



Rassegna Stampa

DottNet
14.07.2025

Smi, appropriatezza prescrittiva medici di famiglia: Facciamo chiarezza sulle improvvise e mistificatorie iniziative delle ASL

14/07/2025

"Con questi metodi le ASL tentano di imporre surrettiziamente un tetto di spesa o un budget di spesa tentando di mistificarlo con il rispetto della appropriatezza prescrittiva che è ben altra cosa"

Gentile Direttore,

In **ordine ai ciclici rilievi che pervasivamente le ASL eccepiscono** proposito dell'attività prescrittiva dei Medici di Medicina Generale (MMG) va contestato, in fatto e in diritto, il metodo e il merito. In primo luogo, va stigmatizzato che, con lo strumento dell'invio dei report di spesa, le ASL eccepiscono a carico dei MMG una attività iper prescrittiva e non in appropriatezza prescrittiva. Non si tratta di una "svista" da poco se si considera che **non esiste alcuna normativa relativa ad iper prescrizioni** e che quest'ultima, dunque, è "irregolarità" amministrativa inesistente e semplicemente partorita dalla fervida fantasia ragionieristica della ASL. Tuttavia le ASL minacciano sanzioni per i medici iper prescrittori, individuati tali, con metodi tanto arbitrari quanto illegittimi ed errati.

Altra cosa è l'appropriatezza prescrittiva di cui parleremo più avanti ma che, comunque, nulla ha a che vedere con le iper prescrizioni. A giustificazione di questo vero e proprio abuso le ASL che si cimentano in astratte medie finanziarie, irrelate rispetto ai comportamenti clinici (indicatori di processo ed esito) e all'epidemiologia del singolo MMG (composizione anagrafica e prevalenza delle patologie croniche) peraltro prive di basi logico-razionali ed ingiustificate sul piano scientifico, organizzativo sistemico e legale. In conclusione, con questi metodi le ASL tentano di imporre surrettiziamente un tetto di spesa o un budget **di spesa tentando di mistificarlo con il rispetto della appropriatezza prescrittiva** che è ben altra cosa. A riprova dell'infondatezza dei comportamenti delle ASL è da rimarcare che nessuna amministrazione si è mai sognata di ipotizzare e, men che mai di imporre, un budget di spesa ai MMG. Innanzitutto, sarebbe impossibile trovare gli strumenti per determinarlo a priori. In secondo luogo è evidente che i MMG spendono risorse in base alla prevalenza delle malattie che quotidianamente affrontano e non potrà mai verificarsi il contrario e cioè che la prevalenza delle malattie si adatti ad un budget predeterminato. A budget esaurito i MMG dovrebbero solo interrompere l'assistenza ai propri pazienti! Ma con i report che le ASL inviano ciclicamente ai MMG - ed alle cui medie pretendono che i MMG si adeguino - si va addirittura oltre: i MMG dovrebbero adeguarsi a posteriori. Il senso di questo esercizio è evidentemente intimidatorio: ci aspetta che, dal quel momento, tanti MMG - per tema di sanzioni - riducano surrettiziamente la propria attività prescrittiva. È immorale, professionalmente anti etico ed illegale!



