



FNOMCeO

Il Presidente

Al Ministro della Salute
On.le Beatrice LORENZIN
E-mail: segreteriaministro@sanita.it

E p.c.

Al Capo di Gabinetto del Ministero della
Salute
Dott. Giuseppe CHINÈ
E-mail: g.chine@sanita.it

Al Direttore Generale della Direzione della
Programmazione Sanitaria del Ministero
della Salute
Dott. Renato BOTTI
E-mail: r.botti@sanita.it

1

Oggetto: Decreto Ministeriale del 9 dicembre 2015

Onorevole Ministro,

in considerazione del rinvio, per esigenze del Ministero della salute dell'incontro previsto in data odierna e a seguito degli incontri formali e informali intercorsi in merito all'oggetto e a quanto concordato nella riunione tenutasi in data 12 febbraio 2016, dei deliberati del Consiglio nazionale della Fnomceo del 5 marzo 2016, con la presente si intende evidenziare in spirito di collaborazione istituzionale quanto segue.

Gli impegni presi in data 12 febbraio u.s. prevedevano l'attivazione di un tavolo congiunto allo scopo di definire le criticità evidenziate nella prima fase di vigenza del decreto.

In concreto, il programma concordato con la Direzione Generale della programmazione del Ministero e i rappresentanti delle Regioni ha previsto di inserire tale ridefinizione nell'elaborato tecnico preliminare ai nuovi provvedimenti ordinamentali relativi ai LEA, procedura che dovrà essere attuata nei prossimi mesi. Nelle more di tale ridefinizione l'accordo del 12 febbraio ha previsto la condivisione di una circolare esplicativa che tenga comunque conto di un approccio concreto e razionale alle diverse criticità segnalate.

Inoltre, il Consiglio Nazionale della Fnomceo in data 5 marzo 2016 ha approvato una mozione che "respinge i contenuti del decreto appropriatezza" e chiede "di proseguire la collaborazione con il Ministero della Salute e con le Regioni per la definizione di un nuovo decreto, nell'ambito della revisione dei LEA, distinguendo i criteri di erogabilità



FNOMCeO

Il Presidente

dall'appropriatezza, che deve rimanere patrimonio della Professione", con la quale vincola la delegazione Fnomceo.

L'appropriatezza essendo un patrimonio della Professione non può che riguardarla nella sua totalità e non essere limitata come oggi previsto dal decreto solo all'assistenza territoriale.

La definizione di criteri di derogabilità è funzione propria del Governo mentre la appropriatezza clinica si fonda su complesse interazioni di competenze scientifiche, relazione con il paziente, patrimonio etico e culturale della Professione tenuto conto anche di aspetti socio-sanitari.

In effetti, l'apporto della Fnomceo alla ridefinizione dei contenuti del decreto sarà mirato a contribuire alla individuazione di criteri di derogabilità, secondo priorità che tengano conto di evidenze e di competenze specifiche.

Per quanto attiene alla condivisione di una circolare esplicativa, per quanto sopra premesso, la Fnomceo ritiene indispensabile tener conto dei seguenti contenuti.

1. Nelle more della ridefinizione dei contenuti del decreto l'attuale vigenza deve essere intesa come fase sperimentale. In conseguenza di ciò deve essere esclusa ogni ipotesi di sanzione, comunque da concordare con le rappresentanze della Professione.
2. Definire le modalità per attuare quanto previsto dall'accordo del 12 febbraio u.s. che esclude i pazienti cronici ed invalidi dalle disposizioni imposte dal decreto.
3. Prendere atto dell'impossibilità di apporre nelle prescrizioni le note previste dal decreto, allo stato attuale dei sistemi informatici, in ambito di prescrizione dematerializzata e cartacea. Il medico prescrittore si limiterà a formulare un quesito diagnostico, che tenga conto dei contenuti del decreto nell'ambito della buona pratica clinica.
4. Per quanto attiene alle prescrizioni specialistiche, ivi comprese quelle che il decreto riserva a specifiche branche, in assenza di una previsione ordinamentale generale che limiti la possibilità di prescrizione, l'attuale fase di attuazione dovrà prescindere da aspetti formali, focalizzandosi sul corretto espletamento di un percorso diagnostico condiviso che potrà realizzarsi con modalità organizzative diverse nei singoli territori.
5. La prima fase di attuazione del decreto ha già consentito di segnalare diverse criticità di cui dovrà tener conto la circolare esplicativa.
 - a. La definizione di sospetto oncologico, che andrà ridefinita nella stesura del decreto non può comunque essere considerata esaustiva, dovendo il processo diagnostico tener conto di indicazioni segni e sintomi che è impossibile ricondurre ad una semplificazione standardizzata.
 - b. Per quanto riguarda la radiologia diagnostica il concetto di "patologia traumatica acuta" andrà più correttamente ricondotto a "patologia traumatica", trattandosi di valutazione spesso rilevata a distanza dall'evento, non sempre definibile in singolo episodio.

