



Un tavolo tra ministero, Regioni e Fnom rimetterà mano alle norme - Circolare in arrivo

Appropriatezza, si ricomincia

Sanzioni sospese fino alla piena operatività - Ma i medici confermano lo sciopero

I numeri del provvedimento

20 gennaio

La data di pubblicazione del decreto ministeriale 9 dicembre 2015 a firma Lorenzin in Gazzetta Ufficiale

203

Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale prescrivibili in ambito Ssn dietro precise condizioni di erogabilità e indicazioni

6

Gli ambiti prescrittivi interessati dal decreto: Odontoiatria, Genetica, Radiologia diagnostica, Esami di laboratorio, Dermatologia allergologica, Medicina nucleare

Un tavolo ministero, Fnomceo, Regioni, metterà mano già da questa settimana al decreto appropriatezza. Che di fatto sarà riveduto e corretto sia negli errori di contenuto sia in quelli tecnici, che ne stanno rendendo impossibile l'applicazione, come denunciato da medici, assessori e cittadini. Per il momento, le sanzioni per i camici bianchi inadempienti, diretta derivazione del Dl Enti locali che le ha introdotte, sono sospese. Ed è in arrivo una circolare esplicativa che dovrà garantire l'applicazione omogenea delle disposizioni.

Il decreto 9 dicembre 2015, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 20 gennaio scorso, è legge ma nella sostanza l'applicazione concreta e completa viene rinviata a quando saranno state apportate le modifiche necessarie e saranno state concordate le eventuali penalità per i medici, che in ogni caso necessiteranno di un accordo Stato-Regioni. «Il decreto sull'appropriatezza rimane, ma cercheremo di evitare i disagi ai medici e ai pazienti. Le Regioni si sono impegnate a fare il possibile

per evitare trattamenti differenti rispetto al luogo in cui si vive. Ma siamo pronti a rivedere il decreto semplificandolo e per farlo elaboreremo una circolare con tutti i chiarimenti per i medici», ha spiegato Sergio Venturi, coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, a conclusione dell'incontro.

Da parte del ministero, si tratta nella sostanza di una retromarcia sul provvedimento che tanto ha infiammato gli animi. La ministra Beatrice Lorenzin, che è tornata a parlare di un «difetto di comunicazione» rispetto alla nuova legge, si è detta pienamente disponibile ad affrontare e risolvere tutte le criticità in campo. E soprattutto ha gettato acqua sul fuoco rispetto all'allarme spesa lanciato dalla Fimmg: «Non ci saranno assolutamente super-ticket per i cittadini, dovuti a prescrizioni di esami su singole ricette ognuna gravata da un ticket», ha spiegato. Il caso è nato dall'ennesimo errore tecnico, cui la Sogei, presente all'incontro, dovrà rimediare al più presto.

Nel frattempo, i cittadini

che fino a oggi di tutta la faccenda hanno capito poco o nulla, troveranno a breve manifesti negli studi medici. «Bisogna dare un'informazione più completa e dettagliata ai pazienti - ha spiegato ancora la ministra - Per questo dovremo costruire una sorta di manifesto da appendere negli ambulatori, perché non deve essere il medico a spiegare che cos'è l'appropriatezza e come funziona. L'informazione, insomma, deve essere chiara e il paziente deve anche sapere che può essere fatto tutto quello che è necessario per lui e che su questo non ci sono assolutamente limiti».

Il duello ministro-sind-

cati. Tra ministri e medici, insomma, sarebbe «scoppiata la pace». Del tavolo che rivedrà il decreto però non faranno parte i sindacati, che la ministra promette comunque di incontrare a breve. Ma è proprio il caso di dirlo: mai nome fu meno appropriato. Il cosiddetto «decreto appropriatezza», concepito con la forzatura imposta dal dl Enti locali, nato «male» - almeno a sentire medici e associazioni che sono stati tenuti fuori dall'elaborazione della lista delle prescrizioni sotto la lente - e cresciuto (cioè pubblicato) nel caos, torna punto e a capo. Anche il vertice è stato accompagnato dalle polemiche dei sindacati che, malgrado l'im-

prudenza di una frase buttata là su un prossimo invito, in diretta alla trasmissione Ballarò, dalla ministra della Salute Beatrice Lorenzin a Pina Onorati dello Smi, non si sono visti recaptare alcuna lettera. Solo la Federazione degli Ordini dei medici, per i camici bianchi, era tra i convitati e ha partecipato.

