

# LAVORO & PROFESSIONE

A PAG. **20** **FISCO.** La vendita dello studio e del pacchetto clienti formano reddito Irpef  
 A PAG. **21** **PREVIDENZA.** Pensione a 70 anni: i nuovi coefficienti per il contributivo  
 A PAG. **23** **CASSAZIONE.** Asl condannata a pagare le cure ormonali al detenuto transessuale

In un incontro con i sindacati dei medici di base il ministro Balduzzi promette un intervento del Governo

## Cure primarie, voglia di decreto

Sul riordino pesano però l'incognita del «Patto 2013-2015» e gli altolà delle Regioni

Il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, non rinuncia all'idea di un "decreto Sanità" da presentare entro fine luglio. E anzi accarezza l'idea di inserirci un pacchetto sulle cure primarie, come ha rivelato ai sindacati dei medici di base convocati al ministero il 9 luglio, e interventi sulla responsabilità professionale. Misure da "concordare" almeno in via ufficiosa con le Regioni, che sull'assistenza territoriale vogliono avere voce in capitolo, se non l'assoluto controllo. Per questo l'intera partita è appesa al filo degli incontri sulla spending review e del futuro del Patto sulla salute.

Balduzzi ha accolto i rappresentanti dei medici di base con due documenti: da un lato quello sulla riforma dell'articolo 8 del Dlgs 502/1992, concordato con le sigle dal suo predecessore **Ferruccio Fazio**; dall'altro quello firmato

dai sindacati lo scorso aprile al tavolo tecnico ministeriale (si veda Il Sole-24 Ore Sanità n. 15/2012) che riconosceva la necessità di introdurre il ruolo unico e l'accesso unico per tutti i professionisti convenzionati con il Ssn, di ristrutturare il compenso per separare la remunerazione dell'attività da quella dei fattori di produzione e di far passare alla dipendenza i medici del 118. Ma anche elementi più organizzativi come l'integrazione mono e multiprofessionale, il profilo dei distretti come «sedi territoriali di riferimento» e la creazione di tavoli aziendali e regionali per l'integrazione ospedale-territorio.

Il ministro ha chiesto ai sindacati di integrare inviandogli ulteriori proposte. E i medici hanno apprezzato la mano tesa. «Siamo soddisfatti dell'incontro e speriamo che finalmente si concretizzino i contenuti su cui tutti abbiamo con-

cordato per rifondare la medicina generale», sottolinea **Giacomo Milillo**, segretario della Fimmg, il maggior sindacato dei generalisti. La misura minima efficace per cambiare pagina, per Milillo, è il ruolo unico: «Consente la modulazione della continuità dell'assistenza e la riunione nella stessa persona di attività oraria e fiduciaria. Confidiamo nella capacità del ministro di adoperarsi anche perché possa essere prevista una riapertura della trattativa per il rinnovo della convenzione a costo zero».

Plaude allo sforzo di Balduzzi anche **Salvo Cali**, segretario Smi: «È positivo che non si faccia tabula rasa di quanto già discusso finora nei diversi tavoli ministeriali e anche con i precedenti Governi ed è importante che il ministro recepisca una proposta storica dello Smi come quella del ruolo unico». Ma per lo Smi è necessario preve-

dere un tassello in più - il tempo pieno - «altrimenti sarà un'opera incompleta e destinata a fallire perché non è più possibile immaginare una riorganizzazione delle cure primarie in cui operino medici di serie A e altri di serie B».

A chiedere un «serio intervento di riorganizzazione strutturale del territorio e delle cure primarie» è pure la Fp Cgil medici. «Mai tanto indispensabile quanto oggi - osserva **Nicola Preiti**, responsabile medicina convenzionata - in tempi di spending review e di aggressiva deospedalizzazione».

Per capire se il "decreto" si farà resta da vedere quali sono i margini di manovra del ministro, sia nei confronti delle Regioni sia all'interno del Governo. Settimane calde, non solo per l'afa.

**Manuela Perrone**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### UNA RICERCA DEL GISAP EVIDENZIA LA NECESSITÀ DI UNA DEFINIZIONE

## «Ma che cosa intendiamo per assistenza primaria?»

Quando parlano di assistenza primaria i professionisti del territorio pensano soprattutto a se stessi: la declinano in funzione del proprio ruolo e del proprio vissuto. È questa la principale indicazione emersa da una ricerca condotta dal Gisap - Gruppo indipendente per lo studio dell'assistenza primaria - somministrando un questionario a 849 medici e pediatri di base.

I risultati della prima parte dell'indagine sono stati illustrati a Roma l'11 luglio dall'economista **Federico Spandonaro** dell'Università di Tor Vergata durante il convegno "Di cosa parliamo quando parliamo di assistenza primaria". La più corretta definizione di «assistenza primaria» per il campione intervistato coincide con la medicina di famiglia (46%) e con l'assistenza ambulatoriale e domiciliare (26%). Le donne e i giovani tra i 25 e i 35 anni assegnano un ruolo più significativo alla medicina di iniziativa.

Ogni categoria tende a definire l'assistenza primaria in funzione della propria attività (ambulatorio e cure domiciliari per i Mmg; primo accesso per i medici di continuità assistenziale). Oltre il 90% degli interpellati ritiene che la medicina generale rappresenti l'ambito di erogazione dell'assistenza primaria per eccellenza, come anche l'assistenza ambulatoriale e la pediatria di libera scelta per circa l'80% del campione. Vanno considerati come luogo di erogazione però anche l'assistenza domiciliare (80%), quella residenziale (50%) e l'emergenza territoriale (40%). Il servizio di ex medicina dei servizi ed ex medicina scolastica per la maggior parte non viene considerato ambito di assistenza primaria. La confusione regna sul ruolo dei consultori: fanno parte dell'Ap per il 27% dei medici, non ne fanno parte per il 29 per cento.

In cima alla classifica dei fattori ostativi alla realizzazione dell'assistenza primaria svetta l'eces-

so di burocratizzazione (20,3%). Seguono il (de)finanziamento del Ssn (16%) e la mancanza di collaborazione tra i professionisti (10,1%). Nelle posizioni intermedie figurano i fattori politici, strutturali e di responsabilizzazione. Alle ultime posizioni i fattori economici (legati agli incentivi) e culturali.

Il Gisap ha fornito il proprio contributo presentando, attraverso il presidente **Maria Concetta Mazzeo**, un Manifesto in cui si tenta una definizione «aperta»: «L'assistenza primaria si identifica e qualifica in processi assistenziali caratterizzati dai seguenti elementi: chi, cosa, come, quando, dove che a volte (spesso) si sovrappongono tra loro. Il cuore dell'assistenza primaria si raggiunge alla massima intensità di espressione degli elementi che la costituiscono. Il cosa: olistico. Il dove: a domicilio. Il quando: lifelong. Il come: la presa in carico. Il chi assistito: partecipativo. Il chi operatore: dotato di una formazione specifica».