropina Alfa, Follitropina Beta (nota Cuf. 74);
 - Alprostadil (nota Cuf. 75);
 - Biotina (nota Cuf. 77);
 - Dorzolamide, Latanoprost (nota Cuf. 78);
 - Alendronato (nota Cuf. 79);
 - SSRI (antidepressivi) (nota Cuf. 80);
 - Dalteparina, Enoxaparina, Nadroparina, Revoparina, Tinzaparina (nota Cuf. 81);
 - Zafirlukast (antileucotrieni) (nota Cuf. 82);
 - Corticosteroidi e beta-2 stimolanti inalatori long-acting
 - Spesa farmaceutica di pazienti fuori ASL
- N.B. lo scorporo di questi farmaci è stato determinato solo nella ASL BA/4 e non in altri ambiti territoriali, così come qualche azienda farmaceutica sta erroneamente comunicando ai medici**



VICENDA VACCINI:

La ASL BA/4 è in grave ritardo rispetto alle altre aziende della provincia nella vaccinoprofilassi influenzale. Solo il 31 ottobre sono pervenute le prime, scarse, dosi di vaccino ai medici di famiglia.

Nonostante i comunicati stampa diramati dalla FIMMG nel mese di ottobre, il Direttore Generale ha risposto accendendo una pretestuosa polemica sui mezzi d'informazione.

La FIMMG, in un comunicato del 31.10 ha risposto che "piuttosto che innestare una inutile polemica con i suoi medici di famiglia il Direttore Generale della ASL BA 4 avrebbe dovuto spiegare ai cittadini di questa ASL le motivazioni del ritardo della vaccinazione antinfluenzale.

Nessuna responsabilità può essere, infatti, attribuita ai medici di famiglia che, in questo caso, subiscono, insieme ai cittadini, i disagi di un tale disservizio.

Pretestuose e fuori luogo sono le considerazioni del Direttore Generale sulle tariffe delle prestazioni dei medici di famiglia, stabilite tra l'altro, dalla Convenzione Nazionale e da quella Regionale alla cui stesura della quale ha partecipato lo stesso ing. Pentasuglia. La disinformazione non è mai tornata utile a nessuno!

SCEGLI LA VITA: PROGETTO APURIMAC
Al 31 ottobre 50 adozioni !

DIRIGENTI DI DISTRETTO:

Sono stati nominati i dirigenti di distretto che prendono, provvisoriamente, il posto di quelli rimossi dall'incarico a seguito della sentenza del TAR Puglia del 17.6.2000, in attesa della formulazione dei requisiti per la copertura di tali incarichi e l'espletamento dei relativi concorsi.

I nuovi nominati (con il relativo DSS di appartenenza) sono:

Cutrone 1, Pampalone 2, Sacco 3, Pigna 4, De Lucia 5, Storelli 6, De Martino 7, Giordano 8, De Rosa 9, Scattaglia 10, D'Incognito 11

Ai Nuovi dirigenti vanno gli auguri della FIMMG di Bari, di buon lavoro; agli uscenti il ringraziamento per la collaborazione sin qui prestata con il Sindacato per la realizzazione degli obiettivi professionali dei medici di famiglia.

Il 9 settembre a Bari:

ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI:

Si è tenuta all'Ordine dei Medici con folta partecipazione di iscritti alla sezione Fimmg di Bari: all'ordine del giorno il federalismo sanitario regionale e il progetto Q-Channel, del quale riportiamo i dettagli a pagina

Dupont



LEGGE SUI TRAPIANTI E DONAZIONI D'ORGANO

Gli adempimenti per i medici di famiglia

La legge 1 aprile 1999 impone ai Medici di Medicina Generale di raccogliere le dichiarazioni di assenso dei propri assistiti alla donazione d'organo.

Tale attività è stata disciplinata da una serie di circolari regionali Puglia in esecuzione di direttive del Ministero della Sanità che chiariscono le modalità operative di tale raccolta dati.

Al medico di famiglia è richiesto, oltre che di informare il proprio assistito sugli aspetti etici e biologici dell'atto di donazione, anche di compilare l'apposito modulo previsto dalla Legge, di certificare la firma dell'assistito, di fotocopiare il suddetto modulo o comunque produrre al dichiarante una ricevuta ed, infine, di recapitare le dichiarazioni alla propria ASL che, a sua volta, smisterà le stesse ai Centri di coordinamento CRPRTO.

Per tutte queste operazioni, meramente burocratiche, che determineranno un significativo impegno di tempo e responsabilità medico-legali, la legge non prevede alcun riconoscimento per i medici di medicina generale.

La sezione provinciale FIMMG di Bari ha posto un quesito all'Ordine Provinciale dei Medici, al fine di conoscere se tale nuovo compito (non previsto dalla Convenzione) debba essere retribuito al MMG ed in quale misura.

Di seguito riportiamo, per una efficace comprensione del problema, il testo della circolare regionale del 19 settembre 2000, nonché le disposizioni della legge 1 aprile 1999 che riguardano i medici generalisti.

Circolare regionale 24/19696/423/2 del 19/09/2000

Oggetto: Realizzazione del sistema per la registrazione dalla dichiarazione di volontà dei cittadini nell'ambito del Sistema Informativo dei Trapianti. Programma organizzativo ed operativo nazionale e regionale.

Si fa seguito alle due precedenti note circolari di questo Assessorato Prot. 24/14296/2 del 28/8/2000 e Prot. 24/15206/2 dell'11/7/2000, concernente l'oggetto, per ribadire quanto segue.

Le Aziende UU.SS.LL. sono tenute a:

- prevedere almeno un punto d'accettazione per ogni distretto in cui sono articolate;

designare i relativi operatori da adibire al compito per tutto l'orario di servizio; -acquisire la strumentazione informatica idonea qualora non fosse disponibile;

- comunicare a questo Assessorato ed al Prof. Schena, referente presso il Centro Nazionale Trapianti, i nominativi degli operatori, i quali saranno segnalati al Ministero della Sanità per ottenere le parole d'accesso "password" al Sistema Informativo centrale Trapianti di Roma;

- predisporre i moduli per la dichiarazione del consenso secondo i facsimile fornito dal Ministero che ancora una volta si allega

- fornire i suddetti moduli ai medici di medicina generale, alle farmacie, ai propri punti di accettazione, alle Aziende Ospedaliere insistenti sul territorio che li acquisiranno per gli Uffici Relazioni con il Pubblico. A tale proposito si ribadisce che le Aziende Ospedaliere non sono autorizzate alla raccolta delle dichiarazioni di volontà.

