



Distretto Sociosanitario n. 2 – Catanzaro Lido

Prot. n° 1604 del 12.02.2007

Dott. Pasquale Gallucci
Segretario Regionale FIMMG

Dott. Gennaro De Nardo
Coordinatore Aziendale FIMMG

p.c. **Ing. Pasquale Clericò**
Direttore Generale AS 7

Dott. Franco Montesano
Direttore Sanitario AS 7

Oggetto : Vs. nota prot. 21/22/23 del 07.02.07

Cari Colleghi,
in relazione a quanto indicato, appare opportuno offrire alcune considerazioni necessarie per sottolineare, come talune affermazioni contenute nella Vs., appartengano ad un linguaggio per così dire “**sindacalese**”, che offendono la mia modesta intelligenza e, soprattutto, rappresentano un inopportuno e quanto mai inappropriato attacco al ruolo istituzionale che appartiene all’incarico ricoperto.

Affermazioni quali “... *stai presentando il conto in pezzi e soldoni ... ai MMG ... in nome di una ipotizzata appropriatezza prescrittiva ...*” o, peggio ancora, “ ... *continui a promuovere con insuperabile protagonismo, originali iniziative, nei confronti dei MMG ...*”, rappresentano affermazioni del tutto gratuite e prive di fondamento alcuno, che mi auguro, per l’appunto, appartengano al novero delle **frasi ad effetto** proprie di quel già menzionato **sindacalese** che disconosco per non avere alcuna esperienza in tal senso.

Per quanto attiene, e ciò rappresenta uno dei nodi e dei problemi cruciali della questione, al disallineamento dagli altri distretti, con ciò volendo evidentemente presupporre una linea di comportamento non aderente alle più complessive strategie aziendali, è necessario chiamare in causa la Direzione Sanitaria, già portata a conoscenza della specifica iniziativa e sollecitata all’adozione di misure ulteriori di verifica della fase di distribuzione domiciliare dell’ossigeno, che, a questo punto, dovrebbe palesare, per le specifiche attribuzioni e qualora lo ritenesse necessario, determinazioni eventualmente differenti da quelle sin qui adottate da questa macroarticolazione aziendale.

A ciò si aggiunga come in data 25/01/07 (nota n° 991) lo scrivente si sia fatto propositore, presso la stessa Direzione Sanitaria, di un ulteriore incontro (quello del 18.12.06) era stato



interrotto per questioni tutte interne alla FIMMG) finalizzato proprio alla ricerca dell'**allineamento** della valutazione dei problemi connessi all'appropriatezza.

Per quanto attiene, poi, alla mancata comunicazione dell'iniziativa ai componenti dell'UCAD del DSS n. 2, sarebbe utile che le SS.VV. mantenessero contatti più stretti con i rappresentanti della FIMMG in seno allo stesso organismo, posto che nella seduta del 24.01.07 è stato, tra l'altro trattato, proprio lo specifico argomento.

Per riferirci poi al richiamato ruolo del CAP, vorrei rammentare alla memoria del caro amico Gennaro, come la proposizione in seno allo stesso organismo del Corso di formazione "*Appropriatezza prescrittiva e percorsi diagnostico terapeutici*", promosso dal DSS n. 1, sia stata pretesa proprio da chi scrive (e non già dalla FIMMG !) e come sempre il sottoscritto sia stato l'unico, in seno alla stesso CAP, a pretendere che **l'approvazione dello stesso corso fosse subordinato all'estensione a tutti i MMG dell'azienda e non tarato semplicemente per quelli che operano nel DSS n. 1** (nell'interesse e per la tutela di tutti i MMG che dovrebbe viceversa rappresentare la mission del vs. sindacato). L'accusa di **disallineamento** e di adozione di iniziative riservate solo ad alcuni dei MMG, dovrete, quindi, in una doverosa e quanto mai salutare autocritica, riservarla a voi stessi prima ancora che farla impropriamente e strumentalmente rimbalzare su altri.

