

Tempeste autunnali all'orizzonte per la medicina generale

Nuvole invernali incombono sul cielo della sanità italiana e della medicina generale in particolare. La manovra d'estate ha ridotto le risorse per il Ssn, bloccato contratti e convenzioni fino al 2012 e aperto un insanabile conflitto tra centro e periferia su finanziamenti e modelli di gestione. Una promessa di maltempo che arriva anche dal confronto tra MG e innovazione: se ai medici si chiede di prepararsi senza più rimandi alla certificazione online, la pubblica amministrazione riapre il cantiere della tessera sanitaria nonostante ingenti somme e famose intelligenze si siano spese negli ultimi 10 anni per rendere questo strumento omogeneamente disponibile e operativo per tutti i cittadini.

Monica Di Sisto

Sicuramente la notizia peggiore per i Mmg è arrivata con l'articolo 9 della manovra d'estate con cui il Governo ha deciso che non ci sarà nessun rinnovo di contratti e convenzioni del personale con il Ssn fino al 2012. Il Ssn, per di più, sarà soggetto al blocco del turn over fino al 2015. Un atteggiamento punitivo, quello dimostrato dal Governo nei confronti della categoria, considerato che, per esempio, all'articolo 10, quando si affronta il tema delle invalidità, non soltanto si prevede un numero minimo di 100 mila verifiche nel 2010, che dovrà salire a 250 mila nel 2011. Si annuncia, infatti, che saranno puniti più duramente i medici che certificano false invalidità, o presunte tali. Oltre alle sanzioni e alle responsabilità penali e disciplinari già previste, secondo la manovra il medico che certifica una falsa invalidità sarà obbligato al risarcimento del danno nei confronti della società assicuratrice.

La MG, per di più, potrà dimenticare le richieste di finanziamenti straordinari *ad hoc* che da anni chiede ai Governi centrali e locali per raccogliere davvero la sfida di una gestione *full optional* del paziente sul territorio. Il Fondo sanitario nazionale, infatti, potrà contare su 550 milioni di euro in meno a partire da subito, cioè dal 2010, sulla base dei risparmi derivanti dalle misure previste all'interno del testo. Un taglio netto che

nel 2011 crescerà fino a 600 milioni di euro. Sarà la Conferenza Stato-Regioni a decidere che cosa e come tagliare, considerato però il principio generale contenuto dalla manovra secondo cui alle Regioni "virtuose" sarà richiesto un sacrificio minore. Nonostante i rapporti tra centro e periferia siano congelati da mesi, le regole dei tagli dovranno essere messe in campo al più presto. La manovra prevede infatti che in caso di mancata deliberazione della Conferenza entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge - per gli anni successivi entro il 30 settembre - viene emanato entro 30 giorni il decreto del presidente del Consiglio con una riduzione dei trasferimenti realizzati secondo un criterio proporzionale.

Le perplessità di sindacati e Regioni

Una rappresentanza intersindacale dei medici dipendenti e convenzionati si è incontrata prima della pausa estiva dei lavori istituzionali con alcuni rappresentanti della Conferenza Stato-Regioni. **Vasco Errani**, per l'Emilia Romagna, **Romano Colozzi** per la Lombardia e **Luca Colletto** per il Veneto non hanno potuto che confermare il generale rammarico caricato dall'assenza di emendamenti utili a preservare l'integrità del Ssn e dei livelli essenziali di assistenza. Il livello della spesa sanitaria pubblica è inferiore a quel-

lo dei principali Paesi europei: 6.7% del Pil nel 2007, a fronte di una media dei Paesi con sistemi di sicurezza sociale (Francia, Germania, Austria) dell'8.1% e una media dei Paesi scandinavi con sistemi universalistici del 7.3%, certificato dall'Ocse nell'ultimo rapporto *Oecd Health Data 2009*. Anche rispetto al resto del settore pubblico, la sanità mostra livelli di *performance* soddisfacenti. Nel 2009, per esempio, la spesa pubblica primaria totale è cresciuta del 4.9%, mentre la spesa sanitaria pubblica è cresciuta solo dell'1.9%, secondo quanto confermato dalla severa Relazione Annuale sul 2009 della Banca d'Italia. Eppure la sanità continua ad essere il salvadanaio dei risparmi per il bilancio centrale: riusciranno i Governatori a reggere ancora a lungo le pressioni di cittadini e categoria, spaventati dall'incerto futuro che incombe su cure e occupazione.

