

» Il pacchetto sanità L'assistenza di base dovrà essere garantita 24 ore su 24

Un tetto alle parcelle dei medici E per le visite niente contante

ROMA — Cambierà la vita professionale di molti medici il decreto sulla sanità che il ministro Renato Balduzzi si appresta a portare in Consiglio già questa settimana. Cambia il lavoro dei dipendenti ospedalieri con attività intra-muraria, la libera professione svolta in ambito aziendale in strutture esterne, la cosiddetta «allargata». Più controlli e trasparenza. Cambia l'organizzazione dei medici di famiglia chiamati ad aggregarsi in associazioni per garantire un'assistenza 24 ore su 24 sul territorio in modo da decongestionare il pronto soccorso. Viene inoltre disegnato un nuovo sistema di nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie non più scelti dal presidente della Regione ma dalla Giunta. Anche i concorsi per primariati vengono congegnati in maniera da renderli meno permeabili alle infiltrazioni della politica.

C'è un filo conduttore comune in queste iniziative all'apparenza disomogenee e di diversa natura. Nella bozza del provvedimento si parla tra l'altro di contrasto al tabacco, al gioco d'azzardo e al consu-

mo di bevande gassate e dolci da attuare quest'ultimo attraverso l'introduzione di una tassa per i produttori. Secondo Balduzzi «trasparenza, efficienza, regole certe e liberalizzazione di risorse fanno crescere il Paese». Le Regioni però sono guardinghe. Luca Zaia, governatore del Veneto, è negativo: «Non condivido il decreto in molti punti. Ce lo hanno mostrato solo tre giorni fa. Sarei più drastico sullo strumento dell'intramoenia. Bisogna combattere il sospetto dei cittadini convinti che se paghi vieni curato tempestivamente altrimenti fai la lista d'attesa. Un equivoco da chiarire».

I pagamenti ai medici che svolgono attività intramuraria fuori dall'ospedale in assenza di spazi dedicati diventano tracciabili: carte di credito, bancomat, bonifici, assegni, no al contante. Le prestazioni hanno tariffe minima e massima. Previsto un prelievo del 5% da investire nella riduzione dei tempi d'attesa. In mancanza di spazi ospedalieri la Asl può prendere in affitto altre strutture o mettere a di-

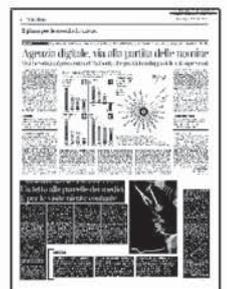
sposizione ambulatori esterni. Se si tratta di studi privati devono essere collegati alla rete aziendale. In questo caso il medico dipendente in rapporto di esclusiva col servizio sanitario (il 95% hanno compiuto questa scelta) non può lavorare dove siano presenti medici non dipendenti. Per avere l'autorizzazione, su base annuale, dovrà garantire un fatturato pari o superiore a 12 mila euro.

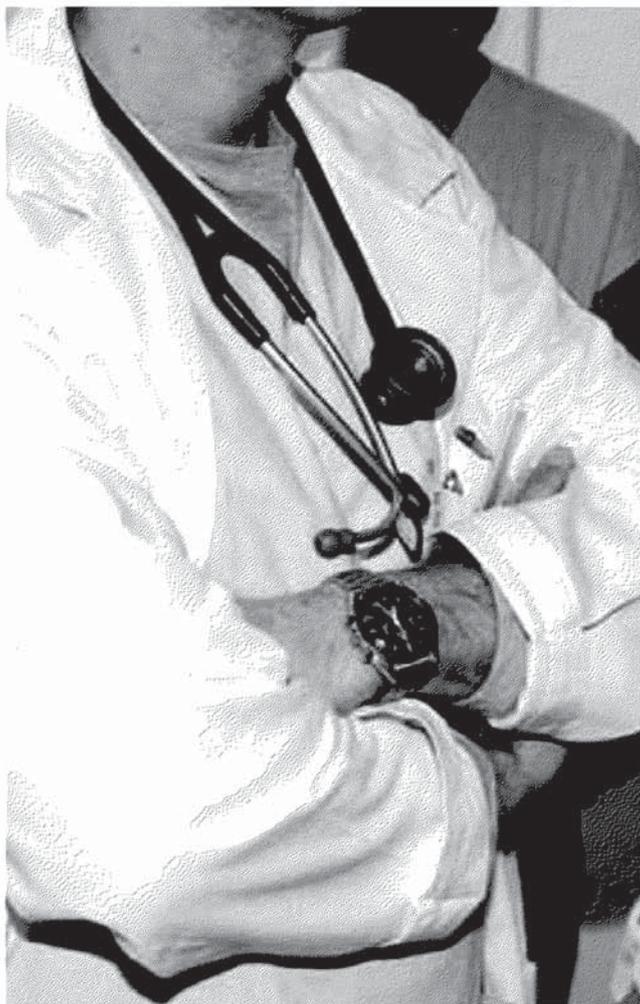
I direttori generali che entro marzo 2015 saranno stati inadempienti nel rispetto delle scadenze rischieranno la riduzione del 20% dello stipendio. All'intramoenia è dedicato l'intero articolo 2 con una regolamentazione che fa uscire questa attività dall'ombra (delle cliniche private). La ricognizione delle Asl sull'esistente deve avvenire entro dicembre 2012 anche sui fatturati dei professionisti. «In linea di principio sono d'accordo, la tracciabilità ha un valore. Il decreto corregge il sistema ma non la contraddizione. Il cittadino penserà sempre che chi paga è trattato meglio», rileva Giovanni Monchiero presidente di Fiaso, la federazione dei direttori di Asl e aziende sanitarie. «L'intramoenia

svolta nella casa di vetro pubblica è un vantaggio per noi e i cittadini. Il pericolo è che nelle Regioni finora inadempienti sia istituzionalizzata la libera professione nello studio privato», commenta Massimo Cozza, segretario di Cgil medici Funzione Pubblica.

I medici di famiglia accolgono con favore la riforma della medicina territoriale, «aperta» 24 ore su 24 sette giorni a settimana. «La sanità si avvicina al cittadino - spiega Giacomo Milillo, segretario della Fimmg, la federazione dei medici di base -. Pensiamo ad aggregazioni di 15-20 colleghi compresi quelli di guardia medica. Ognuno di noi sarà in grado di occuparsi di un paziente non suo grazie alla cartella clinica elettronica».

