

## ISTRUZIONI DERIVANTI DA UNA PRIMA LETTURA DEL “DECRETO APPROPRIATEZZA”

NOTA: Le istruzioni sotto riportate sono il risultato dell’analisi del testo e delle tabelle pubblicate e potrebbero non corrispondere alle analisi e conseguenti azioni applicative degli organi deputati quali Aziende Sanitarie, Regioni e organismi ministeriali. Sono pertanto provvisorie e finalizzate ad aiutare i colleghi nella comprensione del contenuto del provvedimento, non devono essere interpretate come un atto di rassegnazione a fronte di norme che abbiamo combattuto e continueremo a combattere in tutte le sedi e con tutti gli strumenti legittimi a disposizione.

Il contenuto richiamato è talmente cervellotico e imperfetto che ogni sforzo di comprenderlo risulterà inevitabilmente insufficiente a superare il caos nel quale forzatamente si muove. Ad ogni buon conto si ritiene che nessun medico avrebbe dovuto dividerlo e chi lo dovesse aver fatto o lo farà potrebbe trovarsi a rispondere a norma del codice deontologico. Resta la responsabilità politica del Ministro e quella di un apparato funzionariale che in maniera proterva confida sull’abitudine di non essere mai chiamato a risarcire i danni che provoca.

### Il provvedimento si compone di 3 parti:

- 1) Il testo del Decreto che “spiega” le definizioni dei termini, il contenuto delle tabelle e i dati che devono essere riportati nella ricetta e che incorpora l’allegato 3 relativo ai criteri per la definizione delle condizioni di erogabilità delle prestazioni odontoiatriche;
- 2) La tabella dell’allegato 1 che contiene l’elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale soggette a condizioni di erogabilità ed elencate secondo una tassonomia creativa che contribuisce molto a ... facilitarne la consultabilità. Questo allegato deve essere riprodotto, in attesa di strumenti più idonei, e il medico deve poterlo consultare in qualsiasi momento (in studio e a domicilio), almeno fino a quando... non lo avrà imparato a memoria!
- 3) Le tabelle dell’allegato 2 che contengono l’elenco delle patologie diagnosticabili con prestazioni di genetica medica, l’elenco di quelle diagnosticabili con indagini di citogenetica ed infine l’elenco delle patologie oncoematologiche per le quali è indicata l’indagine genetica e/o citogenetica. Queste tabelle possono essere tranquillamente lasciate nel cassetto perché sono tutte condizionate alla prescrizione specialistica. Si sconsiglia la trascrizione di questi accertamenti qualora prescritti sui più diversi moduli dagli specialisti: questi dovranno prescrivere direttamente su ricettario rosso o ricetta elettronica.

### Esaminiamo ora nel dettaglio le colonne della tabella dell’allegato 1.

La prima colonna a sinistra riporta il “numero di nota”: questo numero secondo il decreto deve essere riportato sulla ricetta (in analogia alle note AIFA) “negli appositi spazi”. Si presume siano gli stessi dedicati alla farmaceutica. Ciò significa che le prestazioni soggette a condizioni di erogabilità devono essere riportate in ricetta separata. Cioè se vogliamo prescrivere una transaminasi (AST) questa dovrà essere verosimilmente, a scanso di...confusione, l’unica prescrizione nella ricetta e si dovrà riportare la nota 53 negli appositi spazi, indicando nella diagnosi/sospetto diagnostico la condizione di erogabilità “sospetta patologia epatica”. Tutti gli altri esami richiesti per lo stesso o per altri motivi dovranno essere prescritti su altre ricette. Vi lasciamo dedurre, tra l’altro, le conseguenze per i ticket in carico ai pazienti e l’ulteriore depauperamento del “tempo clinico” dei medici.



