

# Quelle brutte figure sul decreto appropriatezza

***Nel provvedimento prevalgono chiaramente le ragioni economiche. Tra l'altro risibili, 106 milioni di risparmio su 13 miliardi di medicina difensiva. E in questo ambaradam non escono bene né il Ciss, né la Fnomceo, con un piede di qui e uno di là***

***Ivan Cavicchi***



A "Porta a Porta" Costantino Troise, sul decreto appropriatezza, ha fatto una obiezione importante: *non spetta alla politica occuparsi di appropriatezza*. Si può contro obiettare, come ha fatto il ministro Lorenzin, spalleggiata dalla presidente del Consiglio superiore di sanità, che la politica per scrivere il decreto si è servita di soggetti scientifici (la famosa foglia di fico) ma il punto che è implicito nell'obiezione di Troise è un altro:

- un conto è la politica che si serve della scienza per raggiungere fini non scientifici come quelli del risparmio;
- un conto è una scienza che per curare meglio il malato si serve della politica.

A fare la differenza è la natura dello scopo:

un conto è un decreto che traduce in norma i canoni della appropriatezza clinica (non prescrittiva... professoressa Siliquini ..per favore.... immagino che lei sappia che la prescrizione non si può valutare prescindendo dal giudizio clinico sul caso) per accrescere l'efficacia della cura derivando da questa un effetto di economicità;

un conto è un decreto che per fare economicità si serve strumentalmente dell'appropriatezza clinica riducendola ad appropriatezza prescrittiva e poi a criterio selettivo di erogazione.

Il concetto rivelatore che fa comprendere la logica economicista del decreto è quello di "condizioni di erogazione" che è solo una quota parte di un'idea di appropriatezza clinica (consiglio ai membri del Consiglio superiore di sanità di leggere il documento sull'appropriatezza di [Slow medicine del 29 settembre 2015](#)).

**Secondo me in questa vicenda il Consiglio superiore di sanità non ne esce bene.**

Come non ne escono bene gli ordini professionali, che di quel Consiglio fanno parte, che con una mano costruiscono il decreto con l'altra lo criticano (inconvenienti del multitasking). Il Consiglio quindi, con la compiacenza dei massimi livelli dell'ordinistica professionale, si è incautamente prestato ad un uso strumentale della scienza, come tante volte è successo ahimè nella storia della medicina e sempre con effetti nefasti, per assecondare banali politiche di definanziamento.

Polillo giustamente ha parlato di "debacle" della Fnomceo (QS1 ottobre 2015) ma il problema è capire se la Fnomceo (come è accaduto con il comma 566) è "amica del giaguaro" o no, cioè capire da che parte sta. Con il governo o con i medici? Forse i sindacati medici che decidono le nomine dell'ordine prima di sparare contro il decreto, qualche contraddizione in famiglia, dovrebbero rimuoverla.. o no?

Ma torniamo a Troise, la sua obiezione si comprende a pieno se rammentiamo che questo decreto non è nato nelle accademie, meno che mai nei comitati di bioetica, o nelle società scientifiche, o promosso dalle associazione dei malati, o dagli ordini professionali...come

probabilmente avrebbe dovuto nascere, ma è nato da un provvedimento di natura economica, come il decreto Enti Locali di agosto, a sua volta ispirato [all'Intesa Stato Regioni per il taglio dei 2,35 miliardi al fondo sanitario](#).

L'argomento forte che, in qualche modo, giustifica il decreto e sul quale a parole tutti concordano, è che esistono le diseconomie, gli abusi, gli sprechi, la medicina difensiva. Si tratta di un principio di realtà che sbaglieremmo a negare o a eludere come tendenzialmente mi pare propongano alcuni sindacati che tirano a campare.

**Se il decreto è sbagliato non per questo possiamo dire che i problemi non esistono.** Secondo me, anche se per i sindacati non è facile, dobbiamo contro attaccare prima di tutto come pare suggerire Troise rimettendo a posto i rapporti tra lavoro scienza e politica, quindi rimuovendo le contraddizioni, nella rappresentanza medica, e rivendicare due livelli contestuali di confronto:

- quello scientifico che partendo dal presupposto di ciò che è necessario al malato definisca cosa sia clinicamente appropriato e cosa sia inappropriato
- quello economico per definire i modi e le forme del governo dei costi delle cure che si auspica appropriate.

