



Torino, 21 Giugno 1999

A Tutti i Medici di Medicina Generale  
ISCRITTI e non iscritti al Sindacato  
Loro Sedi

Il testo definitivo del Decreto delegato di riordino del SSN è stato approvato dal Governo Venerdì 18 giugno. Oggi è stato firmato dal Presidente della Repubblica e restituito per la pubblicazione sulla Gazzetta ufficiale.

**SANITA':CIAMPI HA CONTROFIRMATO LA RIFORMA (ANSA) –**  
ROMA, 21 GIU - Il Presidente della Repubblica ha controfirmato e restituito per la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale il decreto legislativo sulla riforma del Servizio Sanitario Nazionale approvato venerdì scorso dal Consiglio dei Ministri. (ANSA).

La FIMMG ed i Sindacati alleati (ANAAO, FIMP, SUMAI, ANDI) hanno ottenuto tutto ciò che avevano chiesto, con la sola eccezione del SUMAI che ha dovuto rinunciare a qualcosa che comunque potrà cercare di recuperare in futuro, anche con il nostro sostegno. Nelle pagine successive troverete le parti del testo approvato che ci riguardano.

Con ciò non abbiamo ancora vinto la guerra, ma solo una battaglia. Una battaglia importante ma non definitiva. La guerra potrà dirsi vinta solo quando saranno risolti i problemi determinati dall'eccessivo carico burocratico e dalle note CUF e sarà rinnovata la Convenzione.

Non dobbiamo dunque smettere di lavorare ed è presto per fermarsi a guardare indietro, ma una breve riflessione è comunque opportuna.

Raggiungere questo risultato non è stato facile ed ha richiesto un ferreo controllo dei nervi. Le difficoltà da superare sono state moltissime, sia nel rapporto con un Ministro difficile, sia per le succussioni che ancora stanno caratterizzando la vita politica interna ed internazionale del nostro Paese. La FIMMG ha saputo ragionare con equilibrio ed agire nel modo più opportuno.

La prima versione del Decreto delegato conteneva già alcuni principi da noi suggeriti, ma presentava ancora, in alcuni punti, aspetti molto pericolosi per il futuro della nostra categoria.

E' stato subito chiaro che la tanto criticata Bozza di Decreto, proposta dalla Bindi, ma fatta propria dal Governo, per evidenti ragioni politiche, sarebbe stata

comunque approvata. L'alternativa che si presentava ai Sindacati era dunque quella di rigettarla nel suo insieme o cercare di ottenere delle modifiche. La prima ipotesi avrebbe di fatto impedito ogni possibilità di concordare i cambiamenti desiderati.

Tutti i Sindacati hanno avuto l'opportunità di formulare proposte, ma alcuni hanno preferito non farlo, dimostrando così di voler scegliere la prima delle due opzioni sopra citate. I Sindacati che si sono mossi con noi hanno ottenuto risultati, gli altri hanno fatto solo rumore.

A questo proposito non ci sembra inutile ricordare che la commissione che sta lavorando al Documento di Programmazione Economica e Finanziaria (DPEF) è tornata ad ipotizzare l'esclusione di certe categorie di reddito medio-alto dall'assistenza primaria. Una vecchia e pericolosa teoria che questo decreto delegato ostacola.

La FIMMG è riuscita a coagulare tutte le categorie mediche, con le quali ha proclamato lo sciopero del 27 maggio, che è stato sospeso solo quando si è avuta la certezza che sarebbero state accolte le richieste di modifica da noi presentate.

Ci sono stati momenti di scontro molto duro con il Ministro ed il Governo, ma la FIMMG e i suoi alleati hanno saputo dimostrare coerenza, forza e fermezza. Quando è stato necessario ci siamo contrapposti al Ministro ed al Governo, determinati a non cambiare atteggiamento e programmi qualora non fossero arrivati concreti segni di apertura. La minaccia di sciopero ha fatto paura alla maggioranza di governo.

Se ci fossimo comportati come gli altri Sindacati, oggi i medici di famiglia sarebbero costretti ad andare in pensione a 65 anni, la libera professione sarebbe fatalmente compromessa, il distretto sarebbe rimasto indefinito, tutti noi saremmo stati esclusi dalla possibilità di erogare prestazioni per i Fondi integrativi, avremmo dovuto lasciare una parte dei nostri assistiti per andare ogni settimana a lavorare per qualche ora nei servizi per le tossicodipendenze o a fare vaccinazioni, o a fare i prelievi nei poliambulatori.

La FIMMG, come è sua tradizione, non si è fatta strumentalizzare nè dalla maggioranza, nè dalla opposizione, nè dalla destra, nè dalla sinistra, ma ha badato solo agli interessi concreti dei medici e del SSN.

Nello stesso tempo la FJMMG resta disponibile a collaborare con i politici di qualsiasi colore quando si tratta di consolidare e migliorare il Servizio sanitario pubblico e dare forza all'assistenza territoriale e vera centralità al medico di famiglia.

