

## **La bozza del DM Lorenzin sulla appropriatezza**

di Ettore Jorio

(Fondazione trasPArenza)

### ***Il contesto generale della crisi***

La situazione di crisi economica, che attanaglia il Paese e naturalmente assedia il funzionamento sistematico della pubblica amministrazione - tanto da dovere politicamente incidere su di essa, a cura degli organi istituzionalmente preposti alla generazione delle politiche occorrenti, per ottimizzarne le *performance* in una alla razionalizzazione delle risorse impiegate, destinate ad essere sensibilmente ridotte -, impone al Governo l'adozione di provvedimenti contenitivi propedeutici a realizzare le rispettive riforme dei settori più esposti e a rischio. Ogni atto legislativo e amministrativo assunto dall'Esecutivo finalizzato *ad hoc*, mirato a generare flussi positivi da destinare al contenimento della spesa corrente e al rientro del debito pubblico, deve essere, pertanto, accolto con il necessario favore. Insomma, tutto ciò che contribuisce a tradurre la *spending review* da mera aspirazione politico-comunitaria in fatti concreti deve essere salutato con i dovuti entusiasmi.

### ***L'ipotesi Lorenzin a tutela dell'appropriatezza***

Un tale entusiasmo dovrebbe essere riservato alla bozza di decreto ministeriale cosiddetto Lorenzin sulla appropriatezza prescrittiva, quantomeno sul piano ideologico. Una ipotesi complessa, assistita da voluminosi e dettagliati allegati, sulla quale il Consiglio superiore della sanità ha già formulato e trasmesso il suo parere non vincolante e sul quale i medici prescrittori hanno via via rappresentato eccezioni e prodotto consistenti emendamenti. Il tutto propedeutico all'invio integrale di tutto il carteggio alla Conferenza Stato-Regioni ove dovrà essere perfezionata, con non poche difficoltà, la relativa intesa.

Un tale evento è stato preceduto da minacce di sciopero dei "medici di famiglia", da prese di posizioni più o meno scientifiche, da una informazione più spettacolare che fondata sul merito e da opinioni così allargate e differenziate da non essere neppure facilmente riconducibili a categorie ben precise. Anche le tesi sostenute a tutela del "consumatore di salute" sono apparse molto velate e non sottolineate, con il solito vigore, dalle relative associazioni categoriali, sempre attive nella difesa dei

diritti dei consumatori. Un episodio che ha non poco sorpreso non fosse altro perché il comune cittadino è l'autentico destinatario delle ristrettezze prescrittive sancite nell'ipotesi di DM. In quanto tale rappresenta il vero bersaglio finale del provvedimento, atteso che su di esso incideranno pesantemente le limitazioni di diagnosi e relativa cura appropriata, anche in termini di sopportazione di peggioramento delle condizioni di vita generative delle patologie che lo angosciano, del tipo l'impossibilità di accedere alla risonanza magnetica con il "semplice sospetto" di dolorosissime ernie discali che, se non obiettivamente accertate e suffragate dalle dovute terapie/cautele, sono destinate ad un sostanziale peggioramento.

### ***Le perplessità giuridiche***

Il problema sul quale sarebbe opportuno soffermarsi - al di là delle perplessità strettamente medico-scientifiche, tutte evidenziate nel corso del confronto che ha fatto seguito alla presentazione della bozza del provvedimento alle categorie sanitarie interessate - è sullo spessore giuridico che caratterizzerebbe i limiti imposti alla prescrizione del medico curante e al conseguenziale mancato godimento del cittadino di quanto, indipendentemente se destinato a diagnosi e/o a terapia, è ritenuto utile dal professionista fiduciario per la tutela della salute del suo assistito.

In buona sostanza, sarebbe il caso di capire - prima che si codifichi l'irreparabile fosse anche per un solo caso di "malasanità" eventualmente formatosi per difetto di esami diagnostici - fino a che punto un provvedimento amministrativo dello Stato (aggiungiamo, anche normativo, atteso che quello proposto assume le sembianze di un vero e proprio regolamento), ancorché ancorato a nobili obiettivi di risanamento dell'economia pubblica, possa comprimere il diritto alla tutela della salute del cittadino, costituzionalmente sancito. Una compressione così dura e incisiva da limitare oggettivamente il ricorso a prestazioni diagnostiche ritenute utili da quel medico - che lo stesso ha individuato esercitando la libera scelta garantitagli dalla Costituzione - psicologicamente condizionato da un possibile successivo "accollo" dei costi relativi, non propriamente esigui, perché soggetti a moltiplicarsi con estrema semplicità, specie per quelli che assistono i segmenti di popolazione meno giovane.

