

Roma, 25 settembre 2015

Prot. GM/2015/429

In considerazione della richiesta di contributo a seguito della riunione del 22 settembre u.s. in relazione alla bozza di DM sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale soggette a “condizioni di erogabilità” o a “indicazioni prioritarie”, la scrivente organizzazione sindacale FIMMG, sindacato maggiormente rappresentativo della medicina generale italiana, tiene a precisare quanto segue:

1. Appare impossibile nei tempi concessi dare un contributo professionale/scientifico alla evoluzione/rivalutazione del DM, vista la documentazione fornita assolutamente carente rispetto ai contenuti di ricerca, pubblicazioni scientifiche, dati di contesto che dimostrino e siano a sostegno di quanto reso assioma dal parere del Consiglio Superiore di Sanità.
2. Non appare accettabile sul piano professionale ed assistenziale la scelta di condizionare per forza di legge il diritto/dovere del medico di libertà di cura nei confronti del proprio paziente, come risulta dalla connessione di tale proposta con quanto previsto dal comma 5 dell'articolo 9-quater del decreto legge n. 78 del 19 giugno 2015, che disciplina già l'eventuale procedimento sanzionatorio nei confronti del medico, specificando quali provvedimenti dovranno essere adottati in caso di comportamento prescrittivo non conforme alle condizioni e alle indicazioni di cui al decreto ministeriale.
3. Non va sottovalutato che i “cosiddetti contenuti di appropriatezza” sono riferibili ad un sistema di attenzione alla tutela della salute che dovrebbe prevedere una contestuale e non postuma decisa azione sui temi della prevenzione e della educazione a stili di vita, che sono alla base di ogni possibile intervento di razionalizzazione di un sistema che così sarebbe capace di produrre salute come soluzione ad eccessi di sanità e non, come appare, razionandone l'offerta sanitaria.
4. La metodologia di lavoro proposta costruzione delle valutazioni di erogabilità e di appropriatezza non tiene in nessun conto del processo elaborativo diagnostico che è caratterizzato da una valutazione complessa da parte del medico, che si riconduce ad un ragionamento di tipo probabilistico, che molte volte, per una opportuna diagnosi differenziale, richiede una diagnostica di esclusione che, pertanto, può risultare, rispetto al



sospetto diagnostico specifico, negativa o inutile, come qualcuno preferisce definirla, ma positiva e utile rispetto al ragionamento che il medico fa per arrivare ad una diagnosi di certezza.

5. Sul piano specifico della categoria della Medicina di Famiglia appare non tollerabile un messaggio di valutazione di appropriatezza troppo spesso sottoposto ad approvazione specialistica, oltretutto senza chiarimenti rispetto alle caratteristiche contrattuali di appartenenza dello specialista ovvero di struttura pubblica o anche soggetto privato, come se, nonostante la piena conoscenza della persona assistita del medico di famiglia, la mancanza di integrazione dei dati riferiti alla storia clinica del paziente tra medicina di famiglia e specialistica, quest'ultima dovesse avere per definizione di legge ed in maniera autoreferenziale maggiore capacità di appropriatezza prescrittiva, nonostante un contatto con l'assistito che sicuramente è meno continuativo e molte volte svolto da più specialisti diversi; situazioni queste ultime che sono alla base della crescita di una medicina difensiva, con aumento delle prestazioni. Si sceglie, invece, di perdere l'assetto fiduciario della medicina di famiglia, che può essere l'unica soluzione all'empowerment del cittadino su un uso appropriato delle risorse.

Appare chiaro che per i suddetti motivi si ritiene non accettabile il modello di DM proposto e ci si riserva di agire per contrastarne la determinazione e la sua approvazione con tutti gli strumenti in nostro possesso, coinvolgendo anche i nostri pazienti in una azione di sostegno alle nostre motivazioni.