Tanto bastava perché, in un clima già teso, l'Intersindacale confermasse l'appuntamento di Napoli del 20 febbraio e lo sciopero del 17-18 marzo. Tanto più che, in un periodo in cui le gaffe si sprecano, ai sindacati Lorenzin, intervenuta a un'altra trasmissione, aveva mandato a dire che «lo

sciopero non mi interessa». Aperti cielo. Poco importa se il tutto poteva anche essere letto e interpretato in un contesto più generale in cui la ministra si dichiarava «non innamorata della legge» per poi precisare «mi interessa l'obiettivo, cioè che non ci siano sprechi, che i pazienti abbiano accesso alle cure, che si riducano le liste d'attesa». Perché poi Lorenzin ha continuato, peggiorando i rapporti: «Mi interessa che non ci sia gente che fa gli «imbroglioni» per guadagnarci sopra». Aperti cielo.

Le frasi inappropriate sul decreto appropriatezza, come non ha mancato di sottolineare l'Anaa-Assomed, si sprecano.

TRA TAYLORISMO, LOTTA AGLI SPRECHI, MEDICINA BASATA SULL'EVIDENZA E ATTENZIONE AL PAZIENTE

La medicina contemporanea e il modello Mc Donald's



Lo scrittore e politologo inglese Timothy Garton Ash ha recentemente scritto a proposito della scienza economica: «Il fondamentalismo del mercato ha compiuto l'errore di credere che un modello razionale potesse comprendere, prevedere e potenziare la complessità dinamica del comportamento collettivo umano». L'economia, che aspirava a essere una scienza esatta come la fisica, ha incominciato un processo di autocritica, che porterà certamente a importanti risultati per un migliore funzionamento della vita collettiva. Ha compreso che qualsiasi modello dirigeristico, che pensi di condensare ogni capacità gestionale, sia esso di tipo sovietico o mercatista, non è in grado di soddisfare le esigenze della società complessa nella quale oggi viviamo.

Lo stesso processo di autocritica riguardante i modelli dominanti di comportamento è al centro di interventi riguardanti l'organizzazione sanitaria e la prassi della medicina. Siamo nel mezzo di un processo virtuoso di revisione della cultura clinica, che porterà a una ulteriore significativa avanzata delle scienze della cura, con vantaggi per la salute collettiva e dei sin-

goli cittadini. È però necessario adottare atteggiamenti che, fin dall'inizio, siano aperti alla critica e all'accettazione delle cose nuove, perché il tempo dei rapidissimi cambiamenti nel quale stiamo vivendo ha bisogno di innovatori; livelli più elevati nella capacità di essere utili oggi alle persone fragili e sofferenti si ottengono solo se si accetta che la medicina del '900 ha finito la propria capacità propulsiva.

Una delle grandi conquiste della medicina contemporanea è l'aver fondato il proprio operare sulla cosiddetta «evidence based medicine», cioè su atti di cura costruiti attorno a modelli che hanno avuto una conferma sperimentale. Il tradizionale atteggiamento, adottato da molti medici, di decidere in base al «secondo me» è stato doverosamente sostituito, almeno nella parte più avanzata della prassi clinica, dalle regole imposte dalla scienza, che hanno portato alla produzione di linee guida e protocolli. Sempre più questi hanno rappresentato punti di riferimento per la prescrizione in campo diagnostico, terapeutico e riabilitativo; così il medico si sente rassicurato nel proprio agire, tanto più in un'epoca di conflittualità crescen-

te, ma anche rispetto ai risultati di salute ottenibili.

