

Commissione Deontologia e Bioetica
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Udine

Parere in risposta al quesito del dr. Maurizio Rocco

1. Il quesito del dr. Maurizio Rocco

Il Presidente dell'OMCeO di Udine, dr. Maurizio Rocco, ha rivolto alla Commissione scrivente la seguente richiesta di parere riportata nella circolare Prot. 825; classe 02.07, fascicolo 1507:

Ci si interroga sulla compatibilità deontologica dell'imposizione del medico da parte dei cosiddetti fondi sanitari. Ci si chiede se essi ledano il diritto alla libera scelta del medico.

2. Fonti normative e precisazioni terminologiche

Art. 9 d.lgs. 30.12.1992, n. 502; Art. 9 d.lgs. 19.6.1999, n. 229; d.lgs. 18.2.2000, n. 41; d.P.C.m. 29.11.2001; d.P.C.m. 16.4.2002; art. 1, co. 197, lett. b), l. 24.12.2007, n. 244; d.m. 31.3.2008; d.m. 27.10.2009.

In estrema sintesi, con la locuzione fondi sanitari (da ora in avanti anche più semplicemente "Fondi") si fa oggi riferimento, in estrema sintesi, a un'ampia categoria di enti che forniscono un'assistenza integrativa e/o complementare e sostitutiva rispetto alle prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Nazionale.

La genesi normativa dei fondi sanitari è stata lunga ed articolata.

Si è partiti, sulla spinta di esperienze di prassi, con le previsioni del Decreto Legislativo 502/1992 e 517/1993, che hanno sancito il superamento del monopolio assistenziale pubblico e previsto la possibilità di istituire fondi integrativi sanitari, finalizzati esclusivamente a fornire prestazioni **aggiuntive** rispetto a quelle assicurate dal SSN.

Si è passati, successivamente, ad una prima definizione di sanità integrativa con la cosiddetta Riforma Bindi (Decreto Legislativo 299/1999), fino ad arrivare, inizialmente con il Decreto Legislativo 41/2000 e la Legge 244/2007 e, quindi, con i Decreti Turco e Sacconi

del 2008 e 2009, ad una più ampia ed articolata legislazione che racchiude e regola molteplici realtà, tutte operanti nel campo dell'assistenza socio-sanitaria.

La normativa attualmente è unitaria per tutte le forme di assistenza sanitaria, anche sotto il profilo fiscale e distingue i fondi in due tipologie: fondi **integrativi** ex art. 9 d.lgs. n. 502/1992, operanti esclusivamente negli ambiti di intervento non coperti dal Ssn e «enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale», che erogano prestazioni sanitarie comprese nell'ambito di intervento del Ssn e che, per questo, sono definiti come **“sostitutivi**

Tali prestazioni integrative/sostitutive-duplicative possono essere erogate da soggetti pubblici o privati in base a contratti e accordi collettivi, regolamenti di regioni, enti territoriali e locali, deliberazioni di organizzazioni non profit o di società di mutuo soccorso. Sono autogestiti o affidati in gestione tramite convenzioni con istituzioni pubbliche e private. L'ambito di applicazione dei fondi integrativi del Ssn è fortemente condizionato dall'individuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (Lea), definibili come le prestazioni ed i servizi che il Ssn è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

L'attuale normativa nulla dispone in ordine alla natura giuridica dei fondi sanitari.

Nella pratica, e **per semplificare**, **il fondo ha la funzione di terzo pagante e fornisce assistenza:**

=> **in forma INDIRETTA** al paziente-assistito-assicurato iscritto al Fondo, che sceglie la struttura o il medico ove fruire delle prestazioni poi rimborsate dal fondo stesso o

=> **in forma DIRETTA**. In quest'ultimo caso **il fondo opera per mezzo di strutture proprie o convenzioni con il medico.**

La convenzione, a sua volta, **si distingue in diretta o indiretta** a seconda della **modalità del rimborso**. Nel primo caso il rimborso viene effettuato **direttamente al medico**, nel secondo **al paziente** che ha preliminarmente effettuato il saldo dell'onorario. In forza di un **contratto con il fondo** (cfr allegato), l'attività del medico convenzionato è/ può essere soggetta a condizionamenti per ciò che concerne le alternative diagnostico -

terapeutiche finanziate dal fondo. In questa categoria si muove la sanità integrativa quale servizio di Welfare aziendale: il sistema prevede il rimborso delle spese sanitarie sostenute dal lavoratore (e spesso estese a coniuge e figli) in base alle convenzioni con strutture sanitarie e specialisti privati a cui il proprio datore di lavoro aderisce.

3. Una precisazione sul quesito.

È intuitivo che il quesito proposto attenga solo ed esclusivamente **all'assistenza** fornita dal fondo **in forma diretta, fornita cioè dal Fondo (personalmente o per mezzo di compagnie assicurative) utilizzando rapporti di convenzione con i medici.** Tuttavia, dopo ampia discussione e approfondito confronto, questa Commissione ritiene di dover specificare fin da ora l'ulteriore limite che ha contraddistinto l'analisi del quesito e la redazione del presente parere.