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it





Le novità

Il medico curante si fa in quindici

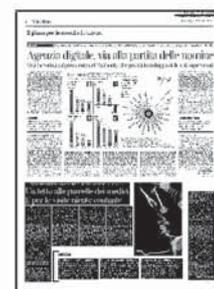
I medici di base saranno disponibili 24 ore su 24 e 7 giorni su 7. Per rendere possibile un servizio continuativo, dovranno associarsi tra loro. L'assistito continuerà ad avere il suo medico personale, ma all'interno di uno studio di circa 15 dottori che avranno accesso alla sua cartella clinica elettronica.

Prontuario farmaceutico da rivedere

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica, il governo intende rivedere, sfrondandolo, il prontuario farmaceutico, in modo tale da eliminare prodotti inutili o troppo cari rispetto al farmaco equivalente che abbia lo stesso principio attivo. Sarà promosso l'utilizzo di trattamenti innovativi.

La tassa su alcolici e bibite gassate

Sul modello francese, è allo studio l'ipotesi di tassare le bibite gassate, i superalcolici e gli alcolici con zucchero aggiunto. I proventi, stimati in 250 milioni di euro l'anno, sarebbero reinvestiti per finanziare le campagne di prevenzione e promozione di corretti stili di vita.



La sanità

Medici di base, ok alla riforma ma i dottori degli ospedali bocciano i limiti all'attività privata *“Rivoluzione positiva gli studi aperti 24 ore”*

MICHELE BOCCI

AVANTI con gli ambulatori aperti 24 ore al giorno. I medici di famiglia apprezzano le misure del decreto sanità che li riguardano. «Per noi è la riforma più importante dal 1980 ad oggi», si spinge a dire Giacomo Milillo, il segretario della Fimmg, il sindacato di categoria con più iscritti. Sono decisamente meno soddisfatti i camici bianchi ospedalieri per le norme sull'intramoenia che andrà svolta in strutture comprate, affittate o convenzionate dalle aziende.

Il cambiamento che inciderà di più sui cittadini, tra tutte le norme dell'atto che il ministro Renato Balduzzi porterà venerdì in Consiglio dei ministri, è quello sugli studi dei medici di famiglia. Si prevede la creazione di gruppi di professionisti - che potranno lavorare anche con pediatri, guardie mediche, specialisti e infermieri - che gestiranno insieme strutture aperte tutto il giorno, dove gli assistiti troveranno sempre una risposta a molti dei loro problemi di salute. Se non sarà il loro dottore a dargliela, ci penserà un altro medico del maxiambulatorio. A qualsiasi. «Stimiamo che per mandare avanti questi studi ci vogliono 15-25 dottori - spiega Milillo - Siamo contenti che il decreto raccolga le nostre proposte di rifondazione della professione del medico di famiglia». I medici di famiglia di recente hanno polemizzato dura-

mente con Balduzzi per la norma che li obbliga a scrivere il principio attivo dei farmaci sulle ricette e non più il nome commerciale. «Non facciamo ripicche, quella legge non ci piace ma questa ci va bene - spiega Milillo - Certo, non escludo che i singoli medici, dopo anni di frustrazioni e di manovre che hanno cercato di condizionare la loro attività, siano un po' diffidenti, però la strada è quella giusta». Con gli ambulatori strutturati in modo diverso i dottori potranno dedicarsi anche alla medicina di iniziativa, «cioè potremo essere noi a contattare i pazienti, ad esempio cronici, per sincerarci che seguano le terapie facciamo gli esami». La novità sarà a costo zero. «Anzi se lavoriamo bene, con il tempo - dice Milillo - vedremo una diminuzione dell'attività degli ospedali, e quindi una riduzione di spesa. Certo, a quel punto le risorse andranno spostate sulle nostre strutture».

Sul fronte ospedaliero c'è meno soddisfazione per la norma sui medici dipendenti del servizio pubblico, quella sulla libera professione intramoenia. I dottori che continueranno a farla fuori dagli ospedali, ma in strutture comunque convenzionate dalla Asl, saranno controllati con una sorta di “tele lavoro”, tramite il computer. «Intanto le cose non mi sembrano molto diverse da prima - spiega Costantino Troise del sindacato Anaa - Siamo d'accordo sulla questione tele-

matica, il punto però è capire se le Asl hanno gli spazi chiesti dalla legge, separati e distinti, per per-

mettere ai professionisti di fare intramoenia negli ospedali. In molte Regioni non ci sono». A Massimo Cozza della Cgil non piace la possibilità data alle amministrazioni di sperimentare comunque convenzioni con i privati. «Non ci sono grossi cambiamenti, il provvedimento ha troppe deroghe. I principi di trasparenza e tracciabilità vanno bene ma non si può lasciare ancora la possibilità al medico di allontanarsi dal pubblico».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL PROGETTO

Su Repubblica di ieri i progetti del ministro Renato Balduzzi per riformare la sanità

I sindacati dei camici bianchi ospedalieri: le Asl avranno spazi per l'intramoenia?

Quanti medici in Italia

Medici di medicina generale

Val d'Aosta	93
Piemonte	3.450
Liguria	1.378
Lombardia	6.544
Veneto	3.563
Prov. aut. Bolzano	256
Prov. aut. Trento	397
Friuli V. G.	1.008
Emilia R.	3.221
Toscana	3.034
Umbria	764
Marche	1.284
Lazio	4.894
Campania	4.335
Abruzzo	1.115
Sardegna	1.388
Molise	274
Puglia	3.305
Basilicata	515
Calabria	1.490
Sicilia	4.202
Sardegna	1.388
ITALIA	46.510



CURIOSITA'

I medici di famiglia apprezzano le novità che li riguarda. Meno soddisfatti i camici bianchi ospedalieri. A sinistra, il ministro Balduzzi

Le misure

Sanità, in ospedale soltanto i casi gravi
visite intramoenia nel mirino del Fisco

> Peluso e servizi a pag. 5

Sanità, in ospedale solo i casi gravi Visite intramoenia nel mirino del Fisco

L'attività di Pronto soccorso sarà alleggerita del 10-20%
Una linea già seguita in Europa

Carla Massi

ROMA. Obbligare i medici di famiglia alla reperibilità 24 ore su 24, come prevede il decreto che verrà presentato venerdì al Consiglio dei ministri, vuol dire alleggerire il pronto soccorso del 10-20 per cento delle richieste. Vuol dire cancellare dalle lunghe liste di attesa tutti i cosiddetti codici bianchi (pazienti non urgenti) e buona parte dei verdi in condizioni poco critiche.