Conseguenza di questo indubbio progresso è stata l'adozione da parte dei sistemi organizzati di cura del termine «appropriatezza» come faro-guida. Si sono quindi diffusi comportamenti che devono rispondere a precise indicazioni, con modalità prefissate, tempi determinati, costi precisi; ma il processo di standardizzazione ha superato i propri confini, invadendo ogni spazio e divenendo il fulcro di ogni atto clinico. Per esemplificare questo atteggiamento è stato coniato il termine di McDonaldizzazione della medicina, perché si sarebbe fatto im-

posta una prassi simile a quella dei fast food della famosa catena americana. Sebbene siano stati definiti per razionalizzare il sistema, i quattro principi base del sistema Mc Donald's - efficienza, calcolabilità, predicebilità e controllo - spesso inducono conseguenze negative. Su Lancet Neurology del gennaio 2016 Dorsey e Ritzer scrivono: «Senza misure per opporsi alla McDonaldizzazione, i valori più caratterizzanti la medicina, compresa la cura dell'individuo e una significativa relazione medico-paziente sono a rischio di scomparire».

Le regole di efficienza, adottate nell'ipotesi che aumentino l'efficacia delle cure e che inducano un corretto bilancio tra costi e benefici, governano in modo rigido gli atti che si svolgono attorno al cittadino ammalato, imponendo ai diversi attori comportamenti schematizzati. Questa logica si ispira al Taylorismo, che nel processo produttivo costringe ad adottare procedure strettamente predeterminate. In alcuni ambienti, si è arrivati fino a riesumare, pur con qualche maquillage, il modello del Taylorismo, ispirando l'organizzazione degli ospedali e degli altri luoghi di cura alla rigidità di una catena di montaggio. Hartzband e Groppman sul New England Journal of Medicine del 14 gennaio di quest'anno scrivono: «L'adeguamento integrale al Taylorismo e al processo produttivo tipico della Toyota non può essere adottato in molti aspetti vitali della medicina. Se i pazienti fossero automobili, noi

saremmo tutte automobili usate di modello e di età diversa, con problemi diversi e spesso multipli, molti dei quali sono stati precedentemente riparati da vari meccanici. Inoltre, questi automobili parlerebbero linguaggi diversi ed esprimerebbero preferenze individuali rispetto a come, dove e quando desidererebbero essere aggiustate. L'assoluta verità della medicina è che i pazienti sono geneticamente, fisiologicamente e culturalmente diversi. Inoltre non ci si può meravigliare che esperti diversi esprimano opinioni diverse rispetto a come meglio diagnosticare e trattare molte patologie».

Oggi fortunatamente si intravedono i segni di un cambiamento rispetto agli eccessi del Taylorismo e della McDonaldizzazione, ma siamo ancora nel guado, perché non è stato identificato il «nuovo gradino» di un reale progresso culturale e della prassi: dalla medicina del «secondo me» (sia nel singolo atto, sia a livello di strutture più o meno complesse), prescientifica, retorica e vuota, e dalla medicina basata sulle prove di evidenza (che peraltro ha costituito un notevole progresso), si deve arrivare alla nuova fase, ancora da costruire, che invita a ipotizzare modelli che integrino e superino quelli del recente passato.

Avremmo oggi bisogno in medicina di un altro Keynes, che definì l'economia «essenzialmente una scienza morale»; in questa logica la medicina dovrebbe essere definita una scienza della complessità, la cui efficacia dipende dalla capacità di considerare clinicamente tutti gli eventi in gioco nel costruire un futuro difficilmente predeterminabile e che richiede la capacità di adattare le risposte al comparire di situazioni diverse, di varia intensità, tra loro aggregate in maniera imprevedibile.

Abbiamo la forza culturale oggi per opporci al prevalere di posizioni rigide, apparentemente razionali e che sembrano rispondere al bisogno con costi limitati (o limitabili), senza considerare l'enorme variabilità e instabilità del materiale che dovrebbero gestire (sia quello umano che quello legato alle organizzazioni sociali)? Forse è prematuro qualsiasi tentativo

Sta prevalendo la prassi fast food



L'AUDIZIONE DELLA MINISTRA LORENZIN IN PARLAMENTO

E nel futuro il Patto salute si farà al Senato

La riforma istituzionale manda in soffitta il sistema delle Conferenze

Vade retro sistema delle Intese, onnipresenza regionale, titolo V che tutto allunga, tutto differisce, tutto ritarda, tutto complica. **Beatrice Lorenzin** benedice a pieno titolo la riforma del Senato targata Renzi-Boschi. Ne riconosce potenzialità e capacità di fare unità della salute in tutta Italia. Tagliando alla radice il meccanismo odierno delle Intese che di fatto, a causa dell'impianto legislativo attuale, ha rappresentato un vulnus per l'unità sanitaria.