I percorsi che il cittadino dovrà seguire per consegnare la propria dichiarazione di volontà potranno essere due,

1) Percorso preferenziale

Il cittadino si reca presso il proprio medico di medicina generale; riceve adeguata informazione in merito alle problematiche mediche e giuridiche della donazione e dei trapianto di organi; gli è consegnato il modulo per la dichiarazione di volontà detto modulo dovrà essere restituito o allo stesso medico o alla Azienda USL competente; in ogni caso, l'Azienda USL dovrà far tenere al cittadino (è preferibile tramite posta raccomandata o altro mezzo certo di consegna) la ricevuta dell'avvenuta registrazione della dichiarazione.

2) Percorso alternativo

Il cittadino si reca direttamente presso il punto di accettazione dell'AUSL, ritira il modulo per la dichiarazione di volontà, lo riconsegna compila-



to, ritirando la ricevuta.

Qualora il cittadino si rechi presso un ufficio di accettazione di Azienda non competente, presso un ufficio per le relazioni con il pubblico di AUSL o di Azienda Ospedaliera, sarà invitato a seguire uno dei due precedenti percorsi.

E' necessario che ciascuna Azienda USL o Azienda Ospedaliera possa disporre dell'elenco e dell'esatta dislocazione di tutti i punti di accettazione e registrazione per dare ai cittadini precise informazioni ai riguardo.

Da quanto sopra riassunto, risulta evidente la necessità di una adeguata formazione di tutti i soggetti che parteciperanno al progetto; a tale riguardo questa Assessorato con le precedenti note ha invitato le Aziende UU,SS.LL. ad attivare **corsi di formazione obbligatoria**.

Si rammenta inoltre la possibilità di provvedere l'elaborazione di un progetto obiettivo destinato ai soggetti incaricati sia dell'informazione sulla dichiarazione di volontà che della realizzazione del sistema di raccolta e registrazione.

In considerazione del fatto **che l'organizzazione di che trattasi dovrà essere operativa entro il prossimo mese di ottobre**, si invitano le SS.LL. a voler fornire a questo Assessorato ed al Prof. Schena relazione dettagliata su quanto dovesse essere già stato fatto al riguardo.

Con l'occasione, si allega alla presente, copia delle circolari n.12 del Ministero della Sanità - Ufficio Legislativo - datata 30/8/2000, sulle modalità attuative della L. 1.4.99, n.91, inerente la problematica trattata ed in particolare la portata delle disposizioni transitorie del relativo art-23. Si rimane in attesa di ricevere assicurazioni di adempimento.

L'assessore alla Sanità Dott. Salvatore Mazza
racchio

IL TESTO COMPLETO DELLA NORMATIVA NEL SITO WEB: <http://bari.fimmg.org>

- Legge 1 aprile 1999: disposizioni
- DMS 8/4/2000: modalità attuative
- Piano Organizzativo e Operativo (SIT)
- Circolare Regione Puglia 1/7/2000
- Circolare Regione Puglia 28/6/2000
- Nota ministeriale del 30/08/2000

IN PRATICA....

QUESTI SONO I PASSAGGI CHE COINVOLGONO IL MMG NELLA RACCOLTA DELLE DICHIARAZIONI

In un documento diffuso dal Sistema Informativo Trapianti (SIT) sono schematizzati gli adempimenti per il MMG connessi alla dichiarazione di volontà dei cittadini:

1. Il cittadino si reca dal proprio medico di famiglia
2. Il cittadino compila la dichiarazione e la consegna al proprio medico
3. Il medico controlla la completezza dei dati
4. Il medico identifica il cittadino per conoscenza diretta o, eventualmente tramite un documento d'identità
5. Il medico produce una fotocopia della dichiarazione che deve essere datata e firmata dal cittadino (se il medico non dispone della fotocopiatrice, il cittadino compila due copie del modulo di dichiarazione)
6. Il medico data, timbra e firma, riportando anche il proprio nome e cognome, le due copie della dichiarazione del cittadino: una la consegna al cittadino come ricevuta, l'altra verrà consegnata alla USL di appartenenza del cittadino
7. Il medico consegna periodicamente le dichiarazioni accettate alla USL
8. La USL di appartenenza del cittadino riceve i moduli e acquisisce le informazioni nel SIT
9. L'operatore della AUSL stampa, in duplice copia, la dichiarazione acquisita corredata di un numero progressivo attribuito automaticamente dal sistema
10. L'operatore della AUSL timbra e firma le due copie: una viene spedita al cittadino, l'altra viene archiviata presso la USL, insieme all'originale della dichiarazione trasmessa dal medico di famiglia.
11. L'AUSL spedisce copia dei dati acquisiti al cittadino per posta, preferibilmente tramite raccomandata.

Detto per inciso..... (Decreto 8 aprile 2000):

1. Le USL devono notificare a tutti i cittadini con i modi previsti dall'art. 138 del Codice di Procedura Civile (**notifica diretta a mano**) la richiesta di dichiarare la propria volontà in merito alla donazione, informandoli che la mancata dichiarazione entro 90 giorni dalla notifica, viene considerata quale assenso alla donazione. (art. 1 comma 1 e 2)
2. I cittadini possono **modificare in qualsiasi momento la dichiarazione di volontà** precedentemente resa, con ulteriore attestazione datata e sottoscritta (art. 3)



Legge 1° aprile 1999 n. 91

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI TRAPIANTI DI ORGANI E TESSUTI

Gli articoli che riguardano gli adempimenti per i Medici di Famiglia

DISPOSIZIONI GENERALI

Articolo 1

(Finalità)

1. La presente legge disciplina il prelievo di organi e di tessuti da soggetto di cui sia stata accertata la morte ai sensi della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e regola le attività di prelievo e di trapianto di tessuti e di espanto e di trapianto di organi.