2



FNOMCeO

Il Presidente

- c. Per quanto attiene alla risonanza muscolo scheletrica senza mdc il requisito dell'ecografia negativa o dubbia rischia di indurre un' inutile duplicazione di accertamenti e di tempi di attesa, relativamente all'indagine condotta su alcuni distretti, quale a titolo di esempio il ginocchio. La decisione di procedere all'indagine ecografica preliminare va ricondotta alla valutazione clinica del medico.
- d. la condizione di erogabilità della Risonanza Magnetica del rachide si intende naturalmente estesa ai casi in cui, anche senza dolore, sia presente una sintomatologia neurologica
- e. Per quanto attiene alle indagini di laboratorio, il decreto appare ridondante di indicazioni a volte ovvie, a volte superflue, e a volte errate. La riformulazione nell'ambito dei nuovi LEA sarà l'occasione per ridefinire in termini strutturali tale sezione. Al momento è necessario richiamare il medico ad una interpretazione generale dei criteri esposti dal decreto, con l'utilizzo comunque del discernimento clinico mirato alla definizione del quesito diagnostico. Si segnalano alcune priorità che potrebbero essere già chiarite nella prima circolare:
 - i. Per quanto attiene al quadro lipidico oltre alla correzione dell'evidente refuso del Colesterolo HDL, deve essere chiarito come la presenza di fattori di rischio cardiovascolari, quali l'ipertensione, il diabete, la familiarità, le disendocrinie, le abitudini di vita, così come le patologie vascolari conclamate, siano elemento sufficiente per consentire il monitoraggio. Un riferimento importante, inoltre, deve essere fatto alla nota AIFA 13 che rappresenta un riferimento fondamentale per il corretto monitoraggio e trattamento delle patologie del metabolismo lipidico.
 - ii. il medico potrà prescrivere le prestazioni Alanina aminotransferasi (ALT) e Aspartatoaminotransferasi (AST) sia in presenza di un sospetto di epatopatia (o di un rischio di epatopatia indotta dall'assunzione di farmaci potenzialmente epatotossici), sia nel caso in cui l'epatopatia sia nota e debba essere monitorata.
 - iii. la condizione di erogabilità per l'esecuzione della prestazione "Urato" "Monitoraggio delle terapie citotossiche nella patologia gottosa" deve essere suddivisa in due distinte condizioni: "B) Monitoraggio delle terapie citotossiche" e "C) Patologia gottosa". In tali fattispecie andrebbe precisato come la prevenzione della patologia gottosa primitiva o secondaria debba consentire l'utilizzo dell'indagine diagnostica.

3

Per quanto concerne le indagini allergologiche, la materia merita una più ampia rivisitazione anche in relazione con quanto espresso dalle principali società scientifiche di allergologia e dalle stesse comunicato alla Fnomceo ai fini della futura revisione del decreto e dei LEA. Onde anche evitare un improprio sovraccarico delle strutture specialistiche,



FNOMCeO

Il Presidente

andrebbe precisato, nell'attuale fase sperimentale, come indagini di base costituite da non più di otto IgE specifiche per allergeni inalanti debbano poter essere prescritte direttamente dal mmg o pls onde evitare un improprio sovraccarico delle strutture specialistiche allergologiche.

Per quanto riguarda le specifiche problematiche della **Professione odontoiatrica** si precisa quanto di seguito:

Premessa

Il decreto ministeriale intende definire le condizioni di erogabilità delle prestazioni odontoiatriche secondo i principi dell'appropriatezza.

In tal senso il Consiglio Nazionale della Fnomceo in data 5 marzo 2016 ha approvato una mozione che *"respinge i contenuti del decreto appropriatezza"* e chiede *"di proseguire la collaborazione con il Ministero della Salute e con le Regioni per la definizione di un nuovo decreto, nell'ambito della revisione dei LEA, distinguendo i criteri di erogabilità dall'appropriatezza, che deve rimanere patrimonio della professione"*, con la quale vincola la delegazione Fnomceo.

La definizione di criteri di derogabilità è funzione propria del Governo mentre la appropriatezza clinica si fonda su complesse interazioni di competenze scientifiche, relazione con il paziente, patrimonio etico e culturale della Professione tenuto conto anche di aspetti socio-sanitari.

In effetti, l'apporto della Fnomceo alla ridefinizione dei contenuti del decreto sarà mirato a contribuire alla definizione di criteri di erogabilità secondo priorità che tengano conto di evidenze e di competenze specifiche.

Non si può disconoscere che le terapie comprese nel nomenclatore del SSN rappresentano tutte prestazioni atte a tutelare la salute orale e generale e si pongono l'obiettivo fondamentale della riabilitazione orale della popolazione.

Considerando la necessità di una razionalizzazione della spesa, necessaria anche per fornire la continuità del servizio, il legislatore ha inteso limitare la platea di soggetti tutelati dal SSN e la tipologia di prestazioni erogate.

Si interviene quindi nell'assistenza primaria demandando al privato parte delle prestazioni effettuabili. In un modello ideale questo passaggio non dovrebbe comportare alcuna variazione nella spesa e nella qualità dell'assistenza complessiva.

