



**Comitato Regionale Marche  
IL PRESIDENTE**

San Benedetto del Tronto, 01 novembre 2012

Gent.mo Sig. Sindaco e Presidente della Conferenza dei Sindaci, Giovanni Gaspari.

Mi permetto di richiamare la Sua attenzione sulla recente legge di riforma dell'art.8 del Decr.Legl. 502/92 e s.m.i. , relativa alla riforma delle Cure Primarie ( cosiddetto decreto **Balduzzi**) che è stato approvato in questi giorni in via definitiva dalle Camere con il voto del Senato.

Questa riforma è nata dalla volonta' di dover assicurare una presenza h24, sette giorni su sette, dei medici di Assistenza Primaria (medicina generale-medici di famiglia, di Continuità Assistenziale—ex guardia medica, emergenza 118) sul territorio, dopo un travagliato iter sindacale e politico che ha visto, e vede, molti esponenti del sindacalismo medico, fra cui lo **S.N.A.M.I.** secondo sindacato della Medicina Generale, e del mondo della società civile fortemente critici.

Le nostre osservazioni, come sindacato medico, sono legate al fatto che la riforma, per avere la disponibilità h 24, rivoluziona totalmente il rapporto fra il medico di famiglia e i suoi assistiti, che, è bene ricordarlo, sono pazienti che scelgono il loro medico per un rapporto di fiducia e di lui si fidano, mediante la creazione sul territorio ( distretto sanitario) di mega associazioni multi professionali – Unità Complesse di Cure Primarie - (medicina generale, guardia medica, specialistica ed emergenza 118) che raccolgono un bacino di utenza di almeno 30.000 abitanti.

Mega strutture nelle quali si garantirebbe, sia l'ambulatorio del medico di famiglia che le guardie notturne festive e prefestive.

Questo potrebbe comportare la chiusura dei singoli studi dei medici di famiglia che, come tutti sanno, sono dislocati in maniera capillare.

Si avrebbe, a nostro avviso, un gravissimo peggioramento dell'assistenza socio – sanitaria, di cui, nei piccoli comuni, i medici di famiglia sono il motore essenziale.

Quindi, a conti fatti, una ulteriore difficoltà di accesso al livello sanitario locale da parte della popolazione locale e delle fasce cosiddette “deboli” ( anziani, bambini, invalidi ecc) per servire una logica di “accentramento” che è diametralmente opposta a quella dell'avvicinamento dei servizi essenziali alla popolazione residente.

Le stesse perplessità di organizzazione e distruzione del rapporto medico paziente si hanno, a guardar bene, anche nelle grandi e medie città, laddove si pensi agli anziani, alle distanze, alle difficoltà di spostamento, alle difficoltà di parcheggio ecc..

In queste strutture si potrebbero poi creare, dal punto di vista organizzativo, le stesse criticità che esistono in altri campi e nello stesso distretto sanitario. Infatti, per l'organizzazione del lavoro, il proprio medico non potrà essere più accessibile, liberamente, come avviene adesso, ma attraverso un appuntamento.

Potrebbe non essere garantita, in tempo reale, la fruizione di eventuali prestazioni specialistiche, in quanto le stesse, comunque dovranno essere prenotate con i soliti tempi di attesa, vanificando, nei fatti, l'utilità stessa dell'aggregazione che ha come scopo la riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso.

Noi avevamo proposto di integrare funzionalmente, gli studi dei medici di famiglia con i distretti sanitari, con l'apertura degli studi, attraverso un meccanismo di rotazione concordata, h 12 e il funzionamento del distretto come "hub" per le urgenze e la consulenza specialistica avviata dal medico di famiglia in modo da ridurre drasticamente le liste di attesa e di avere, quasi in tempo reale, la risoluzione dei dubbi diagnostici e terapeutici. Senza stravolgere il territorio e mantenendo il rapporto medico paziente e la capillarità degli studi medici.

Invece si è preferito questa sorta di "centralizzazione" del territorio che, lungi dal risolvere il problema degli accessi impropri al Pronto soccorso, di fatto, distrugge il rapporto medico paziente ed elimina in moltissimi piccoli comuni e nelle stesse grandi città l'unico presidio sanitario liberamente accessibile che è lo studio del medico di famiglia.

Nello scusarmi per la lunghezza della lettera la esorto, se vuole, ad incontrarci coinvolgendo, in qualità di Presidente della Conferenza dei Sindaci, gli altri Primi Cittadini della Provincia Di Ascoli Piceno.