2. Le attività di trapianto di organi e di tessuti ed il coordinamento delle stesse costituiscono obiettivi del Servizio sanitario nazionale. Il procedimento per l'esecuzione dei trapianti è disciplinato secondo modalità tali da assicurare il rispetto dei criteri di trasparenza e di pari opportunità tra i cittadini, prevedendo criteri di accesso alle liste di attesa determinati da parametri clinici ed immunologici.

Articolo 2

(Promozione dell'informazione)

1. Il Ministro della sanità, d'intesa con i Ministri della pubblica istruzione edell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentito il Centro nazionale per i trapianti, di cui all'articolo 8, in collaborazione con gli enti locali, le scuole, le associazioni di volontariato e quelle di interesse collettivo, le società scientifiche, le aziende unità sanitarie locali, i medici di medicina generale e le strutture sanitarie pubbliche e private, promuove, nel rispetto di una libera e consapevole scelta, iniziative di informazione dirette a diffondere tra i cittadini:

a) la conoscenza delle disposizioni della presente legge, nonché della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e del decreto del Ministro della sanità 22 agosto 1994, n. 582;

b) la conoscenza di stili di vita utili a prevenire l'insorgenza di patologie che possano richiedere come terapia anche il trapianto di organi;

c) la conoscenza delle possibilità terapeutiche e delle problematiche scientifiche collegate al trapianto di organi e di tessuti.

2. Le regioni e le aziende unità sanitarie locali, in collaborazione con i centri regionali o interregionali per i trapianti di cui all'articolo 10 e con i coordinatori locali di cui all'articolo 12, adottano iniziative volte a:

a) diffondere tra i medici di medicina generale e tra i medici delle strutture sanitarie pubbliche e private la conoscenza delle disposizioni della presente legge, nonché della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e del decreto del Ministro della sanità 22 agosto 1994, n. 582;

b) diffondere tra i cittadini una corretta informazione sui trapianti di organi e di tessuti, anche avvalendosi dell'attività svolta dai medici di medicina generale;

c) promuovere nel territorio di competenza l'educazione sanitaria e la crescita culturale in materia di prevenzione primaria, di terapie tradizionali ed alternative e di trapianti.

3. Per le finalità di cui al presente articolo è autorizzata la spesa complessiva di lire 2.000 milioni annue a decorrere dal 1999, di cui lire 1.800 milioni per l'attuazione del comma 1 e lire 200 milioni per l'attuazione del comma 2.

zione del comma 1 e lire 200 milioni per l'attuazione del comma 2.

Capo II

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ IN ORDINE AL PRELIEVO DI ORGANI E DI TESSUTI

Articolo 3

(Prelievo di organi e di tessuti)

(OMISSIS)

Articolo 4

(Dichiarazione di volontà in ordine alla donazione)

1. Entro i termini, nelle forme e nei modi stabiliti dalla presente legge e dal decreto del Ministro della sanità di cui all'articolo 5, comma 1, i cittadini sono tenuti a dichiarare la propria libera volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti del proprio corpo successivamente alla morte, e sono informate la mancata dichiarazione di volontà è considerata quale assenso alla donazione, secondo quanto stabilito dai commi 4 e 5 del presente articolo.

2. I soggetti cui non sia stata notificata la richiesta di manifestazione della propria volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti, secondo le modalità indicate con il decreto del Ministro della sanità di cui all'articolo 5, comma 1, sono considerati non donatori.

3. Per i minori di età la dichiarazione di volontà in ordine alla donazione è manifestata dai genitori esercenti la potestà. In caso di non accordo tra i due genitori non è possibile procedere alla manifestazione di disponibilità alla donazione. Non è consentita la manifestazione di volontà in ordine alla donazione di organi per i nascituri, per i soggetti non aventi la capacità di agire nonché per i minori affidati o ricoverati presso istituti di assistenza pubblici o privati.

4. Fatto salvo quanto previsto dal comma 5, il prelievo di organi e di tessuti successivamente alla dichiarazione di morte è consentito:

a) nel caso in cui dai dati inseriti nel sistema informativo dei trapianti di cui all'articolo 7 ovvero dai dati registrati sui documenti sanitari personali risulti che il soggetto stesso abbia espresso invisa dichiarazione di volontà favorevole al prelievo;

b) qualora dai dati inseriti nel sistema informativo dei trapianti di cui all'articolo 7 risulti che il soggetto sia stato informato ai sensi del decreto del Ministro della sanità di cui all'articolo 5, comma 1, e non abbia espresso alcuna volontà.

5. Nei casi previsti dal comma 4, lettera b), il prelievo è consentito salvo che, entro il termine corrispondente al periodo di osservazione ai fini dell'accertamento di morte, di cui all'articolo 4 del decreto del Ministro della sanità 22 agosto 1994, n. 582, sia presentata



una dichiarazione autografa di volontà contraria al prelievo del soggetto di cui sia accertata la morte .
6. Il prelievo di organi e di tessuti effettuato in violazione delle disposizioni di cui al presente articolo è punito con la reclusione fino a due anni e con l'interdizione dall'esercizio della professione sanitaria fino a due anni.

