

RASSEGNA STAMPA Venerdì 7 settembre 2012

Parte il cammino della riforma.
Come cambia la sanità per i medici e i cittadini.

IL SOLE 24 ORE

Tutte le novità: medici di base e pediatri a disposizione 24 ore su 24
L'UNITÀ'

Decreto Sanità la protesta delle Regioni.
Sul decreto salute l'affondo delle Regini:
CORRIERE DELLA SERA

Task force di medici e infermieri laboratori per analisi ed ecografie così
funzionerà l'ambulatorio h 24

LA REPUBBLICA

Sindacati e Regioni già contestano il decreto Baldazzi.
LA STAMPA

Sanità, tutti i dubbi delle Regioni.
AVVENIRE

"Medici, mancano le risorse" duello sulla riforma della sanità.
IL MESSAGGERO

Sanità, per la rivoluzione servono risorse.
L'UNITÀ'

"Gli ambulatori h24? Servono 15 miliardi"
IL MESSAGGERO

"Pazienti più seguiti e meno sprechi, qui è già realtà".
LA REPUBBLICA

Gli Italiani riformisti immaginari.
Sanità, le polemiche sul decreto Baldazzi
LA STAMPA

Elogi a Balduzzi ma sulle nomine ASL restano molti dubbi.
LA REPUBBLICA

Con la sending review farmaci di marca a rischio.
IL SOLE 24 ORE

Sviluppo, un decreto tutto digitale.
AVVENIRE

Ci, giù le mani dalla sanità.
IL FATTO QUOTIDIANO

L'ASSISTENZA

Studi aperti anche la notte Stop a pagamenti in contanti

Servizi e approfondimenti ▶ pagine 14 e 15

Parte il cammino della riforma Come cambia la sanità per i medici e i cittadini

Ma per avviare il nuovo sistema organizzativo di assistenza serviranno una convenzione nazionale e applicazioni regionali

Roberto Turno

ROMA

■ Una riforma tutta da costruire. Chissà in quanto tempo e con quali risorse finanziarie. Con sindacati, forze politiche e Regioni che vanno divisi alla metà. Altro che assistenza h24 per tutta la settimana, feste comandate comprese, sul territorio e non più solo in ospedale. Per avere servizi sanitari più rapidi e più vicini, magari per risparmiare troppi esami e visite, ma anche tempo prezioso per i cittadini.

Fatto (ma non ancora noto nella sua versione finale) quello che passerà alla storia sanitaria d'Italia come il "decretone Balduzzi", la riforma dell'assistenza del territorio e delle cure primarie rischia di restare a lungo in naftalina. Serviranno finanziamenti e una nuova convenzione. Lo dice anche il ministro, che ammette: scelta indispensabile, ma è solo il primo passo. Il sindacato principale dei medici di famiglia e quello dei pediatri benedicono il [ministro della Salute](#) (e attaccano i governatori). Ma altri sindacati accusano: solo battage per i media. Mentre le Regioni non ci stanno affatto. E perfino un leader politico di primissimo piano, il segretario Pd, Pier Luigi Bersani, mette in guardia da speranze temerarie: le risorse, domanda, dove sono?

È in questo quadro sfilacciato del mondo antico della sanità italiana che ieri si sono rincorse le prime riflessioni sul decreto di [Renato Balduzzi](#). Mentre il testo non è ancora usci-

to dai box governativi per essere inviato al Quirinale con la classica "bollinatura" della Ragioneria generale. Solo ritocchi e limature, spiegano gli uffici del Governo. Ma, è sicuro, le sorprese non mancheranno. Come quella sulle slot machine: potrebbe infatti sparire (si legga l'articolo a fianco) l'obbligo della distanza minima di 200 metri da scuole, luoghi di culto e ospedali per l'apertura di nuove sale giochi. Dovrebbero essere i sindaci a definire una distanza «congrua» a seconda delle singole realtà urbane. Ma saranno potenziati i controlli per evitare l'accesso dei minori.

Il "capitolo medici", intanto, resta al centro del dibattito. Anche considerato l'impatto che le riforme in cantiere avrebbero, oltre che sui nostri diritti di assistiti, sulla vita lavorativa di circa 200 mila camici bianchi tra convenzionati e dipendenti del Ssn. Ma sarà davvero rivoluzione? E come? E quando?

Balduzzi ieri in qualche modo ha messo le mani avanti. Sull'assistenza h24 è stato gettato un ponte da cui non si tornerà indietro, ha detto. Ma per procedere servono «una convenzione nazionale e le applicazioni regionali». Appunto: ci vuole tempo. Quanto? Meglio non fare previsioni. Ma certo non sarà domani, e nemmeno tra un mese, e forse neppure tra un anno. «Se c'è la volontà bastano 6 mesi», pronostica Giacomo Milillo, segretario del primo sindacato dei medici di famiglia, la Fimpmg, grande sponsor della riforma. Con lui stanno i pediatri della Fimp e gli spe-

cialisti ambulatoriali del Sumai.

Ma la pensano diversamente altri sindacati. Angelo Testa, dello Snam, pronostica che spariranno gli studi medici da molti piccoli Comuni, che i mega ambulatori nasceranno solo alle periferie delle città e avranno bisogno di almeno 300 posti auto «come i supermercati». Salvo Calì, dello Smi, denuncia «l'operazione di cosmesi venduta così bene ai media» sull'h24, di cui, prevede, «non se ne parlerà prima del 2014, se mai si realizzerà». Va fatta la nuova convenzione (con le Regioni, poi) e servono i denari.

Tutto questo mentre dal fronte dei medici ospedalieri del Ssn non arrivano esattamente venti pro Balduzzi. Costantino Troise, segretario del primo sindacato degli ospedalieri, denuncia la mobilità coatta voluta dalle Regioni, il rischio sempre più marcato di arretramento del servizio pubblico, la burocrazia che graverà sulla libera professione. Delusi anche i radiologi, fa sapere Francesco Lucà. La Cisl parla di «enfasi ingiustificata sugli ambulatori h24» e la Cgil non esita ad attaccare un decreto «confuso e contraddittorio e senza impegni chiari».

Le stroncature si rincorrono, insomma. Con le Regioni che studiano le prossime mosse contro il decreto. I due governatori leghi-

sti Luca Zaia (Veneto) e Roberto Cota (Piemonte) dicono: «Balduzzi ci copia, l'h24 noi l'abbiamo già. Roberto Formigoni (Lombardia) twitta che «Balduzzi esulta, invece non ci siamo e i cittadini purtroppo se ne accorgono presto». Mentre Enrico Rossi (Toscana) ribadisce che i governatori si appelleranno al Quirinale, accusando il ministro di cercare comparsate televisive: «Forse avrebbe fatto meglio a vedere cosa ha fatto la Toscana». E poi, come si fanno le riforme a costo zero?

Già, le risorse. Dopo i tagli di questi anni e i servizi che spariscono. Quello è il muro contro cui si rischia di andare a sbattere. Lo dice a chiare lettere Pier Luigi Bersani: nel decreto ci sono cose buone e cose che vanno cambiate. Soprattutto: «Dove sono le risorse per la riorganizzazione della medicina di base? Si è sicuri di non fare proclami a vuoto? In Parlamento ne discuteremo». La sfida è aperta.

LE POSIZIONI DELLE CATEGORIE

Favorevole il principale sindacato dei «dottori di famiglia»

Critiche da altre sigle e dalle regioni

Bersani: dove sono le risorse?

Ne discuteremo in Parlamento



L'OBBIETTIVO

Assistenza 24 ore su 24 attraverso l'offerta integrata delle prestazioni sanitarie e una rete di poliambulatori sempre aperti agli utenti

I MEDICI DI FAMIGLIA

01 | ASSISTENZA 24 ORE

L'obiettivo è di garantire l'assistenza 24 ore su 24 ma questa novità non potrà essere attuata immediatamente: bisognerà, infatti, aspettare la prossima convenzione. Gli strumenti attraverso i quali si punta a garantire l'assistenza non-stop sono l'«offerta integrata» delle prestazioni dei medici della sanità territoriale e l'adozione di forme organizzative monoprofessionali (aggregazioni funzionali territoriali) e multiprofessionali (unità complesse di cure primarie).

02 | CARRIERA

Per i medici si profila anche la possibilità di una carriera: ogni aggregazione dovrà avere un proprio referente, i cui compiti e

criteri di selezione saranno sempre definiti in sede di trattativa

03 | RUOLO UNICO

Stop alla frammentazione dei medici di medicina generale, arriva il ruolo unico. Il ruolo unico prevede un accesso unico attraverso una graduatoria annuale per titoli predisposta in sede regionale secondo un rapporto ottimale (medico su popolazione residente nell'ambito territoriale) definito con gli accordi integrativi

04 | EMERGENZA TERRITORIALE

Il decreto non dice nulla sulla sorte dei medici dell'emergenza territoriale (il 118), compresi nella convenzione della medicina generale

IN SERVIZIO 24 ORE

Al via l'iter che porterà ad aprire gli studi anche di notte

A dispetto degli slogan, il decreto Balduzzi non comporta cambiamenti immediati nel lavoro dei medici di famiglia. La ragione sta in un dettaglio di non poco conto: il Dl modifica l'articolo 8 del Dlgs 502/1992, che riguarda i principi di cui gli accordi collettivi nazionali tra medici di base e Ssn «devono tenere conto». Come a dire: le novità nell'organizzazione delle attività e nella continuità dell'assistenza dovranno essere attuate con la prossima convenzione. Che però, per effetto della manovra 2011, è bloccata fino al 2014. Il provvedimento, dunque, più che una rivoluzione è un pungolo. Mira a rafforzare con lo strumento legislativo una direzione già imboccata da tempo, sia con i Piani sanitari nazionali sia con gli ultimi accordi collettivi: l'obiettivo di garantire l'assistenza sul territorio per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana. Attraverso due strumenti: l'«offerta integrata» delle prestazioni dei medici della sanità territoriale (dottori di famiglia, pediatri di libera scelta, ex guardia

medica, medici dei servizi e specialisti ambulatoriali) e l'adozione di forme organizzative monoprofessionali (aggregazioni funzionali territoriali) e multiprofessionali (unità complesse di cure primarie), previste nell'ultima convenzione ma non decollate. Nelle prime i medici dovranno condividere obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità delle cure, linee guida, audit e strumenti analoghi. Le seconde, più strutturate e finanziabili anche a budget dalle aziende sanitarie, dovranno erogare prestazioni coordinando e integrando professionisti delle cure primarie e del sociale «a rilevanza sanitaria», come gli operatori che si occupano di anziani non autosufficienti. La modalità di unità complessa che le Regioni dovranno privilegiare è la rete di poliambulatori con strumentazione di base (ecografo, elettrocardiografo, spirometro ecc.) sempre aperti e collegati telematicamente con l'ospedale. Per i medici si profila anche la possibilità di una carriera: ogni aggregazione

dovrà infatti avere un proprio referente, i cui compiti e criteri di selezione saranno sempre definiti in sede di trattativa. Saranno naturalmente le amministrazioni locali, responsabili dell'organizzazione dei servizi sanitari, a dover attuare quanto previsto, ma anche qui c'è un vincolo importante: sono chiamate a farlo «nei limiti delle disponibilità finanziarie» per il Ssn. Senza risorse l'h24 resta una chimera.

I GIUDIZI

EFFICACIA DELL'INTERVENTO

ALTA

TEMPI DI ATTUAZIONE

LUNghi

ASSETTO GIURIDICO

Con la prossima convenzione un ruolo unico per i medici di base

Con la prossima convenzione, secondo il decreto Balduzzi, dovrà cambiare l'assetto giuridico della professione del medico di base. Si passerà dall'attuale frammentazione dei medici di medicina generale in figure diverse – medici di assistenza primaria, di continuità assistenziale (l'ex guardia medica) e dei servizi, ciascuna delle quali accede separatamente alla professione – al «ruolo unico» con accesso unico attraverso una graduatoria annuale per titoli predisposta in sede regionale secondo un rapporto ottimale (medico su popolazione residente nell'ambito territoriale) definito con gli accordi integrativi. A differenziare i professionisti saranno soltanto le funzioni, ma nel testo i dettagli

dell'operazione non sono chiariti. Il provvedimento prevede che agli elenchi potranno accedere tutti i camici bianchi in possesso del diploma di formazione specifica

in medicina generale o degli attestati rilasciati prima dell'avvio dei corsi triennali regionali, riservando ai primi (i più giovani) comunque una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti «con l'attribuzione di un adeguato punteggio». La ratio del ruolo unico è quella di far entrare in convenzione un medico formato in medicina generale una volta per tutte. Permettendogli di modularne nel tempo l'attività oraria, cioè quella dell'ex guardia medica, con quella del medico

di famiglia classico, che acquisisce pazienti. Senza creare steccati inutili ed evitando ghettizzazioni. Una modifica che, nelle intenzioni del ministero della Salute, dovrebbe aiutare il processo di integrazione e di coordinamento tra i vari attori della medicina territoriale, ma anche favorire l'occupazione e garantire la copertura del territorio. Ciò che il decreto non ha chiarito è la sorte dei medici dell'emergenza territoriale (il 118), compresi nella convenzione della medicina generale: nelle prime bozze si prevedeva il loro passaggio alla dipendenza, ma è stato stralciato.