Come visto, in estrema sintesi, il quesito fotografa un rapporto che coinvolge tre "soggetti", ognuno dei quali è centro di diritti e doveri. Nel dettaglio:

- 1) il paziente/dipendente;
- 2) il medico;
- 3) il Fondo.

Questa commissione ritiene di specificare che molte delle criticità esposte nel documento non sono esclusive della sanità integrata, ma riguardano spesso anche la sanità pubblica, soprattutto a seguito dell'aziendalizzazione della sanità pubblica. Ad esempio, discussione di budget, indicatori economici di performance di risultato, risorse aggiuntive. Questa Commissione ritiene di doversi (e potersi) occupare dell'attività del Fondo con specifico riferimento **ai diritti del paziente** solo se, e nella misura in cui, essa generi **criticità deontologiche nell'attività del medico** nell'ambito della sanità intermediata.

Alcuni esempi fungano da chiarimento.

I contratti collettivi nazionali (CCNL) sono una delle fonti istitutive dei fondi sanitari. È evidente che si potrebbe configurare, ad esempio, il caso di un lavoratore che si trovi (anche **inconsapevolmente**) a doversi avvalere di una struttura e della professionalità di un medico che non avrebbe mai scelto, ma che, in quanto iscritto ad una delle sigle

sindacali stipulanti il CCNL, gli viene imposto dal Fondo cui il suo datore di lavoro aderisce¹.

In queste situazioni è evidente una limitazione/impedimento al "diritto alla libera scelta del medico" citato nel quesito posto dal dott. Rocco

Ma esiste una limitazione di questo diritto se il paziente/dipendente non eccepisce la mancanza di fiducia in quella struttura o in quel medico? Del pari, quale fattispecie si configura nel caso in cui il paziente/dipendente non denunci alcuna imposizione concreta nell'individuazione della struttura o dei medici operata per lui - dal datore di lavoro (e prima ancora dal Fondo)?

È parere della Commissione che **non debba (né possa) essere compito dell'OMCeO - in casi come quello ipotizzato - occuparsi della questione**, posto che trattasi di scelta in tema di welfare aziendale **avallata e condivisa dai rappresentanti dei lavoratori**.

Criticità significative appaiono configurarsi, invece, qualora il medico convenzionato decida di dover procedere, nell'interesse della persona assistita, ad una specifica indagine diagnostica non finanziata dal fondo, o valuti che sia opportuno un piano di trattamento non approvato dal Fondo, o ancora, valuti che nella struttura in cui opera, per la patologia in atto, il paziente possa non ricevere la terapia più appropriata?

Che dire poi della situazione in cui il terzo pagante voglia assumere direttamente il ruolo di prescrittore di prestazioni sanitarie senza il coinvolgimento del medico di medicina generale o dello specialista prescrivendo, peraltro senza averne titolo, prestazioni inappropriate?

Parimenti, che dire se il terzo pagante, al momento della presentazione del piano di cura o della richiesta di rimborso, non ritenesse opportuna la terapia proposta o realizzata dal medico rifiutandola o suggerendone un'altra?

¹ E/o se in sede di contrattazione individuale si fosse comunque concordato di applicare il suddetto CCNL di categoria. Invero, esula dal presente parre il dibattito sull'efficacia delle clausole del CCNL che istituiscono i fondi. Sul tema si rinvia a cfr. <https://www.welfareforpeople.it/osservatorio-adapt/osservatorio/fondi-sanitari-ccnl-di-riferimento-e-natura-delle-clausole-che-li-istituiscono-4/>

Ebbene, è parere della Commissione che, pur non coinvolgendo il diritto di scelta del paziente, siano casi come questi a sollevare le maggiori criticità su cui doversi interrogare, perché impattano con specifici doveri imposti al medico dal Codice di Deontologia. Criticità, che come sarà analizzato, riguardano da un lato la sanità intermediata in quanto tale e dall'altro la modalità gestionale in assistenza diretta.

4. I doveri deontologici messi a rischio dall'attività convenzionata

Artt. 1, 2, 3, 4, 6, 13, 16, 20, 22, 27, 30, 31, 33, 54 Codice Deontologico.

Senza pretesa di esaustività per l'evidente molteplicità delle fattispecie che potrebbero meritare approfondimento specifico, nell'ipotizzare alcuni casi di possibile rilievo disciplinare in cui il medico potrebbe trovarsi nell'ambito della sanità convenzionata, si procederà nell'analisi seguendo l'ordine delle prescrizioni e dei disposti del Codice Deontologico. In alcune occasioni, tuttavia, per ragioni di economia espositiva, verranno analizzate congiuntamente norme anche tra loro non prossime.

4.1. Art. 1, 2 e 3 CD

Invero, premesso che l'art. 1 del Codice di Deontologia Medica² chiarisce che l'etica medica (della quale lo stesso codice concretizza regole e principi la cui inosservanza e/o violazione costituiscono illecito disciplinare secondo il successivo art. 2³) debba essere il faro a cui ogni medico deve guardare nell'esercizio della sua attività professionale, in ambito della sanità convenzionata pare di assoluta rilevanza l'art. 3⁴.