Basta perdite di tempo in Conferenza Stato-Regioni. Tanto che, nell'audizione di

Sarebbe così «verosimile, oltre che auspicabile, che la legislazione ordinaria riduca al minimo gli eventuali rinvii a successive intese o accordi per l'attuazione normativa delle disposizioni di rango primario e secondario». Risultato: «Le Conferenze potrebbero, invece, conservare il ruolo di concertazione a livello tecnico-amministrativo, ai fini dell'attuazione delle disposizioni definite a livello primario».

Patto e piani di rientro al nuovo Senato. Ma attenzione al passaggio successivo. Poiché, rammenta

E c'è stato spazio anche per l'ironia: «Cittadini e medici stanno sereni - ha chiosato sempre l'Anao in un comunicato mentre il vertice di venerdì era in corso - il ministero della Salute è impegnato nella lotta agli sprechi, che vale 30 miliardi che, aggiunti ai 14 derivati dalla fine della medicina difensiva, ci trasformeranno nella Arabia Saudita dei sistemi sanitari. E senza ulteriori oneri per la finanza pubblica».

Nei giorni precedenti l'incontro al ministero, gli allarmi si erano susseguiti: pazienti che aggrediscono i medici, davanti al diniego del Mmg di una vita di prescrivere quell'esame in più. Incertezza degli stessi pro-

fessionisti sulle prescrizioni che rientrano nella lista nera contenuta nel Dm, problemi con i software che in moltissimi casi non sono aggiornati, mentre in vista c'era l'incognita dell'entrata in vigore, a marzo, della nuova ricetta elettronica che manderà in soffitta il ricettario rosa e in cui non è stato previsto alcun apposito spazio per le "note" limitative, come ricordano dalla Fimmg. E proprio la Federazione dei medici di famiglia è in pole position da mesi nel denunciare le proprie perplessità sul decreto. «Tutto il provvedimento è cervelotico e imperfetto - attaccava da settimane il segretario nazionale **Giacomo Milillo** - a comincia-

re dai criteri con i quali si è stabilita l'inappropriatezza di certe prescrizioni. Prendiamo una delle analisi più banali e ricorrenti, quella per il colesterolo HdL, ossia quello cosiddetto "buono": se è elevato, il che è un bene, potrete ripeterlo quante volte volete senza pagare; se è basso, il che è un male, solo dopo 5 anni, altrimenti bisogna pagarselo di tasca propria. Anche se si è esenti dai ticket, perché malati cronici o in situazioni disagiate».

Ce n'era abbastanza per convocare un tavolo. Sarà la volta buona?

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IN RETE



L'audizione alla bicamerale Affari regionali

www.24oresanita.com

la ministra, al nuovo Senato è attribuito un ruolo di raccordo tra Stato e territori, «è da ritenere che non sarà più necessario ricorrere, per l'assunzione delle "macrodecisioni" al sistema delle Conferenze. Que-

ste ultime potranno, invece, conservare un ruolo di attuazione tecnico-amministrativa delle deliberazioni del Senato». Tecnico amministrative, si badi bene, mai più politiche. E in particolare al Senato «spetterà deliberare sui Patti per la salute, ma anche sui piani di rientro. Altroché ancora Conferenza Stato-Regioni. Il cerchio si chiude. Più Stato, meno Regioni. Più potere al partito che ha vinto. Sperando che sia quello buono. O meno cattivo. (r.t.)

di dare una risposta a un interrogativo immerso nelle difficoltà del presente; la crisi economica sembra porre in posizione di vantaggio chi offre risposte apparentemente sicure, e quindi tranquillizzanti, anche sul piano dei costi, nel definire comportamenti e nel realizzare atti di cura. Però al ragionamento manca il pezzo che riguarda la persona in difficoltà; la sua realtà umana e clinica non è schematizzabile all'interno di gabbie di pensiero precostituite.

