



Ministero della salute

Ufficio Legislativo

Senato Commissione Igiene e sanità

2 ottobre 2015, ore 13.30

Audizione del Ministro della salute per acquisire informazioni in merito alle condizioni di erogabilità e alle indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale

Sig.ra Presidente e Sig.ri Senatori,

Vi ringrazio per l'invito che mi avete rivolto perché mi consente di fare, anche davanti a questa Commissione, un po' di chiarezza su di un tema di estrema delicatezza, quale è quello della appropriatezza prescrittiva, che costituisce l'oggetto di intervento del Decreto ministeriale, il cui contenuto avrò modo di illustrare più avanti.

Permettetemi, però, di esprimere, come cittadino, prima ancora che come Ministro, tutta la mia amarezza per il modo in cui è stato presentato, non solo dagli organi di stampa ma anche da certa parte degli operatori del settore sanitario, il provvedimento in argomento.

Si è parlato di tagli alle prestazioni, di concreto pericolo per il diritto alla salute dei cittadini, si è arrivati, persino, ad affermare che i malati

oncologici non avrebbero potuto più fruire delle prestazioni di chemioterapia.

Trattasi di affermazioni gravissime che, oltre a dimostrare una profonda “ignoranza”, intesa nel senso etimologico del termine ovvero di non conoscenza del provvedimento, hanno creato allarme, per non dire sconcerto e preoccupazione nei nostri concittadini.

Nessuno, e sottolineo nessuno, può permettersi di giocare con la salute dei cittadini; nessuna rivendicazione sindacale e nessun timore, come vedremo del tutto immotivato, di possibili sanzioni può giustificare che si arrivi ad affermare che un Ministro della salute voglia privare i cittadini di un diritto costituzionalmente garantito, quale è la salute.

Premessa di carattere generale

Il *buon funzionamento* di ogni sistema sanitario, tradotto in termini di efficacia, efficienza, equità e tenuta economica si rapporta, sempre più spesso, alla capacità di determinare e identificare le cure necessarie, minimizzando i fenomeni di inappropriatazza.

La responsabilità di tutelare il servizio sanitario nazionale, che costituisce il principale dovere di un Ministro della salute, pone, infatti, la necessità di focalizzare alcune priorità tra cui la valutazione dell'efficacia, la riorganizzazione delle modalità e dei *setting* di erogazione delle cure, la realizzazione di meccanismi di integrazione e coordinamento ai vari livelli del sistema nonché la continua interazione con i medici ed i pazienti.

L'aumento dei costi sanitari, inoltre, contestualmente all'esigenza di promuovere qualità e sicurezza, colloca la valutazione dell'appropriatazza al centro delle politiche sanitarie nazionali, regionali e locali.

L'appropriatezza delle cure costituisce la base per compiere le scelte migliori sia per il singolo paziente che per l'intera collettività.

Il ricorso inappropriato ad alcune prestazioni rappresenta un fattore di notevole criticità in grado di minare alle fondamenta la sostenibilità del sistema e la sua equità.

Il ruolo dei professionisti, *in primis* dei medici, che operano sul campo è fondamentale per raggiungere livelli sempre più elevati di appropriatezza clinica ed organizzativa; ecco perché ritengo che esso vada promosso e valorizzato, e che il percorso iniziato con il provvedimento in esame debba necessariamente essere compiuto condividendone metodo e merito con i medici, principali attori di questa riforma.

Il concetto di appropriatezza

Secondo il dizionario Zingarelli della lingua italiana è "appropriato" ciò che risulta adeguato (ad esempio a una circostanza), preciso (ad esempio in risposta a determinati bisogni), calzante (soprattutto con riferimento a espressioni verbali o linguistiche), opportuno (aggiungendo ai significati precedenti una sfumatura di buon senso o buon gusto).

In generale, al centro del concetto risiede dunque l'idea che un'espressione verbale o un comportamento, ma anche un'azione, una scelta, una decisione, sia appropriata quando risulti "adatta, conveniente, giusta" per la situazione in cui si verifica.