Articolo 5

(Disposizioni di attuazione delle norme sulla dichiarazione di volontà)

1. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro della sanità, con proprio decreto, disciplina:

a) i termini, le forme e le modalità attraverso i quali le aziende unità sanitarie locali sono tenute a notificare ai propri assistiti, secondo le modalità stabilite dalla legge, la richiesta di dichiarare la propria libera volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti del proprio corpo successivamente alla morte, a scopo di trapianto, secondo modalità tali da garantire l'effettiva conoscenza della richiesta da parte di ciascun assistito;

b) le modalità attraverso le quali accertare se la richiesta di cui alla lettera a) sia stata effettivamente notificata;

c) le modalità attraverso le quali ciascun soggetto di cui alla lettera a) è tenuto a dichiarare la propria volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti successivamente alla morte, prevedendo che la dichiarazione debba essere resa entro novanta giorni dalla data di notifica della richiesta ai sensi della lettera a) ;

d) le modalità attraverso le quali i soggetti che non hanno dichiarato alcuna volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti successivamente alla morte sono sollecitati periodicamente a rendere tale dichiarazione di volontà, anche attraverso l'azione dei medici di medicina generale e degli uffici della pubblica amministrazione nei casi di richiesta dei documenti personali di identità;

e) i termini e le modalità attraverso i quali modificare la dichiarazione di volontà resa;

f) le modalità di conservazione dei dati relativi ai donatori, ai soggetti che non hanno espresso alcuna volontà e ai non donatori presso le aziende unità sanitarie locali, nonché di registrazione dei medesimi dati sui documenti sanitari personali;

g) le modalità di trasmissione dei dati relativi ai donatori, ai soggetti che non hanno espresso alcuna volontà ed ai non donatori dalle aziende unità sanitarie locali al Centro nazionale per i trapianti, ai centri regionali o interregionali per i trapianti e alle strutture per i prelievi;

h) le modalità attraverso le quali i comuni trasmettono alle aziende unità sanitarie locali i dati relativi ai residenti.

2. Alle disposizioni del presente articolo è data attuazione contestualmente alla istituzione della tessera sanitaria di cui all'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, con modalità tali da non comportare oneri aggiuntivi per il bilancio dello Stato e degli enti di cui agli articoli 25 e 27 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni, rispetto a quelli necessari per la distribuzione della

predetta tessera.

3. Con il decreto di cui al comma 1 sono altresì definiti i termini e le modalità della dichiarazione di volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti successivamente alla morte da parte degli stranieri regolarmente presenti sul territorio nazionale nonché degli stranieri che richiedono la cittadinanza.

LE ALTRE POSSIBILITA':

Nota 31.5.2000 del SIT

"Piano organizzativo e operativo"

Percorso A: Il cittadino si reca direttamente alla propria Azienda Usl di appartenenza per far registrare la propria dichiarazione di volontà.

Il cittadino compila il modulo di dichiarazione predisposto (vedi allegato 1) e lo consegna, insieme ad un documento di identità, all'operatore di sportello della propria Azienda Usi di appartenenza. L'operatore verifica l'identità del cittadino ed acquisisce le informazioni nel sistema informativo, controllandone la completezza.

Ad acquisizione avvenuta, l'operatore produce, in due copie, la stampa dei dati acquisiti, corredata di un numero progressivo di immissione attribuito automaticamente dal sistema. Il cittadino controlla la correttezza della registrazione rispetto alla propria dichiarazione e firma le due copie stampate. L'operatore timbra e firma le due copie stampate e ne consegna una al cittadino, quale ricevuta della registrazione della dichiarazione di volontà (vedi allegato 3); la seconda copia rimane alla Azienda Usi di appartenenza, dove viene archiviata insieme all'originale della dichiarazione che a sua volta è stato timbrato dall'operatore.

Percorso C: Il cittadino si reca presso un Azienda Ospedaliera che agisce in qualità di "intermediario" per l'accettazione della dichiarazione di volontà, che sarà inserita nel sistema e conservata dall'Azienda USL di appartenenza.

il cittadino compila il modulo di dichiarazione predisposto (vedi allegato 1) e lo consegna, insieme ad un documento d'identità, all'operatore del punto di accettazione dell'Azienda Ospedaliera.

L'operatore verifica l'identità del cittadino e controlla la completezza dei dati nel modulo.

Stante quanto disposto dal MDS 8/4/2000 e dall'Assessorato alla Sanità Puglia (nota del 1° luglio 2000) si ritiene che almeno in questa fase di esordio del sistema, non dovrebbero essere previsti punti di accettazione presso le Aziende Ospedaliere dove, per la numerosità e complessità delle prestazioni fornite, già si concentra una gran massa degli utenti del Servizio Sanitario Nazionale.



LA FIMMG IN RETE CON Q-CHANNEL

“Qchannel Club” E' un nuovo servizio riservato ai medici di famiglia iscritti alla Fimmg. E' il risultato di un accordo di collaborazione che vede uniti la Fimmg, attraverso la propria società Metis; Enel.it, del gruppo Enel; On Banca, del Gruppo bancario Banca popolare commercio e industria; e Fimat media e comunicazione.

I nostri obiettivi

Cari amici, eccoci di fronte ad una nuova sfida. Le ultime vicende legate al rinnovo della Convenzione, da sole, sarebbero sufficienti per dimostrare che, se questo progetto non fosse già pronto, sarebbe da inventare. Immediatamente. In realtà siamo al punto d'arrivo di un lavoro durato molti mesi e che, finalmente, possiamo presentarvi.

Con “In rete con Qchannel” il nostro sindacato va in rete. Fa goal. Raggiunge un importante obiettivo. Il progetto, infatti, consentirà alla Fimmg di tenere in rete e in collegamento diretto innanzi tutto i nostri quadri locali e nazionali, quindi i nostri attivisti e, infine, tutti i nostri iscritti. Ci permetterà di raggiungere direttamente e “in tempo reale”, cioè subito, i cittadini insieme ai quali stiamo cercando di difendere e migliorare il Servizio sanitario nazionale.

Lo sforzo economico (che non incide sulle casse del sindacato) è straordinario, ma la capacità di mobilitazione politica che ci viene messa a disposizione con questo nuovo strumento è ancora più elevato.

Tecnicamente lo strumento è semplice. Un monitor da mettere in sala d'attesa (fornito di un apposito supporto), un computer da tenere sulla propria scrivania (che governa il monitor) e un'antenna parabolica che ci consente di essere collegati, 24 ore su 24, andando in onda, in diretta.