² **Art.1 Definizione:** Il Codice di deontologia medica - di seguito indicato con il termine "Codice" - identifica le regole, ispirate ai principi di etica medica, che disciplinano l'esercizio professionale del medico chirurgo e dell'odontoiatra - di seguito indicati con il termine "medico" - iscritti ai rispettivi Albi professionali. Il Codice, in armonia con i principi etici di umanità e solidarietà e civili di sussidiarietà, impegna il medico nella tutela della salute individuale e collettiva vigilando sulla dignità, sul decoro, sull'indipendenza e sulla qualità della professione.

³ **Art.2 Potestà disciplinare:** L'inosservanza o la violazione del Codice, anche se derivante da ignoranza, costituisce illecito disciplinare, valutato secondo le procedure e nei termini previsti dall'ordinamento professionale.

Il medico segnala all'Ordine professionale territorialmente competente - di seguito indicato con il termine "Ordine" - ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti in contrasto con il Codice.

⁴ **Art.3 Doveri generali e competenze del medico:** Doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera.

Sul tema si sono già espressi gli organi di disciplina ribadendo **che la proposta terapeutica sia - e debba essere - precisa ed esclusiva competenza e responsabilità del medico che deve formulare la propria diagnosi previa visita del paziente.**

Nella pratica potrebbe accadere (come di fatto è accaduto in alcune vicende su cui si sono espressi la CAO nazionale, l'Ordine dei Medici di Milano e la CAO di Cuneo) che medici curanti e cittadini vedano respinti i piani terapeutici proposti o già realizzati secondo scienza e coscienza e principi di appropriatezza di cui il Medico è unico garante. Questo senza che il paziente venga visitato da altro medico, senza un confronto tra pari e senza sapere da chi promana la decisione e, salvo questioni amministrative, le ragioni sottostanti.

A fronte di casi come questi, l'Ordine dei Medici di Milano si è espresso molto criticamente, arrivando a sporgere denuncia per **esercizio abusivo della professione contro ignoti**. Nel comunicato stampa si legge che: *"Entrare nel merito di una prescrizione medica mettendone in discussione la validità senza neppure visitare il paziente e quindi, per indicare una terapia diversa e probabilmente più vantaggiosa per il fondo o l'assicurazione, è indubbiamente una pratica non consentita"* arrivando a ipotizzare che se a giudicare la terapia proposta dal medico è una persona non abilitata alla professione, si potrebbe addirittura configurare il delitto di esercizio abusivo della professione."

Questa Commissione non può che ricordare che certamente il Codice deontologico consente, in caso di dubbio clinico, di consultare altri clinici che possano indicare terapie diverse ma sempre con l'obiettivo di individuare la terapia più efficace per il paziente.

Come si approfondirà subito, *ratione materiae* impone di censurare in questa sede non solo l'intromissione del terzo pagante, alle condizioni già viste, nell'elaborazione del piano terapeutico da parte del medico, ma anche la richiesta di indagini diagnostiche prive di qualsiasi effettiva motivazione, proveniente dall'amministrazione del terzo pagante.

...

La diagnosi a fini preventivi, terapeutici e riabilitativi è una diretta, esclusiva e non delegabile competenza del medico e impegna la sua autonomia e responsabilità.

L'autonomia professionale, forse è bene ricordarlo, è una delle caratteristiche che contraddistinguono il professionista **sempre**, anche in condizioni di rapporto di lavoro subordinato. Nell'ambito della prestazione professionale cui il medico è quotidianamente chiamato esistono, e devono rimanere intoccati, ambiti di discrezionalità culturale e tecnica e un'indipendenza, anche gerarchica, del professionista che, sotto la propria responsabilità, si occupa della diagnosi e della cura del cittadino che a lui si è rivolto.

4.2. Gli artt. 4, 20, 22 e 33 CD

In linea con quanto appena accennato e di palese rilievo per il tema qui affrontato, è il precetto cristallizzato dall'art. 4⁵.

Infatti, nel caso di gestione in **assistenza diretta**, il medico **sottoscrive una convenzione** che prevede, fra l'altro, **l'adesione a una lista di prestazioni sanitarie** (nomenclatore/tariffario). Potrebbe accadere, come di fatto è accaduto, che il medico, al fine di agevolare economicamente il paziente e/o se stesso, si trovi a proporre e ad eseguire prestazioni non appropriate nel caso specifico. Ebbene, saranno perentori doveri del medico quelli di **evitare di proporre ed eseguire terapie** in "contrasto con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici" (art.22 C.D.⁶) e, al contrario, di informare il paziente in maniera **comprensibile e completa** (art.20 C.D.⁷ e 33⁸) sulla presenza di **alternative diagnostico- terapeutiche**, anche se non inserite nel nomenclatore/tariffario.

⁵ Art.4 Libertà e indipendenza della professione. Autonomia e responsabilità del medico:

L'esercizio professionale del medico è fondato sui principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità. Il medico ispira la propria attività professionale ai principi e alle regole della deontologia professionale senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura.