Nell'ambito dei servizi e dell'assistenza sanitaria il concetto di appropriatezza è ben individuato dall'art.1, comma 7, del d.lgs n.502 del 1992 che recita: "Sono posti a carico del SSN le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di

rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate” l’articolo continua escludendo dalle prestazioni a carico del SSN quelle che non soddisfano il principio dell’efficacia e dell’appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili; in termini più specifici, una cura può considerarsi appropriata quando sia associata a un beneficio netto o, più precisamente, quando è in grado di massimizzare il beneficio e minimizzare il rischio al quale un paziente va incontro quando accede a determinate prestazioni o servizi. Inoltre, nella storia naturale di qualunque condizione o trattamento, è possibile fissare un punto *prima del quale* è inappropriato intervenire o fornire un servizio e, analogamente, è possibile fissare un punto *oltre il quale* un servizio diventa inappropriato, in gran parte a causa della perdita di benefici in quella determinata fase di malattia o di bisogno di assistenza.

Sintetizzando, possiamo affermare che l’appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente, fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.

L’appropriatezza è, pertanto, una dimensione della qualità dell’assistenza e, data la sua complessità e multidimensionalità, sono molti i termini ad essa correlati, quali efficacia, efficienza, equità, necessità clinica.

L’**efficacia** nella pratica clinica (*effectiveness*) è costituita dal “grado in cui i miglioramenti di salute raggiungibili sono effettivamente raggiunti”; ad essa si affianca il concetto di “efficacia teorica” (*efficacy*), “l’abilità della scienza e della tecnologia sanitaria di produrre miglioramenti nella salute quando usate nelle condizioni più favorevoli”.

L'equità è la capacità del sistema di rispondere ai bisogni di gruppi e singole persone, sulla base dei possibili benefici, indipendentemente da fattori quali l'età, l'etnia, il genere, la disabilità, il livello socioeconomico e la scolarità.

L'efficienza considera il rapporto tra risorse impiegate e intervento erogato, considerando anche le modalità di applicazione delle risorse.

La **necessità clinica** rappresenta uno dei modi in cui l'appropriatezza è stata spesso descritta e può essere definita come *“quello di cui un paziente ha bisogno per sottrarsi a conseguenze negative sulla propria salute”*.

Analogamente, il concetto di appropriatezza è stato collegato a quello di **servizi necessari o critici**, intesi come quelli destinati a un *“paziente in determinate condizioni tali da indurre il medico a effettuare un certo trattamento, poiché il non farlo costituirebbe una scelta deleteria per la salute del paziente”*.

Il contesto

Tutti gli operatori sanitari, in primo luogo i medici, riconoscono apertamente che molte prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale sono eseguite nell'ambito del Servizio sanitario nazionale pur in assenza delle specifiche condizioni cliniche o di rischio che renderebbero necessaria e/o comunque giustificata la loro erogazione.

Basta fare una semplice ricerca sulla rete *internet* con le parole-chiave *“appropriatezza”* e *“prestazioni”* per trovare traccia di numerosissimi convegni e congressi di tutte le società scientifiche e di tutti i sindacati e associazioni di categoria dei professionisti sanitari dedicati a questo tema.

Dicevo che, a parere di tutti, molte prestazioni sono, dunque, prescritte in maniera “inappropriata”.

I motivi di questo fenomeno sono diversi:

- la cd. “medicina difensiva” (un comportamento di tipo cautelativo che induce il medico a prescrivere prestazioni diagnostiche e terapeutiche non strettamente necessarie alla salute del paziente, per evitare addebiti di responsabilità nell’eventualità dell’instaurarsi di un contenzioso per colpa medica); al proposito, ricordo che, al fine di trovare una soluzione al problema della c.d. medicina difensiva che contemperi, da un lato, l’esigenza dei professionisti sanitari ad operare in serenità e, dall’altra, le legittime aspettative di giustizia dei pazienti per i casi effettivi di c.d. “mala sanità”, ho istituito un’apposita Commissione consultiva, le cui conclusioni sono state messe a disposizione del Parlamento che sta lavorando, presso la Commissione XII della Camera dei Deputati ed in piena sintonia con il mio Ministero, ad un organico intervento normativo sul tema;
- la tendenza ad assecondare le richieste dei pazienti, spesso di natura consumistica, al fine di evitare di perdere, per così dire, l’assistito;
- la semplice necessità di effettuare ricerche “ad ampio raggio” per individuare la causa di un malessere o di un disagio.