La seconda colonna riporta i simboli \*, R o H

**\***: L'asterisco indica le prestazioni la cui erogabilità a carico del Fondo Sanitario e' condizionata da Linee guida riportate nell'allegato 2 del dm 22 luglio 1996

**H**: La lettera H indica le prestazioni erogabili in ambulatori situati presso istituzioni di ricovero ovvero ambulatori protetti

**R**: La lettera R indica le prestazioni erogabili solo in ambulatori dotati di particolari requisiti

Non crediamo sia importante approfondire tutti i rimandi alle norme, anche perché i riferimenti sono sostituiti da quelli dell'attuale decreto. Non è richiesto che si debbano riportare in ricetta, per cui possiamo ignorarli.

La terza colonna riporta il codice numerico della prestazione nel decreto ministeriale 22 luglio 1996, ma possiamo ignorarlo perché non deve essere riportato.

La quarta colonna riporta la descrizione della prestazione, sui criteri tassonomici si è già detto.

La quinta colonna riporta le condizioni di erogabilità, cioè "le specifiche circostanze riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie e 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**".

Le lettere che individuano le condizioni di erogabilità devono essere riportate sulla ricetta di seguito alla descrizione della prestazione.

#### **Esempio 1:**

(nota 55) COLESTEROLO HDL A se si tratta di screening in soggetti con più di 40 anni

(nota 55) COLESTEROLO HDL B se il soggetto è un malato cardiovascolare, se ha familiarità per malattie dismetaboliche, dislipidemia o eventi cardiovascolari precoci.

**Attenzione: se l'HDL è elevato lo potete ripetere quando lo ritenete necessario, se è basso solo dopo 5 anni (strano, noi sapevamo esattamente il contrario).**

#### **Esempio 2:**

(nota 37) RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE DELLA COLONNA A se il dolore rachideo trattato resiste per più di 4 settimane, in assenza di sindromi gravi di tipo neurologico

(nota 37) RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE DELLA COLONNA B in caso di traumi recenti o fratture da compressione.

**Attenzione: se il paziente ha una sindrome neurologica grave ma non ha traumi recenti o dolore resistente da 4 settimane la prestazione non sarebbe appropriata secondo il decreto!**



La sesta colonna riporta le indicazioni di appropriatezza prescrittiva la cui lettera (si presume che ove, pur in presenza di indicazione di appropriatezza, non siano presenti lettere non si debba riportare nulla) deve essere riportata sulla ricetta di seguito alla descrizione della prestazione e che secondo l'art.2, c1, lett. b del Decreto rappresentano 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;

### Esempio 3

(nota 95) TEMPO DI PROTROMBINA C utile nel monitoraggio dei farmaci anticoagulanti orali.

Il Decreto ci spiega anche quando siamo autorizzati a formulare un "sospetto oncologico":

- 1) Quando c'è un'anamnesi positiva per tumori (basta un lipoma?)
- 2) Perdita di peso (basta un chilo?)
- 3) Assenza di miglioramento con la terapia dopo 4-6 settimane (che terapia? Quale sintomo?)
- 4) Età sopra i 50 e sotto i 18 (?)
- 5) Dolore ingravescente continuo anche a riposo e con persistenza notturna

Potremo fare affidamento su questi criteri lungamente meditati anche in caso di contenzioso legale? Il giudice sicuramente potrà ritenerle un distillato di buone pratiche cliniche?

Per quanto riguarda le condizioni di "vulnerabilità sanitaria" e "vulnerabilità sociale" rinviando alla prossima puntata, anche perché non è citata alcuna indicazione da riportare in ricetta e gran parte della definizione è rinviata alle singole regioni, perché è noto che la vulnerabilità sanitaria e sociale, comunque venga definita, varia a secondo della latitudine e longitudine di residenza.

### **Non ci resta che RIDERE!**

Ma prima di chiudere non possiamo non notare come nelle tabelle vengano riportate scientemente o no dizioni diverse a proposito delle competenze specialistiche: **su prescrizione specialistica, erogabile a seguito di visita specialistica, erogabile solo a seguito di visita specialistica, è obbligatoria la prescrizione specialistica e chi più ne ha ne metta. A scanso di equivoci è sconsigliabile per il MMG la trascrizione di prescrizione o consiglio proveniente da specialista abilitato a prescrivere col SSN e nel caso di specialista privato si raccomandano adeguati comportamenti cautelari.**