Il testo del ministero della Salute prevede che i medici di base si associno, formino una sorta di consorzi sanitari in grado di fronteggiare, soprattutto nel fine settimana, le richieste più semplici. Una nuova organizzazione che permetterà all'ospedale, come accade in tutti gli altri Paesi europei, di occuparsi solo di malati gravi o in possibile pericolo di vita. Per non disperdere le risorse e per evitare che per le situazioni meno urgenti si arrivi ad aspettare oltre le dodici ore.

Roma, da sola, assomma una serie di criticità: quattro ore e mezza di attesa. Nel Lazio si contano circa due milioni di richieste al pronto soccorso, un milione e mezzo solo in città. Le ambulanze restano a lungo bloccate perché non si sa dove far accommodare il paziente vista la scarsità di personale e barelle. Un terzo dei mezzi, lo denuncia l'Ares 118, è costretto a fermarsi oltre il tempo dovuto.

Nel momento in cui i dottori di ba-

se terranno aperti i loro studi anche nel weekend («Per disincentivare gli accessi inappropriati al pronto soccorso - parole del ministro della Salute Renato Balduzzi - è prioritario rafforzare i servizi territoriali con l'estensione dell'attività dei medici di famiglia») negli ospedali arriverebbero 2,5-5 milioni di persone in meno. «Riallineandoci - spiega Massimo Magnanti da venti anni medico d'urgenza del S. Giovanni a Roma e presidente del Sindacato dell'emergenza sanitaria - agli altri Paesi. Purtroppo da noi il tempo di permanenza nell'area di prima accoglienza sta crescendo sempre di più. Siamo favorevoli a questa nuova organizzazione anche se resta il problema dei posti letto che troppo spesso mancano». Per i casi gravi.

La riorganizzazione eviterà che, al pronto soccorso, arrivino tutte quelle persone che hanno disturbi curabili con un velocissima visita. Perché non esisterà più solo il medico di fiducia ma uno studio di fiducia formato da 5-6 professionisti che si alterneranno per sette giorni. «Soprattutto il sabato e la domenica - aggiunge Magnanti - dobbiamo affrontare una folla di gente con mal di gola, d'orecchie, di denti o macchie sulla pelle che danno prurito. Patologie che non hanno nulla a che vedere con l'emergenza». Anche alle Regioni verrà chiesto di fare ciò che fino ad oggi non hanno fatto: il monitoraggio delle prestazioni che vengono erogate in emergenza-urgenza. Per il 2011, infatti, solo 15 su 21 hanno inviato i dati. Da quest'anno le Regioni che non invieranno le statistiche saranno penalizzate economicamente.

«Negli orari in cui il medico non ci sarà - è Giacomo Milillo segretario della Federazione medici di medicina generale a parlare - l'assistito potrà ricorrere ad altri dottori che fanno parte dello studio. Conoscono la sua storia clinica e sono in grado di seguirlo grazie alla cartella clinica elettronica che fa parte del progetto del Ministero», raccolto in oltre 40 pagine diviso in 27 articoli. Mirati, nella maggior parte a distribuire in modo diverso le risorse sanitarie e a introdurre nuovi controlli sulla cassa e il fisco legato alle visite in intramoenia fatte fuori dagli ospedali.

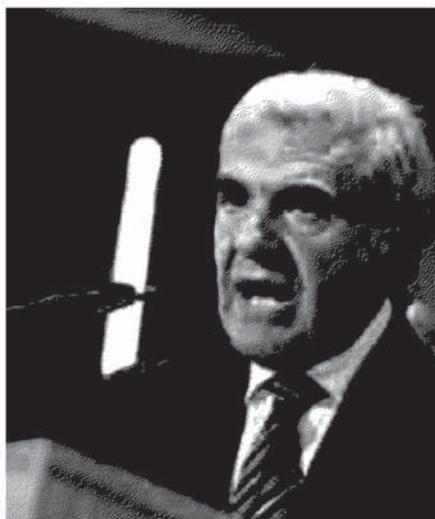
Per verificare quanti pazienti vengono visti e qual è il guadagno dei camici bianchi che non possono usufruire di uno studio accanto alla corsia. Secondo il testo che sarà discusso venerdì entro la fine dell'anno i medici dovranno svolgere anche la loro attività privata in ambienti della Asl o dell'ospedale.

A tredici anni dall'introduzione dell'intramoenia il ministro Balduzzi (protagonista della riforma quando il ministro era Rosy Bindi) vede, come ha detto, «il bicchiere mezzo pieno» con solo la metà delle strutture che ha rispettato i diritti del cittadino organizzando la vera libera professione intramuraria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Balduzzi

La rivoluzione del ministro: nasce lo studio di fiducia formato da 5-6 professionisti che si alternano per garantire una «copertura» totale



Le risorse per la Sanità

Bozza Balduzzi



TASSA BIBITE

Tassa di scopo su bibite gassate e con una determinata percentuale di zuccheri per tre anni

VALORE/ANNO **250** mln

OBIETTIVO → rifinanziamento attuazione piano non autosufficienza



MEDICI DI BASE (MMG)

- obbligo di unirsi in aggregazioni funzionali territoriali - assistenza sul territorio 24 ore su 24



INTRAMOENIA

Totale certificazione dell'attività e tracciabilità dei pagamenti fatti ai medici del servizio pubblico che svolgono attività privata



TABACCO E GIOCHI

Fondi ricavati dalle sanzioni comminate a chi vende tabacco ai minori

OBIETTIVO → finanziare il Fondo sanitario nazionale



FARMACI

Tavolo tecnico sulle prescrizioni per elaborare linee guida sulla nuova ricetta, in cui va indicato solo il principio attivo

ANSA-CENTIMETRI

Al pronto soccorso solo casi gravi così si tagliano 5 milioni di visite

I malati saranno assistiti negli studi medici sempre aperti

di CARLA MASSI

ROMA - Obbligare i medici di famiglia alla reperibilità 24 ore su 24, come prevede il decreto che verrà presentato venerdì al Consiglio dei ministri, vuol dire alleggerire il pronto soccorso del 10-20% delle richieste. Vuol dire cancellare dalle lunghe liste di attesa tutti i cosiddetti codici bianchi (pazienti non urgenti) e buona parte dei verdi che sono in condizioni poco critiche.