Questo fenomeno è causa di diverse conseguenze gravemente negative, in primo luogo, per gli stessi cittadini e, secondariamente, per il Servizio sanitario nazionale:

- sottopone i cittadini a esami inutili, nel senso di “non utili”, che, peraltro, possono rivelarsi, in alcuni casi, dannosi per la loro salute;
- fa lievitare in modo ingiustificato i costi dell’assistenza, sottraendo risorse preziose ad altri settori di assistenza (es. farmaci innovativi);

- fa allungare a dismisura i tempi di attesa per accedere alle prestazioni;

L'intesa Stato-Regioni del 2 luglio 2015 e l'art.9-quater del decreto legge n. 78/2015 convertito dalla legge n.125 del 2015

Al fine di porre rimedio a tali criticità, il Ministero della salute e le Regioni hanno convenuto sulla necessità di adottare misure per la riduzione delle prestazioni inappropriate erogate in regime di assistenza specialistica ambulatoriale.

In particolare, il punto B.1 dell'Intesa sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni lo scorso 2 luglio, recita:

B.1. Riduzione delle prestazioni inappropriate di assistenza specialistica ambulatoriale

1. Si prevede che con decreto ministeriale da adottare, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, entro 30 giorni dall'entrata in vigore dell'atto legislativo in attuazione della presente intesa, siano individuate le condizioni di erogabilità e le indicazioni prioritarie per la prescrizione appropriata delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ad alto rischio di inappropriatazza, di cui al decreto ministeriale 22 luglio 1996. Al di fuori delle condizioni di erogabilità le prestazioni sono a totale carico dell'assistito. All'atto della prescrizione, il medico riporta sulla ricetta l'indicazione della condizione di erogabilità o indicazione prioritaria.

2. Gli enti del SSN curano l'informazione e l'aggiornamento dei medici prescrittori nonché i controlli obbligatori, necessari ad assicurare che la prescrizione delle prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale sia conforme alle condizioni

di erogabilità ed alle indicazioni prioritarie di cui al comma 1 e che il ricettario del Servizio sanitario nazionale non sia utilizzato per la prescrizione di prestazioni specialistiche in assenza delle condizioni indicate. Qualora dal controllo risulti che un medico abbia prescritto a carico del SSN una prestazione senza osservare le condizioni e le limitazioni citate, l'ente del SSN, dopo aver richiesto al medico le ragioni della mancata osservanza, ove ritenga insoddisfacenti le motivazioni rese, adotta i provvedimenti di competenza, applicando, nei confronti del medico dipendente del SSN, una riduzione del trattamento economico accessorio, nel rispetto delle procedure previste dal Contratto Collettivo Nazionale di settore e della legislazione vigente, e nei confronti del medico convenzionato con il SSN, una riduzione, mediante le procedure previste dall'Accordo Collettivo Nazionale di riferimento, delle quote variabili dell'Accordo collettivo nazionale di lavoro e dell'accordo integrativo regionale.

3. La mancata adozione da parte dell'ente del SSN dei provvedimenti di competenza nei confronti del medico prescrittore comporta la responsabilità del Direttore Generale ed è valutata ai fini della verifica dei risultati di gestione e della realizzazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, assegnati al medesimo dalla Regione.

4. Conseguentemente, le Regioni o gli enti del SSN ridefiniscono i tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale interessati dall'introduzione delle condizioni e indicazioni di cui al presente punto e stipulano o rinegoziano i contratti. Per l'anno 2015 le regioni o gli enti del Servizio sanitario nazionale rideterminano il valore degli stessi contratti in modo da ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale privata complessiva annua, di almeno l'1% del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014."