Il concetto di appropriatezza e le normative di riferimento

Come già scritto, il concetto di appropriatezza si presta ad essere strumentalizzato per iniziative improprie - spesso illegali - a causa della sua complessità e della fumosità. Basti pensare che il documento ministeriale sul governo clinico del 2012 cita oltre una dozzina di definizioni nazionali ed internazionali, accomunate dal carattere multidimensionale e sfaccettato, riconducibile alla galassia della qualità. Tuttavia l'AIFA stessa scrive testualmente: **"Non esiste una definizione precisa" di appropriatezza... tutte sottolineano il carattere relazionale del termine (appropriato rispetto a qualcos'altro) ma non lo definiscono in sé"** (B.I.R. Bollettino d'informazione sui farmaci dell'AIFA e del Ministero della Salute - anno XI). L'introduzione del concetto di appropriatezza fu motivata dalle scarse risorse destinate al conseguimento di obiettivi di salute o esiti clinici (efficacia) conseguenti a scelte razionali (efficienza ed economicità) in una cornice di equità distributiva, nel rispetto delle norme regolatorie. Ma fin da allora fu evidente che la pretesa di coniugare che la logica economica con le buone pratiche raccomandate da studi clinici, linee guida e percorsi scientificamente condivisi era impresa temeraria, funambolica ed utopica. **Tant'è la sua enunciazione non ha dato seguito ad alcuna specifica** norma che giustifichi l'applicazione di un tetto di spesa o di budget da assegnare ai MMG. L'unico decreto emanato a seguito dell'introduzione del concetto di appropriatezza è il Decreto Ministeriale 9 dicembre 2015 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 20 gennaio 2016. Tale Decreto statuisce che 203 prescrizioni prima prescrivibili direttamente dai MMG necessiteranno, da quel momento, di una visita e di una prescrizione dello specialista che avrà l'obbligo di osservare le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva previste nel Decreto stesso, a pena di sanzioni. Come si vede, dunque, l'unico Decreto "Appropriatezza" non riguarda l'attività prescrittiva dei MMG in ordine alla variabile spesa così come (mal) inteso dalle ASL. Pertanto per quanto riguarda i MMG le norme regolatorie restano solo quelle decretate dalle note AIFA a partire dal 2004 e riguardano solo i farmaci. **Secondo l'AIFA la definizione di Appropriatezza è la seguente:** "una prescrizione farmacologica può essere considerata appropriata se effettuata all'interno delle indicazioni cliniche per le quali il farmaco si è dimostrato efficace e all'interno delle sue indicazioni d'uso – durata e dose". Non viene citata l'attenzione, da parte del prescrittore, alla variabile spesa ma solo alla correttezza della diagnosi, alla sua indicazione, alla dose, alla durata della terapia, alle controindicazioni, alle possibili interazioni. Mettere in capo ai MMG restrizioni che vanno al di là delle prescrizioni AIFA, con un tetto di spesa od un budget, è anche del tutto illegale in quanto negare una prescrizione ad un paziente che ne ha diritto alla luce delle note AIFA, in osservanza delle logiche economicistiche della ASL, significherebbe agire in grave dispregio per la salute del paziente e dei LEA statuiti a livello nazionale. **Se tanto non bastasse si aggiunge che anche la Corte Costituzionale** - Sentenza n. 169/17 ribadisce il "carattere personalistico" delle cure sanitarie, individuando di volta in volta la terapia ritenuta più idonea ad



assicurare la tutela della salute del paziente (in senso conforme, tra le altre, la sentenza n.151 del 2009). Alla luce di tale indefettibile principio, l'appropriatezza prescrittiva, prevista dall'art. 9-quater, comma 1, del d.l. n. 78 del 2015 e i parametri contenuti nel decreto ministeriale devono essere dunque intesi come un invito al medico prescrittore di rendere trasparente, ragionevole ed informata la consentita facoltà di discostarsi dalle indicazioni del decreto ministeriale. [Il Consiglio di Stato, Sez. III con sentenza 19 aprile 2022, n.2896](#), inoltre, sentenziava: "La Regione non può sovrapporre, né in via legislativa né in via amministrativa, la propria valutazione tecnica ad una valutazione di appropriatezza, prescrivibilità e rimborsabilità dei farmaci già compiuta, a livello nazionale, dall'AIFA in quanto attinente ai livelli essenziali di assistenza".

Carlo Iannotti

**Presidente Collegio Nazionale Revisori dei Conti
Sindacato Medici Italiani (SMI)**



Quotidiano Sanità

18.07.2025

Medicina generale. Smi dopo incontro con Fabi: “Forte preoccupazione”
Il confronto sul futuro della medicina territoriale , “seppur importante”, ha suscitato “profonda delusione” per l’assenza, secondo lo Smi, di misure concrete per rendere la professione medica più attrattiva o per apportare miglioramenti per l’assistenza ai cittadini: “Numerosi ambulatori restano privi di un riferimento medico stabile, con servizi non gestiti direttamente dai mmg”.