Il testo del ministero della Salute prevede che i medici di base si associno, formino una sorta di consorzi sanitari in grado di fronteggiare, soprattutto nel fine settimana, le richieste più semplici. Questa nuova organizzazione che permetterà all'ospedale, come accade in tutti gli altri Paesi europei, di occuparsi solo di malati gravi o in possibile pericolo di vita. Per non disperdere le risorse e per evitare che per le situazioni meno urgenti si arrivi ad aspettare oltre dodici ore. Roma è un esempio: la emdia di attesa è di 4 ore e mezza. Nel Lazio si contano circa due mi-

lioni di richieste al pronto soccorso, un milione e mezzo solo in città. Le ambulanze restano a lungo bloccate perché non si sa dove far accomodare il paziente vista la scarsità di personale e barelle. Un terzo dei mezzi, lo denuncia l'Ares 118, è costretto a fermarsi oltre il tempo dovuto.

Nel momento in cui i dottori di base terranno aperti i loro studi anche nel week end («Per disincentivare gli accessi inappropriati al pronto soccorso - parole del ministro della Salute Renato Balduzzi - è prioritario rafforzare i servizi territoriali con l'estensione dell'attività dei medici di famiglia») negli ospedali arriverebbero 2,5-5 milioni di persone in meno. «Riallineandoci - spiega Massimo Magnanti da vent'anni medico d'urgenza del S. Giovanni a Roma e presidente del Sindacato dell'emergenza sanitaria - agli altri Paesi. Purtroppo da noi il tempo di permanenza nell'area di prima accoglienza sta crescendo sempre di più. Siamo favorevoli a questa nuova organizzazione anche se resta il problema dei posti letto che troppo spesso mancano».

La riorganizzazione eviterà che, al pronto soccorso, arrivino tutte quelle persone che hanno disturbi curabili con un velocissima visita. Perché non esisterà più solo il medico di fiducia ma uno studio di fiducia formato da 5-6 professionisti che si alterneranno per sette giorni. «Soprattutto il sabato e la domenica - aggiunge Magnanti - dobbiamo affrontare una folla di gente con mal di gola, d'orecchie, di denti o macchie sulla pelle che danno pru-

rito. Patologie che non hanno nulla a che vedere con l'emergenza». Anche alle Regioni verrà chiesto di fare ciò che fino ad oggi non hanno fatto: il monitoraggio delle prestazioni che vengono erogate in emergenza-urgenza. Per il 2011, infatti, solo 15 su 21 hanno inviato i dati. Da quest'anno le Regioni che non invieranno le statistiche saranno penalizzate economicamente.

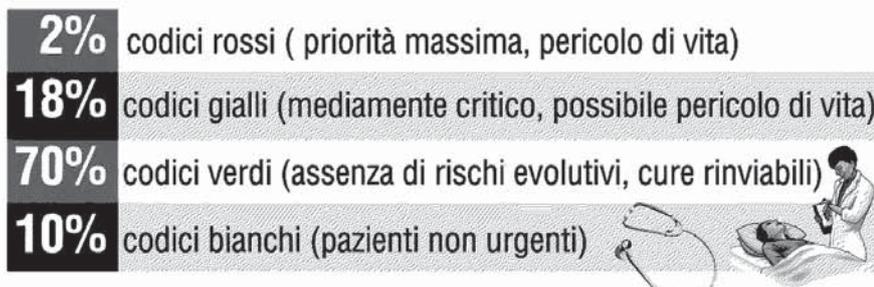
«Negli orari in cui il medico non ci sarà - è Giacomo Milillo segretario della Federazione medici di medicina generale a parlare - l'assistito potrà ricorrere ad altri dottori che fanno parte dello studio. Conoscono la sua storia clinica e sono in grado di seguirlo grazie alla cartella clinica elettronica che fa parte del progetto del Ministero». Raccolto in oltre 40 pagine diviso in 27 articoli. Mirati, nella maggior parte a distribuire in modo diverso le risorse sanitarie e a introdurre nuovi controlli sulla cassa e il fisco legato alle visite in intramoenia fatte fuori dagli ospedali. Per verificare quanti pazienti vengono visti e qual è il guadagno dei camici bianchi che non possono usufruire di uno studio accanto alla corsia. Secondo il testo che sarà discusso venerdì entro la fine dell'anno i medici dovranno svolgere anche la loro attività privata in ambienti della Asl o dell'ospede-



dale. A tredici anni dall'introduzione dell'intramoenia il **ministro Balduzzi** (protagonista della riforma quando il ministro era Rosy Bindi) vede, come ha detto, «il bicchiere mezzo pieno» dal momento che solo la metà delle strutture ha rispettato i diritti del cittadino organizzando la libera professione intramuraria come prevede la legge originale.

*Roma, si aspettano almeno 4 ore e mezza
Ambulanze ferme
mancano le barelle*

Così al pronto soccorso



Al reparto d'urgenza una richiesta su dieci è per il mal di gola

Il ministro Balduzzi: l'intramoenia solo in metà degli ospedali



Il tasso di litigiosità cresce del 300% l'anno. Legali e assicurazioni tentano la via transattiva

Malpractice mediche, è boom di contenzioso sanitario

Pagine a cura
 DI **FEDERICO UNNIA**

L'ultima sentenza in ordine di tempo a fare scalpore è della Corte d'appello di Torino che, ribaltando la sentenza di primo grado del Tribunale, ha condannato la Asl al pagamento di un mega risarcimento di quasi 2 milioni di euro per la responsabilità conseguente un errore compiuto da un medico (poi deceduto nelle more del procedimento) che iniettò un vaccino anti tetano e anti difterite in una bimba di 5 anni poi rimasta in come vegetativo. Oggi, la sfortunata ha 29 anni. La sentenza ha riconosciuto la responsabilità della Asl verso i cittadini e quindi l'obbligo di risarcire il danno.