Per quanto riguarda le questioni dell'appropriatezza clinica personalmente sento forte il bisogno di una ridefinizione del concetto perché, come ho già scritto su questo giornale, esso è troppo ambiguo, equivoco, abusato. Per non ripetermi ripropongo la mia idea di *propriety* (QS 4,5,6,10 maggio 2015).

**Per quanto riguarda la questione economica bisogna spiegare alcune cose:**

- l'obiettivo del decreto è di fare risparmio non qualificando i costi della cura a tutele invariati ma tagliando sulla loro erogazione a costi di cura sostanzialmente invariati (pochi milioni di risparmio di contro a diversi mld di medicina difensiva);
- la cura, da un punto di vista economico, è una *transazione* tra medico e cittadino che può avere costi più alti o più bassi a seconda dei comportamenti professionali e della qualità della relazione;
- per qualificare i costi di tali peculiari transazioni è necessario qualificare i comportamenti professionali quindi le relazioni tra medici e malati, cioè è indispensabile che prima di ogni altra cosa l'agente si *appropri* se l'agente non è *propriety* è difficile che i suoi atti clinici lo siano;
- la medicina difensiva non è primariamente un problema di prestazioni inappropriate ma un problema di *comportamenti professionali opportunisti* cioè di agenti non *propriety*, che accrescono anche i costi di transazione delle cure ma che incidono sui costi del sistema quindi anche su altri generi di costi (ricoveri impropri, scarsa integrazione tra i servizi, scarsa reperibilità, visite sommarie, ecc).

**Nonostante la questione vera da affrontare sia la medicina difensiva, non l'inappropriatezza, anche per le diverse implicazioni economiche, il problema dei comportamenti opportunisti, da quello che leggo, mi pare rimosso dalla discussione** dando l'impressione che essere non *propriety* sia uno status che soprattutto il sindacato, non si sogna di ridiscutere, in parte perché non c'è la proposta per farlo e in parte perché evidentemente troppo destabilizzante nei confronti dei suoi iscritti.

La tendenza alla fine è risolvere tutto con la "romanella" cioè una passata superficiale di tinta per nascondere le macchie del muro quindi un po' di sanzioni e di linee guida, nonostante queste siano, [come ha scritto Gianfrate](#), un pannicello caldo. Ma l'eccesso di proceduralismo, lo dico ai difensori come me dell'autonomia medica, non ha meno inconvenienti della medicina amministrata.

Alla questione dei comportamenti opportunisti l'economia ha dato un nome che è *self interested*, e con altri significati *moral hazard*, cioè comportamenti scorretti dettati da una

miscela fatta da egoismo cupidigia e opportunismo. (*Autonomia e responsabilità, un libro verde per medici e operatori della sanità pubblica* Dedalo 2007). Ma come funziona il *self interested*?

Per *self interested* certi medici, specie in sistemi non controllati e malgestiti, diventano *free rider* cioè agenti che abusano della loro funzione pubblica per trarne dei benefici evitando possibili penalizzazioni, provocando con i loro atti a livello di sistema la crescita impropria di diversi costi di transazione. Prima che le azioni del *free rider* è il *free rider* quale agente ad essere il vero problema. Nel *self interested* rientrano un sacco di cose, come i parti cesarei impropri, forme diverse di comparaggio, il dirottamento dei malati nel privato o nell'intramoenia, gli interessi speculativi, le tante forme di medicina irragionevole, i ricoveri impropri, ma soprattutto la medicina difensiva.

### **E' tutto questo che costa tanti miliardi non le prescrizioni difformi.**

Paradossalmente tanto il decreto che i suoi oppositori, non combattono né il *self interested* né il *moral hazard* (forma di opportunismo post-contrattuale) ma litigano su come contingentarne gli abusi prescrittivi a *free rider* sostanzialmente invariante. La *medicina amministrata*, come 15 anni fa ho voluto definirla (*Medicina della scelta* 2000), nasce dalla convinzione di Regioni e Ministero che la soluzione ai problemi sia nell'eteronomia del medico ([QS 30 settembre 2015](#)) cioè nel controllo ex ante degli atti prescrittivi non ex post.