⁶ Art. 22 Rifiuto di prestazione professionale: Il medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici, a meno che il rifiuto non sia di grave e immediato nocimento per la salute della persona, fornendo comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione.

⁷ Art. 20 Relazione di cura: La relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità. Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura.

⁸ Art. 33 Informazione e comunicazione con la persona assistita. Il medico garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante legale un'informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul

Un esempio di inadempienza del “principio di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità” previsto dall’art. 4 C.D. si ha nel momento in cui il fondo impone al medico di eseguire una radiografia pre e/o post trattamento al solo fine di dimostrare l’effettiva effettuazione della terapia. Ma non solo: il terzo pagante assume abusivamente un ruolo di prescrittore e contravviene alle norme di giustificazione e ottimizzazione previste dalle normative sulla radioprotezione della popolazione⁹.

Un altro esempio potrebbe essere la mancata inclusione dell’opzione impianto-protetica tra le alternative di riabilitazione odontoiatrica previste nel nomenclatore/tariffario adottato dal Fondo. La sostituzione di un dente potrebbe quindi essere effettuata unicamente con protesi rimovibile oppure utilizzando un “ponte protesico”, scelta che potrebbe non essere appropriata nel caso specifico o desiderabile dal cittadino assistito.

Più nel dettaglio: la relazione di cura (art. 20)

Il Presidente Anelli al Consiglio Nazionale di Siena del 2018 ha affermato che “il tempo della relazione è tempo di cura” e che “il rapporto numero di prestazioni/unità di tempo proprio dell’industria manifatturiera non è applicabile in medicina.”.

Come è pensabile costruire una alleanza medico paziente senza un tempo adeguato? “Il tempo è una variabile indipendente del lavoro nel nostro mestiere, essenzialmente è quello che serve, nel rispetto della dignità di tutti, con buona pace di tanti algoritmi.” (Giovanni Leoni QS 18 maggio 2018).

Nell’ambito della sanità intermediata la **gestione in assistenza diretta** determina una selezione su base prevalentemente economica dei **medici convenzionati** che si

percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura.

Il medico adegua la comunicazione alla capacità di comprensione della persona assistita o del suo rappresentante legale, corrispondendo a ogni richiesta di chiarimento, tenendo conto della sensibilità e reattività emotiva dei medesimi, in particolare in caso di prognosi gravi o infauste, senza escludere elementi di speranza. Il medico rispetta la necessaria riservatezza dell’informazione e la volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l’informazione, riportandola nella documentazione sanitaria.

Il medico garantisce al minore elementi di informazione utili perché comprenda la sua condizione di salute e gli interventi diagnostico-terapeutici programmati, al fine di coinvolgerlo nel processo decisionale.

⁹ D.Lgs 187/2000.

troveranno ad adottare degli **onorari ribassati**. Infatti il contratto viene stipulato prevalentemente con medici che accettano tariffari calmierati generando spesso, anche se non sempre, una gestione del rapporto sanitario con il paziente improntata a logiche di tipo commerciale, low-cost. Tra le conseguenze facilmente immaginabili, questa Commissione vuole sottolineare quella che porta alla necessità di produrre maggiori volumi di lavoro per compensare la perdita economica dovuta alla riduzione dell'onorario con l'ovvio rischio di sovra-diagnosi e sovra-trattamenti¹⁰. Ulteriore rischio conseguente è proprio la riduzione del tempo di cura. Il motto "il tempo è denaro" mal si concilia con il rispetto dell'art. 20 CD: la durata di un piano terapeutico può sicuramente essere ipotizzata, ma non può certo essere predeterminata: alcuni Fondi prevedono invece un numero massimo di prestazioni per il completamento del piano di trattamento, con conseguenti processi di "semplificazione" e di riduzione della qualità delle singole prestazioni erogate.

4.3. Gli artt. 6, 13 e 16 CD.

A ribadire quanto appena sintetizzato, provvedono l'articolo 6¹¹ e l'articolo 16¹² che **stabiliscono i principi etici dell'appropriatezza e della proporzionalità delle procedure diagnostiche.**

Sul punto la Commissione rileva due criticità. Da una parte, infatti, è noto che i fondi sanitari propongono i cosiddetti "pacchetti prevenzione", procedure che non trovano sempre riscontro nelle indicazioni ministeriali e scientifiche. Dall'altra accade che vengano proposte, direttamente dal Fondo, prestazioni sanitarie superando il filtro del medico di medicina generale e degli specialisti. Dal sito di Inarcassa che opera tramite la compagnia

¹⁰ <https://www.raiplay.it/video/2018/10/Gli-sdentati---29102018-a510a9e0-b89c-49d7-aae9-30c38f94a3af.html>

¹¹ **Art. 6 Qualità professionale e gestionale:** Il medico fonda l'esercizio delle proprie competenze tecnico-professionali sui principi di efficacia e di appropriatezza, aggiornandoli alle conoscenze scientifiche disponibili e mediante una costante verifica e revisione dei propri atti. Il medico, in ogni ambito operativo, persegue l'uso ottimale delle risorse pubbliche e private salvaguardando l'efficacia, la sicurezza e l'umanizzazione dei servizi sanitari, contrastando ogni forma di discriminazione nell'accesso alle cure