2014

La prossima convenzione

Per effetto della manovra 2011,
la convenzione è bloccata fino al 2014

I GIUDIZI

EFFICACIA DELL'INTERVENTO

ALTA

TEMPI DI ATTUAZIONE

LUNghi



LA CONDIZIONE

Per l'attività libero-professionale scade il 30 novembre dopo oltre dieci anni la proroga per l'utilizzo di studi fuori dalle aziende sanitarie

L'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

01 | LIBERA PROFESSIONE

Gli studi professionali oggi utilizzati per l'intramoenia in assenza degli spazi aziendali chiuderanno entro il 30 novembre, tranne eccezioni legate alla realizzazione di un'infrastruttura telematica di rete da parte della Regione (entro il 31 marzo 2013) che sarà lo strumento di controllo di tutte le nuove forme di intramoenia previste dal decreto

02 | STUDI SperimentALI

Gli studi saranno autorizzati solo in via

sperimentale e dovranno essere strutturati in rete. Al loro interno non potranno lavorare medici privati o non in rapporto di lavoro esclusivo con il Ssn. Per poter rientrare tra gli "studi sperimentali" il medico dovrà organizzarsi con adeguate strumentazioni acquistate a suo carico entro il 30 aprile 2013, che dovranno garantire la possibilità dei controlli

03 | PAGAMENTI

Non sarà più possibile pagare in contanti le prestazioni libero professionali dei medici,

ma bisognerà utilizzare strumenti tracciabili come moneta elettronica e assegni

04 | TARiffe

Le nuove tariffe dovranno remunerare i compensi sia del professionista, sia dell'eventuale équipe che lo ha affiancato, e dovranno garantire la copertura dei costi pro-quota per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature e di tutti i costi diretti e indiretti

INTRAMOENIA

*Libera professione
solo all'interno
delle strutture
delle aziende*

Libera professione dei medici solo nelle strutture aziendali o comunque controllate (in modo rigido) dall'azienda. È questo il leit motiv della norma del decreto che, nel caso in

cui queste non siano disponibili, consente ad Asl e ospedali di acquistarle all'esterno o di affittarle presso strutture non accreditate con il Servizio sanitario o ancora convenzionarsi

con altre strutture pubbliche. Gli studi professionali oggi utilizzati per l'intramoenia in assenza degli spazi aziendali, il cui utilizzo è prorogato da oltre 10 anni,

chiuderanno entro il 30 novembre, tranne eccezioni legate alla realizzazione di un'infrastruttura telematica di rete da parte della Regione (entro il 31 marzo 2013) che sarà lo strumento di controllo di tutte le nuove forme di intramoenia previste dal decreto. Gli studi saranno autorizzati solo in via sperimentale e organizzati in una forma del tutto diversa da quella attuale: dovranno essere strutturati in rete, al loro interno non potranno lavorare medici privati o non in rapporto di lavoro esclusivo con il Ssn, prestazioni, pagamenti e tariffe saranno sotto controllo dell'infrastruttura telematica. Solo in casi estremi, da verificare uno a uno, saranno possibili eccezioni a queste regole. Ma l'autorizzazione sarà comunque subordinata alla completa tracciabilità delle

prestazioni anche dei medici privati, che non potranno addebitare nulla al servizio sanitario. Per poter rientrare tra gli "studi sperimentali" il medico dovrà organizzarsi con adeguate strumentazioni acquistate a suo carico entro il 30 aprile 2013, che dovranno garantire la possibilità dei controlli. La sperimentazione degli studi in rete - che per mantenere la convenzione con l'azienda dovranno garantire un fatturato di almeno 12 mila euro l'anno per professionista - potrà durare fino alla verifica fissata a febbraio 2015, dopodiché in caso di esito positivo i nuovi studi potrebbero essere anche istituzionalizzati, solo però per il singolo caso e non come forma regolare di libera professione a livello regionale. In caso di verifica negativa o anche di inadempienza

dei controlli da parte dell'azienda, invece, lo studio sarà inesorabilmente chiuso. Massima trasparenza, quindi, anche se la realizzazione della infrastruttura telematica appare problematica visto che a oggi non più del 50% delle Regioni (e quasi tutte al Nord) ha sviluppato un livello di informatizzazione efficace.

I GIUDIZI

EFFICACIA DELL'INTERVENTO

MEDIA

TEMPI DI ATTUAZIONE

MEDI

TRACCIABILITÀ

Per la trasparenza dei guadagni fine dei pagamenti con denaro contante

Niente più soldi in contanti per pagare le prestazioni libero professionali dei medici, soprattutto negli studi autorizzati in rete, ma anche all'interno di Asl e ospedali. Solo pagamenti tracciabili (moneta elettronica e assegni) da intestare all'azienda e non al medico. Massima trasparenza, quindi, dei guadagni. Ma anche una diversa e più complessa organizzazione al di fuori delle strutture interne alle aziende. Per ottenere questo risultato, gli studi del singolo professionista dovranno infatti dotarsi a proprie spese di una strumentazione (anche in questo caso entro il 30 aprile 2013) che garantisca l'interoperabilità di verifiche con l'azienda a cui spetta il compito di gestire prenotazioni e pagamenti e che, detratte le proprie spese, erogherà il compenso ai medici. Trattenendo però il 5% per destinarlo a interventi di prevenzione e riduzione delle liste d'attesa.

In questo senso, sottintesa alla percettibilità dei compensi è la definizione della tariffa che l'assistito dovrà pagare (nel 2011 i cittadini hanno speso 1,136 miliardi di intramoenia, di cui 1,050 destinati ai compensi dei professionisti) e che dovrà essere tale da remunerare i compensi sia del professionista, sia dell'eventuale équipe che lo ha affiancato, del personale di supporto secondo le varie professionalità, nonché garantire la copertura dei costi pro-quota per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature e di tutti i costi diretti e indiretti sostenuti dalle aziende, compresi quelli per le attività di prenotazione, di riscossione degli onorari e quelli relativi alla realizzazione dell'infrastruttura di rete. Le nuove tariffe saranno definite tra i dirigenti che svolgono l'intramoenia e l'azienda nella contrattazione integrativa aziendale. Ma vista la mole di spese che dovranno garantire e che oggi davvero non coprono, visto il guadagno

2011 delle aziende di appena 80 milioni, il rischio è che tocchi ai pazienti pagare ben di più di quanto sia stato finora.

5%

La trattenuta in parcella

Parte del compenso dei medici sarà destinato a prevenzione e riduzione delle liste d'attesa

I GIUDIZI

EFFICACIA DELL'INTERVENTO

TEMPI DI ATTUAZIONE

3

IL METODO

Per i responsabili delle strutture il direttore generale sceglie fra una terna di candidati individuati con il confronto di curriculum e titoli e un colloquio

I PRIMARI

01 | PRIMARI

I primari saranno scelti in base a una selezione, i cui criteri sono definiti dalle Regioni. L'azienda sanitaria deve dare adeguata pubblicità all'avviso per il conferimento degli incarichi

02 | SELEZIONE

Una commissione formata da tre primari della stessa specialità effettuerà la selezione dei candidati. I commissari saranno sorteggiati da un elenco nazionale. La scelta da parte della

commissione avviene confrontando i curriculum, i titoli professionali, i volumi dell'attività svolta e sulla base di un colloquio. Alla fine, la commissione sceglie una terna di candidati idonei: tra questi sarà scelto dal direttore generale dell'azienda il candidato da nominare primario

03 | TRASPARENZA

L'azienda deve pubblicare online tutta la documentazione relativa alla selezione (profilo professionale del dirigente da

incaricare, curriculum dei candidati, relazione della commissione) e le motivazioni che hanno spinto il direttore generale a effettuare la scelta del primario

04 | GIUDIZIO DEGLI UTENTI

I primari saranno soggetti all'«esame» dei pazienti: gli utenti dovranno indicare il proprio grado di soddisfazione e dovranno anche valutare non solo le capacità del medico, ma anche le sue doti organizzative

NOMINE PRIMARI

Criteri selettivi decisi dalle Regioni Per fare gli esami «giudici» sorteggiati

A definire i criteri per la selezione dei primari (direttori di struttura complessa) sono le Regioni, sulla base dei principi fissati dal decreto Balduzzi e tenendo conto delle norme stabilite dalla contrattazione collettiva.

L'azienda sanitaria è tenuta a dare adeguata pubblicità all'avviso per il conferimento degli incarichi. A effettuare la selezione è una commissione formata da tre primari della stessa specialità, sorteggiati da un elenco nazionale. Almeno uno dei sorteggiati deve essere di una regione diversa da quella a cui appartiene l'azienda interessata dalla copertura del posto. Nel caso in cui fossero sorteggiati tre primari della stessa regione, non si procede alla nomina del terzo sorteggiato e si prosegue nel sorteggio fino a individuare almeno un componente in una regione diversa. L'azienda stessa fornisce alla commissione il profilo professionale del dirigente da incaricare.

La scelta da parte della commissione avviene confrontando i curriculum, i titoli professionali, i volumi dell'attività svolta e sulla base di un colloquio.Terminate le operazioni, la commissione sceglie una terna di candidati idonei. Nella rosa dei tre, il direttore generale dell'azienda individua il candidato da nominare. Se il dg non intende eleggere il candidato con il punteggio migliore, deve motivare analiticamente la scelta. L'azienda può stabilire preventivamente di attingere a uno dei due professionisti della terna esclusi se il candidato prescelto dovesse dimettersi o decadere. Nel caso in cui l'unità operativa complessa sia a direzione universitaria, il dg deve nominare il primario d'intesa con il rettore.

A tutela della trasparenza delle operazioni, prima che sia effettuata la nomina vera e propria, l'azienda ha l'obbligo di pubblicare

sul proprio sito internet tutta la documentazione relativa alla selezione (profilo professionale del dirigente da incaricare, curriculum dei candidati, relazione della commissione) e le motivazioni che hanno spinto il direttore generale a effettuare la scelta del primario. Dopo la nomina, è previsto un periodo di prova di sei mesi al termine del quale l'incarico di primario sarà confermato. La durata del mandato va da cinque a sette anni, con la possibilità di rinnovo. Per i primari non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato.

I GIUDIZI

EFFICACIA DELL'INTERVENTO

TEMPI DI ATTUAZIONE

VALUTAZIONE PRIMARI

Tra gli strumenti di valutazione la soddisfazione dei pazienti-utenti

Per i primari scatta l'esame del pubblico consenso attraverso il giudizio dei cittadini e per la prima volta, nell'esercizio del loro ruolo, devono interessarsi anche agli aspetti economici e di budget aziendale, trovando così un limite oggettivo a eventuali scelte arbitrarie, che in alcuni casi hanno comportato un ingente spreco di risorse. Tra gli strumenti di valutazione "innovativi" previsti dal decreto Balduzzi per i primari – 9.985 in Italia alla fine del 2010 – c'è infatti anche il grado di soddisfazione degli utenti, una pericolosa "forca caudina" che da un lato potrebbe esporre un bravo professionista a valutazioni di tipo soggettivo, ma dall'altro rappresenta un pungolo efficace per una gestione oculata ed efficiente delle liste d'attesa, forse il tasto più sensibile e dolente per i pazienti del Ssn. Si tratta di una responsabilità che finora è stata attribuita solo a direttori generali e amministratori.

Insomma, se finora per diventare un primario bastava essere un bravo clinico e un bravo chirurgo, ora bisogna dimostrare anche spiccate doti organizzative. In generale, la valutazione dei dirigenti, secondo quanto previsto dal decreto, è effettuata secondo le modalità definite dalle regioni sulla base della normativa vigente in materia per le pubbliche amministrazioni. Tra gli elementi che vanno considerati, sono rilevanti la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali assegnati, concordati preventivamente in sede di discussione di budget in base alle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie messe a disposizione, ma anche gli indici di soddisfazione degli utenti e la stessa valutazione tiene conto delle strategie adottate dal primario per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse.

L'esito positivo determina la conferma nell'incarico o il conferimento di altro incarico di pari rilievo.