Il contenuto dell'Intesa è stato "ratificato" con le disposizioni di cui all'articolo 9-*quater*, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, c.d. "decreto-legge Enti Locali.

Pertanto, il Ministero della salute ha dato seguito alla previsione di legge predisponendo lo schema di decreto che, nel mese di agosto 2015, è stato sottoposto alla valutazione del Consiglio Superiore di Sanità, massimo organo consultivo del Ministero di natura tecnico-scientifica.

I precedenti studi sull'appropriatezza prescrittiva

La bozza di provvedimento prende le mosse dai lavori preparatori di aggiornamento dell'elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, condotti ai fini della revisione del dPCM 29 novembre 2001 di "Definizione dei livelli essenziali di assistenza". Tali lavori si sono svolti in più fasi:

- Negli anni 2003 - 2007 un Gruppo di lavoro composto da rappresentanti del Ministero della salute e delle Regioni ha raccolto e analizzato le proposte della FISM (Federazione delle società scientifiche) ed ha prodotto una proposta di aggiornamento a seguito di confronti diretti con esperti ed esponenti delle Società scientifiche stesse;
- Negli anni 2008-2010 un Gruppo di esperti di fiducia del Ministro *pro-tempore* ha contribuito alla stesura della proposta di aggiornamento e alla individuazione di specifiche condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza, in particolare nell'area della diagnostica per immagini, sulla base della documentazione scientifica disponibile;

- Nel corso del 2014 ha operato un Gruppo di lavoro che, per adempiere all'impegno di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, assunto con il Patto per la salute 2014-2016, ha provveduto ad aggiornare le prestazioni incluse nelle aree a maggior tasso di evoluzione scientifica e tecnologica, in collaborazione con esperti regionali ed esponenti di società scientifiche;

- Nel corso del 2015, le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva, già individuate dai Gruppi di lavoro sopra citati per le prestazioni incluse nel "nuovo" Nomenclatore, sono state riferite, ove possibile, alle prestazioni incluse nel vigente nomenclatore (dm. 22 luglio 1996), al fine di contribuire al recupero di appropriatezza prescrittiva previsto dalla manovra di contenimento della spesa sanitaria per il 2015.

- Come detto, nel mese di agosto 2015, l'elenco è stato sottoposto al Consiglio Superiore di sanità che ha espresso il primo parere nelle sedute del 14 e 25 settembre; preciso che lo stesso Consiglio sta, proprio in questi giorni, ulteriormente valutando e approfondendo la tematica e siamo in attesa di un ulteriore parere.

Il reiterato esame del provvedimento da parte del massimo Organo tecnico-scientifico della Sanità italiana dimostra, se ve ne fosse ancora bisogno, l'attenzione con la quale ho voluto fosse esaminato il provvedimento in argomento.

Quanto alla interlocuzione con la classe medica, evidenzio che lo schema del provvedimento, come sopra detto, è stato illustrato a tutti i sindacati e le associazioni di categoria, una prima volta anteriormente all'esame da parte del Consiglio Superiore della Sanità e, da ultimo, durante

l'esame del testo da parte dell'Organo tecnico-scientifico, con invito alla classe medica di fare pervenire le proprie valutazioni e le proposte di modifica ovvero di integrazione del contenuto del provvedimento.

Lo schema di provvedimento:

Lo schema di decreto ministeriale riguarda **202 prestazioni** di specialistica ambulatoriale su oltre 1700 contenute nel vigente nomenclatore (D.M. 22 luglio 1996) per le quali vengono proposti due tipi di vincolo:

1. CONDIZIONI DI EROGABILITA' - Definiscono le specifiche circostanze riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi, in assenza delle quali la prestazione specialistica risulta inappropriata e non può essere erogata nell'ambito e a carico del Servizio sanitario nazionale.

2. INDICAZIONI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA - Definiscono le specifiche circostanze in assenza delle quali la prestazione, comunque erogabile nell'ambito e a carico del Servizio sanitario nazionale, risulta ad alto rischio di inappropriatezza. Rappresentano indicazioni per aiutare il medico prescrittore nella prescrizione appropriata e forniscono alle Asl/Regioni elementi conoscitivi per governare il sistema.