Certificati online

Se non bastassero le tensioni suscitate dalla manovra, il ministro per l'Innovazione **Renato Brunetta** ha acceso il gossip estivo, gettando il cuore oltre l'ostacolo: dopo la metà di settembre, come previsto, finirà la fase sperimentale della certificazione di malattia online e si farà sul serio. L'annuncio di stop ad ogni - pur promessa - ulteriore proroga all'entrata

in vigore del nuovo sistema non poteva che gettare nello sconforto l'intera categoria: "chi non avrà ottemperato alla legge - ha tuonato infatti il ministro - subirà le sanzioni previste", che vanno dal deferimento disciplinare al licenziamento per i dipendenti e alla perdita della convenzione per i Mmg. Da Roma è stata inviata sollecitazione personale a tutti i presidenti delle Regioni per assicurarsi di accelerare la distribuzione alle Asl dei pin di accesso al sistema che si dovranno assegnare ai singoli medici. Secondo Brunetta saremmo a oltre un terzo di pin già distribuiti e operativi e a ben 148mila documenti inviati da parte dei medici già nel sistema a solo 4 mesi dal suo avvio. Dopo la verifica effettuata con il presidente dell'Inps, **Antonio Mastrapasqua**, e con la Sogei, la società fornitrice del software di riferimento, con l'entrata in esercizio del call center per tutti quei medici che non potranno usare la certificazione online, i lavoratori pubblici e privati, circa 17 milioni di persone, potrebbero certificare la malattia direttamente dal medico curante, con un risparmio per la pubblica amministrazione di almeno 500 milioni l'anno.

In realtà, stando alle reazioni della categoria, non sarebbe tutto così semplice come prefigurato dal ministro. "Non è un problema di incentivi economici ai medici, ma di investimenti che consentano al sistema una efficienza tale da garantire che l'auspicato risparmio economico non avvenga a discapito del tempo dedicato all'assistenza, con danni sull'efficienza facilmente prevedibili anche se non contabilizzabili facilmente", ha obiettato a Brunetta il segretario nazionale della Fimmg, **Giacomo Milillo**. La Fimmg ha attivato un indirizzo email per raccogliere tutte le osservazioni dei colleghi che stanno provando a inviare i certificati per via telematica. Alcuni riferiscono che la procedura, una volta avviata, è agevole, altri hanno cronometrato fino a sette minuti il tempo di collegamento necessario a produrre la certificazione. Sono ancora presenti blocchi di sistema: quelli rilevati sono standard di funzionamento non an-

cora compatibili con l'attività assistenziale dei Mmg e soprattutto con l'immediatezza richiesta per la certificazione di malattia. Ci sono in campo variabili che i medici non possono governare tramite consulenti tecnici che la categoria non si può permettere di offrire a un sistema che sia inefficiente. La carenza più grave, secondo il presidente Snami **Angelo Testa**, però è attribuibile al sistema di blocco dell'*account* dopo tre immissioni errate della *password*; che costringe l'utente a recarsi alla Asl di competenza per reperire delle nuove credenziali. Infine, ma non ultimo nelle preoccupazioni dei medici, deve essere risolto il problema dei costi aggiuntivi che si devono sopportare per adeguare i loro programmi informatizzati di gestione delle schede sanitarie. L'intera categoria, secondo le stime Fimmg, sarebbe esposta a ulteriori oneri stimabili in circa "60 milioni di euro".

■ Verso il fai-da-te?