Il tasso di litigiosità in sanità cresce del 300% l'anno

Un fatto unico, verrebbe da dire, ma non è così se si pensa che ogni anno sono oltre 40 mila le denunce penali presentate verso medici e strutture, il 90% delle quali risulta del tutto infondata. Ma il tasso della litigiosità cresce con in media di circa il 300% annuo. Con il conseguente rischio di un boom di analisi mediche difensive, ovvero decise dal medico al solo fine di scongiurare ogni possibile successiva contestazione, e una fuga generalizzata da parte delle compagnie di assicurazione che non intendono più assicurare strutture e medici.

Secondo il recente studio Sanità pubblica e assicurazioni, il Fair Price del rischio di medical malpractice, promosso da Aiba (Associazione italiana brokers assicurativi) e Consap (Concessionaria servizi assicurativi pubblici), nell'ultimo decennio il rapporto sinistri-premi si è attestato al 150% e solo nel 2010 i sinistri di competenza pagati hanno rag-

giunto la cifra di 800 milioni di euro contro premi incassati per 500 milioni.

«La responsabilità medica ha avuto una crescita importante, con passaggi giurisprudenziali e dottrinali di grande rilievo; al centro della travagliata relazione medico paziente domina l'interesse alla salute, comune a entrambi i soggetti della relazione, essendone uno il diretto titolare, l'altro il deputato, per il ruolo che riveste e la competenza, ad averne cura», spiega **Lorenzo Locatelli**, avvocato padovano che opera tradizionalmente a favore di ospedali, Case di cura, medici e sanitari in genere e delle loro compagnie di assicurazione in relazione ad ipotesi di malpractice. «Un rapporto di tipo cooperativo, teso ad incrementare il benessere del soggetto, attraverso un'attività che, però, espone quel bene al rischio di tradursi in danno: in tal senso, l'attività medica è da considerarsi tendenzialmente utile ma potenzialmente dannosa».

Come noto la materia ha assistito ad una profonda evoluzione. Non solo la maturazione della popolazione e la maggior consapevolezza, ma anche il fatto, tecnicamente e dal lato della colpa, che a differenza di un tempo, dopo un noto *revirement* giurisprudenziale avvenuto nel 2001, il paziente deve solo provare il contratto (o il contatto) e manifestare, allegandolo tecnicamente e in maniera qualificata, l'inadempimento del professionista, restando, poi, a carico del medico la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente; inoltre, in ambito civile, a differenza di quello penale, nella ricostruzione del nesso causale tra condotta e danno si utilizza un metodo percentuale basato sul principio del «più probabile che non» e non quello, più garantista, della «credibilità razionale».

Secondo **Renato Fedeli**, cofondatore dello **Studio asso-**

ciato Vergani & Fedeli, che assiste, in cause civili strutture ospedaliere, pubbliche e private, e medici, ricevendo i mandati dalle compagnie assicuratrici con cui i predetti soggetti stipulano polizze di Rc, «la materia ha subito un'evoluzione rapida e intensa, in verità in sintonia con l'evoluzione di tutta la responsabilità civile, sin dai primi anni 90, grazie soprattutto ai contributi giurisprudenziali e degli altri operatori del diritto. Il tema del diritto alla salute, già sviluppatosi nelle più classiche fattispecie in materia infortunistica quali i risarcimenti da incidenti stradali, ha trovato proprio nella responsabilità civile medica il crocevia ideale tra le istanze dei danneggiati e le esigenze di conseguire un livello di sempre maggiore sistematicità nella materia da parte della giurisprudenza». Inoltre la valorizzazione costituzionale del diritto alla salute che ha caratterizzato tutta la materia infortunistica in Italia «ha inevitabilmente determinato un "favor" per il paziente/danneggiato, tale da contribuire a un incremento dei contenziosi».

Cosa occorre fare per ridurre la conflittualità in materia? Se per Fedeli «l'esperienza della media conciliazione, introdotta recentemente, va salutata con favore, in quanto dall'esperienza maturata è emerso che ove l'approccio della struttura ospedaliera e della Compagnia riesce a mantenersi a livelli accettabili di professionalità e distacco, e si ha la possibilità di illustrare le modalità con cui si opera in concreto in presenza di un "claim", i risultati raggiunti sono spesso favorevoli per entrambe le parti», secondo **Nicola Todeschini**, avvocato specializzato nell'assistenza alle vittime di condotte mediche errate «la gestione del rischio sanitario è rimasto in larga parte una chimera, molti ne parlano, ma poche strutture sono in grado di applicare le regole del risk management. Deve

essere recuperato il significato dell'alleanza terapeutica, rifondandolo sul diritto del paziente a essere protagonista della cura. Va poi esercitato l'ascolto, le tattiche di chiusura, negare l'evidenza, ritenere che le spiegazioni e le scuse non vadano date significa solo acuire il disagio, stimolare la reazione, comprensibile, di chi si sente tradito».

Sarebbe favorevole a una disciplina ad hoc su cartella clinica elettronica e consenso informato? «A ogni piè sospinto se ne legge una di nuova», dice Todeschini: «prima la depenalizzazione, poi le richieste dei sindacati dei medici di scrivere una definizione di «colpa grave», come se gli artt. 1176 e 2236 cod. civ. non esistessero, ora la limitazione della responsabilità solo ai casi caratterizzati dalla colpa grave e nessuno si chiede se simili discriminazioni siano compatibili con la nostra Costituzione. Sono richieste allarmanti, che dimostrano la confusione che regna, e l'ignoranza delle regole. Il diritto del paziente ad autodefinirsi alla cura è scritto, dal 1948, nella nostra Carta costituzionale, è sufficiente avere voglia di leggerla con occhi coraggiosi e non miopi. Il vero rischio è rappresentato dalla timidezza degli eremeneuti accomodati morbida-mente sulle consuetudini».