Nessuna limitazione è stata introdotta per le visite specialistiche

Nello specifico i livelli di appropriatezza riguardano:

A) PRESTAZIONI DI ODONTOIATRIA: già il d.lgs. 1992 stabiliva che sono erogabili a carico del SSN "i programmi di tutela della salute

odontoiatrica **nell'età evolutiva** e l'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di **particolare vulnerabilità (sanitaria e sociale)**". Tutte le Regioni hanno già dato seguito a questa previsione e identificato autonomamente le condizioni di erogabilità. Il dm si limita a omogeneizzare le condizioni già applicate, definendo esplicitamente i criteri utilizzati e specificando per ciascuna prestazione quali sono i soggetti beneficiari (minori fino a 14 anni, vulnerabili per motivi sanitari, vulnerabili per motivi sociali), lasciando comunque alle Regioni il compito di fissare le soglie di reddito o di ISEE che discriminano la vulnerabilità sociale.

B) PRESTAZIONI DI GENETICA: si tratta di prestazioni molto onerose che vengono prescritte da specialisti ed eseguite una sola volta nella vita. Con il decreto saranno **riservate alla diagnosi di specifiche malattie genetiche, alla conferma della natura genetica di determinate malattie o condizioni, all'accertamento del rischio di sviluppare una malattia genetica nei familiari di soggetti affetti**. Ciò significa che non sarà più possibile prescriverle per una generica mappatura del genoma o a fini di ricerca.

C) PRESTAZIONI DI ALLERGOLOGIA: si prevede che alcuni test allergologici e le immunizzazioni (cosiddetti vaccini) siano prescritti solo a seguito di visita specialistica allergologica.

D) LABORATORIO: il provvedimento riguarda:

1. alcune prestazioni di basso costo (il cui importo spesso è già coperto dall'assistito non esente col ticket) per le quali vengono descritte condizioni di erogabilità (non si possono prescrivere per generici "follow-up" ma solo in base a precise indicazioni cliniche); l'esempio più chiaro è rappresentato dal "**Colesterolo**" "eseguibile su tutti i soggetti di età superiore ai 40 anni e nei soggetti con fattori di rischio cardiovascolare o familiarità per dislipidemia o eventi

cardiovascolari precoci” ma “ in assenza di valori elevati, modifiche dello stile di vita o interventi terapeutici, l’esame è da ripetere a distanza di 5 anni”.

2. prestazioni specifiche per la diagnosi ed il monitoraggio di specifiche patologie (es test del sudore per la fibrosi cistica).

E) TAC E RMN. Si tratta di prestazioni di costo medio/elevato, per le quali si indicano puntualmente le condizioni di erogabilità appropriate, contrassegnate da un punteggio (da 0 a 10) che indica il livello di appropriatezza valutata in base alla documentazione scientifica nazionale e internazionale. Il provvedimento riguarda esclusivamente **TAC e RMN degli arti e della colonna per un totale di 10 prestazioni** e alla loro individuazione hanno contribuito esponenti di rilievo della disciplina. In molti casi si esplicita che l’esame è indicato in caso di “reperto dubbio ai **prioritari esami RX**”. Nel caso della “RM muscoloscheletrica” (di spalla, braccio, gomito, articolazione coxo-femorale, ecc.) si specifica chiaramente che l’esame è inappropriato nei quadri di degenerazione artrosica. Si ritiene che la prescrizione di tali prestazioni secondo i livelli di appropriatezza proposti possa contribuire anche a ridurre le liste di attesa.

F) PRESTAZIONI DI MEDICINA NUCLEARE. Si tratta di 6 prestazioni di interesse assolutamente specialistico (PET, radioterapia stereotassica, irradiazione cutanea con elettroni) per le quali vengono definite condizioni di erogabilità e indicazioni prioritarie legate a patologie gravi di tipo neoplastico.

Alcune considerazioni

Dall'esame analitico delle prestazioni oggetto del provvedimento è di tutta evidenza come, in nessun caso, le limitazioni introdotte possono rappresentare un rischio per il diritto alla salute dei cittadini.