Il monitor trasmetterà un notiziario sulla salute e la qualità della vita (redatto ed approvato da noi) per tutta la giornata, ma la cosa che ci preme ancor più è che, in determinate fasce orarie, attraverso l'antenna parabolica trasmetteremo notizie o interventi riservati a noi medici di famiglia e, ancor più selettivi, a noi quadri dirigenti locali e nazionali del sindacato.

Abbiamo ottenuto di aver installati questi strumenti gratuitamente (in comodato d'uso). Dobbiamo solo compilare il modulo di prenotazione, fissare un appuntamento ed ascoltare i tecnici che verranno ad installare il tutto e che ci spiegheranno il funzionamento.

Ora tocca a voi. E' un impegno preciso e fondamentale del dirigente sindacale, aderire direttamente e far aderire, tutti gli iscritti al sindacato. Abbiamo la massima urgenza di andare in rete e di far sapere a

chi ci governa che siamo in rete.

“In rete con Qchannel” nasce per far crescere la periferia del sindacato e portare a livello nazionale la vita e le problematiche locali. Sarà infine uno strumento indispensabile sia per fare educazione sanitaria e prevenzione ai nostri assistiti che per il nostro aggiornamento professionale.

Beh, penso di aver detto molto. Ora mi aspetto una tua adesione... entusiastica, e velocissima. Per essere in grado di rispondere sempre con più efficacia alle sfide che attendono il sindacato.

Mario Falconi

Qualità della vita... Cultura sanitaria... Alimentazione e stili di vita... Ecologia ed ambiente... Medico, cittadino, istituzioni... Automedicazione... Informazioni utili...

Partecipa al grande sforzo e progetto della Fimmg per andare in rete. Il sindacato in diretta, 24 ore su 24. Compilando ed inviando il modulo di prenotazione ti verranno installate gratuitamente, entro, massimo, 120 giorni, e senza dover pagare nessun canone:

Un monitor a colori da 21 pollici con telecomando e supporto per la sala d'attesa.

Un personal computer con Cpu Intel Celeron, tastiera e mouse e monitor da 15 pollici; con hard disk da 6,4 Gbyte, lettore Cd rom 48x., modem da 56Kbps, audio a 16 bit, memoria Ram da 64M-byte, floppy disk e sistema operativo Microsoft Windows e ricevitore satellitare.

Un'antenna parabolica di circa 80 cm di diametro.

Il nostro sindacato va in rete. Fa GOAL!

Raggiunge il suo obiettivo.

Il progetto a regime: 30mila televisioni e 30mila computer collegati via satellite e intranet. 1.300.000 cittadini raggiunti ogni giorno. Oltre 400milioni di contatti all'anno. ...e in più tanti servizi studiati per il medico di famiglia...

- Servizi bancari
- Servizi telefonici personalizzati
- Un'agenzia di viaggi on line con offerte speciali e last-minute tours
- Assicurazioni on line



Modulo per l'adesione al progetto Q-Channel: inviare per posta o per fax



Alla Sezione Provinciale FIMMG di BARI
Via Santi Cirillo e Metodio 5/b 70125 BARI
FAX: 080-5096770

Il sottoscritto dr.....medico di famiglia, resi-
dente a..... Cap..... prov.....
con studio in..... via.....
n..... Cap..... pr.....(situato al..... piano di totali..... piani)

con la presente prenota l'installazione del kit messo a disposizione dal progetto "in rete con Qchannel", e composto
da: - parabola satellitare - pc completo di video, tastiera e software di base -monitor con supporto per sala d'attesa che verrà
concesso al sottoscritto in comodato d'uso gratuito, come da contratto che sarà perfezionato all'atto dell'installazione.

Vi prego di volermi far contattare telefonicamente dal vostro personale per fornire tutte le indicazioni utili (dislocazione dei
locali di studio e sala d'attesa, prese elettriche, eventuale canalizzazione centralizzata per antenna tv, ecc ...) e per la defini-
zione dell'appuntamento per l'installazione (gratuita).

Recapiti telefonici: studio.....casa.....cell.....
e-mail.....

Orari preferiti per il contatto telefonico.....
(tralle ore 9.00 e le ore 18.00)

Sala d'attesa: in comune con..... di mq..... circa

Data
Ai sensi dell'art. 10, legge n. 675/96 il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali forniti solo per gli usi esclusivi
previsti dal "progetto Qchannel".

Data Firma.....

Segnalo il /la mio/a collega dott./dott.ssa.....
medico di famiglia, residente a.....cap.....pr.....
con studio in..... via.....
n..... Cap..... pr.....(situato al..... piano di totali..... piani)
interessato/a all'iniziativa "in rete con Qchannel", da contattare, a mio nome,
il giorno alle ore.....



DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DELLA INDENNITA' DI COLLABORAZIONE INFORMATICA

RACCOMANDATA A.R.

Al Direttore Generale
dell'Azienda USL _____

Indirizzo _____
Cap _____ Città _____

Il/la sottoscritto/a dott. _____ nato/a a _____ prov. _____ il
_____ Codice Fiscale _____ Residente a _____
prov. _____, via _____ Cap. _____ Tel. _____,
convenzionato con codesta ASL per la Medicina Generale nel Comune di _____ con n°
distintivo di codice regionale _____

CHIEDE

secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale reso esecutivo con DPR
280/2000 art. 45 punto B3, comma 1 e 2 **il riconoscimento della indennità di collaborazione informatica**.

A tal fine

DICHIARA

- 1) Di possedere un Computer con Microprocessore _____
- 2) Di utilizzare, nel suo studio professionale, il seguente software idoneo ad assicurare, oltre alla gestione della scheda sanitaria individuale, anche l'eventuale collegamento con centri di prenotazione e l'elaborazione di dati occorrenti per ricerche epidemiologiche, monitoraggio dell'andamento prescrittivo e verifica di qualità dell'assistenza: _____
- 3) Di essere in possesso di Modem _____ e collegamento telefonico.

In fede

Data _____

Firma _____



Una Sanità più equa che risponda alle esigenze sanitarie del cittadino.