¹² **Art. 16 Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati**

Il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita.

assicuratrice RBM Salute, per esempio, nella descrizione del pacchetto di prevenzione si legge che "le prestazioni devono essere effettuate esclusivamente in strutture sanitarie convenzionate, scelte dall'assicurato, **e non è necessaria la prescrizione medica.**"¹³

Ampio dibattito sull'argomento si può trovare sul sito del "Quotidiano Sanità" in seguito alla pubblicazione del rapporto Gimbe del 2019 sulla sanità integrativa che esprime criticità sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie fornite dai fondi sanitari. In sintesi emerge con chiarezza come nella logica dei pacchetti prevenzione dei fondi sanitari prevalga l'idea che "fare di più significa fare meglio", idea facilmente confutabile dall'evidenza scientifica. Un esempio tra tanti: il dosaggio del PSA, incluso tra le prestazioni di screening proposta dal fondo RBM, non solo non trova corrispondenza nelle indicazioni del Ministero della Salute, ma si pone in frontale contrasto con la raccomandazione ministeriale che esprime, sul punto, motivata contrarietà.

Un altro esempio di consumismo sanitario e inappropriatezza riguarda la prescrizione della spirometria come esame di screening di massa sulla cui reale utilità la letteratura scientifica ha espresso seri dubbi¹⁴.

Sul tema dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie nell'ambito della sanità accreditata/convenzionata si è interrogata nel 2015 anche la Regione Emilia Romagna avendo riscontrato un aumento degli interventi di artrodesi a partire dal 2009, anno nel quale è stato introdotto il rimborso di questi interventi nelle strutture convenzionate. Dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera, è emerso che gli interventi di artrodesi vertebrali sono passati da 2.147 nel 2009, a 4.030 nel 2015 (**più 88%**), con relativo aumento degli incassi (da circa 26 milioni nel 2009 a quasi 50 milioni nel 2015). Ma l'impennata è avvenuta proprio nel privato accreditato/convenzionato: + 378% in 6 anni, passando da 712 interventi nel 2009 a 2.695 nel 2015. Il report dei clinici alla fine rileva errori di codificazione (classificati e incassati come artrodesi interventi più semplici), ma soprattutto un **20% di interventi non necessari**. La commissione ha poi definito le linee guida che, nel cambio di Direzione Generale nella politica sanitaria regionale, si sono perse nel nulla. Altro dato: nel 2017, ospedali privati come villa Erbosa

¹³ <https://rivista.inarcassa.it/assistenza/come-usufruire-del-pacchetto-prevenzione-di-rbm-salute/>

¹⁴ <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2510889>

di Bologna e Villa Maria di Ravenna, hanno avuto in 2 anni un incremento di interventi del 100%. Da indagini giornalistiche emerge come in generale in Italia, mentre negli ospedali pubblici il numero di interventi di artrodesi è rimasto costante, nel privato è costante un aumento annuo a due cifre.

La criticità rispetto al precetto etico dell'appropriatezza è nota alle istituzioni: l'art. 11 della bozza del Patto per la Salute 2019¹⁵ pone il problema del **rischio di erogazione di prestazioni inappropriate nella gestione dei fondi sanitari prevedendo un sistema di vigilanza** che però al momento **non sembra essere stato istituito**.

Conseguentemente, questa Commissione ritiene necessario sottolineare, come del resto impone anche il successivo art. 13¹⁶, che il medico, in caso di intromissione prescrittiva di terzo soggetto non abilitato, dovrebbe fare una segnalazione all'Ordine di competenza così

¹⁵ <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2333634.pdf>

¹⁶ **Art. 13 Prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.**

La prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico.

La prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza.

Il medico tiene conto delle linee guida diagnostico-terapeutiche accreditate da fonti autorevoli e indipendenti quali raccomandazioni e ne valuta l'applicabilità al caso specifico.

L'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici o di percorsi clinico-assistenziali impegna la diretta responsabilità del medico nella verifica della tollerabilità e dell'efficacia sui soggetti coinvolti.

Il medico è tenuto a un'adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci prescritti, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e reazioni individuali prevedibili e delle modalità di impiego appropriato, efficace e sicuro dei mezzi diagnostico-terapeutici.

Il medico segnala tempestivamente all'Autorità competente le reazioni avverse o sospette da farmaci e gli eventi sfavorevoli o sospetti derivanti dall'utilizzo di presidi biomedicali.

Il medico può prescrivere farmaci non ancora registrati o non autorizzati al commercio oppure per indicazioni o a dosaggi non previsti dalla scheda tecnica, se la loro tollerabilità ed efficacia è scientificamente fondata e i rischi sono proporzionati ai benefici attesi; in tali casi motiva l'attività, acquisisce il consenso informato scritto del paziente e valuta nel tempo gli effetti.