Distinti Saluti

Il Presidente Provinciale SNAMI  
Dr. Filippo Capriotti

Il Presidente Regionale SNAMI  
Dr. Francesco D'Accardi



Dr. Filippo Capriotti  
Medico Chirurgo  
Cod. Fisc. 0057 C/P

Decreto Balduzzi. Anche il Senato approva. Il testo finale e la sintesi delle norme

31 ottobre 2012 - L'Aula di Palazzo Madama ha approvato in via definitiva il ddl di conversione del decreto sanità. Il testo non ha subito modifiche ulteriori ed è dunque identico a quello approvato due settimane fa dalla Camera. Cure primarie, intramoenia, responsabilità professionale, Lea, farmaci. Ecco come cambieranno. Tutte le norme, articolo per articolo.

#### RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE (ART. 1)

L'assistenza territoriale. Arrivano gli ambulatori H24 con medici e infermieri.

Le regioni organizzano l'assistenza primaria secondo modalità operative monoprofessionali denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e forme organizzative multiprofessionali denominate unità complesse di cure primarie (UCCP) che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Ssn, degli infermieri, delle ostetriche, delle tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. Le unità complesse di cure primarie sono costituite in 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. Le unità complesse operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le regioni, attraverso sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria nonché la partecipazione attiva all'implementazione della ricetta elettronica.

Le aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e le unità complesse di cure primarie (UCCP) erogano l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Ssn. Le Regioni possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, prevedere la presenza, nelle medesime strutture sulla base della convenzione nazionale, anche di personale dipendente del Ssn in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza.

---

Camera dei deputati -PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali.

Avverto che i presidenti dei gruppi parlamentari Unione di Centro per il Terzo Polo, Partito Democratico e Lega Nord Padania ne hanno chiesto l'ampliamento senza limitazioni nelle iscrizioni a parlare, ai sensi dell'articolo 83, comma 2, del Regolamento.

Avverto, altresì, che la XII Commissione (Affari sociali) si intende autorizzata a riferire oralmente.

Il relatore, onorevole Barani, ha facoltà di svolgere la relazione.

**LUCIO BARANI, (Pdl)** Relatore. Signor Presidente, signor Ministro, preannuncio fin d'ora che chiederò alla Presidenza, alla fine del mio intervento, l'autorizzazione a consegnare la mia relazione scritta; svolgerò ora una breve sintesi del lavoro duro e nobile che la Commissione affari sociali, presieduta dal presidente Palumbo, che ringrazio, dal 19 settembre ha avuto modo di svolgere discutendo e approvando proposte emendative (circa un centinaio, delle oltre 900 proposte, tra emendamenti e subemendamenti, che abbiamo dovuto vagliare con la collega Livia Turco). Vorrei pubblicamente ringraziare il Ministro, che è sempre stato vicino ai due relatori e si è sempre confrontato con noi e con i colleghi della Commissione. Era già un buon testo quello del decreto-legge, ma quello in esame è venuto un testo veramente importante, per elevare la qualità di vita e per il raggiungimento degli obiettivi dei livelli essenziali di assistenza.

Entrando nel merito di questi sedici articoli, si è partiti dalla riorganizzazione delle cure primarie per le quali, con il Ministro, noi relatori siamo arrivati a presentare un emendamento, interamente sostitutivo, avente ad oggetto la riorganizzazione di alcuni fondamentali aspetti del Servizio sanitario nazionale. Si tratta di un **profondo ridimensionamento dell'offerta assistenziale di tipo ospedaliero** e più in generale, a causa della contrazione delle risorse destinate al sistema sanitario nazionale, abbiamo fatto in modo che vi fosse una riorganizzazione di quelle che sono le cure primarie, l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria, promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, con i servizi ospedalieri e prevedendo forme di organizzazione monoprofessionali, la rete anche dei pediatri a livello territoriale, o multiprofessionali, ovviamente degli specialisti, del personale dipendente del Servizio sanitario e del personale che ha dei rapporti con il Servizio sanitario, come la guardia medica, e,

ovviamente, oltre i pediatri di libera scelta anche i medici di medicina generale.

Abbiamo anche cercato di trovare una soluzione dei medici in formazione, che abbiamo trovato. **Quindi, con queste riorganizzazioni noi crediamo di aver portato avanti una rivoluzione copernicana nella sanità, nel senso che non vi è più un rapporto paziente-medico, ma un rapporto paziente-strutture multidisciplinari, aggregazioni.**

Si tratta di strutture di aggregazione dove si possono trovare risposte in ogni momento (diurno, festivo e prefestivo) e fare da filtro ai pronto soccorso e agli intasamenti degli ospedali.