La medicina auto governata, che teorizzo da tempo, con l'idea di *autore*, al contrario punta a convincere il medico ad adottare altri comportamenti e quindi ad usare in modo diverso la sua autonomia. Cioè combatte il *free rider*. Nel caso della medicina amministrata l'autonomia del medico è il problema nel caso della medicina autogovernata l'autonomia è la soluzione. Nel primo caso si usa la multa nel secondo l'incentivo o altre strategie persuasive. L'esperienza dell'economia sul *self interested* ci dice che per qualificare i costi di transazione non convengono le logiche repressive adottate dal decreto perché, soprattutto nel caso della medicina, sono controproducenti cioè vanno a scapito del malato e a scapito della medicina che si rovina la reputazione ma soprattutto non è così efficiente come si crede.

L'economia di gran lunga preferisce ricorrere agli incentivi, ai controlli, creando contesti favorevoli (l'appropriatezza organizzativa e gestionale di cui parla Gianfrate), scoraggiando il disimpegno, puntando sulla qualità delle relazioni. Nel caso in particolare dei medici tutti, dipendenti e convenzionati, il problema del *self interested* si risolve ripensando prima di ogni altra cosa le forme della retribuzione, valorizzando e misurando i risultati, incentivando i comportamenti responsabili, premiando soprattutto l'impegno con attribuzioni di denaro oltre la retribuzione dei compiti formando ai comportamenti ragionevoli.

**E' del tutto evidente che la medicina difensiva è funzione di sistemi retributivi indifferenti ai risultati, ai risparmi, alla qualità dei costi di transazione, all'impegno del medico.** Ma nessuno parla di ripensare i meccanismi retributivi anzi è probabile, come per le convenzioni, che la loro intangibilità sia il presupposto per un qualche negoziato. Eppure l'economia ci insegna che basterebbe introdurre parametri retributivi sensibili ai risultati, al buon senso, alla responsabilità, sostenuti da sistemi credibili di controllo, insieme a buone soluzioni circa la responsabilità professionale, per avere un taglio drastico alla medicina difensiva.

Mi sono spesso chiesto come mai il principio dell'*autore*, (autonomia in cambio di responsabilità misurata dai risultati) e che è alla base tanto della medicina auto governata che del management diffuso, e che potrebbe creare le condizioni per un contratto unico e mettere facilmente fuori gioco il "decreto appropriatezza" non sia ancora diventato la proposta di punta del sindacalismo medico. E' una proposta sbagliata? Indecente? Implausibile? O più semplicemente per i sindacati per tante ragioni intuibili non è

semplice sbarazzarsi del free rider o ancora meno definire una proposta per il suo superamento?

Ha ragione Troise "non spetta alla politica occuparsi di appropriatezza", ma allora a chi spetta? Se la questione medicina difensiva, come io penso deve essere oggetto di negoziato tra lavoro scienza società e politica chi negozia e con chi? Ribadisco che oggi tutto dipende dal tipo di piattaforma che i sindacati riusciranno a presentare ([QS 28 settembre 2015](#)) e chiedo: qual è rispetto alla medicina difensiva e al moral hazard, il suo oggetto ? Le prescrizioni inappropriate l'appropriatezza clinica o i comportamenti opportunisti? Autori o free rider? Invarianza o cambiamento? Il "riformista che non c'è" lo facciamo fuori o no?

**Un'ultima questione: la questione appropriatezza non riguarda solo il medico essa riguarda anche il cittadino** che, come dico da tempo, ha diritti e doveri. Sempre in Tv (Rai Uno, TV7 2 ottobre 2015: "esami sotto esami") abbiamo visto un servizio sui cittadini che mettono le loro richieste di esami diagnostici in una buca delle lettere e il medico di famiglia come un dispenser fa le prescrizioni senza nemmeno incontrarli.

Proprio perché ritengo ingiusto multare il cittadino per i comportamenti opportunisti dei medici sono dell'idea che sia necessario definire un nuovo patto sociale tra medici e cittadini. Anche i cittadini devono essere responsabilizzati perché anche loro, a modo loro, sono determinanti di costi. Quindi un nuovo patto tra diritti e doveri. Ma alla società cosa proponiamo? Un *free rider* regolato da linee guida o un *autore* a zero *self interest*?

**Ivan Cavicchi**

Fonte:  **quotidiano**sanità.it  
Quotidiano on line di informazione sanitaria.

pubblicato su:  
 **SSSANITÀ**