I pericoli del federalismo sanitario regionale (articolo del dott. Filippo Anelli)

I medici di famiglia di Bari esprimono un giudizio positivo sul dibattito che si è aperto tra i partiti politici, nella sede istituzionale della Regione Puglia, sul finanziamento del Servizio Sanitario Regionale.

Il federalismo sanitario impone alle Regioni di impiegare al meglio le risorse disponibili e quindi di fornire ai cittadini risposte adeguate ai bisogni di salute della popolazione.

Non abbiamo dubbi nell'esprimere il nostro consenso alle tesi espresse dall'Assessore Mazzaracchio circa "la deospedalizzazione, riducendo la tendenza ai ricoveri perché siamo al 50% di quelli impropri, la razionalizzazione della spesa sul piano generale e il potenziamento della medicina del territorio".

Tuttavia, la programmazione e l'impiego delle risorse, in sanità, non possono tener conto solo delle esigenze di bilancio.

Il Diritto alla Salute, tutelato dalla nostra Carta Costituzionale, non può ridursi ad una sola operazione contabile e finanziaria, ma è la somma di un complesso ordine di fattori che vanno dalla definizione ed erogazione dei livelli uniformi di assistenza sino alla programmazione e realizzazione degli obiettivi definiti dai Piani Sanitari Nazionali e Regionali.

E' vero, non abbiamo un Piano Sanitario Regionale; il Piano di Riordino della Rete Ospedaliera, approvato dal precedente Consiglio Regionale, è sovradimensionato: vi sono molti più posti letto in Puglia di quanto previsto dalle indicazioni ministeriali; l'Osservatorio Epidemiologico, istituito recentemente, non è ancora in grado di fornire dati che supportino una programmazione sanitaria; non abbiamo una dotazione organica di infermieri, terapisti della riabilitazione ecc. che lavorino sul territorio nell'Assistenza Domiciliare (ADI).

Eppure si continua a chiedere ai medici di ridurre indiscriminatamente e percentualmente la spesa sanitaria senza offrire loro le opportune indicazioni circa i soggetti e le malattie da curare.

A parte le esigenze di bilancio, a quali criteri di programmazione sanitaria risponde il tetto di spesa sull'assistenza farmaceutica secondo il quale il medico di famiglia non può spendere più di L. 260.000 nell'anno 2000?

Consente di curare tutti gli ipertesi, i diabetici, i cardiopatici, gli asmatici, i malati di cancro ecc.?

Siamo certi che la migliore risposta assistenziale sia sempre quella legata alla minore spesa?

Negli altri Paesi Europei la spesa farmaceutica pubblica procapite annua è nettamente superiore a quella italiana. Nel 1999 essa ha fatto registrare, in Italia, una media di L. 24-7.863, contro una media di L. 467.681 in Francia, di L. 42-0.423 in Germania e di L. 327.899 nel Regno Unito (fonte: Farmindustria).

Dal confronto della spesa farmaceutica sostenuta dalle altre regioni italiane, sembra che la Puglia abbia superato la media italiana.

L'analisi va, in realtà, condotta tenendo presente i livelli generali di disoccupazione che, in molte regioni italiane, sono molto bassi e i differenti livelli di benessere.

Sicché la spesa farmaceutica globale in Puglia risulta per il 60% a carico dello Stato, poiché qui più bassi sono i livelli di reddito pro capite.

E' evidente che nelle regioni più ricche il rapporto tra spesa farmaceutica pubblica e spesa a carico del cittadino è inevitabilmente invertito.

Allora, sarebbe più utile conoscere prima quanti sono gli ipertesi, i diabetici, i malati di cancro, gli asmatici, i cardiopatici e così via e quante sono le risorse che si utilizzano per le cure specialistiche, l'assistenza farmaceutica, i ricoveri

per questi soggetti.

La conoscenza di questi dati consentirà di "pesare" i vari gruppi di pazienti per tipo di patologia e, quindi, di conoscere la "spesa storica" per questi ammalati.

Crederci di poter controllare la spesa sanitaria della nostra regione enfatizzando le azioni di contenimento della spesa farmaceutica è un'operazione demagogica.

Ancora una volta condividiamo quanto affermato dall'Assessore Mazzaracchio.

L'incremento della spesa farmaceutica (40 miliardi) rappresenta solo una piccola percentuale (2-3%) del deficit della sanità pugliese che è pari a 1900 miliardi.

Bisogna incidere in altri settore se realmente si vuole contenere la spesa sanitaria.

Come Medici di Famiglia, siamo consapevoli che le risorse per far funzionare un Servizio Sanitario sono limitate e "finite". Pertanto, siamo pronti a mettere in atto ogni sforzo che consenta di curare al meglio i nostri assistiti con cure che abbiano il minor costo possibile.

Ma, se si vuole potenziare la medicina del territorio e trasferire risorse sottraendole alla medicina ospedaliera, sovradimensionata, bisogna avere il coraggio, insieme alle misure di contenimento della spesa, di investire, individuando nuove risorse.

I cittadini possono essere curati a casa a condizione che le ASL garantiscano l'assistenza medico-infermieristica e quella socio-sanitaria.

L'organizzazione dell'assistenza domiciliare è il primo passaggio per incidere realmente sulla riduzione dei ricoveri.

Non si può chiedere al cittadino di restare a casa per una broncopolmonite e poi non garantirgli, insieme al suo medico di famiglia, lo specialista, l'infermiere, il terapeuta della riabilitazione e quant'altro serva ad assisterlo adeguatamente.

Questo richiede necessariamente il potenziamento dei Distretti. La legge di riforma sanitaria prevede "l'autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio delle unità sanitarie locali".

Il nuovo accordo nazionale per la medicina generale, pubblicato il 2 ottobre sulla Gazzetta Ufficiale, fornisce poi gli strumenti utili per raggiungere tali obiettivi.

La nuova organizzazione del lavoro dei medici di famiglia in associazione "garantisce un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, anche attraverso l'attivazione di ambulatori dedicati al monitoraggio di patologie croniche ad alta prevalenza individuate concordemente a livello aziendale" e consente di "condividere ed implementare linee guida diagnostico-terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica periodica".