18 LUG -

Nella giornata di mercoledì 16 luglio, il Sindacato Medici Italiani (SMI), insieme ad altre organizzazioni sindacali, ha incontrato lo staff dell’Assessore regionale alla Sanità dell’Emilia-Romagna per discutere la pre-intesa proposta dall’Assessorato per ridisegnare la sanità territoriale. Un incontro che, “seppur importante”, sostiene lo Smi, ha suscitato “profonda delusione” tra i rappresentanti sindacali.

La pre-intesa, spiega lo Smi in una nota, “non contiene misure concrete per rendere la professione medica più attrattiva, né risposte alle esigenze delle professioniste, come le colleghe in gravidanza o con figli piccoli, ancora previste nei turni notturni”.

“A destare maggiore preoccupazione – prosegue il sindacato - è però l’assenza di miglioramenti tangibili per i cittadini: numerosi ambulatori restano privi di un riferimento medico stabile, con servizi non gestiti direttamente dai Medici di Medicina Generale. Una condizione che rischia di compromettere la qualità dell’assistenza sul territorio”.

“Il dubbio che ci poniamo – sostiene lo Smi – è se l’Emilia-Romagna voglia realmente essere tra le regioni che investono in una medicina territoriale moderna ed efficace, oppure se stia diventando una cassa di risonanza per introdurre nuovi ticket destinati a coprire sprechi organizzativi, come nel caso dei Centri di Assistenza e Urgenza (CAU)”.

Il Sindacato Medici Italiani ribadisce “la necessità di un confronto serio e costruttivo, volto a tutelare il lavoro dei professionisti sanitari e garantire un’assistenza di qualità ai cittadini, nel rispetto dei principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale”.

**NAPOLITODAY**

21.07.2025

Medico del 118 muore in servizio: Quali sono le concause? Il burnout? La carenza di personale? Aspettiamo risposte

21 luglio 2025

Medico del 118 muore in servizio: Quali sono le concause? Il burnout? La carenza di personale? Aspettiamo risposte dall'Azienda Sanitaria Locale! Dichiarazione di Giovanni Senese Segretario Regionale Campania Sindacato Medici Italiani (SMI) Napoli, 21 lug.- Il decesso del medico Giovanni Di Tuoro, in servizio al SAUT (Soccorso Avanzato con Unità Territoriale) di Pollena Trocchia, nell'Asl Napoli 3 Sud ci lascia basiti, così Giovanni Senese, Segretario Regionale Campania dello SMI. Sono forse queste le tragiche conseguenze della carenza di personale medico nei pronto soccorso dovuta, molto spesso, sia all'incapacità dei gestori politici di prevedere la programmazione, sia d'anni di blocco delle assunzioni? Sosteniamo, per queste ragioni, da tempo, la necessità di puntare a una reale staffetta generazionale, tenendo conto dell'età elevata dei medici del sistema emergenza- urgenza e della necessità di formazione dei neo assunti con articolazioni di lavoro che incentivano la permanenza in servizio. Il ricambio generazionale servirebbe a contrastare drasticamente il burnout e lo stress da lavoro tra i medici, che rimangono problemi seri, anche, nei nostri territori e nella nostra regione con conseguenze gravi sul benessere dei professionisti. Allo stesso tempo, proponiamo che si riconosca l'indennità di lavoro usurante ai lavoratori dell'emergenza-urgenza, medici, infermieri e operatori socio-sanitari che prestano la loro attività nei Pronto Soccorso, come misura risarcitoria per le condizioni di lavoro molto difficili a cui sono sottoposti. Chiediamo, infine, all' ASL di Pollena Trocchia che si faccia luce sull'eventuali conseguenze per la salute, legate all'organizzazione del lavoro nell'ambito sanitario in cui era impegnato il medico Giovanni Di Tuoro. Esprimiamo tutto il nostro cordoglio alla famiglia e ai colleghi del medico deceduto.

**ANSA**

24.07.2025

'Rispettate chi vi cura', un libro sulle aggressioni in ospedale

Il volume di Claudio Gammella presentato in Consiglio regionale

Aggressioni, minacce e insulti al personale sanitario sono, purtroppo, episodi frequenti negli ospedali della Campania e non solo.

Il tema è affrontato nel libro 'Rispettate chi vi cura' che propone soluzioni concrete per ricostruire una sanità più umana, sicura e basata sul rispetto reciproco.