9.985

I PRIMARI NEL 2010

In base al nuovo decreto saranno sottoposti all'esame del pubblico consenso

I GIUDIZI
EFFICACIA DELL'INTERVENTO

ALTA

TEMPI DI ATTUAZIONE

LUNghi

4

LA FINALITÀ

Con il nuovo meccanismo per le assicurazioni si vuole ridurre il ricorso alla «medicina difensiva» e garantire l'accesso alle polizze anche alle attività più rischiose

RESPONSABILITÀ E MOBILITÀ

01 | ASSICURAZIONE

Un Fondo cofinanziato da compagnie e operatori (a costo zero per lo Stato) servirà a coprire i professionisti. Il Fondo sarà finanziato volontariamente dai professionisti e dalle compagnie autorizzate a operare nel settore per la copertura dei professionisti a più alto rischio. Per la creazione del Fondo servirà un decreto del presidente della Repubblica. Per il rinnovo delle polizze sarà adottato il criterio del bonus-malus

02 | CONSULENTI TECNICI D'UFFICIO

È previsto un aggiornamento almeno ogni cinque anni per gli albi dei consulenti tecnici d'ufficio incaricati di valutare la condotta professionale del sanitario coinvolto in un procedimento

03 | DANNO BIOLOGICO

È prevista la determinazione del danno biologico conseguente all'attività dell'esercente della professione sanitaria attraverso il rinvio alle tabelle delle menomazioni dell'integrità psico-fisica previste dagli articoli 138 e 139 del decreto

legislativo 7 settembre 2005, n. 209

04 | MOBILITÀ

Le Regioni potranno attuare processi di mobilità del personale dipendente delle aziende sanitarie con ricollocazione presso altre aziende sanitarie della Regione situate al di fuori dell'ambito provinciale, «previo accertamento delle situazioni di eccedenza ovvero di disponibilità di posti per effetto della predetta riorganizzazione da parte delle aziende sanitarie»

ASSICURAZIONE

Per la copertura dei professionisti fondo cofinanziato e bonus-malus

Una ciambella antipanico per depotenziare il ricorso alla "medicina difensiva". Una strategia per comprimere la bolla della Rc sanitaria e continuare a garantire l'accesso alle polizze anche agli operatori sanitari storicamente a maggior tasso di rischiosità. È con questo obiettivo che – grazie al decreto Baldazzi – sul "pianeta malpractice" spunteranno per la prima volta un Fondo cofinanziato da compagnie e operatori (a costo zero per lo Stato) e il criterio del bonus-malus per il rinnovo dei contratti.

La regia del nuovo corso in tema di copertura della responsabilità professionale medica è affidata ad un Dpr incaricato di far quadrare le volontà della Salute e dell'Economia con le richieste di Ania, Ordini e collegi e rappresentanze sindacali in tema di idoneità dei contratti assicurativi.

Un compito non da poco: non a caso il Dl non indica una scadenza per l'adozione del provvedimento, di cui sono invece chiari gli obiettivi.

Sarà creato un Fondo finanziato volontariamente dai professionisti e dalle compagnie autorizzate ad operare nel settore (4% dei premi incassati l'anno prima) per la copertura dei professionisti a più alto rischio.

I contratti saranno stipulati prevedendo la fluttuazione del premio in rapporto alla sinistrosità pregressa e la possibilità di disdetta della polizza solo dopo reiterata condotta colposa da parte del professionista assicurato.

E per contenere l'emorragia di esami inappropriate prescritti a scopo difensivo, con conseguente aumento dei costi e delle liste d'attesa, scatterà da subito l'esclusione della colpa lieve: non ci sarà responsabilità a carico del sanitario che dimostra di aver svolto la prestazione professionale secondo linee guida e buone pratiche accreditate.

Per dipendenti e convenzionati il Dpr sarà adottato ragionandone con le Regioni e con oneraria carico del Ssn.

Ancora due indicazioni a vantaggio dei professionisti: gli albi dei consulenti tecnici d'ufficio – incaricati di valutare la condotta professionale del sanitario coinvolto in un procedimento – saranno aggiornati almeno ogni 5 anni, garantendo la presenza di esperti delle diverse branche specialistiche.

LAVORO

Per i camici bianchi in esubero ricollocamento in ambito regionale

Addio al posto sotto casa per i medici delle Asl regionali. Il Governo mette fine alla storica collocazione territoriale dei camici bianchi assunti nelle aziende sanitarie e negli ospedali, circa 106 mila professionisti in tutta Italia. Con una norma fortemente voluta dalle Regioni il decretone Baldazzi accende il semaforo verde alla mobilità, completando il puzzle già aperto dalla spending review con la riduzione dei posti letto ospedalieri. Le Regioni, infatti, potranno attuare «processi di mobilità del personale dipendente delle aziende sanitarie con ricollocazione del medesimo personale presso altre aziende sanitarie della Regione situate al di fuori dell'ambito provinciale, previo accertamento delle situazioni di eccedenza ovvero di disponibilità di posti per effetto della predetta riorganizzazione da parte delle aziende sanitarie». Altrimenti detto, d'ora in

106.000

Medici coinvolti

Sono i camici bianchi assunti nella aziende sanitarie e negli ospedali di tutta Italia

poi il camice bianco assunto a Roma potrà essere ricollocato in caso di esuberi per effetto, ad esempio, della riduzione dei posti letto ospedalieri, in qualunque altra Asl del territorio regionale. Sotto un profilo strettamente tecnico, peraltro, la norma già esisteva (decreto legislativo 20 marzo 2011, articolo 30), ma il decreto Baldazzi la rafforza con un'investitura politica importante sulla scia dei tagli per il contenimento della spesa pubblica. Ma rispetto al personale della Pubblica amministrazione investito recentemente da una razionalizzazione con processi di mobilità in base alla pianta organica, la categoria dei medici pubblici presenta qualche criticità in più. Per i camici bianchi la specialità ha un peso specifico diverso in un Paese che abbonda di pediatri e langue per radiologi e anestesiologi. Senza contare l'impatto sui pazienti privati, che una volta cambiata sede si disperderanno.

SCHEDA CURA DI **Paolo Del Bufalo**,

E le tabelle del danno biologico conseguente l'attività sanitaria saranno integrate per tener conto delle fatispecie non previste.

**Flavia Landolfi, Rosanna Magnano,
Francesca Milano, Manuela Perrone,
Mauro Pizzin, Sara Todaro**

I GIUDIZI

EFFICACIA DELL'INTERVENTO

ALTA

TEMPI DI ATTUAZIONE

MEDI

I GIUDIZI

EFFICACIA DELL'INTERVENTO

ALTA

TEMPI D'ATTUAZIONE

BREVI

Tutte le novità: medici di base e pediatri a disposizione 24 ore su 24

GIOCO D'AZZARDO

Slot distanti almeno 500 metri dalle scuole

Si restringe l'area off limits per sale scommesse e sale giochi che, rispetto alle prime bozze varate dal governo, da 500 metri passa a 200 metri. Previsti controlli vicino alle scuole e ai luoghi frequentati dai giovani, pubblicità dei giochi con indicazioni precise sulla effettiva probabilità di vincere e anche «chiusure temporanee» delle sale da gioco «in presenza di fenomeni estesi di ludopatia, anche su segnalazione dei sindaci». All'agenzia delle dogane e dei Monopoli spetterà verificare «possibili soluzioni tecniche» per impedire l'accesso per via telefonica o telematica al gioco per i minori di 18 anni. Saranno i sindaci a definire una congrua distanza a seconda delle varie realtà urbane dai luoghi sensibili. In queste ore i tecnici del [ministero della salute](#) sono al lavoro per una stesura definitiva del testo che non sarà pronto prima di domani. Tra le modifiche scompare anche la distanza minima tra le farmacie; rimane invece la revisione del prontuario e qualche modifica sulla responsabilità dei medici.

GIRO DI VITE SUL FUMO

Multe salate a chi vende tabacchi ai minori

Per incentivare più corretti stili di vita viene limitata la vendita di prodotti del tabacco. E dunque si arricchisce il quadro normativo inerente alla lotta al fumo. È vietata la vendita dei prodotti da fumo ai minori di 18 anni (finora il limite era a 16 anni) con sanzioni per gli esercenti da 250 a 1000 euro, che passano da 500 a 2000 euro con la sospensione della licenza per tre mesi in caso di recidiva.

Il tabaccaio ha l'obbligo di chiedere al compratore l'esibizione di un documento d'identità, tranne nei casi in cui la maggiore età dell'acquirente sia manifesta. La pena viene raddoppiata se l'infrazione è commessa per più di una volta. In questo caso, inoltre, scatta la sospensione per tre mesi della licenza all'esercizio dell'attività. Entro diciotto mesi i distributori automatici di sigarette dovranno essere dotati di un

sistema automatico di rilevamento dell'età dell'acquirente. L'obiettivo è dissuadere i giovani dal consumo di tabacco: in particolare la fascia di ragazzi tra i 15 e i 18 anni.

STILI DI VITA

Via la tassa sulle bibite e più frutta in bottiglia

Scompare la contestatissima tassa sulle bibite zuccherate, con o senza gas, e sui superalcolici. Dalla tassa il governo calcolava di ricavare circa 250 milioni da reinvestire in attività di prevenzione. Dovrebbero essere introdotte invece novità per quanto riguarda il contenuto delle bevande alla frutta che dovranno essere prodotte dal gennaio 2013 con una percentuale di frutta almeno del 20 per cento, contro il 12 per cento attuale. Plaude Coldiretti secondo al quale: «Duecento milioni di chili di arance all'anno in più saranno "bevute" dai 23 milioni di italiani che consumano bibite gassate grazie all'aumento del contenuto minimo di frutta previsto dalla nuova norma. Il provvedimento praticamente raddoppia il contenuto di frutta nelle bibite fissato fino ad ora al 12% ed accoglie le richieste della Coldiretti e delle associazioni dei consumatori. Una decisione che sostiene la Coldiretti - «concorre a migliorare concretamente la qualità... dell'alimentazione e a ridurre le spese sanitarie dovute all'obesità».

ABITUDINI ALIMENTARI

Latte e pesce crudo banditi dalle mense

Si introduce l'obbligo di avviso ai consumatori, con appositi cartelli affissi nei punti vendita, dei rischi connessi al consumo di latte crudo e pesce crudo. Viene vietata, inoltre, la somministrazione di latte crudo e crema cruda nell'ambito della ristorazione collettiva, anche scolastica. Sono previste misure sanzionatorie nei confronti delle Regioni che sono in ritardo nei programmi di contrasto alle malattie infettive e diffuse del

bestiame. Per le Regioni inadempienti è prevista la nomina di appositi commissari.

Le disposizioni su latte crudo e pesce crudo obbligano gli esercenti a informare i consumatori sulla corretta preparazione dei due alimenti per evitare trasmissione di infezioni o parassiti, ossia bollire il latte e consumare il pesce crudo dopo averlo congelato per almeno 24 ore. Una normativa valida anche sulle spiagge, nei ristoranti giapponesi e ovunque venga sperimentata, in cucina, la moda delle crudité.

NOMINE NEL PUBBLICO

Speciali commissioni per manager e primari

A fare le nomine dei manager (sia direttori generali che primari della Asl) ci sarà na commissione di tre direttori di struttura complessa nella medesima specialità dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale costituito dagli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa. Al direttore generale sarà... presentata una terna di candidati idonei formata sulla base dei migliori punteggi attribuiti. Se il dg non dovesse nominare il candidato con migliore punteggio, dovrà motivare analiticamente la scelta. Per il [ministro della Salute, Renato Baldazzi](#), «le regioni hanno pieno titolo di dire che la scelta spetta a loro, ma in un quadro di merito, in modo che le stesse regioni siano più coperte nelle scelte fiduciarie» Per quanto riguarda i primari invece «la norma non intende limitare la discrezionalità, ma di valorizzare il merito e di consentire la discrezionalità della scelta in capo al direttore generale solo con motivazione analitica con le indicazioni di una commissione apposita».

PRESIDI SANITARI

Maxi ambulatori gestiti dalle Regioni

Viene demandata alle Regioni la disciplina delle unità complesse di cure

L'Unità

primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione».

Questi ambulatori «operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere, con la presenza di personale esercente altre professioni sanitarie già dipendente presso le medesime strutture».

Tra i punti qualificanti del progetto di riordino delle cure primarie è confermato il coordinamento operativo tra i medici di medicina generale in tutte le loro funzioni, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, anche attraverso la costituzione di aggregazioni funzionali nel territorio (maxi ambulatori, insomma) aperte per tutto l'arco della giornata, anche nel weekend e nei giorni festivi.

LA PROFESSIONE MEDICA

Intramoenia allargata

e pagamenti trasparenti

Si introducono, dopo più di dieci anni, nuove norme in materia di attività professionale intramoenia dei medici, al fine di superare il regime provvisorio. Le aziende sanitarie devono procedere a una definitiva e straordinaria ricognizione degli spazi disponibili per le attività libero-professionali ed eventualmente possono, con un sistema informatico speciale, utilizzare spazi presso strutture sanitarie esterne, ovvero autorizzare i singoli medici a operare nei propri studi. Rilevante novità è che tutta l'attività viene messa in rete per dare trasparenza e avere tracciabilità di tutti i pagamenti effettuati dai pazienti, rendendo anche possibile un effettivo controllo del numero delle prestazioni che il professionista svolge sia durante il servizio ordinario, sia in regime di intramoenia.