La messa a punto di un nuovo Servizio Sanitario Regionale non può prescindere da una fase di concertazione che veda, come protagonisti, gli operatori sanitari e le associazioni dei cittadini.

Pertanto, sono da abbandonare quei metodi utilizzati nel passato basati sull'imposizione piuttosto che sul dialogo e sul senso di responsabilità, che la categoria ha sempre mostrato di possedere.

Per questo non accetteremo mai che per "risolvere" il problema della spesa si definiscano i medici di famiglia, illegittimamente, mandatarie delle ASL.

Siamo abituati ad assumerci giornalmente le nostre responsabilità. Anche in tema di controllo della spesa abbiamo dimostrato, pur nella complessità dell'analisi, di poter fare la nostra parte.



VIAGGIO NELL'ENPAM:
INDENNITA' DI MATERNITA', ABORTO, ADOZIONE

Come, quando, a chi spetta. Come farne richiesta

La lavoratrice madre medico, purchè iscritta al fondo generale, è tutelata dall'ENPAM per quanto riguarda la maternità, l'aborto e l'adozione di minore.

PERIODO DI GODIMENTO:

MATERNITA'	ABORTO	ADOZIONE O AFFIDAMENTO
Dal compimento del 6° mese di gestazione, entro 180 giorni dalla nascita	Sia spontaneo che terapeutico: (dopo il 2° mese) entro 180 giorni dall'	A condizione che il bambino non abbia superato i sei anni di età: entro 180 giorni dall'ingresso del bambino nel nuovo nucleo familiare.

MINIMALI E IMPORTI INDENNIZZATI

MATERNITA'	ABORTO	ADOZIONE O AFFIDAMENTO
L'80% dei 5/12 del reddito professionale dichiarato ai fini IRPEF, nel secondo anno precedente alla domanda (non la data presunta di inizio gravidanza o di astensione dall'attività lavorativa o della nascita) MINIMALE: 5/12 del salario minimo annuale convenzionale degli impiegati.	a) se dopo il 2° mese di gravidanza una indennità economica per 30 giorni b) dopo il 6° mese di gravidanza nella misura intera. L'indennità si calcola su: L'80% dei 5/12 del reddito professionale dichiarato ai fini IRPEF, nel secondo anno precedente alla domanda (non la data presunta di inizio gravidanza o di astensione dall'attività lavorativa o della nascita) MINIMALE: 1/12 del salario minimo annuale convenzionale degli impiegati.	A condizione che il bambino non abbia superato i 6 anni di età: L'80% dei 5/12 del reddito professionale dichiarato ai fini IRPEF, nel secondo anno precedente alla domanda (non la data presunta di inizio gravidanza o di astensione dall'attività lavorativa o della nascita) MINIMALE: 3/12 del salario minimo annuale convenzionale degli impiegati.

DOMANDA (in carta libera): tempi di presentazione

MATERNITA'	ABORTO	ADOZIONE O AFFIDAMENTO
Nei due mesi precedenti la data presunta del parto e nei tre mesi successivi alla nascita.	Sia spontaneo che terapeutico: a) se dopo il 2° mese di gravidanza una indennità economica per 30 giorni b) dopo il 6° mese di gravidanza nella misura intera	A condizione che il bambino non abbia superato i sei anni di età

La sentenza 3/98 della Corte Costituzionale ha stabilito che le indennità in questione possono essere erogate anche se la donna-medico abbia continuato la sua attività libero-professionale durante il periodo coperto dall'indennità di maternità; altrettanto dicasi qualora la donna-medico sia disoccupata, purchè iscritta al fondo generale ENPAM



DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE

MATERNITA'	ABORTO	ADOZIONE ABORTO O AFFIDAMENTO
Certificato medico attestante la data di inizio della gravidanza e la data presunta del parto Dichiarazione attestante l'inesistenza del diritto all'indennità di maternità con altri rapporti di lavoro	Sia spontaneo che terapeutico: (dopo il 2° mese), certificato medico rilasciato dalla ASL che ha fornito le prestazioni sanitarie, comprovante il giorno dell'avvenuto aborto spontaneo o terapeutico	A condizione che il bambino non abbia superato i sei anni di età: Dichiarazione attestante l'inesistenza del diritto all'indennità di maternità per qualsiasi altro titolo La data di effettivo ingresso del bambino in famiglia

La modulistica relativa alla domanda di indennità, aborto, adozione può essere scaricata dal sito web: <http://bari.fimmg.org>, oppure richiesta alla sede provinciale FIMMG o, ancora, all'ENPAM, Via Torino 38 Roma

Non è obbligatorio redigerli sui modelli INPS

CERTIFICATI PER MALATTIA I.N.P.S.
Nota della Direzione Generale dell'Ente.

DIREZIONE CENTRALE
PRESTAZIONI TEMPORANEE
COORDINAMENTO GENERALE
MEDICO LEGALE
Roma, 13 maggio 1996
Circolare n. 99

- Ai Dirigenti centrali e periferici Coordinatori generali, centrali e periferici dei Rami professionali
- Ai Primari Coordinatori generali e Primari Medico legali e, per conoscenza,
- Al Presidente
- Ai Consiglieri di Amministrazione
- Al Presidente e ai Membri del Consiglio di indirizzo e vigilanza
- Ai Presidenti dei Comitati Amministratori di Fondi, Gestioni e Casse
- Ai Presidenti dei Comitati regionali Ai Presidenti dei Comitati provinciali

OGGETTO: Prestazioni economiche di malattia. Certificazione sanitaria.

SOMMARIO: La certificazione sanitaria rilasciata, **anche su modulario non regolamentare**, da medici diversi da quelli di libera scelta, compresa quella emessa dagli ospedali e dalle strutture di pronto soccorso all'atto della dimissione, **e' da ritenere valida ai fini dell'erogazione dell'indennità di malattia a condizione che contenga i requisiti sostanziali richiesti (intestazione, nominativo del lavoratore, data, firma, diagnosi e prognosi di incapacità al lavoro)**

Sono stati segnalati comportamenti non uniformi a livello nazionale circa la figura del medico - che l'art. 2 della legge n. 33/1980 individua quale "curante" - abilitato al rilascio della certificazione di incapacità al lavoro agli aventi diritto all'indennità di malattia.