Il medico può prescrivere, sotto la sua diretta responsabilità e per singoli casi, farmaci che abbiano superato esclusivamente le fasi di sperimentazione relative alla sicurezza e alla tollerabilità, nel rigoroso rispetto dell'ordinamento. Il medico non acconsente alla richiesta di una prescrizione da parte dell'assistito al solo scopo di compiacerlo.

Il medico non adotta né diffonde pratiche diagnostiche o terapeutiche delle quali non è resa disponibile idonea documentazione scientifica e clinica valutabile dalla comunità professionale e dall'Autorità competente.

come l'Ordine, venuto a conoscenza di procedure non appropriate o di mancata informazione (art.20), dovrebbe intervenire disciplinarmente.

4.4. la libera scelta del medico e del luogo di cura (art. 27 CD¹⁷)

Come già evidenziato più *supra*, questa Commissione ritiene che non sia materia di propria competenza la questione circa l'imposizione del medico convenzionato al paziente, in forza del rapporto di Convenzione tra il datore di lavoro e il Fondo. Tuttavia, il fatto che questi si trovi, più o meno consapevolmente, obbligato a doversi avvalere di una determinata prestazione in una determinata struttura, rappresenta per questa Commissione una criticità che si ritiene necessario sottolineare. Ove, infatti, si ritenesse che tale indicazione nasconda una sorta di "imposizione" del medico al paziente, si potrebbe trattare di un'ingiustizia a danno dei cittadini in ambito sanitario che legittimerebbe, quindi, un interessamento alla questione da parte dell'Ordine dei Medici a cui lo Stato demanda la difesa del diritto alla salute dei cittadini.

4.5. Gli articoli 30, 31, 54 u.c. e 70 CD.

Di immediata rilevanza per il medico che si trovi ad effettuare le proprie prestazioni professionali in esecuzione di una convenzione con un fondo sono i precetti codicistici di cui agli artt. 30¹⁸ e 31¹⁹.

Questa Commissione ritiene sia dovere del medico segnalare (e quello dell'Ordine vigilare) per sospetto conflitto di interessi ogni occasione in cui, in presenza di indicazioni

¹⁷ **Art. 27 Libera scelta del medico e del luogo di cura** : La libera scelta del medico e del luogo di cura costituisce diritto della persona.

È vietato qualsiasi accordo tra medici tendente a influenzare la libera scelta della persona assistita, pur essendo consentito indicare, se opportuno e nel suo esclusivo interesse, consulenti o luoghi di cura ritenuti idonei al caso.

¹⁸ **Art. 30 conflitto di interessi:** Il medico evita qualsiasi condizione di conflitto di interessi nella quale il comportamento professionale risulti subordinato a indebiti vantaggi economici o di altra natura.

Il medico dichiara le condizioni di conflitto di interessi riguardanti aspetti economici e di altra natura che possono manifestarsi nella ricerca scientifica, nella formazione e nell'aggiornamento professionale, nella prescrizione diagnostico-terapeutica, nella divulgazione scientifica, nei rapporti individuali e di gruppo con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni, o con la Pubblica Amministrazione, attenendosi agli indirizzi applicativi allegati.

¹⁹ **Art. 31 Accordi illeciti nella prescrizione:** Al medico è vietata ogni forma di prescrizione concordata che possa procurare o procuri a sé stesso o a terzi un illecito vantaggio economico o altre utilità.

terapeutiche diverse, il contratto vincoli e subordina l'attività del medico alle sole logiche economiche del fondo/terzo pagante, portandolo ad **eseguire solo prestazioni rimborsabili presenti nel tariffario/nomenclatore al fine di non perdere il paziente.**

Ulteriore questione afferente alle logiche commerciali del fondo attiene al fatto che il medico sia obbligato per contratto ad accettare i compensi stabiliti per singola prestazione dal tariffario collegato alla convenzione. Oltre a ciò, la convenzione prevede di regola anche il divieto di chiedere al singolo paziente pagamenti integrativi o vincola **il medico ad effettuare prestazioni a titolo gratuito** (visita, igiene orale e ortopantomografia per citarne alcune in ambito odontoiatrico)

Ritiene questa Commissione che sulla liceità deontologica di tali previsioni convenzionali sarebbe opportuno indagare approfonditamente, posto che la loro vincolatività potrebbe esporre il medico a censure ai sensi degli art. 54 primo comma²⁰ e 70²¹ CD.

5. Il Consiglio dell'Ordine a tutela dei diritti del paziente e dell'indipendenza del medico: l'art. 68 CD.

Come meglio si dirà nelle conclusioni, data la rilevanza della questione, la Commissione ritiene imprescindibile un'**attività di sensibilizzazione degli iscritti sul dovere di segnalare all'Ordine, anche a loro tutela, qualsiasi criticità** dovessero incontrare nell'esercizio della propria attività professionale, sia come medici legati a un fondo da una

²⁰ **Esercizio libero professionale. Onorari e tutela della responsabilità civile:** Il medico, nel perseguire il decoro dell'esercizio professionale e il principio dell'intesa preventiva, commisura l'onorario alla difficoltà e alla complessità dell'opera professionale, alle competenze richieste e ai mezzi impiegati, tutelando la qualità e la sicurezza della prestazione.