È previsto che parte degli importi riscossi saranno destinati, oltre che per i compensi dei medici e del personale di supporto, anche per la copertura dei costi sostenuti dalle aziende.

All'interno

Decreto Sanità La protesta delle Regioni

di MARGHERITA DE BAC

A PAGINA 9

Sanità Rossi si appella a Napolitano: intervenga. Formigoni: non ci siamo, i cittadini se ne accorgeranno

Sul decreto salute l'affondo delle Regioni

«Non c'era urgenza». Marcia indietro sulle slot machine: decidono i sindaci

ROMA — Appello al capo dello Stato per denunciare l'assenza di criteri d'urgenza. Accuse di «contraddizione» e «debolezza» da parte di sindacati medici. Promesse di battaglie in Parlamento. Attacchi dalle Regioni. E il «mezzo sì» del segretario Pd, Luigi Bersani. Il giorno dopo l'approvazione il decreto sulla Sanità divide il mondo sanitario. «Sono assolutamente soddisfatto — dice il **ministro Baldazzi** — Alcuni articoli sono applicativi, altri richiedono discussioni. Mi auguro che i passaggi a Camera e Senato possano irrobustirlo». E la marcia indietro su norme che avrebbero dovuto favorire stili di vita più salutari? «L'obiettivo è stato raggiunto. Abbiamo lanciato una discussione» risponde il ministro riferendosi all'abolizione della tassa sulle bibite zuccherate. La proposta verrà riformulata, annuncia, e il prelievo potrebbe interessare altri prodotti dannosi e ipercalorici. I cittadini italiani non si aspettino di vedere la sanità cambiata dall'oggi al domani. Per una serie di decisioni mancano ancora molti passaggi prima che entrino in vigore. E alcuni punti sono da definire con esattezza. Per le sale gioco, ad esempio, c'è stata un'ulteriore marcia indietro: non dovranno più essere ad almeno 200 metri da scuole, ospedali e chiese — e nella prima stesura erano previsti 500 metri — ma si dovranno trovare a una distanza «congrua» fissata dai sindaci. Subito in vigore, invece, il divieto di vendita delle sigarette ai minorenni, con l'obbligo imposto al tabaccaio di richiedere un documento di identità nei

casi dubbi. Stessa situazione per le norme che riguardano le ludopatie e la sicurezza alimentare per le informazioni da fornire per il consumo di pesce crudo e del latte. Per le bevande alla frutta è previsto che l'obbligo di usare almeno il 20 per cento di frutta entri in vigore fra 6 mesi. Per i cambiamenti nel prontuario farmaceutico, con l'eliminazione delle medicine ritenute non più utili, ci sarà tempo fino alla fine del 2013. Le Regioni sono in ebollizione. Il più duro è Enrico Rossi, governatore della Toscana: «Ci sono punti che condividiamo, ma il metodo ci preoccupa. Il decreto lo abbiamo visto la mattina e la sera è stato approvato. Ricorrere all'urgenza è una forzatura e lo faremo presente al presidente Napolitano». Il presidente del Veneto, Luca Zaia respinge i sospetti sulle nomine della regione: «Già oggi i manager delle nostre Asl sono giudicati esclusivamente sui risultati ottenuti in base a obiettivi fissati dalla Giunta». In Lombardia Roberto Formigoni smorza gli entusiasmi di Baldazzi: «Non ci siamo, i cittadini presto se ne accorgeranno». Mezzo sì dal segretario Pd, Luigi Bersani: «Il decreto contiene cose buone e cose da cambiare».

Margherita De Bac

Nella vita quotidiana

LE NOVITÀ

- Norme per la cui attuazione è richiesto l'intervento di altri soggetti (Regioni, sindaci ecc.)
- Norme immediatamente esecutive
- Norme la cui operatività è rinviate a una data indicata

AMBULATORIO

Assistenza 7 giorni su 7 con l'integrazione tra medici generali, pediatri e specialisti ambulatoriali, secondo modelli individuati dalle Regioni

INTRAMOENIA

Entro il 2014 dovranno essere disponibili nelle strutture sanitarie i locali per esercitare la **libera professione** intramuraria. I pagamenti effettuati dai pazienti saranno tracciabili

VIDEOPOKER

I videogiochi dovranno essere installati a una «distanza congrua» (che sarà decisa dai **sindaci**) da scuole, università, ospedali e luoghi di culto

PALESTRA

Linee guida con il **ministero dello Sport** sui controlli di **idoneità** per chi fa attività sportiva amatoriale. Le strutture sportive dovranno avere sistemi di emergenza come i **defibrillatori**

ASL

Maggiore **trasparenza** nella selezione di direttori generali delle Asl e di altri **enti sanitari regionali**. Bandi e curriculum dovranno essere pubblicati sul web

TABACCHI

I prodotti da fumo non possono essere venduti ai **minori di 18 anni**. Chi trasgredisce rischia fino a **1.000 euro**, che raddoppia e porta alla sospensione della licenza per tre mesi in caso di recidiva

LATTE CRUDO

Niente latte crudo nella **ristorazione collettiva**, a partire dalle mense scolastiche

MEDICINALI

Il **Prontuario farmaceutico** sarà aggiornato dall'Alfa per eliminare dalle liste i farmaci obsoleti e fare spazio a quelli più innovativi

BIBITE

Le bevande che riportano la dicitura «**succo di frutta**» dovranno avere una quantità di succo naturale di almeno del **20 per cento**

CIBI CRUDI

Nei punti vendita dovranno esserci **avvisi sui pericoli** legati al consumo di latte e pesce crudi

NUOVI FARMACI

All'Alfa vanno tutte le competenze sulla sperimentazione clinica dei medicinali



I PRINCIPALI PUNTI DEL «DECRETO SVILUPPO BIS» (che dovrebbe essere approvato entro fine mese)

1

Carta d'identità
Una sola tessera con microchip per la carta d'identità e la tessera sanitaria

2

Ricetta digitale
Le prescrizioni mediche dovranno essere elettroniche e valide in tutta Italia

3

Certificati
Le comunicazioni di nascita e di morte saranno inviate esclusivamente via Internet

4

Bancomat
Obbligo dal 1° luglio 2013 di accettare i pagamenti con bancomat per importi superiori ai 50 euro

5

Incentivo per il web
Contributo di 1.000 euro per le micro e piccole imprese per favorire il commercio elettronico

6

Censimento
Nasce l'Anagrafe nazionale (con cadenza annuale) della popolazione residente

7

E-Scuola
Fascicolo elettronico dello studente all'università dal 2013 e libri scaricabili dal 2014

8

Desk Italia
Realizzazione di uno sportello unico per attrarre investimenti dall'estero e agevolare gli investitori

65 anni il limite d'età per la nomina a direttori generali delle Asl

20 per cento La quantità minima di succo naturale presente nelle bibite

1.000

euro La sanzione prevista per chi vende sigarette ai minorenni

Task force di medici e infermieri laboratori per analisi ed ecografie così funzionerà l'ambulatorio h24

Rivoluzione nella sanità. Obiettivo: svuotare il Pronto soccorso

CATERINA PASOLINI

ROMA — La sanità a portata di mano, dietro l'angolo di casa. Sarà come un piccolo ospedale di quartiere, un ambulatorio dove, 24 ore al giorno sette su giorni su sette, si potrà trovare il medico di famiglia, che ci conosce e sa tutto della nostra storia sanitaria, ma anche lo specialista. Dal pediatra al cardiologo, dal chirurgo, al ginecologo pronti a visitare anche a notte fonda. A fare esami immediati, nel laboratorio sistemato nella stanzetta accanto, o controllare il cuore con l'elettrocardiogramma e dare un'occhiata con l'ecografia al bambino che sta per nascere e continua a scalciare, o ai reni del pensionato per capire se il mal di schiena è dovuto ai calcoli o ad uno sforzo.

«Serviranno ad alleggerire l'assedio ai Pronto soccorso dove solo il 5% dei 20 milioni di utenti è in codice rosso ed ha bisogno delle strutture di un ospedale. Ma a guadagnarci saranno tutti i cittadini, che non dovranno più aspettare come adesso ore ed ore in corridoio prima di riuscire a vedere un medico, per sapere se in piena notte quel mal di pancia è un'indigestione o l'appendice», Adelmo Elio Cardinale, sottosegretario alla Salute è soddisfatto, mentre racconta che è

stata la Toscana la prima a creare questi ospedali di quartiere, diventati punto di riferimento per la riforma. Comunque puntualizza: «È tutto in divenire, bisogna vedere i suggerimenti che arriveranno dalla discussione in parlamento, dalla conferenza stato regioni. Perché

saranno le regioni a doverli mettere in pratica, a decidere come, dove e quando organizzare gli ambulatori. Saranno loro a dover trovare i fondi».

I PRESIDI

Saranno aperti 24 ore al giorno tutta la settimana e avranno, a seconda del luogo, della densità abitativa, dai dieci ai trenta tra medici, infermieri, tecnici e segreteria per la telemedicina. Potranno essere formati da medici di una sola specialità o garantire figure professionali diverse: dai pediatri ai ginecologi, dai chirurghi ai cardiologi. Saranno i sanitari a decidere liberamente con chi e come aggregarsi, se utilizzare i loro spazi oppure quelli messi a disposizione dalle Asl.

I TEAM

Ancora non è deciso ma si ipotizza in media un bacino di utenza tra i 10 e i 20 mila pazienti per centro. «Verrà tenuto conto della densità abitativa, di come è fatto il territorio perché abitare in una città di pianura o in un paesino di montagna in Sicilia che ha l'ospedale più di un'ora di macchina pone scelte e problemi diversi», dice ancora Cardinale.

GLI SPECIALISTI

A lavorare negli ambulatori ci saranno medici di base e gli specialisti, l'Asl potrebbe inoltre decidere di mandare anche dottori e tirocinanti dall'ospedale più vicino. Saranno gli stessi camici bianchi a organizzarsi i turni di lavoro per garantire la copertura del servizio an-

che se è pensabile che, come in altre professioni, i turni di notte, i momenti più disagiati toccheranno agli ultimi arrivati, ai più disponibili.

LE TECNOLOGIE E GLI ESAMI

Sicuramente ci sarà un ecografo, un elettrocardiogramma, la dattazione per esami di laboratorio, (esami del sangue, urine, tamponi). «E l'attrezzatura informatica per la sanità elettronica. Non solo per vedere la propria cartella sanitaria in rete, ma anche perché con la telemedica, la teleradiologia, curando e vedendo a distanza, magari collegamento con gli ospedali, si possono risparmiare anche dieci miliardi l'anno», calcola Cardinale.

L'ATTUAZIONE

«Dipende dai tempi tecnici dell'iter parlamentare, dalla conferenza stato regioni, ma penso che, essendo un ottimista, apriranno le porte tra la prossima primavera e l'autunno».

IL PROBLEMA DEI FONDI

La nota dolente del progetto, che è piaciuto ai più, è la mancanza di fondi che rischia di fare restare il tutto lettera morta. Non sono previsti finanziamenti, le Regioni, che dovrebbero mettere i soldi visto che gestiscono la sanità, sono a secchio. «Ed è difficile convincere i medici liberi professionisti a svolgere un'attività di 24 ore senza risorse

aggiuntive», ha sottolineato il governatore dell'Umbria, Catiuscia Marini.

«Non esistono riforme a costo

zero, sono sicuro che le regioni troveranno i soldi per fare meglio con meno. Le sacche di inefficienza ci sono, basta non fare tagli orizzontali che cancellano anche le eccezionalità». Il sottosegretario è convinto. I medici di famiglia della Fimmg, per voce del segretario Giacomo Millilo, soddisfatti «anche se per vedere in funzione gli

ambulatori a tempo pieno servirà tempo e denaro, ma porterà un miglioramento dei servizi veramente notevole. Perché finalmente si potrà pensare una medicina d'iniziativa e non solo d'attesa».