Dalla cartella elettronica al consenso informato

Dalla cartella al consenso informato il passo è breve. «In questi anni in realtà v'è già stato un fiorire di regole per l'acquisizione del consenso soprattutto in ambito pubblico con linee guida, regolamenti e protocolli aziendali», sottolinea **Silvia Stefanelli**, partner dello **Studio legale Stefanelli** di Bologna. «Altre indicazioni sono venute dalla deontologia medica. Ecco, al di là delle prospettive normative, riscontro come la giurisprudenza sia ormai molto attenta non alla forma ma alla sostanza del processo informativo del paziente. Non basta dunque la sottoscrizione da parte del paziente di un modulo di consenso prestampato ed uguale per tutti i pazienti ma piuttosto è necessario che il

medico riesca a provare d'aver effettivamente consentito al paziente una scelta terapeutica il più possibile consapevole». «Credo molto nella mediazione in sanità», aggiunge la Stefanelli. «Reputo, infatti, che, contraria-

mente a quanto molti pensino, quello della mediazione sia un luogo d'incontro tra paziente e medico, che lavorando sugli interessi delle parti, possa portare ad un accordo soddisfacente per entrambe le parti. Un luogo nel quale risolvere la conflittualità per valorizzare i reali interessi delle parti. In sostanza rappresenta la possibilità di un nuovo incontro tra medico e paziente che può evitare una possibile lunga e sicuramente costosa causa in Tribunale. Per ottenere buoni risultati, in ogni caso, è necessario che il mediatore incaricato sia molto preparato sotto il profilo delle tecniche di mediazione ed abbia conoscenza della materia della responsabilità medica». In questa direzione lavora l'associazione **Consultcesi**, il cui presidente **Massimo Tortorella** annuncia a breve sviluppi normativi. «Occorre creare una cultura diversa, riportare il rapporto medico-paziente-familiari nel giusto consesso. Un aiuto può venire anche da norme specifiche. 3 disegni di legge sono in corso di presentazione e speriamo a breve di ufficializzarne il contenuto. Costituirebbero una buona base per ritornare a discutere anziché litigare e farsi causa».

— © Riproduzione riservata —

Supplemento a cura di **ROBERTO MILIACCA**
rmiliacca@class.it



Silvia Stefanelli



Massimo Tortorella



Lorenzo Locatelli



Renato Fedeli



Nicola Todeschini

Il ministro Balduzzi Liberalizzare la sanità va bene, privatizzare no

ROMA. «Fintanto che sarò io il ministro non ci sarà privatizzazione della sanità». Parola di **Renato Balduzzi** (nella foto), che spiega come le aperture al privato siano «nel senso di partnership pubblico-privato nell'edilizia sanitaria, per esempio». In tema di liberalizzazioni – evidenzia Balduzzi – «la nostra linea di politica sanitaria è quella di confrontarsi con le corporazioni e le lobby ma di non farsene automaticamente condizionare. Liberalizzare va bene, e significa non sottostare alle volontà protezionistiche delle categorie. «Per quanto riguarda l'attività *intramoenia*, che in alcune regioni non è stata regola-

ta, puntiamo – spiega Balduzzi – a creare assoluta trasparenza».

QUANTO alla tassa sulle bibite, Balduzzi ritiene che sia ragionevole: «Tre centesimi in più a bottiglietta costituirebbero un segnale ai consumatori, perché adottino comportamenti alimentari più sani. Ne ricaveremmo 250 milioni, da destinare al Fondo per le non autosufficienze, a garantire livelli di assistenza migliori».

GIACOMO MILILLO, segretario nazionale della Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg), annuncia intanto – riguardo al **decretone sulla salute** che sarà presentato da Balduzzi al prossimo Consiglio dei ministri

del 31 agosto – una svolta: il governo vorrebbe **andar oltre «il solo medico di famiglia»** e pensa a uno studio medico «di fiducia», aperto 24 ore su 24, sette giorni alla settimana. Affiancati al «medico di famiglia» infermieri e medici specialisti. E ogni studio sarebbe dotato di apparecchi diagnostici di base. ► **PAG. 3**



Il ministro spiega che «liberalizzare è non sottostare alle volontà protezionistiche delle categorie»

Balduzzi: privatizzare la sanità? Andiamo in tutt'altra direzione

E il medico di famiglia sarà disponibile giorno e notte anche la domenica

ROMA. «Fintanto che sarò io il ministro non ci sarà privatizzazione della sanità. Del resto nel governo nessuno ha messo in discussione questa linea». Parola di **Renato Balduzzi**, che spiega come le aperture al privato siano «nel senso di partnership pubblico-privato nell'edilizia sanitaria, per esempio».

In tema di liberalizzazioni «la nostra linea di politica sanitaria è quella di confrontarsi con le corporazioni e le lobby ma di non farsene automaticamente condizionare. Liberalizzare è non sottostare alle volontà protezionistiche delle categorie», spiega Balduzzi.

«Per quanto riguarda l'attivi-

tà *intramoenia*, che in alcune regioni non è stata regolata, puntiamo a creare trasparenza, un collegamento in rete con l'azienda sanitaria, così che non è importante dove la si fa, bensì che sia tracciabile, che non sia un modo per scavalcare le liste d'attesa, che si sappia quanti pazienti vedi, e il guadagno dei medici», prosegue il **ministro della Salute**. «Se questo è liberalizzare la sanità, la stiamo liberalizzando. Però il pubblico è regolatore».

In merito alla tassa sulle bibite, «non è la mia linea del Piave, però la trovo ragionevole: 3 centesimi in più a bottiglietta sono un segnale ai consumatori,

alle mamme e ai papà per un comportamento alimentare più idoneo», afferma Balduzzi. «Ne ricaveremmo 250 milioni di euro, che potrebbero essere destinati al fondo per le non autosufficienze o a livelli di assistenza essenziale».

Non più «solo» il medico di famiglia – secondo quanto spiega Giacomo Milillo, segretario Nazionale della Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg) – ma tutto uno studio medico «di fiducia», aperto 24 ore su 24, sette giorni alla settimana, con il contributo anche di altri professionisti come infermieri e medici specialisti e con apparecchi diagnostici

di base. Per Milillo è questo «l'importante progresso» che si avrà se nel decretone sulla salute che con tutta probabilità sarà presentato al prossimo consiglio dei ministri del 31 agosto dal **Ministro Renato Balduzzi**, «ci sarà anche la modifica all'art. 8 che noi auspichiamo dal 2006».