In particolare, per la radiologia diagnostica (TAC e RM), la selezione che ha portato a fissare condizioni/indicazioni solo per gli esami rivolti all'apparato osteo-articolare evidenzia la chiara volontà di limitare l'intervento agli ambiti in cui l'iperprescrizione e l'inappropriatezza sono più evidenti e diffuse (ad esempio per la **RM della spalla** il dm specifica che l'esame "non è indicato inizialmente, ma solo dopo Rx negativa, ecografia positiva e test di laboratorio probanti per la malattia artritica"; in altre parole, per un sospetto di artrosi non serve la RM ed è più appropriata una RX). Con la stessa logica sono state individuate le altre prestazioni oggetto dell'intervento.

L'obiettivo non è quindi, come affermato in alcuni interventi pubblicati sulla stampa e non solo, quello di limitare il numero delle prestazioni ambulatoriali erogate dal SSN per meri fini di riduzione della spesa, costringendo così i cittadini a rivolgersi ad erogatori privati a pagamento; l'obiettivo è quello di evitare, in primo luogo, ai cittadini di sottoporsi ad alcuni esami che non servono a migliorare la loro salute e, solo in secondo luogo, lo spreco di risorse per il SSN e per gli stessi cittadini.

Sul tema delle sanzioni per i medici

L'art. 9-quater del decreto-legge n. 78/2015, convertito in legge n. 125/15, di cui il provvedimento in esame costituisce mera attuazione, prevede che:

“In caso di un comportamento prescrittivo non conforme alle condizioni e alle indicazioni di cui al decreto ministeriale previsto dal comma 1, l’ente richiede al medico prescrittore le ragioni della mancata osservanza delle predette condizioni ed indicazioni. In caso di mancata risposta o di giustificazioni insufficienti, adotta i provvedimenti di competenza, applicando al medico prescrittore dipendente del SSN una riduzione del trattamento economico accessorio, nel rispetto delle procedure previste dal contratto collettivo nazionale di settore e dalla legislazione vigente, e nei confronti del medico convenzionato con il SSN, una riduzione, mediante le procedure previste dall’accordo collettivo nazionale di riferimento, delle quote variabili dell’accordo collettivo nazionale di lavoro e dell’accordo integrativo regionale”.

Prima di svolgere alcune considerazioni su questo punto, desidero fare una premessa.

La previsione di sanzioni per il caso di comportamento prescrittivo non conforme alle condizioni ed alle indicazioni di cui al decreto ministeriale (che, come tra poco vedremo, deve essere abituale e quindi non isolato) è stata una esplicita richiesta delle Regioni e non del Governo; dirò di più, la richiesta originaria delle Regioni era stata quella di prevedere una sanzione di tipo patrimoniale per i medici; in altre parole, si voleva, da parte delle Regioni, che il medico, “cattivo-prescrittore” rispondesse del proprio operato davanti alla Corte dei Conti.

A questa richiesta mi sono fermamente opposta in quanto ritenevo e ritengo che l’intervento in tema di appropriatezza prescrittiva non debba essere connotato da alcun intento punitivo nei confronti dei medici ma che, al contrario, debba essere visto come uno strumento messo a disposizione della classe medica per arginare un fenomeno che danneggia, non solo i pazienti e il sistema sanitario, ma anche la stessa categoria.

Fatta questa doverosa premessa, rilevo che una lettura attenta della norma, più sopra riportata, consente di mettere in evidenza alcuni elementi:

1. Si fa riferimento al “comportamento prescrittivo” del medico e non alla singola prescrizione. La formulazione utilizzata lascia chiaramente intendere che, in sede di verifica delle prescrizioni, le Asl prenderanno in considerazione solo i casi in cui le prescrizioni di un medico sono abituamente in contrasto con le condizioni/indicazioni di appropriatezza. Non verrà sanzionata, quindi, la prescrizione che, ancorché inappropriata, sia occasionale o riferita a sporadici casi particolari.