O RIPRODUZIONE RISERVATA

Resta aperto il nodo dei fondi:

**sono le Regioni
a dover trovare
le risorse
Ci saranno anche
le attrezzature
per la telemedicina
e per i collegamenti
con gli ospedali**


10-30
I SANITARI

Nei maxi ambulatori aperti 24 ore su 24 presteranno servizio un numero di dottori compreso tra dieci e trenta


20mila
GLI UTENTI

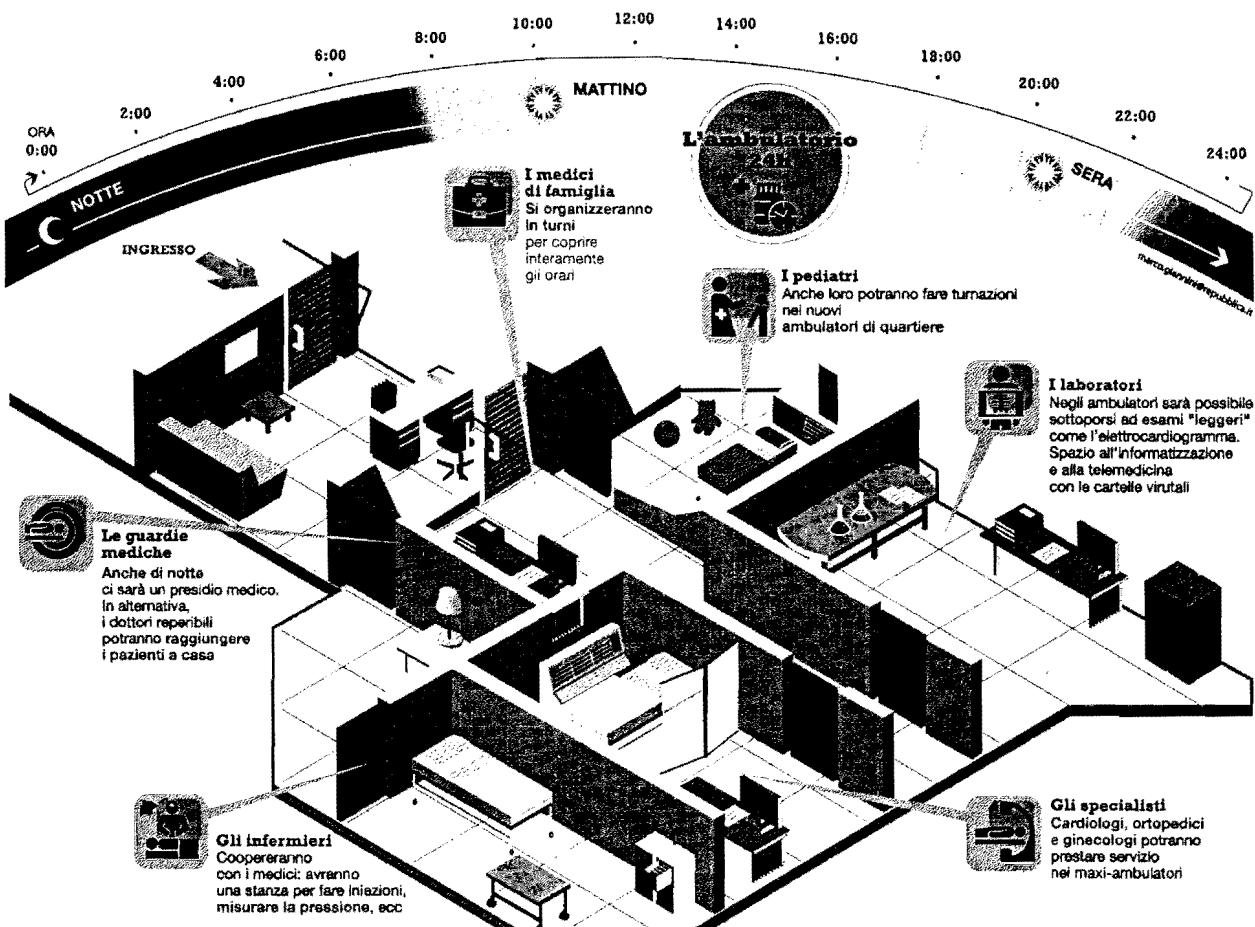
Secondo le stime saranno tra i 10 e i 20 mila i pazienti che ricorreranno a ogni nuovo presidio


20 milioni
I PAZIENTI

Sono 20 milioni gli utenti del pronto soccorso: solo a 1 milione viene assegnato il codice rosso


46mila
I DOTTORI

Sono 46.510 i medici di base: le loro nuove funzioni dovrebbero alleviare la pressione sugli ospedali

I numeri

I punti

**1 La cura
dei pazienti**
Ogni medico continuerà ad assistere i propri pazienti, ma i dottori più giovani potranno fare attività oraria

2 I locali

Alcuni professionisti potranno già mettere a disposizione il proprio studio come ambulatorio territoriale. In alternativa, le Regioni potranno investire su nuove

3 Le discipline

Il decreto Baldazzi punta sulla "multidisciplinarità", ma gli studi potranno aggregare anche medici di un settore specifico

4 I locali

Saranno i medici stessi a scegliere, in autonomia, come gestire la rotazione notturna e diurna dello staff in ambulatorio

Sindacati e Regioni già contestano il decreto Balduzzi

I governatori: forzatura. No da farmacisti e dirigenti
L'ipotesi di un ricorso alla Corte costituzionale

RAFFAELLO MASCI
ROMA

E adesso viene il bello: il decreto Balduzzi sulla sanità passa alle Regioni, va spalmato sul territorio e deve fare i conti con tutte le sigle sindacali dei medici, degli infermieri, dei farmacisti, dei dirigenti e con la lesa maestà degli assessori regionali, che si sono sentiti spodestati della «giurisdizione» sulla più importante competenza regionale, con l'aggravante della decretazione d'urgenza. L'ipotesi - minacciata già nei giorni scorsi - di ricorrere alla Consulta se sarà il caso, ha continuato ad aleggiare anche ieri sul ministero romano.

Quale che sia il destino del decreto, il **ministro Balduzzi**, dopo aver passato una breve notte di riposo (il consiglio dei ministri era finito la sera prima alle 23,30 ed era stato seguito da una breve conferenza stampa), aveva cominciato già all'alba a spiegare le nuove norme - 16 articoli per 12 provvedimenti - urbi et orbi, tramite Internet, le radio, le tv. «Per avere gli studi medici aperti 24 ore - aveva detto a «Radioanchio» - occorre una riorganizzazione delle cure primarie. Il binario però è tracciato, il principio è chiaro. Ora l'attuazione è delle Regioni. Ma l'impegno era porre un principio chiaro».

Prima di questo appuntamento la sua voce - fioca di primo mattino - era giunta negli studi di Uno mattina, del Tg5, e di altre trasmissioni. Il ministro è apparso abbastanza sod-

disfatto del suo contrastato decreto, ridotto a 16 articoli dai 27 iniziali, ma con tutti i provvedimenti incassati, dai medici di famiglia full time ai dirigenti sottratti alle grinfie della politica (si vedrà poi quanto), dai succhi di frutta più ricchi al divieto rafforzato di vendere tabacco ai minori, eccetera. La sanità, però, è materia regionale, e quindi il ministro si è premurato di rassicurare che la sua è una legge-quadro, una specie di enciclica sanitaria, e che poi spetta alle Regioni vedere come tradurla in pratica.

Quanto ai manager del settore, «si eliminerà l'influenza

della cattiva politica - ha promesso -, non l'influenza della politica nel senso di una decisione che responsabilizza la Regione e i direttori generali». Vai a capire che cosa significherà questa norma, dato che nelle regioni gli assessori contano se possono mettere i loro

Anche la Cgil parla di «un atto debole e contraddittorio»

Il ministro rassicura

uomini in sella, sennò chi se ne frega del cadreghino. «La Regione - ha detto il ministro per ribadire la questione - è chiamata a rispondere davanti agli elettori di una buona o cattiva sanità, e quindi ha tutto il diritto di dire che la scelta dei direttori generali non sia fatta da un altro. E infatti così non è: la scelta è fatta sempre dalla Regione, ma dentro un

quadro di merito, un albo di idonei che sia valutato da un soggetto indipendente».

La cosa che è piaciuta di meno è stata la formula: un decreto invece che un documento ecumenico frutto di concertazione: «Ci è parsa una forzatura ricorrere all'urgenza - ha recriminato il presidente della Toscana Enrico Rossi -, lo faremo presente al Capo dello Stato». E comunque le Regioni avevano già annunciato un'insofferenza per non essere state coinvolte, e non è detto che non ricorrono alla Consulta.

«In Veneto - spiega il governatore Luca Zaia - i medici 24 sono già realtà, così come la selezione manageriale». «Non ci siamo, e i cittadini purtroppo se ne accorgerebbero presto», gli fa eco Roberto Formigoni, presidente della Lombardia.

E via a seguire con il coro dei mugugni: per la Fofi (la federazione dei farmacisti) c'è un «vizio di fondo», per i dirigenti medici dell'Anao Assomed sono presenti «novità non senza contraddizioni», per la Cgil siamo di fronte a «un atto debole e contraddittorio», e il Codacons deride perfino i succhi di frutta con più polpa.

Sanità, tutti i dubbi delle Regioni

Baldazzi: il binario è tracciato. Bersani con i governatori: e le risorse?

DA ROMA LUCA LIVERANI

Fatto il decreto, ora bisogna "solo" attuarlo. La soddisfazione del ministro della Salute Renato Baldazzi – che col "decreto Sanità" appena approvato ha tracciato la rotta per un'ampia riforma del servizio sanitario nazionale – non trova eco tra i soggetti che questa riforma la dovranno tradurre in fatti. Dai governatori, infatti, che alla vigilia del Consiglio dei ministri avevano chiesto al governo di rinviare il varo, sale *bipartisan* un coro di mugugni. E anche la politica – dal leader del Pd Bersani in giù – non mostra grandi entusiasmi. Annunciando che si dovranno rimettere le mani nel testo entro due mesi, in sede di conversione parlamentare del decreto. Le associazioni dei disabili fanno notare

l'assenza di indicazioni sulla riorganizzazione dei servizi per la non autosufficienza.

All'indomani del via libera dell'esecutivo al decreto, il ministro Baldazzi sottolinea dunque che «è stato tracciato il binario»: «Alcuni temi – assicura – sono autoapplicativi, altri richiedono discussioni. Confido che i passaggi parlamentari possano irrobustire il provvedimento. Siamo aperti al confronto». Per avere studi medici di famiglia h24 «occorre una riorganizzazione delle cure primarie – concorda – ma il binario è tracciato. Ora l'attuazione è delle Regioni. Ma l'impegno era porre un principio chiaro». Concorda il sottosegretario alla Salute: «Io non esulto – dice Adelfio Elio Cardinale – ma è un inizio di percorso. Questo schema ha le premesse per poter andare avanti: è strutturato e asciutto, con una conseguenza logica nel miglioramento degli stili di vita e della qualità del sistema sanitario. Auspico che si otterranno alcuni risparmi».

Dalle Regioni però arrivano i primi no. *In primis* sugli studi dei medici di famiglia aperti 24 ore, festivi compresi. «Non ci siamo», taglia corto Roberto Formigoni, presidente pdl della Lombardia. Anche Catiuscia Marini, governatrice pd dell'Umbria, è perplessa: «Ci preoccupa che non sono previste risorse finanziarie: come convinceremo i medici liberi professionisti a svolgere un'attività di 24 ore senza risorse aggiuntive?».

Netto il presidente della Basilicata, Vito De Filippo: «Le norme previste - spiega - invadono la competenza delle Regioni, senza aver recepito molti emendamenti presentati da noi che siamo chiamati ad attuare sul campo la Sanità». Dubbi anche dalla politica arrivano. Pesa il parere del leader democratico: «Dove sono le risorse – chiede Pier Luigi Bersani – per la riorganizzazione della medicina di base? Si è sicuri di non fare proclami a vuoto?». Il senatore Ignazio Marino, presidente pd della Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale lo dice chiaro e tondo: «Il decreto unisce buone intenzioni ad evidenti incoerenze perciò in Parlamento – avverte – dovremo necessariamente apportare modifiche». Una posizione condivisa nel Pdl, se Antonio Tomassini, presidente della commissione Sanità del Senato, dice: il decreto presenta «aspetti interessanti e altri più delicati e spigolosi, che dovranno affinare con emendamenti».

Giacomo Milillo, segretario della Fimmg (Federazione medici medicina generale) che ha

minacciato lo sciopero contro le proposte delle Regioni, sostiene invece che «i costi per ambulatori e macchinari non sono aggiuntivi, ma di riconversione. Se le Regioni rispettano la riorganizzazione imposta dalla revisione della spesa, allora ci saranno i soldi. Se boicottassero, ne risponderanno ai cittadini».

Non è negativo il giudizio della Fish (Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap), «anche se il decreto necessita di evidenti assestamenti. Certo, in tema di *spending review*, ci aspettavamo un intervento deciso anche nell'ambito degli iter di accertamento e controllo degli stati invalidanti. L'attuale sistema è fonte di sprechi enormi e di disagi. Un bambino con una grave disabilità congenita può essere visitato anche 8 o 9 volte prima dei 18 anni». La Fish sottolinea anche che «non vi è cenno alla riorganizzazione dei servizi per la non autosufficienza e, più in generale, sulla disabilità, pur considerata un aspetto significativo per riqualificare la spesa pubblica e garantire livelli essenziali di assistenza sociale in modo omogeneo su tutto il territorio».