Un diritto della persona, comprimibile ove mai con legge attesa la riserva *ex art. 23* della Costituzione, godibile attraverso l'esigibilità dei Lea - da aggiornarsi alle rinnovate esigenze socio-sanitarie, dal momento che risalgono al novembre del 2001, salvo qualche quasi impercettibile ritocco - da garantire uniformemente su tutto il territorio nazionale, a mente dell'art. 117, comma 2, lettera m, della Carta.

Fatta questa premessa è indispensabile categorizzare i limiti imposti dalla bozza di provvedimento ministeriale, nel senso che gli stessi aspirerebbero a modificare il principio, sino a comprimerlo sensibilmente, che sta alla base della prescrizione medica, da esercitare esclusivamente secondo scienza e coscienza ma soprattutto senza impedimenti attuativi di quanto ritenuto dal medico prescrittore indispensabile per pervenire alla sua migliore diagnosi propedeutica alla migliore cura. Invero, la *ratio* posta a base del DM cosiddetto Lorenzin inciderebbe, in senso nettamente contrario, sul detto principio sino a sconvolgerlo radicalmente, atteso che aspira unicamente a realizzare "saldi contabili" più favorevoli al bilancio della sanità impedendo l'utilizzo di quanto scientificamente prescrivibile sino ad arrivare all'imposizione di sanzioni a carico dei medici prescrittori e degli utenti del Servizio sanitario nazionale. I primi, soggetti ad essere chiamati dalla Corte dei conti a responsabilità patrimoniale in caso di prescrizioni *extra-elenco* (e, quindi, inappropriate per presunzione *iure et de iure*); i potenziali beneficiari della prescrizioni, potenzialmente soggetti ad imposizioni economiche corrispondenti al valore della metodologia diagnostica indebitamente goduta (sempre perché inappropriata per presunzione *iure et de iure*).

Una tale situazione, proprio per i riflessi negativi che avrebbe nell'esercizio delle professioni dei medici all'uopo coinvolti e nel corretto godimento delle pretese di salute dei cittadini, ingenererebbe:

1) da una parte, l'insinuazione di una sorta di terzo *genus* degli strumenti di indirizzo offerti ai medici curanti per determinare il loro agire professionale fondato sui criteri di ragionevolezza e scientificità largamente condivisi, da aggiungere alle linee guida e i protocolli, attraverso i quali garantire (sempre presuntivamente, questa volta *iuris tantum*) la buona pratica assistenziale. Quegli strumenti metodologici già esistenti posti ad indirizzo della pratica medica che si concretizzano:

- quanto alle linee guida, in raccomandazioni generali di comportamento clinico standardizzato, quasi delle direttive, prodotte allo scopo di fornire ai medici le migliori modalità di assistenza;
- quanto ai protocolli, in uno schema predefinito di comportamenti diagnostico-terapeutico ben individuati da adottare in casi specifici nell'ambito del corrispondente esercizio professionale.

Dunque, uno strumento in più, di tipo esclusivamente contenitivo e costituente un vincolo eccessivo della condotta dell'operatore sanitario, quello desumibile dalla lettura della bozza del provvedimento, che determinerebbe tuttavia, a differenza degli altri due, una inaccettabile rigidità nei comportamenti prescrittivi dei medici curanti, pesantemente sanzionati in difetto, dettati solo in ragione dell'obiettivo economico-finanziario di eliminare gli attuali sprechi. Uno scopo nobile, ragionieristicamente parlando, ma perseguibile attraverso una sensibile inaudita limitazione della volontà del medico di famiglia e uno schiacciamento dei suoi credo scientifici.

2) dall'altra, una sorta di impedimento al consumo, consapevole e ragionato, di prestazioni diagnostiche soprattutto per immagini (ma non solo) - mirate ad accertare le patologie sospette, spesso le più pregiudizievoli per la vita delle persone - ritenute essenziali dal sistema scientifico e istituzionale sulla base della loro concreta e riconosciuta utilità. Una ingiustificata compressione dell'esigibilità dei Lea che a siffatte prestazioni fanno ineludibile e implicito riferimento, rese impraticabili solo per perseguire il contenimento della spesa sanitaria, oramai fuori controllo e non migliorabile, nelle regioni più deboli, attraverso gli inutili piani di rientro con commissariamenti al seguito.