Bombardati da molte "voci" fra loro contraddittorie, è difficile oggi, a chi non è immerso quotidianamente nella dinamica degli eventi, comprendere che cosa effettivamente stia succedendo. D'altra parte l'incalzare dei fatti impedisce un'informazione tempestiva, articolata ed esauriente. Approfittando di ciò, in questo periodo sono state diffuse strumentalmente molte falsità per "far perdere la calma" ai medici.

## **Oggi, il testo definitivo della legge dimostra chi aveva ragione.**

Ora la FIMMO, avendo vinto questa battaglia, si trova nella condizione di poter affrontare con più forza, per risolverli, gli altri due principali problemi della categoria: il carico burocratico in generale (ma in particolare quello legato alla prescrizione dei farmaci) e il rinnovo della Convenzione in tempi rapidi.

La FIMMG ringrazia i suoi iscritti che, pur nella incertezza degli eventi, hanno riposto fiducia nel loro sindacato e saputo dimostrare la massima compattezza. In questi frangenti, infatti, la FIMMG è stato l'unico Sindacato che, in tutte le Regioni e Province italiane, non ha registrato defezioni o ribellioni. Questo si è dimostrato un elemento di forza molto determinante.

Rinfrancata dai risultati raggiunti, la FIMMG riprende il suo lavoro costante, sistematico e concreto, sicura che i medici sapranno valutare un Sindacato per i risultati che raggiunge e non per il baccano che solleva. Baccano forse gratificate nell'immediato, ma improduttivo e pericoloso nel medio e lungo termine.

La Segreteria provinciale

## **ESTRATTI DAL DECRETO LEGISLATIVO RECANTE “NORME PER LA RAZIONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE”**

### **Art. 3-quater - Il distretto**

1. La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale. Il distretto è individuato, sulla base dei criteri di cui all'articolo 2, comma 2-sexies, lettera c), dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

2. Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui al successivo articolo 3-quinquies, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. **Al distretto sono attribuite risorse**

**definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.**

3. Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative

**a) prevede la localizzazione dei servizi a gestione diretta di cui all'articolo 3-quinquies;**

b) determina le risorse per l'integrazione sociosanitaria di cui all'articolo 3-septies e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;

c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività sociosanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.

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

**NOTA: Il distretto acquisisce nell'ambito dell'Azienda dignità ed autonomia identica a quelle del presidio ospedaliero.**

### **Ad. 3-quinquies - Funzioni e risorse del distretto**

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

a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;

il **coordinamento dei** medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;

c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

### **2. Il distretto garantisce:**

**a) assistenza specialistica ambulatoriale;**

b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;

c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia; d) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;

e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;

f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale. Trovano inoltre collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona.

**NOTA: è stato superato il pericolo di dover essere "inseriti" nelle strutture del distretto.**

### **Ad. 3-sexies - Direttore di distretto**

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

2. Il direttore di distretto **si avvale** di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta ed uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.

3. L'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

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

**NOTA: è stata modificata la dizione primitiva secondo cui il direttore di distretto "poteva avvalersi" dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali di cui fanno parte di diritto rappresentanti dei medici di famiglia. La formulazione precedente della norma di fatto consentiva di eludere la nostra partecipazione al governo del distretto.**

### **Art.8**

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

a) prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata

b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la ricasazione della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità;

**c) disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che:**

**il tempo complessivamente dedicato alle attività in libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente; le prestazioni offerte in attività libero-professionale siano definite**

**nell'ambito della convenzione, anche al fine di escludere la coincidenza tra queste e le prestazioni incentivanti di cui alla lettera d); il medico sia tenuto a comunicare all'azienda unità sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione, indicandone sede ed orario di svolgimento, al fine di**

**consentire gli opportuni controlli; sia prevista una preferenza nell'accesso a tutte le attività incentivate previste dagli accordi integrativi in favore dei medici che non esercitano attività libero-professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti. Fino alla stipula della nuova convenzione sono fatti salvi i rapporti professionali in atto con le aziende termali. In ogni caso, il non dovuto pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale**

d) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera f); una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f); e) garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni, fra l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica e della medicina dei servizi, attraverso lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e la organizzazione distrettuale del servizio;

f) prevedere le modalità attraverso le quali le unità sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati dei medici singoli od associati, in coerenza con gli obiettivi ed i programmi di attività del distretto; g) disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività del distretto e alla verifica del loro raggiungimento;

h) disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256, o titolo equipollente ai sensi dell'articolo 6 del predetto decreto, prevedendo altresì che la graduatoria annuale evidenzia i medici forniti dell'attestato, al fine di riservare loro una percentuale predeterminata di posti in sede di copertura delle zone carenti,

i) regolare la partecipazione di tali medici a società, anche cooperative, al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;

l) prevedere la possibilità di stabilire specifici accordi con i medici già titolari di convenzione operanti in forma associata, secondo modalità e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito convenzionale;

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

**NOTA: di fatto la regolamentazione della libera professione è totalmente**

rinvia alla contrattazione; i criteri cui la convenzione deve fare riferimento sono totalmente coincidenti con quelli che sono contenuti nel vigente ACN. Potrebbero addirittura crearsi condizioni di maggiore chiarezza, tali da favorire l'erogazione ai nostri assistiti di determinate prestazioni qualificanti in regime libero professionale. La libera professione strutturata (in cui è previsto un impegno orario) potrà conservare gli attuali disincentivi. La libera professione occasionale non subirà limitazioni quando rivolta a pazienti non iscritti nel proprio elenco.