**Tomassini (Pdl): bene, ma ci sono spigoli da smussare in sede di conversione
La Fish: dimenticata la riorganizzazione dei servizi per disabili**

riforme

All'indomani del varo in Consiglio dei ministri del decretone sulla salute, i governatori protestano: mancano i fondi per attuarlo, invase le competenze regionali. Formigoni (Lombardia): non ci siamo. Marini (Umbria): come pagheremo i medici degli ambulatori aperti 24 su 24?

CURE**Assistenza sanitaria
24 ore al giorno**

Cure primarie riorganizzate attraverso l'integrazione monoprofessionale e multiprofessionale (per favorire il coordinamento tra i medici di medicina generale), i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali e secondo modelli individuati dalle Regioni anche per decongestionare gli ospedali. A cominciare



dall'organizzazione in "squadre" dei medici di base per garantire assistenza ventiquattr'ore su ventiquattro. E arriva il ruolo unico e l'accesso unico per tutti i professionisti nell'ambito della propria area convenzionale. Viene sviluppato l'Ict quale strumento irrinunciabile per l'aggregazione funzionale e l'integrazione delle cure territoriali e ospedaliere. Ma ci sono nuove norme per l'attività professionale intramoenia dei medici. Così le aziende sanitarie devono procedere a una definitiva e straordinaria ricognizione degli spazi disponibili per le attività libero-professionali.

le novità principali

STILI DI VITA**Tabacco vietato ai minori
Più frutta nelle bibite**

«È vietata la vendita dei prodotti da fumo ai minori di 18 anni (finora il limite era a 16 anni, ndr) con sanzioni per gli esercenti da 250 a 1.000 euro, che passano da 500 a 2.000 euro con la



sospensione della licenza per tre mesi in caso di recidiva», prevede il decreto sulla salute. Ma il capitolo sugli stili di vita è corposo e riguarda ad esempio anche

le bibite: va aumentato il contenuto di succo naturale di frutta dal 12 al 20 per cento nelle bevande analcoliche che utilizzano la denominazione della frutta stessa. Ancora, viene introdotto l'obbligo di avviso ai consumatori, con cartelli nei punti vendita, dei rischi connessi al consumo di latte crudo e pesce crudo. Come pure è vietata la somministrazione di latte crudo e crema cruda nella ristorazione collettiva, anche scolastica. Infine i farmaci innovativi riconosciuti dall'Aifa come rimborsabili dal Ssn vanno tempestivamente messi a disposizione delle strutture sanitarie di tutte le Regioni.

SPORT

Anche per gli amatori defibrillatori e certificati

Una maggiore attenzione anche alla salute dei cittadini che svolgono un'attività sportiva non agonistica o amatoriale: verranno infatti predisposte linee guida per idonee

certificazioni mediche e l'effettuazione di controlli sanitari sui praticanti e per la dotazione, ma anche l'obbligo di impiegare, per le società

sportive professionistiche e dilettantistiche, di defibrillatori semi-automatici e altri eventuali dispositivi salvavita.

«Questo è un grande passo avanti», ha subito spiegato ieri Enrico Castellacci, medico della Nazionale azzurra e presidente dell'Associazione dei medici del calcio: «I rischi tra chi svolge pratica sportiva a livello dilettantistico e soprattutto amatoriale sono sempre grandi, se non si mette in piedi un sistema di controllo e di soccorso adeguati - sottolinea ancora -. Così il defibrillatore è lo strumento minimo» ed «anche una sola vita salvata è un grande risultato».



ASL

Direttori e primari: maggiore trasparenza

Le nomine dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale) vengono sottoposte a nuova disciplina, che privilegia il merito e riequilibra il rapporto tra indirizzo politico e gestione delle aziende sanitarie. Le Regioni infatti dovranno provvedere alla nomina dei direttori

attingendo a un elenco regionale costituito dopo una procedura selettiva svolta da una commissione di esperti indipendenti e alla quale potranno accedere solo coloro che documenteranno, oltre ai titoli richiesti, adeguata esperienza dirigenziale nel settore. Per i primari (dirigenti, medici e sanitari di strutture complesse) viene istituita una procedura selettiva affidata a primari della stessa disciplina, ma non della stessa Asl, sorteggiati a livello nazionale e il direttore generale dovrà scegliere il primario necessariamente entro la rosa dei primi tre candidati.



Critiche al ministro da Regioni e partiti. Bersani: proclami a vuoto

«Medici, mancano le risorse» duello sulla riforma della sanità

ROMA — Il decreto sulla sanità ha ricevuto il via libera dal Consiglio dei ministri ma già affiorano i primi dubbi sulla riforma da parte delle forze politiche e dei presidenti delle

Regioni. Nel mirino, in particolare, l'applicazione della norma che prevede l'assistenza da parte dei medici di famiglia 24 ore su 24. Tutti sottolineano la mancanza di risorse finanziarie

adeguate per dare vita al nuovo modello ambulatoriale. Il leader del Pd, Pierluigi Bersani, ammonisce il governo: «Attenti a non fare proclami a vuoto». Anche i governatori fanno muro. Il

presidente della Lombardia, Formigoni, afferma lapidario: non ci siamo. «È stato tracciato il binario», assicura il ministro Balduzzi

Studi medici sempre aperti i dubbi di partiti e Regioni

Bersani: «Dove sono le risorse?». Formigoni: «Non ci siamo»

di CLAUDIA TERRACINA

ROMA - Il decreto Balduzzi ha ricevuto il via libera dal Consiglio dei ministri. «È stato tracciato il binario, ora pronti al confronto», assicura il ministro della Salute. Ma il treno già rischia di deragliare, visti i dubbi di partiti, presidenti di Regione e sindacati, in particolare sull'applicazione della norma che prevede l'assistenza dei medici di famiglia 24 ore su 24. L'attuazione della riforma spetta alle Regioni, che lamentano la mancanza di fondi. E la maggioranza che sostiene il governo si prepara a dar battaglia in Parlamento.

La prima bordata arriva dal leader del Pd, Pierluigi Bersani. «Ci sono buone e cose che vanno cambiate», premette. Quindi, l'affondo. «Dove sono

le risorse per la riorganizzazione della medicina di base? Si è sicuri di non fare proclami a vuoto? Sono chiaramente inadeguati i meccanismi per la scelta dei primari che dovrebbero garantire la qualità delle scelte. Il Pd punta a riqualificare il sistema sanitario, a ridurre gli sprechi e chiede garanzie sulle risorse disponibili. Su queste premesse valutiamo il decreto del governo», avverte, dando appuntamento al governo in Parlamento. «È opportuno che il governo e le Regioni aprano

un confronto serrato per dare concretezza alla fattibilità delle cose che si promettono. Di tutto questo il Pd intende in ogni caso discutere nelle aule parlamentari».

Sulla stessa linea il Pdl. Per

il presidente della commissione Sanità del Senato, Antonio Tomassini, «nel decreto legge ci sono aspetti più delicati e spigolosi, che dovremo affinare in Parlamento con emendamenti. È da chiarire bene la copertura finanziaria di alcuni provvedimenti e la loro costituzionalità. Occorre essere certi che non si invadano competenze delle Regioni». Tra i punti da rivedere, secondo Tomassini, «ci sono quelli della medicina territoriale e le cure primarie, la distribuzione farmaceutica e l'intramoenia». Per il responsabile Sanità dell'Udc, Claudio Gustavino, «occorre uno sforzo maggiore su formazione e ospedali. La mag-

gior parte delle strutture ospedaliere sono faticanti e inadeguate. Invertire la rotta è una questione di civiltà».

Il ministro Balduzzi apre al confronto con le Regioni sulla riorganizzazione dei medici di famiglia. Ma i presidenti fanno muro. «Non ci siamo», avverte, lapidario, Roberto Formigoni, presidente della Lombardia, su Twitter. E Catiuscia Marini, governatore dell'Umbria, punta il dito contro la mancanza di risorse finanziarie. «Dobbiamo capire come convincere i medici liberi professionisti a svolgere un'attività di 24 ore senza guadagni aggiuntivi», protesta. Ancora più netto il presidente della Basilicata, Vito De Filippo, secondo il quale «le norme previste invadono la competenza delle Regioni».

Il ministro Balduzzi
«Tracciato il binario
ora pronti al confronto»

Tomassini (Pdl)
«Il testo di legge
sarà affinato
in Parlamento»

**Ma fa già discutere
la norma
sull'assistenza sanitaria**

Sanità, per la rivoluzione servono risorse

- **Soddisfatto Balduzzi:** «Fissati i principi. Siamo aperti al confronto»
- **Le Regioni:** «L'urgenza è un abuso». Il sì di Acli e sindacati di categoria. Critiche Cisl e Cgil.
- **Bersani:** e la copertura economica?

ROBERTO MONTEFORTE

ROMA

«Sono assolutamente soddisfatto», lo afferma il ministro della Salute, Renato Balduzzi il giorno dopo l'approvazione da parte del Consiglio dei ministri del suo decreto di riforma del Sistema Sanitario nazionale. È quasi riuscita la quadratura del cerchio: con meno risorse, rimodulare le prestazioni sanitarie per garantire e in modo uniforme sull'intero territorio nazionale, un livello soddisfacente e più adeguata alla domanda dei cittadini, a partire dalle prestazioni h24 richieste ai medici di base. Il governo ha fissato i principi generali su cui ora sono chiamate a lavorare le Regioni.

Se dal decreto scompare la tassa sulle bibite (sostituita dall'obbligo di una maggiore quantità di succo naturale nella bevande analcoliche), si introducono norme più stringenti riguardo alle aree off limits per la localizzazione di sale scommesse e sale giochi. Vi sono regole nuove per la gestione dell'«intra-moenia» dei medici, con una tracciabilità delle prestazioni e l'obiettivo di un'integrazione con l'attività istituzionale del Ssn. «Confido che i passaggi parlamentari possano irrobustire il provvedimento. Siamo aperti al confronto» è l'assicurazione del ministro. «È solo un inizio di percorso», commenta il sottosegretario alla Salute, Adelfio Cardinale.

Che in Parlamento il confronto non mancherà è sicuro. Oltre ai riconoscimenti non mancano le critiche al provvedimento. Nel decreto «ci sono cose buone e cose che vanno cambiate» permette il segretario del Pd Pier Luigi Bersani, che poi si pone la domanda centra-

le: «Dove sono le risorse per la riorganizzazione della medicina di base? Si è sicuri di non fare proclami a vuoto? Sono chiaramente inadeguati i meccanismi per la selezione dei primari che dovrebbero garantire la qualità delle scelte». Entra più nel merito il senatore Pd, Ignazio Marino, presidente della Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale. «In Parlamento dovremo necessariamente apportare modifiche - commenta - perché il decreto unisce buone intenzioni ad evidenti incoerenze». Ne indica alcune: giudica ottima l'idea di fornire ai cittadini finalmente una assistenza territoriale h24, valorizzando il lavoro dei medici di famiglia, «ma è una rivoluzione a metà perché non è previsto alcun obbligo associativo». «Quali risorse - si domanda - potranno utilizzare le Regioni più in difficoltà per promuovere e avviare tali servizi territoriali?».

È un tema posto anche dalle stesse Regioni che con il presidente della Toscana, Enrico Rossi lamentano l'uso della decretazione d'urgenza, definita «una forzatura», su di un tema come la sanità, che è di competenza regionale.

Le Acli, invece, apprezzano il pacchetto Balduzzi. «È una riforma che va nella direzione giusta» commenta il presidente Andrea Olivero, soddisfatto in modo particolare per il progetto di potenziamento e riorganizzazione della medicina sul territorio e per l'azione di contrasto alla «ludopatia». «Ma occorre dare più poteri ai sindaci per regolamentare le concessioni, i luoghi e gli orari di gioco» conclude Olivero, dando voce alle perplessità di un cartello di sigle che denunciano i rischi del gioco d'azzardo.

La Cisl contro il decreto: «Piano evanescente. Balduzzi ha sbagliato. È mancato il confronto». Lo boccia anche la Cgil. «È un atto debole e contraddittorio che non basta a rinforzare un Servizio sanitario nazionale che rimane in seria difficoltà dopo i tagli delle diverse passate manovre e, ultimo, della spending review».

Sono, invece, articolati, ma nel complesso positivi i giudizi espressi dai sindacati di categoria. L'Anao Assomed parla di «novità non senza contraddizioni». Esprimono, invece, soddisfazione i sindacati della medicina convenzionata: Fimp (Federazione italiana medici pediatri), Fimmg (medici di famiglia) e Sumai (medicina ambulatoriale). Lo ritengono destinato «ad avviare per l'assistenza territoriale quella evoluzione che la sanità italiana e i cittadini si attendono». In una nota osservano che il decreto «recepisce alcune nostre proposte e non ha subito stravolgimenti pericolosi». Ora - fanno notare - si aprirà «il periodo della ridefinizione degli Accordi collettivi nazionali, quelli preposti a normare il rapporto lavorativo tra Ssn e Medici convenzionati, che rappresentano la parte essenziale dell'assistenza primaria in Italia». Ma più in generale, aggiungono Fimp, Fimmg e Sumai, «si apre finalmente nel nostro Paese la prospettiva di un ammodernamento organizzativo, gestionale e strutturale, che arricchirà l'attuale offerta di assistenza, creando le condizioni di valorizzazione delle potenzialità professionali già in campo». È un giudizio nella sostanza condiviso anche da Federsanità dell'Anci, l'associazione dei comuni, che considera le misure varate «un più alto livello di tutela della salute».