Se a conti fatti sfumano, così, le speranze dei Mmg di vedere partire quanto prima le trattative per il nuovo ACN, è chiaro che tutte le attenzioni (e le speranze) della categoria si appuntano sul riempire di contenuti sostenibili e soddisfacenti le trattative regionali, nonostante la maggior parte degli aumenti dopo il rinnovo sia stata già attribuita dal livello nazionale. Una buona notizia però arriva dalla Sicilia che, dopo cinque anni, ha chiuso in pieno agosto la contrattazione regionale dell'Air, sanando la vacanza del passato accordo. Lo sbilancio della spesa sanitaria regionale, il Piano di rientro cui ha fatto seguito la legge regionale 5/2009 di riforma del sistema sanitario siciliano, non facevano sperare per il meglio. E invece, l'accordo regionale, che avrà validità fino al 2011, arriva a sanare contenziosi economici che risalgono in alcuni casi anche al 2005. L'accordo prevede nuovi compiti per i Mmg. Si punta al potenziamento di tutte le attività di assistenza primaria, al rafforzamento dell'associazionismo in cambio di una maggiore presenza e reperibilità dei Mmg per

un numero di ore al giorno superiore rispetto al passato (tutti i giorni, dalle 8:00 alle 20:00). Numerosi e innovativi i vantaggi introdotti: il riconoscimento di un'integrazione di 2 euro l'ora per chi lavora, soprattutto in continuità assistenziale (CA), nelle isole minori, riconosciute come zone disagiatissime, nonché il pagamento del trasporto per le stesse e una peculiare formazione. L'incremento di 2 ore settimanali, che si aggiungono alle 4 ore di *plus* orario del 2004, con il vincolo che il budget per lo stesso sia assegnato in funzione dei medici di CA della azienda (precedentemente era stato assegnato per quota capitarla, creando squilibri fra le varie Asl), con la possibilità inoltre che le ore risultanti in esubero siano ridistribuite fra coloro che aderiscono a tale attività. Questo incremento, che corrisponde a circa il 10% del monte ore lavorativo di base, è legato a specifici progetti, di cui *in primis* i Punti di Primo Intervento (P.P.I.), strutture ambulatoriali diurne, attrezzate con strumentario uniforme e completo, personale infermieristico e integrazione con gli specialisti ambulatoriali, con il compito di assistere e intercettare a livello distrettuale i tanti codici bianchi e verdi che intasano gli ospedali. Ma dall'estremo opposto dello Stivale, negli stessi giorni, arrivavano notizie che non ispirano la stessa fiducia. Il presidente della Provincia di Bolzano, **Luis Durnwalder**, ha infatti annunciato, che ricorrerà contro la sentenza che rendeva nulla la sua decisione di aumentare unilateralmente il massimale dei Mmg della sua provincia da 1.000 a 1.500, proprio per motivi di risparmio e adducendo come argomento di sostegno la scarsa produttività dei "suoi" medici. La Fimmg al riguardo ha fatto sapere di non voler interferire negli accordi periferici, pur avendo sostenuto il ricorso vincente alla magistratura, poiché tali accordi sono utili a rispondere alle esigenze di ciascuna realtà locale, ma non si può permettere che stravolgano completamente la cornice nazionale dell'ACN. Qualcosa però ci fa presagire che questi confronti concitati saranno sempre più frequenti.

La tessera sanitaria va in pensione

Mentre a tutto il Ssn il Governo chiede di stringere ancora la cinghia, non rinuncia però a investire altri 20 milioni di euro a partire dal 2011 per mandare in pensione, dopo solo 6 anni dalla sua introduzione, la più recente delle certificazioni elettroniche italiane, la più diffusa: la tessera sanitaria (TS). E c'è di più: alla nuova tessera, con microchip, chiamata tessera sanitaria carta nazionale dei servizi (TS-CNS), potrebbero essere affidate funzioni molto delicate. Oggi la tessera, insieme alla prescrizione del medico curante, è indispensabile per ritirare in farmacia i medicinali o per effettuare visite specialistiche e analisi di laboratorio alle condizioni previste dal Ssn, anche all'interno dell'Unione Europea. Domani, stando a quanto prevedono alcuni progetti pilota, potrebbe servire non soltanto a gestire il Fascicolo sanitario elettronico (Fse) dei pazienti, croce e delizia della nuova Convenzione, o la prenotazione delle visite mediche, ma persino la scelta e revoca elettronica e indolore del medico di famiglia. Ma il nostro Paese è davvero pronto per questo?