#### **Art. 9- Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale**

(omissis)

4. L'ambito di applicazione dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è rappresentato da:

a) prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, **erogate da professionisti** e da strutture accreditate,

b) prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 23dicembre 1996, n. 662;

c) prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

(omissis...)

**NOTA: prima non era prevista per noi la possibilità di erogare prestazioni garantite dai fondi integrati vi**

#### **Art. 15-nonies - Limite massimo di età per il personale della dirigenza medica e per la cessazione dei rapporti convenzionali**

1. Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età, **fatta salva l'applicazione dell'articolo 16 del decreto legislativo 30dicembre1992, n. 503**. È abrogata la legge 19febbraio 1991, n. 50, fatto salvo il diritto a rimanere in servizio per coloro i quali hanno già ottenuto il beneficio

2. Il personale medico universitario di cui all'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11luglio 1980, n. 382, cessa dallo svolgimento delle ordinarie attività assistenziali di cui all'articolo 6, comma 1, nonché dalla direzione delle strutture assistenziali, al raggiungimento del limite massimo di età di sessantasette anni. Il personale già in servizio cessa dalle predette attività e direzione al compimento dell'età di settanta anni se alla data del 31 dicembre 1999 avrà compiuto sessantasei e all'età di sessantotto anni se alla predetta data avrà compiuto sessanta anni. I protocolli d'intesa tra le regioni e le università e gli accordi attuativi dei medesimi, stipulati tra le università e le aziende sanitarie ai sensi dell'articolo 6, comma 1, disciplinano le modalità e i limiti per l'utilizzazione del suddetto personale universitario per specifiche attività assistenziali strettamente correlate all'attività didattica e di ricerca.

3. Le disposizioni di cui al precedente comma 1 si applicano anche nei confronti del personale a rapporto convenzionale di cui all'articolo 8. In **sede di rinnovo**

**delle relative convenzioni nazionali sono stabiliti tempi e modalità di attuazione.**

4. Restano confermati gli obblighi contributivi dovuti per l'attività svolta, in qualsiasi forma, dai medici e dagli altri professionisti accreditati ai sensi dell'articolo 8.

**NOTA: l'articolo 16 del decreto leg. n.503 consente di rinviare di due anni l'età della cessazione del rapporto di lavoro, nel nostro caso di quello convenzionale. Il rinvio alla convenzione della definizione dei tempi e dei modi di attuazione della riduzione dell'età di uscita dalla convenzione, ci consente quella gradualità necessaria a tutelare la solidità del nostro Ente previdenziale.**

#### **Art. 15-decies - Obbligo di appropriatezza**

1. I medici ospedalieri e delle altre strutture di ricovero e cura del Servizio sanitario nazionale, pubbliche o accreditate, quando prescrivono o consigliano medicinali o accertamenti diagnostici a pazienti all'atto della dimissione o in occasione di visite ambulatoriali, sono tenuti a specificare i farmaci e le prestazioni erogabili con onere a carico del Servizio sanitario nazionale. Il predetto obbligo si estende anche ai medici specialisti che abbiano comunque titolo per prescrivere medicinali e accertamenti diagnostici a carico del Servizio sanitario nazionale.

2. In ogni caso, si applicano anche ai sanitari di cui al comma 1 il divieto di impiego del ricettario del Servizio sanitario nazionale per la prescrizione di medicinali non rimborsabili dal Servizio, nonché le disposizioni che vietano al medico di prescrivere, a carico del Servizio medesimo, medicinali senza osservare le condizioni e le limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco e prevedono conseguenze in caso di infrazione.

3. Le attività delle aziende unità sanitarie locali previste dall'articolo 32, comma 9, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, sono svolte anche nei confronti dei sanitari di cui al comma 1."

(omissis )

**NOTA: anche gli ospedalieri e gli specialisti ambulatoriali dovranno rispettare le norme prescrittive dei medici di famiglia. Le Aziende sono impegnate a svolgere nei loro confronti gli stessi controlli che oggi sono tenute a fare per noi,.**

#### **Art. 16-ter - Commissione nazionale per la formazione continua**

1. Con decreto del Ministro della sanità, da emanarsi entro novanta giorni dalla pubblicazione del presente decreto, è nominata una Commissione nazionale per la formazione continua, da rinnovarsi ogni cinque anni. La commissione è presieduta dal Ministro della sanità ed è **composta da due vicepresidenti, di cui uno nominato dal Ministro della sanità e l'altro rappresentato dal Presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri**, nonché da dieci membri, di cui due designati dal Ministro della sanità, due dal Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, uno dal Ministro per la funzione pubblica, uno dal Ministro per le pari opportunità, due dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e **due dalla Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri. Con il medesimo decreto sono disciplinate**



**le modalità di consultazione delle categorie professionali interessate in ordine alle materie di competenza della Commissione.**

A cura della Segreteria della Sezione provinciale di Torino