«Gli ambulatori h24? Servono 15 miliardi»

di CARLO MERCURI

ROMA - La riforma, come affermano al **Ministero della Sanità**, risponde all'esigenza di contenere i costi. Il servizio sanitario nazionale, già colpito da una riduzione di fondi di 5 miliardi a partire dal 2014 ha infatti ricevuto con la spending review un ulteriore taglio di 4,7 miliardi per il prossimo triennio.

Ma alcune misure previste dal decretone Sanità hanno sollevato dubbi e perplessità presso gli addetti ai lavori. E' il caso di una delle formule più reclamizzate dal provvedimento governativo, quella che istituisce le nuove aggregazioni pluriprofessionali dei medici di famiglia in ambulatori aperti e funzionanti 24 ore su 24. Secondo il **ministro Baldazzi**, tale riorganizzazione della medicina sul territorio serve per «spendere meno, spendendo meglio». Ma Claudio Cricelli, presidente della società italiana di Medicina generale, dubita che sarà così: «I medici di base in Italia sono circa 48.000», dice e aggiunge: «Se tutti costoro saranno chiamati a riorganizzare il loro servizio dovranno trovare nuovi e più grandi ambulatori, fare affidamento sul lavoro di almeno 20.000 infermieri su quattro turni, giacché

l'ambulatorio resterà aperto 24 ore su 24, avranno bisogno di nuovi macchinari e l'intero sistema sarà messo di fronte a nuove e più grandi spese, quali quelle che potranno venire dal maggior consumo di energia elettrica. Tutto considerato, stimo in 15 miliardi di euro per i prossimi 5 anni la spesa necessaria per realizzare gli ambulatori h24; cinque miliardi per gli investimenti in conto capitale e altri dieci per gli stipendi, gli affitti eccetera. Ci vorranno dunque risorse aggiuntive e non il definanziamento che invece vediamo».

Giacomo Milillo, segretario della Federazione medici medicina generale, è più ottimista: «I costi per gli ambulatori e i macchinari - dice - non sono aggiuntivi, ma di riconversione. Se le Regioni rispettano la riorganizzazione imposta dalla spending review, allora ci saranno i soldi». Scettico invece Pietro Cerrito, segretario confederale della Cisl, che sostiene di avere «non poche perplessità» sulla materia e sottolinea che «l'enfasi generata intorno agli ambulatori medici h24 è ingiustificata in quanto non c'è alcun riferimento ai costi che comporterà la creazione di queste strutture: nate per impedire l'ospedalizzazione, non si capisce quanti risparmi potranno produrre sulla spesa sanitaria».

Parla il responsabile del distretto sanitario di Querceta, in Versilia: "Ecco come abbiamo anticipato la riforma"

"Pazienti più seguiti e meno sprechi, qui è già realtà"

QUERCETA (LUCCA)— Nove medici di famiglia in un grande ambulatorio di una associazione di volontariato, la Croce Bianca, che ospita anche un distretto sanitario. L'idea di assistenza territoriale del decretone sanità è già realtà a Querceta, paese alle spalle di Forte dei Marmi, in Versilia. Enrico Salvatori è il responsabile Asl della struttura.

Come funziona l'ambulatorio?

«Già definirlo ambulatorio è riduttivo. Dentro ci sono molte attività: i medici di famiglia, che assistono circa 10 mila persone, la guardia medica, il punto prelievi e altri servizi dell'azienda sanitaria, un servizio infermieristico di primo intervento per traumi lievi, l'automedica e l'ambulanza della Croce Bianca che lavorano per il 118».

I pazienti dei medici di famiglia che servizio hanno?

«Intanto dalle 8 alle 20 ci sono almeno due dottori presenti. L'archivio degli assistiti è unico, quindichi arriva e non trova il suo medico viene comunque visitato da un altro che è in possesso della sua cartella clinica. Questo di notte e nei

festivi vale ovviamente anche per la guardia medica».

Da quanto esiste questa esperienza?

«I medici lavorano insieme da dieci anni ma da quest'anno sono dentro la struttura dell'associazione, dove sono presenti altri servizi, un po' come previsto dal decreto sanità. Oltre alle attività del distretto, ad esempio, abbiamo gli ambulatori degli specialisti. Se un medico di famiglia suggerisce un approfondimento, il paziente farà una nuova vista qualche stanza più in là».

Quali sono gli effetti positivi di questa organizzazione?

«Tanti. Se, ad esempio, si guardano gli accessi di codici bianchi, i meno gravi, al pronto soccorso dell'ospedale della Versilia si trovano pochissimi pazienti di quei nove medici. Poi c'è la sanità di iniziativa, svolta anche grazie all'apporto di 3 infermieri, di un operatore sociosanitario e della segreteria. I pazienti con problemi cronici vengono convocati per fare visite e controlli, e i ricoveri si riducono». (m.b.)

Sanità, le polemiche sul decreto Balduzzi

RIFORMISTI IMMAGINARI

LUIGI LA SPINA

La premessa è doverosa, anche se può sembrare scontata, perché è giusto ricordare certi meriti, so-

prattutto in un momento in cui il nostro Paese è troppo facilmente messo sotto processo: il welfare sanitario assicurato dallo Stato in Italia è una conquista di civiltà di cui

andare assolutamente fieri. Tanto è vero che i cittadini di tutto il mondo invidiano le nostre garanzie di assistenza pubblica.

CONTINUA A PAGINA 27

GLI ITALIANI RIFORMISTI IMMAGINARI

LUIGI LA SPINA
SEGUE DALLA PRIMA PAGINA

Garanzie che pur con grandi differenze regionali di qualità e con le inevitabili carenze episodiche, offrono cure adeguate e sostanzialmente gratuite a milioni di italiani.

Il problema, perciò, è quello non solo di preservare i vantaggi di questo sistema, ma di adattarlo ai tempi, correggerne i difetti, uniformare su tutto il territorio nazionale gli *standard* di efficienza per permetterne la sostenibilità finanziaria nei prossimi decenni. In momenti di crisi della spesa pubblica come quelli attuali, infatti, il livello del nostro welfare sanitario può sembrare un lusso che non ci possiamo più permettere. E', invece, miope considerarlo solo un costo, perché toglie al cittadino quella paura del futuro che costituisce uno dei più grandi freni allo sviluppo di un Paese. La sicurezza di essere curati adeguatamente, anche nel caso della perdita del lavoro, di una improvvisa emergenza sanitaria che metta a rischio il bilancio familiare rappresenta un importante fattore di coesione sociale e di stimolo al coraggio di investire, di impiegare i propri risparmi nel ciclo produttivo. Ecco perché è proprio nei momenti di difficoltà economica di una nazione che un welfare sanitario efficiente è una importante risorsa, non solo un costo.

Se questo dev'essere l'obiettivo del nostro Stato in questo settore, occorre riconoscere che il «decretone Balduzzi» individua, con correttezza, i tre principali problemi della sanità pubblica, come si è sviluppata in Italia negli ultimi decenni. Il primo, quello più evidente, è la crescita abnorme della spesa. I bilanci delle Regioni sono occupati, per più dell'ottanta per cento in molti casi, dal finanziamento agli ospedali e, in genere, alle strutture dell'assistenza sanitaria. Con un rapporto, peraltro, prevalentemente inverso tra la spesa e

la qualità del servizio. Una osservazione da non trascurare per smentire i tanti luoghi comuni che molti amministratori invocano come alibi alle loro incapacità.

Il secondo importante difetto del nostro welfare sanitario è, tra l'altro, causa principale del primo, con l'aggravante che ricade direttamente sulle spalle degli utenti: la scarsa opera di filtro e di prevenzione costituita dal sistema dei medici di famiglia. Non per colpa loro, perché il loro impegno e la loro preparazione professionale sono, nella maggioranza dei casi, abbastanza adeguati, ma proprio perché gli orari ridotti, le lunghe file negli ambulatori, il sovraccarico della burocrazia finiscono per scaricare sui «pronti soccorso» degli ospedali una quantità di malati, o di presunti tali, da elevare insopportabilmente sia i costi dell'assistenza, sia le inefficienze del servizio. Il ricorso, poi, a indagini diagnostiche «a tappeto», con una moltiplicazione delle spese per lo Stato, viene indotto da quella medicina cosiddetta «difensiva» adottata ormai diffusamente, per paura di un contenzioso legale con i pazienti, logrante sul piano finanziario e umiliante su quello professionale e morale.

L'ultimo principale problema è quello dell'invadenza partitica nella sanità pubblica. Proprio l'elevato livello della spesa ha fatto diventare il sistema uno dei principali centri di potere, di corruzione, di clientelismo politico presenti sul territorio nazionale. Così, è notorio che l'appartenenza a un partito o a una corrente di partito, spesso, prevale sui meriti professionali nelle carriere dei medici. Con ricadute gravi sulla buona organizzazione dei reparti e, magari, sulla salute dei pazienti.

Il «decretone Balduzzi» cerca di affrontare questi mali con una terapia molto meno rivoluzionaria di quanto appaia, poiché, in parte, ricalca leggi e norme già approvate e, quasi mai, applicate. La disposizione che ha fatto più notizia, quella sull'apertura continua degli studi dei medici di famiglia, nei pochissimi casi in cui è già stata sperimentata.

tata, dimostra non solo la fattibilità operativa, ma che il solito lamento delle Regioni sulla necessità di maggiori finanziamenti è ingiustificato. Si tratta di un accorpamento delle guardie mediche con gli ambulatori che richiede uno sforzo di buona volontà e di razionalizzazione, sia delle risorse, sia del personale, certamente non impossibile.

La questione vera è un'altra e più generale: in Italia, ormai, qualsiasi riforma, buona o cattiva che sia, rischia l'inapplicabilità. Perché le resistenze degli interessi, effettivamente o presuntivamente colpiti, delle corporazioni, dei privilegi e, persino, delle abitudini e dei vizi sono talmente forti da bloccare, ritardare, vanificare ogni innovazione. Perché siamo un Paese non solo di rivoluzionari «marxisti immaginari», come scriveva, in anni sessantottini, Vittoria Ronchey, ma di riformisti altrettanto immaginari.

Il punto

Elogia Balduzzi
ma sulle nomine Asl
restano molti dubbi

GREGORIO ROMEO

IL DECRETO che punta a rendere più efficiente la sanità italiana è entrato nel dibattito di associazioni di categoria, sindacati e politica. Una riforma nell'insieme apprezzata dalla maggioranza di governo: «Alcune misure sono positive — commenta il leader del Pd Pier Luigi Bersani — altre andranno modificate insieme con Parlamento e Regioni».

Le nomine. Su primari e direttori generali il timore è che le nuove regole restino scritte nell'acqua. Per la Cgil, il decreto rischia di "non frenare l'invasione della cattiva politica nella sanità".

L'intramoenia. Bocciate dalle associazioni di categoria le modifiche sulla libera professione dei medici ospedalieri. Per l'Anaaoo, il sindacato della dirigenza medica, l'intramoenia viene "gravata da incombenze burocratiche ed oneri economici" che rischiano di accrescere i costi per i pazienti.

I giochi. Piacciono, invece, le norme che mirano a contrastare le patologie di chi è dipendente dai giochi d'azzardo. L'Anci appoggia la stretta sulla pubblicità di lotterie e scommesse, un sostegno condiviso dalle Acli. Ma Ficom Leisure, società londinese che fornisce consulenze finanziarie al business dei giochi, lancia l'allarme: «Senza pubblicità a rischio 115 milioni di investimenti nel settore».

Competitività. Aleotti (Farmindustria): -10% in due settimane

Con la spending review farmaci di marca a rischio

Cesare Peruzzi

FIRENZE

«Il nostro Paese rischia di perdere l'industria farmaceutica». Lucia Aleotti è arrabbiata e preoccupata per le conseguenze del provvedimento contenuto nella spending review entrato in vigore a metà agosto, che impone ai medici di indicare nelle ricette il solo principio attivo e non il nome commerciale del farmaco, a meno che sia insostituibile.