Le variabili che costituiscono la vita di una persona ammalata, spesso affetta da una patologia cronica di lunga durata, non rientrano infatti in schemi uguali tra loro, e quindi riproducibili all'interno di un algoritmo che parte dal sintomo e arriva all'organizzazione dell'ospedale, della casa di riposo, di un sistema territoriale di assistenza. Non si tratta di adottare criteri di "umanizzazione" della medicina, come fosse un'integrazione benevola alle procedure prefissate, ma di prendere atto che la personalizzazione in termini biologici, clinici, psicosociali del bisogno deve essere collocata strutturalmente all'interno del meccanismo decisionale.

Come mettere in atto questa prassi, che tenda al massimo della razionalizzazione dei comportamenti, in base alle più recenti conquiste dalla scienza medica e dell'organizzazione, ma che allo stesso tempo sia in grado di applicare i nuovi modelli alla variabilità della condizione clinica? Attorno a questa problematica si sviluppa il dibattito di oggi, nell'attesa di arrivare a una sintesi. E però necessario adottare atteggiamenti senza preconcetti, aperti; nella ricerca di nuove soluzioni nessuno può pretendere di avere le risposte già pronte; d'altra parte, più è alto il livello scientifico di chi elabora proposte, più questi è aperto alla discussione. Preoccupano coloro che pensano di imporre per ragioni commerciali il loro modello a servizi sanitari che hanno invece l'esigenza di strutturarsi secondo modalità elastiche di comprensione della condizione di sofferenza dei cittadini presi in carico. Si pensi, ad esempio, agli anziani, che rappresentano una

fascia sempre più ampia di fruitori dei servizi e che, per definizione, presentano bisogni ampiamente differenziati. Organizzare l'assistenza adottando le rivisitazioni recenti del toyotismo significa accettare di mettere al centro la macchina organizzativa e non il bisogno reale (con buona pace della centralità del cittadino!). Talvolta purtroppo chi compie queste scelte nemmeno si rende conto di adottare sistemi profondamente inefficienti, perché il risultato di salute non viene nemmeno preso in considerazione. Pur ammettendo che talvolta nell'anziano è difficile misurare gli outcome clinici, è doveroso mettere a punto modalità per valutare nel tempo come si modifica la salute (la quale a sua volta è conseguenza di vari fattori); non è infatti una variabile indipendente, come talvolta sembrano implicitamente affermare alcune posizioni culturali. D'altra parte, l'esempio del Piano nazionale Esiti è significativo, perché è stato alla base di importanti risultati di salute (la riduzione di patologie iatrogene, il controllo dei tempi di intervento in alcune importanti

patologie ecc.). Nonostante mille difficoltà non vi sono infatti alternative alla ricerca continua e determinata per praticare la medicina nel nostro tempo!

L'idea originaria di Taylor di identificare il modo migliore

per svolgere un determinato lavoro in termini di tempo e di efficienza resta un'indicazione valida, per evitare pressapochismi e sprechi; deve però tenere in conto che il lavoro in medicina non è paragonabile a quello con i bulloni, perché il cuore e la mente, il soma e la psiche dell'oggetto del lavoro variano continuamente. Il punto critico è avere coscienza di questa differenza, sia a livello programmatico che dell'esecuzione del singolo atto di cura, senza cancellare i vantaggi che derivano dall'adottare procedure scientificamente validate in tempi e modi controllati.

Marco Trabucchi
Dipartimento di Medicina dei Sistemi
Università di Roma Tor Vergata

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TECNOFARMACI S.C.p.A.

Società in liquidazione cede quota di partecipazione in un centro di ricerca (scarl) operativo in Roma presso il Parco scientifico Universitario (valore circa 100 mila euro). Inviare manifestazioni di interesse al liquidatore entro il 10 marzo 2016 a info@capogrossiguarna.it.