Al riguardo si precisa che, se pure, di massima, il sanitario preposto al compito in questione e' quello di libera scelta, l'espressione letterale "curante" utilizzata dal legislatore, porta a dover attribuire validità, ai fini erogativi di cui trattasi, anche alle certificazioni rilasciate, pure su modelli non "standard" (ad es. ricettario privato), da medici diversi, ai quali l'assicurato si sia rivolto per motivi di urgenza ovvero comunque per esigenze correlate alle specificità della patologia sofferta.

Tale impostazione, del resto, si colloca nelle linee di indirizzo della circolare n. 134368 AGO /14 del 28.1.1981 (v. nota n. 20).



Il criterio vale anche per i certificati rilasciati all'atto della dimissione dagli ospedali o dalle strutture di pronto soccorso, purché dagli stessi risulti una prognosi non di natura strettamente "clinica", ma che, attraverso una precisa diagnosi, metta il medico dell'INPS in condizione di valutare l'incapacità al lavoro; in caso di dubbio, la valutazione della rilevanza della certificazione così rilasciata sarà demandata al medico di Sede.

Si sottolinea ad ogni buon conto che, in tutti i casi del genere, la "diversa" certificazione -da inoltrare, secondo norma sia all'INPS che al datore di lavoro (a quest'ultimo anche in fotocopia) nei termini previsti- può essere ritenuta valida, agli effetti previdenziali di interesse, sempreché dalla stessa siano ricavabili i dati normalmente richiesti: nominativo del lavoratore, diagnosi e prognosi, intestazione, data del rilascio

timbro e firma del medico, nonché l'abituale domicilio del lavoratore ed eventualmente il diverso temporaneo recapito - dati questi da indicare a cura dell'assicurato, anche a parte -, e ciò pure ai fini della predisposizione di eventuali controlli, come previsto dalla legge.

Resta fermo in ogni caso che, qualora la certificazione redatta su moduli non regolamentari, pur presentando gli elementi essenziali, senza i quali l'atto non è neppure qualificabile come "certificato" (e, cioè, nominativo, intestazione e prognosi) manchi di altri requisiti rilevanti ai fini di interesse (diagnosi, data e firma), la necessaria regolarizzazione della stessa dovrà essere operata, tramite l'interessato, dai medesimi redattori; in particolare non deve essere richiesta, come talvolta è stato lamentato, autonoma tempestiva certificazione del periodo come sopra documentato al medico di famiglia, che, tra l'altro, potrebbe anche non essere in grado di formulare, nel caso di specie, una corretta prognosi

Sul tema, ad evitare possibili riflessi negativi sui lavoratori, sarà cura da parte dell'INPS fornire a tutti i direttori sanitari delle strutture sanitarie pubbliche e convenzionate il predetto modulare, da affidare al Primario responsabile del reparto e da usare, ovviamente, nei confronti dei soli aventi diritto all'indennità di malattia erogata da questo Istituto

Attualmente, infatti, solo le USL dovrebbero essere state dotate del modulare di certificazione "INPS", per l'utilizzo da parte degli specialisti ambulatoriali, dei medici della guardia medica, ecc

I criteri che precedono risultano del resto condivisi dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri (F.N.O.M.C.e.O.)

A tale proposito si invitano le Sedi Regionali a voler verificare per il tramite dei locali Assessorati alla Sanità, l'eventuale quantitativo del modulare in questione occorrente alle strutture anzidette, per la conseguente fornitura, da rinnovare, come di consueto, a richiesta.

IL DIRETTORE GENERALE
TRIZZINO

IN COSTANTE AUMENTO LA SPESA PER FARMACI IN ITALIA

Il trend negativo confermato dal Cergas Bocconi (fonte ADN-Kronos)

Il 2000 e il 2001 dovrebbero rappresentare, a parità di condizioni regolatorie, anni di crescita piuttosto sostenuta per la spesa farmaceutica a carico del Ssn (+12,8% a 16.595 mld nel 2000; +9,4% a 18.156 mld nel 2001). La spesa privata dovrebbe invece aumentare in modo relativamente più modesto (+7,3% a 13.825 mld nel 2000; +6,3% a 14.701 mld nel 2001), con un impatto sul tasso di crescita complessivo per il mercato del 10,2% nel 2000 e dell'8% nel 2001. Sono le previsioni contenute del sesto Rapporto dell'Osservatorio Farmaci del CeRGAS dell'Università Bocconi di Milano.

Sembra quindi confermato, si legge nel Rapporto, il trend degli ultimi anni che i ricercatori della Bocconi così riassumono. Dopo un periodo (1985-1991) caratterizzato da consistenti incrementi della spesa pubblica e da meno significativi aumenti di quella privata e un periodo (1992-1995) fortemente orientato al contenimento della spesa pubblica, in parte controbilanciato dall'incremento della spesa privata, dal 1996 si è assistito a una ripresa della spesa farmaceutica a carico del Ssn e della divaricazione tra trend della spesa pubblica e trend di quella privata.

Se si confronta, infine, il trend della spesa farmaceutica pubblica dell'Italia rispetto agli altri principali Paesi dell'Unione Europea si osserva, conclude il Rapporto dell'Osservatorio Farmaci, che le misure di contenimento della spesa farmaceutica pubblica hanno prodotto nel periodo '91-95 una consistente variazione della posizione italiana: mentre all'inizio degli anni '90 l'Italia presentava il valore più elevato di spesa farmaceutica pubblica pro capite, nel '95 il dato italiano risultava il più basso tra quelli considerati. Nell'ultimo biennio la spesa pubblica pro capite ha invece ripreso un trend di crescita superiore a quello medio europeo (10,6% in media nel biennio '96-97 contro un 7,4% a livello europeo), rimanendo comunque in valori assoluti ancora al di sotto di quello dei principali Paesi dell'unione Europea.