2. Il medico avrà tutte le possibilità di spiegare i motivi del suo “comportamento prescrittivo” e solo nei casi in cui non sarà in grado di fornire giustificazioni adeguate, in un confronto tecnico-scientifico con altri medici, del proprio abituale comportamento prescrittivo “inappropriato” si potrà avviare un procedimento che, nel rispetto delle procedure previste dai contratti di lavoro, potrà portare ad una riduzione del salario accessorio.

Gli elementi illustrati descrivono, dunque, un percorso che garantisce sostanzialmente, e non solo formalmente, la piena tutela dei diritti dei medici.

A conferma, peraltro, della volontà di avviare un processo culturale a favore dell’appropriatezza, che coinvolga in prima persona la classe medica, lo schema di intesa, che accompagna il decreto e che sarà anch’essa esaminata dalla Conferenza Stato-Regioni, prevede che:

- gli enti del Servizio sanitario nazionale attivino iniziative formative e informative, forniscano strumenti e definiscano procedure

per favorire la prescrizione appropriata delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;

- con successivo accordo in Conferenza Stato/Regioni saranno individuati i criteri e le modalità per verificare che il comportamento prescrittivo dei medici sia conforme alle condizioni e alle indicazioni di appropriatezza di cui al presente accordo.

Tutto ciò al precipuo fine di stabilire modalità di applicazione del provvedimento uniformi su tutto il territorio nazionale e non penalizzanti per i medici.

Gli effetti finanziari del decreto

Da ultimo e proprio per evidenziare anche plasticamente che l'intervento di cui parliamo non aveva e non ha una primaria finalità di risparmio di spesa, essendo, invece, volto alla migliore tutela del diritto della salute dei cittadini, fornisco qualche dato sugli effetti finanziari del provvedimento.

Complessivamente, si stima che la limitazione delle prestazioni ai soli casi in cui le prestazioni stesse sono effettivamente appropriate, e quindi utili e non dannose per i cittadini, possa portare ad una minore spesa per il servizio sanitario nazionale di circa **106** mln di euro.

Tale importo, considerato l'ammontare di circa 110 miliardi del FSN nel 2015, rappresenta circa lo 0,1 % del Fondo stesso.

Conclusioni

Riassumendo, ribadisco con forza i seguenti concetti:

1) Il D.M. contiene le tabelle relative alle condizioni e alle indicazioni di appropriatezza di circa 200 prestazioni; l'applicazione dello stesso compete alle Regioni; il Governo ha chiesto che sia convocata una Conferenza Stato-Regioni per stabilire modalità di applicazione del provvedimento uniformi su tutto il territorio nazionale e non penalizzanti per i medici.

2) **Per i cittadini non cambia nulla**; le circa 200 prestazioni, che, ribadisco, sono ancora all'esame tecnico-scientifico del Consiglio Superiore di Sanità verranno, comunque, assicurate secondo le indicazioni che i medici, in scienza e coscienza e sotto la propria responsabilità, riterranno di dover dare; il medico potrà quindi, sempre e comunque, motivare la necessità di sottoporre il paziente agli esami; solo eventuali e macroscopici abusi potranno essere sanzionati. Gli esami inappropriati non dovrebbero essere prescritti in quanto possono essere, oltre che costosi, anche dannosi per i pazienti.

3) Nel medio periodo, l'alleanza con i medici sul tema dell'appropriatezza prescrittiva, unitamente ad una riorganizzazione del sistema sanitario da parte delle Regioni, ci consentirà anche di risolvere l'annoso problema delle liste di attesa.

4) Il D.M. mira a combattere gli sprechi, determinati anche dagli esami inappropriati, ed a recuperare risorse da reinvestire sempre nel settore della sanità.

5) Sto portando avanti una continua interlocuzione con i medici perché sono fermamente convinta che essi rappresentino il fulcro e il fondamento del sistema sanitario; siamo tutti consapevoli che è grazie all'impegno e agli enormi sacrifici dei medici che è stato garantito, in

questi anni difficili, il mantenimento dei livelli di efficienza del sistema sanitario medesimo.