***Vediamo qualche rimedio (ma anche qualche buona novità)***

Per altri versi, occorre fare qualcosa contro l'imperversare di una spesa sanitaria dissennata. I siti assistenziali da (ri)educare sono gli stessi nei cui confronti interviene duramente l'esaminata bozza di provvedimento ministeriale. Forse è l'ipotesi prospettica ad essere errata, con le sanzioni repressive non si arriva da nessuna parte. Meglio l'intento di trasformare la medicina di prima istanza in un veicolo più autenticamente collaborativo nel progetto del risparmio programmato.

Il tutto dovrà essere, comunque, finalizzato a reinsediare nella assistenza di base - (ri)dandole così il protagonismo scientifico che merita - l'esercizio corretto della scienza clinica, oramai da tempo in disuso, che rappresenta quella metodologia salutare, di casa negli studi dei medici di famiglia di una volta, basata sull'osservazione diretta del paziente, da esaminare accuratamente sotto il profilo fisico-psichico al fine di perfezionare una corretta diagnosi e di individuare una altrettanto corretta cura non chirurgica. Una considerazione, questa, che fa ben comprendere il ripristino della clinica nell'assistenza di base, considerata la limitatezza dell'esercizio dell'attività del medico cosiddetto curante dedicata alla propria utenza, spesso caratterizzata da una prescrizione impersonale, esente da ogni esame clinico, di frequente affidata a comuni segreterie dalla formazione del tutto impropria.

Interessante è principio introdotto nel DM, favorevolmente discriminante, fondato sul criterio della vulnerabilità sanitaria e sociale, delle quali dovere tenere debitamente conto nel concedere gratuitamente - per esempio l'assistenza odontoiatrica - ciò che ad altri è impedito. Due criteri utili, di certo, da applicare da subito per migliorare la traduzione dei costi *standard* in fabbisogni regionali *standard* più corrispondenti alle reali esigenze delle realtà geografiche più deboli.

In definitiva, il provvedimento voluto dal ministro Beatrice Lorenzin, fatte salve le pesanti riserve rappresentate, appare un atto accettabile sotto il profilo ideologico. Sono ovviamente da correggere alcune limitazioni e sanzioni apparentemente ivi insediate per garantire, nel contempo, la migliore

salute alla collettività e il necessario contenimento dei costi, peraltro relativo atteso che esso non supera i centodieci milioni di euro. Una goccia nel *maremagnum* degli sprechi, in cui la sanità affonda e disperde la propria sostenibilità, tanto da fare dubitare della sua corretta strumentalità nel perseguimento dello scopo. Ciò in quanto risulta, tra l'altro, a discapito di chi vive delle piccole fissazioni insite nella sempre più comune ipocondria, in favore dei quali, piuttosto che facilitargliene la scomparsa o quantomeno favorirne l'attenuazione, pone un obbligo sanzionato di divieto all'accesso di quelle metodiche diagnostiche spesso utili a garantire le aspettative di salubrità delle quale taluni sono alla spasmodica e quotidiana ricerca di certezza. Un aspetto da non trascurare, perché garante di quei diritti consacrati nella Costituzione di tutela della salute, sia psichica che fisica, ai quali il corrente legislatore costituzionale, che si sta rendendo protagonista dell'attuale revisione, ha dedicato l'implementazione della *potestas* legislativa esclusiva dello Stato. Lo sta facendo attraverso il superamento della legislazione concorrente e arricchendo la lettera dell'art. 117, comma 2, lettera m), ivi prevedendo che lo Stato è esclusivamente competente a dettare "disposizioni generali e comuni per la tutela della salute, per le politiche sociali e per la sicurezza alimentare".

Da parte del legislatore costituzionale, tra tante dispute sulla formazione e le competenze del nuovo Senato, una attenzione al riaccentramento e una sensibile espansione delle competenze legislative dello Stato e, quindi, regolamentari, che occorre sapere meritare soprattutto facendo diventare uguali i cittadini che non lo sono quanto ad esigibilità del diritto alla salute, a cominciare da una rivisitazione generale della continuità assistenziale.