L'obiettivo primario di questa riorganizzazione, secondo Milillo, è quello di «spostare la Sanità vicino all'assistito», alleggerendo i Pronto soccorso e riducendo il ricorso alle strutture complesse solo quando strettamente necessario e indispensabile.

Il medico di famiglia diventa così un «medico della persona – aggiunge il segretario della Fimmg –. L'assistito continuerà ad avere il suo medico di scelta, ma all'interno di uno studio. E negli orari in cui il suo medico non c'è, l'assistito potrà ricorrere ad altri dottori che fanno parte dello studio, conoscono la sua storia clinica e sono in grado di seguirlo grazie alla cartella clinica elettronica che fa anch'essa parte delle proposte in atto. In pratica si pensa di poter andare verso aggregazioni di 15-20 medici, di cui 15 sono di scelta e 4-5 di continuità assistenziale, per esempio di guardia medica, per

consentire poi a tutti di essere di scelta. Auspichiamo che ad essi si affianchino anche altri professionisti, come infermieri e specialisti. Gli studi dovrebbero essere corredati anche di apparecchiature diagnostiche di base, per ridurre all'indispensabile il ricorso a strutture complesse».

Questo tipo di aggregazioni, aggiunge Milillo, in parte erano già previste nell'attuale convenzione, anche se non sono state attuate dalle Regioni. «Ci sono in corso sperimentazioni H12, qualche Regione sta anche pensando ad H16, con il 118 dalle 24 alle 8 per le emergenze». ◀



Il ministro della Sanità **Renato Balduzzi**



➔ POLITICA**LA GRANDE RIFORMA DELLA SANITA'****Medici di famiglia:
studi aperti 24 ore su 24**

► PESCARA

«Fintanto che sarò io il ministro non ci sarà privatizzazione della sanità». Parola del **ministro della Salute, Renato Balduzzi**, che spiega così la filoso-

fia della riforma della materia del suo decreto legge (ancora in bozza) che prevede interventi su professione medica, farmaci, bevande e patologie legate al gioco d'azzardo. Intanto il manager della Asl di

Teramo, Giustino Varrassi, dice in un'intervista al «Centro»: «Ho 23 milioni di attivo».

■ ALLE PAGINE 2 E 3

Medici di famiglia sempre in servizio

Sanità, il **ministro Balduzzi** vara la riforma: multe anti-fumo e tasse per chi produce bibite con edulcoranti

► ROMA

«Fintanto che sarò io il ministro non ci sarà privatizzazione della sanità. Del resto nel governo nessuno ha messo in discussione questa linea».

Parola del **ministro della Salute, Renato Balduzzi**, che in un'intervista pubblicata ieri da *Repubblica* spiega così la filosofia degli interventi di riforma previsti nella bozza di decreto legge che sarà portato al consiglio dei ministri previsto per il 31 agosto. Interventi sulla professione medica, i farmaci, le bevande e le patologie legate al gioco d'azzardo.

«In tema di liberalizzazioni, spiega Balduzzi, «la nostra linea di politica sanitaria è quella di confrontarsi con le corporazioni e le lobby ma di non farne automaticamente condizionare. Liberalizzare è non sottostare alle volontà protezionistiche delle categorie».

Ma vediamo nel dettaglio quali sono le principali novità contenute nella bozza del decreto legge del **ministro della Salute**. Tassa straordinaria per

tre anni per i produttori di bibite analcoliche con zuccheri aggiunti ed edulcoranti e di superalcolici, allo scopo di finanziare parte dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria (Lea) e il fondo per la non autosufficienza. Giro di vite su vendita di tabacchi ai minori. La ludopatia viene considerata una vera e propria malattia (in alcuni casi è prevista la impignorabilità dei beni), con tanto di divieto di installazione di apparecchi dedicati al gioco d'azzardo nel raggio di 500 metri da scuole, centri giovanili, strutture residenziali o semiresidenziali operanti in ambito sanitario o socio assistenziale, luoghi di culto. Nella bozza di decreto si parla anche di revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale, per escludere dalla rimborsabilità farmaci non più di interesse per il Servizio sanitario nazionale. Passaggio di consegne tra l'Istituto superiore di sanità e Aifa. Passeranno, infatti, all'Agenzia del farmaco tutte le competenze sulla sperimentazione clinica

dei medicinali, che ad oggi sono attribuite anche all'Iss. Viene dato spazio anche alla semplificazione delle procedure di registrazione dei medicinali omeopatici.

Bibite. Il decreto prevede di tassare i produttori di bevande analcoliche zuccherate e superalcolici, per finanziare parte dei Lea e il fondo per la non autosufficienza. Il **ministero della Salute** prevede un contributo straordinario per scoraggiare il consumo di alcuni alimenti dannosi per la salute, soprattutto quella dei minori. Il modello di tassazione (250 milioni l'anno è l'introito previsto) sarà simile a quello previsto dalle autorità francesi e cioè di 7,16 euro per ogni 100 litri immessi sul mercato per la preparazione delle bevande con zuccheri aggiunti o analcoliche con edulcoranti di sintesi. Gli introiti derivanti dall'imposta saranno vincolati e destinati al finanziamento dei nuovi Lea. In Italia i consumi di bevande analcoliche, che comprendono bevande

de gassate, sport drink, energy drink e bevande alla frutta sono tra i più bassi rispetto agli altri Paesi europei. Dai dati forniti dall'Associazione di categoria, risulterebbe che il volume complessivo superi in Italia 3.5 miliardi di litri. Un'estensione della tassazione e' prevista per i superalcolici: a carico dei produttori saranno 50 euro per ogni 100 litri immessi sul mercato. Il volume di mercato dei superalcolici, secondo i dati del **ministero della Salute**, si aggira intorno ai 48 milioni di litri.