Nella sala Don Peppe Diana e vittime di tutte le mafie, nella sede del Consiglio Regionale della Campania si è svolta la conferenza stampa della presentazione del libro, su iniziativa del Sindacato Medici Italiani.

A parlarne con i cronisti, a poche ore dall'ultimo episodio di violenza all'ospedale San Leonardo a Castellammare di Stabia (Napoli), l'autore Claudio Gammella, vicepresidente della Commissione Albo Odontoiatri di Napoli e consigliere nazionale del Sindacato Medici Italiani. "Un fenomeno in grande ascesa e non più sostenibile. È ora di dire basta in maniera ferma perché una sanità violenta è sintomo di una sottocultura e quindi vanno presi provvedimenti a livello nazionale", spiega. "Un medico che non può svolgere la propria mission di curare il cittadino ma deve difendersi, è un medico mutilato". Per Gammella quello che è venuto meno "è il rapporto fondamentale medico paziente, quella fiducia necessaria per poter curare".

Ma come si ricuce questo rapporto? "Lo si fa partendo da quello che è il lubrificante della vita: la fiducia. E lo si fa, ed è stato fatto, inasprendo le pene, però questo sicuramente non aiuta a ripristinare la fiducia. La si ripristina con atti concreti come quello di oggi, quello di riunire attorno a un tavolo tutti gli attori in causa e trovare soluzioni coinvolgendo anche il cittadino, l'informazione che ci deve aiutare perché tutti i giorni avvengono dei miracoli dove in luoghi e presidi si salvano vite, ma quello non fa notizia mentre i disservizi fanno più notizia. Questo messaggio al cittadino arriva come se la colpa sia dell'operatore, quando invece è una sanità cui vengono tolti fondi, turni massacranti con reparti sovraffollati e cittadini che aspettano ore per un pronto soccorso. E' come buttare benzina sul fuoco. E la violenza non può passare per normalità".

Sul punto anche Bruno Zuccarelli, presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Napoli: "Noi come operatori dobbiamo fare un grande sforzo di comunicazione e di ascolto. Ci vuole sicuramente una figura istituzionale che, soprattutto nei pronto soccorso, possa essere da trade union con i parenti e i pazienti. E poi le leggi di riferimento ci sono: c'è l'arresto in flagranza con il rilievo da parte delle telecamere, c'è la possibilità di direttori generali di perseguire senza denuncia da parte del soggetto le persone, dobbiamo continuare sull'attività repressiva. Ma la comunicazione da parte nostra non deve assolutamente mancare, altrimenti noi non saremo sicuri. Ma io dico non saranno sicuri i pazienti perché se non siamo sicuri noi, non sono sicuri i cittadini".

Per Giovanni Porcelli consigliere regionale, componente della V Commissione Sanità e Sicurezza Sociale del Consiglio Regionale della



Campania, "bisogna rimodulare una nuova alleanza tra i cittadini e la sanità italiana, spiegare ai nostri cittadini che i medici che stanno dall'altra parte della barricata, quando si arriva in ospedale, stanno lì per curarci e vanno rispettati e aiutati. E soprattutto bisogna spiegare che noi abbiamo un bene preziosissimo che è la sanità pubblica: la dobbiamo preservare dobbiamo fare in modo che questo bene conquistato con tanti sacrifici sia valorizzato per il futuro. Dall'altra parte i medici devono comprendere che chi va a farsi curare spesso è disperato, non ha la capacità di attendere lunghe file non ha neanche quella condizione di serenità per aspettare serenamente il responso di una diagnosi o di una prestazione sanitaria. Ecco che deve venire fuori un nuovo tipo di patto: da una parte i medici devono vedere che hanno di fronte un paziente e non un numero, dall'altro lato i cittadini devono essere sempre di più proiettati a rispettare coloro che ci curano".

All'incontro anche Mario Iovane, consigliere dell'Ordine dei Medici Chirurghi di Napoli e segretario nazionale organizzativo Sindacato Medici Italiani (SMI), Donato Pulcini, della segreteria nazionale SMI, tesoriere nazionale, Pietro Rutigliani, presidente CAO di Napoli e Coordinatore CAO Campania, Franca Sarracino, componente della Commissione Albo Infermieri Pediatrici dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Napoli.