Ed ancora, vorrei rammentare come sempre lo scrivente (**unico e solo !**) si sia fatto promotore, in seno al CAP, dell'avvio della discussione per la realizzazione delle équipes territoriali, che dovrebbero rappresentare interesse preminente della FIMMG in quanto strumento organizzativo imprescindibile per far uscire il medico dalla solitudine in cui spesso opera e per affermare concretamente la centralità del suo ruolo assistenziale, troppo spesso decontestualizzato dai processi decisionali e, quindi, di programmazione e responsabilizzazione dei percorsi assistenziali.

Nel ringraziarVi, poi, per la apprezzata e quanto mai salutare *lectio magistralis* in tema di appropriatezza prescrittiva, devo però rilevare (ed ecco il richiamato riferimento allo specifico ruolo istituzionale) come il mio operato non sia stato attinto da Vs. censure nel merito dell'applicazione di norme, siano esse legislative e/o regolamentari, quali ad esempio la Legge 425/96 e/o la DGR n° 419/03 e/o di procedure di cui all'A.C.N.

Quante volte, caro Pasquale, ho sollevato (anche in occasione di sessioni congressuali) la questione relativa alla appena citata deliberazione di Giunta Regionale, invitandoti ad aprire, in ragione del tuo ruolo sindacale, un tavolo di discussione con la regione per la revisione dei criteri e dei principi regolamentari in essa contenuti ? O devo forse ritenere che per te è molto più semplice e comodo censurare chi quei criteri e quei principi ha il **dovere** di applicare, piuttosto che aprire una **sacrosanta "battaglia sindacale"** per modificare il provvedimento regionale in questione?

Vi invito quindi ad una rilettura delle norme richiamate, nella speranza che la Vs. non voglia rappresentare una *malcelata* richiesta, sotto spoglie di invettiva sindacale, di non rispetto delle stesse norme.

Per quanto attiene, infine, il mio personalissimo e forse banale pensiero in tema di valutazione dell'appropriatezza in tema di prescrizioni farmaceutiche, ritengo che il dato meramente **finanziario** non può che rappresentare l'input (**evento sentinella**) per avviare una



verifica di rispondenza tra quantità e qualità della prescrizione, dove quest'ultima è rappresentata dalla tipologia delle categorie farmaceutiche che caratterizzano l'attività prescrittiva del medico, che può essere macroscopicamente verificata alla luce della composizione anagrafica della popolazione assistita da ciascun medico (*prevalenza prescrittiva di farmaci tipicamente riconducibili alla cura di patologie cardiovascolari, cronico – degenerative, etc.*) e/o dal riscontro documentale della presenza di assistiti portatori di patologie che richiedono l'impiego di farmaci, comunque di rilevante costo, la cui prescrizione è assoggettata e/o subordinata a prescrizione specialistica e/o al rispetto del ricorrere di particolari condizioni cliniche.

Accertata tale rispondenza, correlate cioè, e lette congiuntamente, *quantità e qualità* della prescrizione, può essere definito un giudizio valutativo di appropriatezza / non appropriatezza (in caso di mancata rispondenza tra quantità e qualità) senza ovviamente trascurare la globalità dell'azione medica che si proietta su almeno tre **dimensioni prescrittive** differenti (farmaceutica, specialistica, ospedaliera), comunque tutte direttamente interconnesse.

Più in generale può definirsi che la valutazione di appropriatezza / non appropriatezza dell'attività prescrittiva del MMG assume la connotazione di una vera e propria **valutazione multidimensionale**, che deve tenere contestualmente conto dei principi cardine di conduzione della pubblica amministrazione (*efficacia, efficienza ed economicità*), degli specifici riferimenti normativi e dei correlati e più generali criteri istituzionali di attribuzione di responsabilità, ma non può **certamente trascurare i prevalenti** aspetti deontologici, quelli clinico – epidemiologici ed, infine, quelli umani.

Il problema della prescrizione dei farmaci (appropriatezza prescrittiva) è, quindi, da ricondurre al più generale obbligo di **appropriatezza dell'uso delle risorse** nella disponibilità del MMG per porre in essere le cure più appropriate per i propri assistiti.