Ludopatia e gioco d'azzardo. Il decreto prevede anche una possibile impignorabilità dei beni per chi, affetto dalla sindrome del gioco d'azzardo, intraprende un percorso di riabilitazione. Divieto di installazione di apparecchi e macchine da gioco in un raggio di 500 metri da istituti scolastici e altri luoghi frequentati da giovani, strutture residenziali o semiresidenziali operanti in ambito sanitario o socio assistenziale, luoghi di culto. Con apposita ordinanza motivata, il sindaco potrà inoltre disporre, per una durata massima di 30 giorni, la chiusura o la limitazione dell'orario di apertura e chiusura degli esercizi commerciali, dei locali o, comunque, dei punti di offerta dei giochi, nelle aree comunali interessate da rilevanti fenomeni di ludopatia. Misure, queste, volte a dissuadere e prevenire dai rischi derivanti dal gioco d'azzardo. Si prevede poi che possano essere stabiliti ulteriori limiti con decreto del Viminale, di concerto con il Tesoro e il **ministero della Salute**. Il prefetto, inoltre, con ordinanza motivata, potrà disporre l'impignorabilità dei beni del soggetto affetto da gio-

co d'azzardo a patto che questo sia disposto a sottoporsi alle cure necessarie, per il tempo necessario alla conclusione del giudizio di interdizione o inabilitazione, così come all'adozione di provvedimenti urgenti

previsti dal Codice civile. Con questo provvedimento si riconosce, così, la ludopatia come una vera e propria malattia. Infine, l'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni dovrà indicare possibili soluzioni tecniche per precludere l'accesso, per via telefonica o telematica,

ai prodotti da gioco da parte dei minorenni.

Tabacco. Saranno previste sanzioni amministrative da 250 a mille euro per la vendita di sigarette ai minori e da 500 a 2mila euro nell'ipotesi di reiterazione della trasgressione. Le misure proposte in tema di vendita e somministrazione dei prodotti del tabacco - si sottolinea nel provvedimento - non comportano oneri per la finanza pubblica, ma già nel breve periodo introiti, derivanti dalle sanzioni. Il fumo di tabacco è considerato uno dei principali fattori che incrementano la spesa del Servizio sanitario nazionale, per le patologie ad esso connesse.

Farmaci. Il decreto prevede anche la revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale per escludere dalla rimborsabilità farmaci non più di interesse per il Servizio sanitario nazionale. Obiettivo alla base del provvedimento - secondo quanto si apprende è quello di ridurre il prezzo di quei farmaci analoghi con costo di terapia molto più alto rispetto ad altri equivalenti e non coperti da brevetto.

Sperimentazione clinica dei

farmaci. Passeranno all'agenzia del farmaco, l'Aifa, le competenze sulla sperimentazione clinica dei medicinali che fino a oggi sono attribuite anche all'Istituto superiore di sanità. Obiettivo della razionalizzazione è quello di limitare il proliferare dei comitati etici. E' prevista, inoltre, la pubblicazione online della documentazione sugli studi clinici.

Farmaci omeopatici. La riforma prevede di semplificare le procedure di registrazione dei medicinali omeopatici per garantire la qualità e l'adeguatezza delle relative officine di produzione ai fini di tutela della salute pubblica.

«Per quanto riguarda l'attività intramoenia dei medici», ha spiegato il **ministro Balduzzi**, «che in alcune regioni non è stata regolata, puntiamo a creare trasparenza, un collegamento in rete con l'azienda sanitaria, così che non è importante dove la si fa, bensì che sia tracciabile, che non sia un modo per scavalcare le liste d'attesa, che si sappia quanti pazienti vedi, e il guadagno dei medici. Se

questo è liberalizzare la sanità, la stiamo liberalizzando. Però il pubblico è regolatore». In merito alla tassa sulle bibite, «non è la mia linea del Piave, però la trovo ragionevole: 3 centesimi in più a bottiglietta sono un segnale ai consumatori, alle mamme e ai papà per un comportamento alimentare più idoneo. Ne ricaveremmo 250 milioni di euro», conclude Balduzzi, «che potrebbero essere destinati al fondo per le non autosufficienze o a livelli di assistenza essenziale».

(cr.re.)



LE NOVITA' DELLA RIFORMA

MEDICI

Studi aperti 24 ore su 24

BIBITE

Saranno tassati i produttori di superalcolici e di bibite analcoliche con zuccheri aggiunti o con edulcoranti di sintesi 7,16 euro per ogni 100 litri immessi sul mercato.

Intritoito previsto di 250 milioni l'anno

TABACCO

Sanzioni amministrative da 250 a 1.000 euro per la vendita di sigarette ai minori e da 500 a 2.000 euro in caso di reiterazione della trasgressione



LUDOPATIA E GIOCO D'AZZARDO

Divieto di installazione di macchine da gioco in un raggio di 500 metri da istituti scolastici e luoghi frequentati da giovani, strutture residenziali operanti in ambito socio-sanitario, o socio-assistenziale e luoghi di culto. Non possono essere pignorati i beni di chi, affetto dalla sindrome del gioco d'azzardo, intraprenda un percorso di riabilitazione

FARMACI

Revisione del Prontuario farmaceutico nazionale per escludere dalla rimborsabilità i farmaci non più di interesse per il servizio sanitario nazionale

QUANTI MEDICI IN ITALIA

	MEDICI DI MEDICINA GENERALE	ADULTI RESIDENTI PER MEDICO DI MEDICINA GENERALE
V. D'AOSTA	93	1.182
PIEMONTE	3.450	1.125
LIGURIA	1.378	1.046
LOMBARDIA	6.544	1.282
VENETO	3.563	1.178
PROV. AUT. BOLZANO	256	1.626
PROV. AUT. TRENTO	397	1.108
FRIULI V. G.	1.008	1.073
EMILIA ROMAGNA	3.221	1.168
TOSCANA	3.034	1.072
UMBRIA	764	1.021



	MEDICI DI MEDICINA GENERALE	ADULTI RESIDENTI PER MEDICO DI MEDICINA GENERALE
MARCHE	1.284	1.061
LAZIO	4.894	989
CAMPANIA	4.335	1.130
ABRUZZO	1.115	1.043
MOLISE	274	1.032
PUGLIA	3.305	1.059
BASILICATA	515	1.000
CALABRIA	1.490	1.165
SICILIA	4.202	1.024
SARDEGNA	1.388	1.061
ITALIA	46.510	1.114

■ FONTE: MINISTERO DELLA SALUTE