La manovra estiva ha posto sul tavolo un cospicuo gruzzolo per tradurre in concreto un decreto *ad hoc* del ministero per l'Innovazione che ha recentemente incassato il parere favorevole della Conferenza Stato-Regioni. Il vecchio sogno di riunire in un solo *chip* tutte le nostre informazioni sensibili risale al 1999 quando queste funzioni le avrebbe dovute svolgere la Carta d'identità elettronica (CIE). Purtroppo la soluzione tecnica adottata si rivelò molto complessa e i tempi di attuazione del progetto abissalmente superiori al previsto. Da questa constatazione nacque l'idea, promossa dal Ministro per l'Innovazione, di separare l'identificazione anagrafica dall'accesso alla rete, dando vita pertanto a una seconda carta, provvisoria, molto semplice, dotata solo di

quest'ultima funzione: era nata la Carta nazionale dei servizi (CNS). Siamo nel 2004. Le norme iniziali stabilivano che la CNS poteva essere emessa da qualunque Pubblica Amministrazione, fatto che ha portato all'emissione da parte di diverse amministrazioni regionali e comunali di svariate CNS, collegate ciascuna ai propri specifici sistemi di circolazione informatica dei servizi offerti ai cittadini nei più svariati ambiti: fiscali, sociali, di pubblica amministrazione.

Quasi contemporaneamente alla CNS nasce la TS, sotto l'egida primaria del Ministero dell'Economia e delle finanze (MEF), introdotta nel nostro sistema normativo dall'articolo 50 della Legge 326/03 (*Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici*). Questo articolo, che è dedicato al monitoraggio della spesa sanitaria, introduce un nuovo tipo di ricetta, un nuovo dispositivo - la TS, appunto - e nuovi tipi di procedure informatiche che, partendo dal medico, dal farmacista, dagli istituti di ricovero e da ogni altra struttura di erogazione dei servizi sanitari, per progressiva aggregazione del flusso dei dati, consentono al MEF e alle singole Regioni di avere una valutazione accurata delle spese e di conseguenza di poter effettuare i dovuti controlli. La norma stabilisce che la TS debba riportare il Codice fiscale come "unico requisito necessario per l'accesso alle prestazioni a carico del Ssn", e assegna al MEF il compito di definire, per decreto, le caratteristiche della TS. Si noti che la TS va a sostituire il tesserino plastificato con il codice fiscale emesso con un provvedimento che risale al 1983.

Il coordinamento tra la TS e le altre due carte è pressoché nullo: nella legge c'è solo una generica previsione di un graduale assorbimento della TS nella CIE o nella CNS. In realtà, non si tratta proprio di pro-

blemi simili: mentre sembra facile attribuire alla TS anche le funzioni tipiche della CNS, inserire la TS dentro la CIE crea, stando ai pareri dei tecnici del settore che da anni ne dibattono nei forum dedicati, problemi gestionali paralizzanti: un ulteriore caso di burocratizzazione della materia, già di per sé non semplice.

L'apertura alle tessere regionali

C'è un'ulteriore complicazione: l'articolo 50 della legge aprì anche a soluzioni equivalenti alla TS realizzati in ambito regionale, purché gli "standard tecnologici e di efficienza ed effettività risultino non inferiori a quelli realizzati in attuazione del presente articolo". In questa ottica, varie Regioni, in modo autonomo, probabilmente a causa di un'insofferenza per il controllo centrale, hanno preso l'iniziativa di emettere delle Tessere sanitarie regionali (TSR), dotate anche di funzioni simili a quelle della CNS, compatibili con lo standard comunitario. Per questo le CNS di Lombardia, Sicilia, Friuli Venezia Giulia e Toscana sono riconosciute dal decreto come carte nazionali. Infine, per quanto riguarda l'applicazione della TS al controllo della spesa sanitaria, il MEF ha avviato sperimentazioni in Abruzzo, Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Campania, Marche, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria. Funzioni che dovrebbero anch'esse essere standardizzate a livello nazionale.

I governatori hanno segnalato, per questo, il rischio di "pesanti ricadute economiche" nella gestione del passaggio di consegne da una card all'altra. Un rischio incombente visto che entro fine anno sono in scadenza 16 milioni di tessere sanitarie e il decreto assegna alle Regioni la facoltà di chiedere al ministero dell'Economia la generazione e progressiva consegna delle nuove carte dei servizi in occasione del processo di riemissione massiva delle tessere sanitarie in scadenza.

Basteranno i 20 milioni stanziati, per di più solo dal prossimo anno, a parare il colpo?