²¹ **Art. 70 Qualità ed equità delle prestazioni:** Il medico non assume impegni professionali che comportino un eccesso di prestazioni tale da pregiudicare la qualità della sua opera e la sicurezza della persona assistita.
Il medico deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno e i requisiti degli ambienti di lavoro non incidano negativamente sulla qualità e la sicurezza del suo lavoro e sull'equità delle prestazioni.

convenzione, sia come medici di pazienti che, per una ragione o per l'altra, si rivolgono ad una struttura convenzionata.

L'attività di sollecitazione richiesta dall'art. 68²² CD è dichiaratamente pretesa a tutela dei diritti del paziente e dell'autonomia professionale. Questa Commissione ritiene di fondamentale importanza che l'Ordine predisponga occasioni di incontro e di confronto sul tema, suggerendo il monitoraggio continuo del fenomeno nella sua dimensione concreta raccogliendo eventuali segnalazioni di, ad esempio, prescrizione illegittima di esami diagnostici e procedure mediche non giustificate, ovvero indotte o impropriamente condizionate.

6. Conclusioni

La redazione del presente parere ha fatto maturare nei membri di questa Commissione la convinzione che la problematica legata ai fondi sanitari sia una sorta di vaso di Pandora dalle inesauribili questioni e, conseguentemente, occorre ribadire l'impossibilità di considerare queste righe una panoramica completa ed esaustiva dei dubbi etici e deontologici fatti sorgere dalla sanità intermediata.

Questa commissione ha ritenuto opportuno affrontare le problematiche relative ai fondi sanitari e, consapevole della delicatezza delle problematiche in campo, ha allargato la discussione proposta dal quesito iniziale del dott. Maurizio Rocco alle problematiche relative ai fondi sanitari, con un rapido riferimento anche alle criticità presenti nella sanità pubblica, suggerisce qui al futuro Consiglio un approfondimento in merito.

Quello che in questa sede preme evidenziare è come gli esempi sopra illustrati concretizzino il pericolo che, **per lo più inconsapevolmente**, il medico rischi di adattarsi a una logica mercantile della professione **venendo meno ai dettami del Codice di Deontologia Medica.**

²² **Art. 68 Medico operante in strutture pubbliche e private** : Il medico, in caso di contrasto tra le regole deontologiche e quelle della struttura pubblica o privata nella quale opera, sollecita l'intervento dell'Ordine al fine di tutelare i diritti dei pazienti e l'autonomia professionale.

La sanità intermediata presenta infatti, come già visto, due tipi di criticità di rilevanza deontologica.

La prima è legata alla visione mutualistica della sanità che induce al consumismo sanitario, alla prescrizione ed esecuzione di prestazioni non sempre appropriate e al rischio che il **terzo pagante assuma un ruolo autorizzativo delle prestazioni sanitarie che non gli compete**, incentrato esclusivamente su logiche mercantili e non certo a tutela della salute. Si è visto, infatti, a mero titolo di esempio, che:

- all'interno di un nomenclatore/tariffario vengono proposti dei "pacchetti prevenzione" **senza alcun riscontro scientifico** come se il "fare di più" garantisse più salute, mentre l'evidenza scientifica ci dimostra indiscutibilmente che non sempre "fare di più" rappresenta il meglio per la salute delle persone.
- **Spesso il fondo assume il ruolo di prescrittore di prestazioni sanitarie** che possono anche rivelarsi illegittime, **sostituendosi al ruolo di filtro esercitato dal medico** (si pensi a radiografie che ignorano i criteri di ottimizzazione e giustificazione previste dalle normative).
- La stessa accettazione del piano terapeutico trasforma il Fondo in giudice della proposta terapeutica determinandone l'autorizzazione o meno (come segnalato dall'Ordine di Milano e Cuneo, anche ipotizzando un **esercizio abusivo della professione**).

La seconda criticità è legata alla modalità di gestione che, nella forma di assistenza diretta, determina una selezione dei medici convenzionati in base a criteri di contenimento della spesa e che, per questo, applicheranno tipicamente degli onorari ribassati²³, con logica low-cost. Tra le conseguenze, non può tacersi la necessità di produrre maggiori volumi di lavoro per compensare la perdita economica dovuta alla riduzione dell'onorario, con il rischio di procedure diagnostiche ingiustificate e di trattamenti eccessivi e inappropriati, come emerso anche da recenti inchieste giornalistiche.