La più generale ratio a cui si ispira il SSN è quella di ricercare costantemente la contestualità di tre condizioni:

- ✓ efficacia
- ✓ efficienza
- ✓ economicità

In altri termini, il *leit motiv* è senz'altro individuato nella necessità di ottenere il *miglior risultato possibile al minor costo*. Si tratta, quindi, di una evidente valutazione di carattere **economico**, e non semplicisticamente di natura **finanziaria**, in cui è necessario valutare con modalità sistemica gli outcomes dell'azione medica, scomposta nelle sue classiche fasi (valutazione diagnostica, scelta terapeutica, valutazione prognostica), alla luce delle risorse impiegate per ottenere quel risultato, non trascurando ovviamente le circostanze, giuridicamente definite *di tempo e di luogo*, in cui quelle stesse azioni si concretizzano.

Può, in assoluto, valutarsi l'appropriatezza delle scelte operate dal medico se non sono poste in relazione di continuità le azioni diagnostiche con quelle, conseguenziali a queste ultime, relative alle scelte terapeutiche poste in essere ? [*E' ormai universalmente riconosciuta l'inefficacia di programmi di responsabilizzazione incentrati sulla sola spesa farmaceutica, che generano di fatto riduzione di tale voce di spesa, accompagnandosi però a contestuali amplificazioni in altri settori di spesa, quali la specialistica ambulatoriale e*



l'ospedaliera, realizzando un solo apparente e formale risultato di contenimento della spesa e determinando, in altri termini, inappropriatezza in altri settori "prescrittivi"].

Necessario, ovviamente, **il rispetto delle limitazioni sostanziali e/o formali imposte dalla normativa di riferimento nel merito della attribuzione a carico del SSN** delle procedure diagnostiche e delle scelte terapeutiche di natura farmacologica poste in essere (DPCM del 29 novembre 2001, note CUF – ora AIFA).

L'attenzione del legislatore nazionale e regionale, e quindi della più generale programmazione sanitaria, è peraltro fortemente focalizzata sulla **spesa farmaceutica**, in uno scenario di fondo economicamente caratterizzato da un vero e proprio *contingentamento* delle risorse disponibili in cui è stato ribaltato uno dei principi ispiratori della legge 833/78 di istituzione del SSN secondo cui le risorse erano diretta funzione dei bisogni assistenziali. Il decreto legislativo di riforma (502/92 e s.m.i.) rimodula l'impianto assistenziale, attraverso un sempre più severo processo di responsabilizzazione della spesa, che conduce, per l'appunto, ad una situazione diametralmente opposta a quella di partenza e caratterizzata dall'essere i bisogni, funzione delle risorse disponibili (il processo di aziendalizzazione della sanità rappresenta di fatto lo strumento cardine di tale radicale trasformazione del SSN).

E questo scenario **impone una rivisitazione del ruolo del MMG**, correttamente demandato dall'ACN alle Regioni per garantirne la contestualizzazione alle singole e differenti specificità regionali.

Vorrei ancora ricordare, scusatemi se mi ripeto, come in seno al CAP, organismo di declinazione aziendale dell'AIR e quindi della rivisitazione di quel ruolo, l'unico ad essere ad oggi propositivo è proprio colui che viene (*che non sia proprio per tale motivo ?!*) attaccato dalla FIMMG per essere accusato di *protagonismo*.

Per concludere questa mia, vorrei esprimereVi tutta l'**amarezza** per un ingiustificato e, soprattutto incomprensibile attacco, ribadendo a chiare note la necessità di una Vostra più approfondita riflessione.

Rimango, ovviamente, disponibile per qualsivoglia richiesta di sereno e costruttivo confronto.

Cordialmente,

Maurizio Rocca

P.S. La presente viene inviata anche per *e mail* per essere offerta a tutti i Vs. iscritti, in nome del diritto di replica che, conoscendo la vostra correttezza, certamente vorrete concedermi.