La mossa del Governo, «approvata dal Parlamento a notte fonda con il voto di fiducia, sposterà quote di mercato dai titolari di marchi ai produttori di farmaci generici, colossi mondiali con produzioni basate principalmente nei mercati in via di sviluppo», dice l'imprenditrice fiorentina, insieme al fratello Alberto Giovanni al vertice del gruppo Menarini, numero uno italiano del settore con 3,2 miliardi di ricavi stimati a fine 2012 e quasi 16 mila dipendenti a livello mondiale. «I primi dati dicono che, in sole due settimane, si è già spostato il 10% del mercato nazionale: di questo passo, saremo costretti a fare manovre straordinarie che coinvolgeranno centinaia di lavoratori», commenta Aleotti, che è anche vice presidente di Farmindustria.

Un vero e proprio terremoto, insomma, che a giudizio della leader di Menarini è «frutto di un sentimento anti-industriale di una parte del Governo. Come imprenditori ci sentiamo umiliati e offesi e come italiani non capiamo il senso di un provvedimento che non porta un euro alle casse dello Stato e mette a rischio migliaia di posti di lavoro, negando il senso e il valore del marchio, dietro cui ci sono investimenti e qualità: così non si rilancia l'economia del Paese, ma si spingono le aziende a disinvestire», commenta l'imprenditrice, che sottolinea come il Servizio sanitario pagasse comunque le medicine di marca al prezzo dei generici e la differenza (0,90 euro di media) fosse a carico del consumatore.

Tra il 2011 e il 2012, Menarini ha perso il 37% del fatturato realizzato in Italia, dove ha cinque stabilimenti produttivi e dà lavoro a oltre 3.500 persone. «Manovra penalizzante dopo manovra penalizzante per il settore, tre solo negli ultimi mesi, questo mercato che pure rappresenta ancora il 25% dei nostri ricavi globali è sempre più fonte di problemi e perdite - dice la vice presidente del gruppo toscano -. Se il nostro bilancio consolidato quest'anno crescerà intorno al 7% con il 5% di risultato finale netto, lo dobbiamo all'estero, a cominciare dall'Asia, dove l'acquisto di Invida sta funzionando bene e in prospettiva, una volta completato l'iter autorizzativo per commercializzare i nostri farmaci, a partire dal prossimo anno, potrà darci soddisfazioni sempre maggiori».

Lo sviluppo internazionale è al centro della strategia di Menarini almeno dai primi anni '90, quando sbarcò in Germania rilevando Berlin-Chemie dalle privatizzazioni della ex Ddr. Una rincorsa che ha proiettato l'azienda farmaceutica fondata nel 1886 (e basata a Firenze dal 1915) al 17° posto in Europa nel settore e al primo in Italia. Il prossimo anno diventerà operativo il nuovo stabilimento industriale in fase di costruzione in Russia, a Kaluga, costato 60 milioni. E, in prospettiva, potrebbe servire un ulteriore investimento per sostenere la crescita in Oriente.

«La dinamica del mercato asiatico richiederà capacità produttiva e dunque valuteremo se

acquistare o realizzare un impianto da aggiungere ai 14 attuali, Kaluga compresa, che potrebbe essere basato a Singapore, dove c'è la sede di Invida, oppure anche in Europa che per gli asiatici è una garanzia di standard qualitativi - racconta Aleotti -. Certo non investiremo in Italia. Spiace dirlo, ma qui non ci sono le condizioni: sembra quasi che la politica italiana voglia penalizzare il settore, che pure esporta oltre il 60% della produzione e garantisce 65 mila posti di lavoro».

Il ridimensionamento di Menarini sul mercato domestico (-37% negli ultimi due anni) è in parte legato alla fisiologica scadenza di brevetti e concorrenza dei farmaci generici, ma in parte - è questa l'accusa che lancia Lucia Aleotti - «all'impossibilità, o alla possibilità limitata, di fare innovazione con i parametri e le condizioni di questo Paese. Il nostro gruppo investe circa 200 milioni all'anno in ricerca, ma siamo spinti a produrre all'estero e se non ci sarà una rapida correzione di rotta - conclude l'imprenditrice - l'industria farmaceutica italiana rischia davvero di scomparire».

L'ALLARME

Per la vicepresidente dell'associazione di categoria, se il trend prosegue potrà risentirne l'occupazione del settore

Sviluppo, un decreto tutto digitale

DA ROMA

Documento unico per tessera sanitaria e carta d'identità, ricette mediche solo online, certificati di nascita e morte solo sul web, libretto universitario solo su internet e "e-libri", testi scolastici in versione digitale (oltre che cartacea). Queste alcune delle novità contenute nella bozza del nuovo decreto sviluppo che, come dice il ministro Corrado Passera, dovrebbe vedere la luce entro questo mese. Tra le norme anche quella sui pagamenti bancomat per importi sopra ai 50 euro (vedere a pagina 8). Ecco in sintesi le principali novità contenute nell'ultima bozza del testo che circola. Innanzitutto, per incentivare la digitalizzazione si potrebbe ricorrere ad una legge annuale o biennale. Per l'anagrafe, carta d'identità e tessera sanitaria saranno nello stesso documento. Il censimento della popolazione e delle abitazioni sarà fatto, con mezzi telematici, con cadenza annuale. E d'ora in poi le comunicazioni di nascita e morte potranno essere inviate solo per via telematica. Per comunicare con la pubblica amministrazione, i cittadini potranno indicare un indirizzo di posta elettronica certi-

ficata. Che è in arrivo anche per le imprese individuali. Verranno digitalizzate le procedure di acquisti di beni e servizi. Ad esempio, le aziende di trasporto pubblico locale promuoveranno l'adozione del biglietto elettronico. Dall'anno accademico 2013-14 arriva il fascicolo elettronico dello studente - valido su tutto il territorio nazionale e all'estero - con tutti i documenti della sua carriera. Dal 2014-15, poi, i libri scolastici saranno scaricabili direttamente dal web, come alternativa ai cartacei. Arriva inoltre per i ragazzi delle piccole isole e comunità montane la possibilità di seguire le lezioni su internet. Dai banchi alle corsie di ospedale: la storia dei pazienti sarà raccolta in un unico fascicolo elettronico. E anche la cartella clinica diventerà digitale. Ricette e prescrizioni mediche saranno solo elettroniche e valide non più solo a livello regionale, ma nazionale.

Arriva, infine, il sistema informativo nazionale delle infrastrutture del sottosuolo per favorire lo sviluppo delle nuove reti tlc. Cambiano le regole sulla "servitù", per favorire la diffusione delle nuove reti. Sarà più difficile opporsi all'accesso degli operatori in caso di installazione di nuove reti in palazzi e condomini.

Cl, giù le mani dalla sanità

di Marco Vitale

Tempo fa mi è stato chiesto da un professore del Politecnico di contribuire a una pubblicazione di giovani studiosi di quell'università dal titolo: PER! La filosofia era chiara e condivisibile. In passato abbiamo detto tanti BASTA!; ora è venuto il momento di lavorare PER. La cosa mi ha coinvolto, perché, per temperamento e cultura mi piace, anche nelle condizioni più difficili, proporre qualcosa di positivo. Ma quando mi sono accinto a scrivere mi sono reso conto di come sia difficile scrivere dei PER senza passare attraverso dei BASTA. Ad esempio ci sono molti PER da proporre per la Sanità lombarda, ma essi restano sogni nel cassetto se non si affronta il tema dell'proprio predominio nella gestione della sanità lombarda di Cl e di Compagnia delle Opere. In realtà la Lombardia deve porre, al primo posto, e non solo nella sanità, un'autentica lotta di liberazione da Cl, sul piano politico ed economico. Io non ho niente contro Cl come setta religiosa. Non amo i fondamentalismi di nessun tipo, compresi quelli religiosi, soprattutto nella religione cristiana che, nella sua essenza più profonda, è quanto di più lontano ci sia dai fondamentalismi e dai settarismi. Tuttavia rispetto Cl per quello che ha fatto per rianimare i giovani, ridare loro una dimensione religiosa e spirituale, motivarli verso una vita di impegno. Ma quando Cl agisce come un partito politico, senza esserlo apertamente; come aggregazione di potere economico senza rendere questo ruolo palese; come selezionatore di personale nelle strutture pubbliche al di fuori di ogni schema costituzionale; come centro d'affari alimentando, con denaro pubblico, corti di consulenti che in realtà sono prevalentemente solo intermediari tangentari; allora non mi sta

più bene. Allora devo trattarla, sotto questo profilo, per quello che è: una setta occulta, una specie di P2, e chiamare ad una guerra di liberazione della Lombardia da questa setta.

QUALCOSA di simile è già successo con gli Umiliati che si diffusero in Lombardia tra il 1200 e il 1300. Gli Umiliati erano un movimento spirituale che propugnava un ritorno verso una vita più austera, frugale, in contrasto con i costumi rilassati e la ricchezza, portata dal vigoroso sviluppo economico, e diffusa e ostentata spesso dal clero stesso. Gli Umiliati si suddividevano in tre gruppi: ordine clericale, una fraternità monastica propriamente detta di professi e professe, che praticavano il celibato e vivevano in una casa comune; un gruppo di laici, uomini e donne organizzati in gruppi di vita comunitaria, che potevano sposarsi e vivevano in comune solo alcuni momenti della giornata; un terzo gruppo erano i laici che praticavano una forma limitata di povertà volontaria. Erano molto attivi e si dedicarono, in particolare, e con molto successo, al ciclo della lana. Vivendo austeramente e lavorando molto e bene, diventarono, rapidamente, una potenza economica. Con i proventi della lana finanziarono attività bancarie e investirono in importanti strutture immobiliari e agricole. Loro era il palazzo di Brera a Milano. Loro era la splendida Abbazia di Mirasole (Opera) e quella di Viboldone (Milano). Ma con la ricchezza venne il potere e con il potere, l'arroganza del potere, gli abusi, i conflitti, ed anche l'accusa di coltivare posizioni eretiche. L'arcivescovo di Milano San Carlo Borromeo cercò di riportarli all'ordine, senza successo, sino a che un membro degli Umiliati, Girolamo Donato detto il Farina, tentò di assassinarlo con un

colpo di archibugio alle spalle. L'attentato fallì e provocò una dura repressione che culminò con la soppressione dell'Ordine, con una bolla di Pio V. La sanità lombarda rimane buona per ora, perché ha dietro le spalle 500 anni di buona sanità ed un ammontare straordinario accumulatosi nel tempo di donazioni. Ma se guardiamo le tendenze in atto dobbiamo preoccuparci. Il crollo del San Raffaele, il saccheggio della Maugeri, l'imporverimento professionale di un tempo eccellenti ospedali (come il Civile di Brescia), il moltiplicarsi di strutture inutili con il proliferare di doppioni, la selezione dei medici in carriera basata più sulle tessere di appartenenza che sulle capacità personali, l'arricchimento enorme di *brasseurs d'affaire* che ruotano intorno al servizio sanitario regionale, la crescita della medicina privata a pagamento (soprattutto per evitare le liste d'attesa) e molto altro, sono i segnali che è necessario correggere la rotta, sin che si è in tempo. I responsabili regionali si fanno belli confrontando i dati della regione con quelli di altre regioni che comprendono Sicilia, Campania, Calabria, Lazio, cioè il peggio della sanità mondiale o con i dati medi italiani appesantiti da quelli delle stesse regioni. Ma la Lombardia deve confrontarsi con la Baviera, con l'Olanda, con la Svizzera non con il disastro sanitario del Sud. Recentemente si sono fatti belli, acquistando pagine a pagamento sui giornali, della Relazione della Corte dei Conti, sezione regionale di controllo per la Lombardia, sulla Spesa Sanitaria Regionale, anno 2011 (magistrato istruttore Gianluca Braghi). Io ho letto accuratamente la ponderosa relazione (140 pagine). È una relazione ben fatta che

offre un quadro di una gestione finanziaria in ordine e ben organizzata. Ma non si tratta di una relazione sullo stato di salute della sanità lombarda, ma solo sugli aspetti finanziari della spesa sanitaria.

LA RELAZIONE è una semplice lettura intelligente dei dati elaborati e forniti dallo stesso Servizio Sanitario Regionale. La stessa relazione, in

premessa, precisa: "Gli aspetti economico-finanziari connessi al Servizio Sanitario Regionale vengono trattati in questa sede, disgiuntamente dalla verifica sulla gestione condotta in concreto da questi enti, che avverrà attraverso specifiche indagini, i cui esiti saranno esposti al termine dell'attività programmata per il 2012". Noi vogliamo sapere molto di più della sanità lombarda e soprattutto

tutto in che direzione qualitativa sta marciando. La sanità lombarda ha le premesse storiche e scientifiche per diventare uno dei grandi temi dello sviluppo lombardo. Ma perché questo accada bisogna rifondare un sistema basato su professionalità, responsabilità, decentramento, rompendo il sistema di affiliazione mafiosa che ora lo domina.

**Comunione e liberazione
ricorda il movimento
medievale degli Umiliati:
fanno affari, ma rovinano il
sistema di tutela della salute
Che dovrebbe guardare la
Baviera, non il Mezzogiorno**