Nella realtà l'ovvio incremento dei costi sostenuti individualmente nelle fasce protette, per la limitazione delle prestazioni, e nelle fasce non protette, per l'eliminazione di prestazioni erogate dal SSN, non sembrano appropriate nel mantenere un elevato standard di salute della popolazione

Seppure la salute dei cittadini e una corretta razionalizzazione della spesa vadano di pari passo, un depotenziamento della prevenzione secondaria (terapie tempestive prima



FNOMCeO

Il Presidente

dell'insorgenza di complicazioni) nel lungo periodo non permette di ridurre in maniera incisiva la spesa e al contempo causa una drastica, quasi assoluta, riduzione del servizio al cittadino.

Valutazioni nel merito:

Nel decreto si individuano soggetti con vulnerabilità sanitaria (che sono un'esigua minoranza rispetto all'attuale platea che beneficia di assistenza) e non sono presi in dovuta considerazione i casi di vulnerabilità sociale (ben più incidenti nel numero globale, per cause anche di bisogni relativi a criticità contingenti non solo economiche) alle prestazioni con il codice 22.43.6; 23.72.3; 24.00.2; 24.00.3; 24.6; 24.80.2.

Sempre, nell'ambito dei soggetti con V.S. non sono inclusi pazienti affetti da patologie come quelle a carattere metabolico quali il diabete mellito, o la patologia cardiovascolare, la patologia cerebrovascolare, la patologia infiammatoria cronica, le immunodeficienze e la gravidanza.

In letteratura scientifica è ampiamente dimostrato come la presenza di patologie odontoiatriche peggiori l'*out come* e la prognosi *quoad vitam* di questi tipi di pazienti. E poi facile ipotizzare che l'assistenza di questi pazienti, laddove necessitino di terapie in ambiente protetto, si sposterà necessariamente nell'ambito dei DH e DS con ovvi aggravii economici per il sistema.

Tutelare la salute odontoiatrica nell'età tra 0-14 anni è indispensabile, ma appare singolare la mancanza di riferimenti alle terapie endodontiche per questo tipo di pazienti o di tutte le terapie di prevenzione delle patologie del parodonto.

L'utilizzo dell'indice IOTN, infine, per le prestazioni ortodontiche consente probabilmente una discrezionalità notevole. Sarebbe opportuno probabilmente utilizzare per tutte le terapie e per queste ultime, in specifico, utilizzare le definizioni delle raccomandazioni cliniche e del nomenclatore emanati dal ministero. In ogni caso non si comprende perché per le prestazioni ortodontiche le premesse (erogabilità per i gradi 4, 5) vengano poi nell'elenco altre prestazioni ristrette alla sola classe 5.

Conclusioni

Di fatto il presente decreto esclude la popolazione generale (che non rientra nelle categorie di protezione indicate) dall'assistenza odontoiatrica. Ad oggi la popolazione generale, che non rientra in alcuna categoria di protezione, gode di un'assistenza odontoiatrica in compartecipazione con il SSN, tramite il pagamento di un ticket e di un contributo sulla ricetta.

Questa fascia di popolazione perderebbe tale assistenza e si vedrebbe riconosciuta solo la visita odontoiatrica e il trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche. Resta comunque e la CAO (Commissione Nazionale Albo Odontoiatri) ne sottolinea con forza tali aspetti, laddove fosse accettata l'idea di escludere la popolazione definita "generica" dall'assistenza odontoiatrica, il fatto che queste terapie non possono essere parziali o semplificazioni non essendo certamente etico e deontologico intraprendere e non completare una terapia.

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Piazza Cola di Rienzo, 80/a - 00192 Roma - Tel. 06.36 20 31 Fax 06.32 25 818 - e-mail: presidenza@fnomceo.it - C.F. 02340010582

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Piazza Cola di Rienzo, 80/a - 00192 Roma - Tel. 06.36 20 31 Fax 06.32 25 818 - e-mail: presidenza@fnomceo.it - C.F. 02340010582



FNOMCeO

Il Presidente

Qualora si volesse mantenere una elevata la qualità di salute e di servizi del paziente, riducendo la spesa attuale e la spesa futura appare, forse, opportuna una rivalutazione del numero delle prestazioni presenti nel nomenclatore conservando quelle essenziali e includendo solo la riabilitazioni protesica di base. La riconsiderazione degli aspetti economici poi potrebbe rendere infine l'erogazione di queste prestazioni effettivamente sostenibile da parte delle strutture del sistema SSN con un rilancio della missione del SSN di tutela della salute dei cittadini.

Nell'auspicio che le sopra riportate considerazioni fornite in spirito di fattiva collaborazione istituzionale saranno opportunamente considerate dalla Signoria vostra si resta in attesa di un cortese riscontro onde procedere alle successive necessarie interazioni.

Restando a disposizione per ogni eventuale chiarimento si inviano i più cordiali saluti.

Dott. Giuseppe Renzo

Dott.ssa Roberta Chersevani

6