²³ Non può tacersi un apparente paradosso: quando è il fondo privato a dovere garantire i rimborsi ai centri convenzionati l'onorario va verso il ribasso, quando è la Regione a dovere rimborsare i centri convenzionati l'onorario si innalza (vedi quanto segnalato dall'inchiesta di Data Room/Gabanelli/Corriere della sera <https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/sanita-fiume-denaro-privati-convenzionati/f89a4870-0768-11e8-8886-af603f13b52a-va.shtml>)

Ulteriore problematica che riguarda la gestione in regime di assistenza diretta riguarda la impossibilità di ottenere il rimborso per alcune prestazioni. Un esempio illuminante è il caso del medico dentista che deve sostituire un dente mancante. L'assenza nel tariffario/nomenclatore di una riabilitazione impianto -protesica potrebbe indurre una terapia protesica tradizionale con il coinvolgimento di elementi dentari contigui per l'esecuzione di un ponte. In questo caso si potrebbe incorrere in due illeciti sanzionabili: l'assenza di adeguata informazione al paziente sulla possibilità di una terapia più appropriata (ad es. e se possibile l'esecuzione di un impianto osteointegrato) e l'esecuzione di una terapia a volte inappropriata (ponte tra elementi naturali integri adiacenti all'edentulia e per questo impropriamente mutilati).

Dato l'indiscusso ed indiscutibile obbligo dell'Ordine di intervento disciplinare sui medici che non ottemperano a quanto prescritto dal Codice di Deontologia Medica, per concludere, questa Commissione ribadisce l'importanza fondamentale del diritto/dovere dei medici di segnalare all'Ordine provinciale di competenza qualsiasi criticità deontologica si trovasse ad affrontare in relazione ai fondi sanitari.²⁴

²⁴ Ai lavori e alla discussione del documento ha partecipato, come esperto, il dr. Nick Sandro Miranda.

FONTI NORMATIVE

- **Fondi sanitari integrativi [dir. lav.]** in <http://www.treccani.it/enciclopedia/fondi-sanitari-integrativi-dir-lav> (Diritto-on-line)
- **Fondi sanitari e integrativi: l'evoluzione della normativa** in http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=65325
- **Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale**
http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_4_1_1.jsp?menu=salastampa&id=4921

DECISIONI DISCIPLINARI

- **CAO Nazionale:** <http://www.odontoiatria33.it/interviste/17435/quando-e-il-terzo-pagante-a-decidere-il-trattamento-iandolo-cao-siamo-dentisti-non-dipendenti.html>
- **Ordine dei Medici di Milano:** <http://www.odontoiatria33.it/cronaca/17997/fondi-integrativi-e-piani-di-trattamento-respinti-anche-omceo-milano-presenta-esposto-per-valutazione-ipotesi-abusivismo.html>
- **CAO Cuneo:** <http://www.odontoiatria33.it/cronaca/17442/piani-di-trattamento-respinti-da-previmedical-la-cao-di-cuneo-presenta-esposto-al-giudice-verificate-se-e-esercizio-abusivo-di-professione.html>;
<http://www.odontoiatria33.it/lettere-al-direttore/18009/il-patto-per-la-salute-la-sanita-integrativa-e-le-ripercussioni-per-l-odontoiatria-le-considerazioni-del-presidente-cao-cuneo.html>

RIVISTE DI SETTORE

- https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2019.01_Sanita_integrativa.pdf
- https://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/_Oggetti_Correlati/Documenti/2017/10/07/piperno.pdf?uuid=AE3xgVgC
- *
- <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2510889>
- *
- http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=49419

- http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=57655
- https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=75000
- http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=69945
- <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2587760.pdf>
- http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=70377
- http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=70607
- http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=70721
- https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=70848
- http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=72817
- https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=75352
- https://duckduckgo.com/?q=Ancora+sulla+sanit%C3%A0+integrativa.+Il+vero+nodo+resta+comunque+l%E2%80%99appropriatezza+delle+prestazioni&t=h_&ia=web

*

- <https://www.politichesanitarie.it/archivio/3167/articoli/31487/>
- <https://www.politichesanitarie.it/archivio/3167/articoli/31486/>
- <https://www.politichesanitarie.it/archivio/3167/articoli/31485/>

INDAGINI GIORNALISTICHE

- <https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/sanita-come-politica-manda-pazienti-pubblico-privato-salute-ospedali/40db20fc-8c28-11e8-8b01-1b79734b0f48-va.shtml>
- <https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/sanita-11-milioni-assicurazioni-private-ma-spesa-pubblica-aumenta-perche/47c85c9c-5ab7-11e8-be88-f6b7fbf45ecc-va.shtml>
- <https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/sanita-perverso-meccanismo-rimborsi/abe0fd1a-0e86-11e8-8d80-f9c15900d75d-va.shtml>
- <https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/sanita-fiume-denaro-privati-convenzionati/f89a4870-0768-11e8-8886-af603f13b52a-va.shtml>

- <https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/dentista-guadagno-otturazione-impianto-corona-assicurazione-sanitaria/c40a6d7e-026f-11eb-a582-994e7abe3a15-va.shtml>
- <https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/dentista-guadagno-otturazione-impianto-corona-assicurazione-sanitaria/c40a6d7e-026f-11eb-a582-994e7abe3a15-va.shtml>
- <http://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/>
- <http://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/sanita-perverso-meccanismo-rimborsi/abe0fd1a-0e86-11e8-8d80-f9c15900d75d-va.shtml>
- http://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/?qclid=EAIaIQobChMIycn3-sOw2QIVAzwbCh3q1QMSEAAAYASAAEqJrkPD_BwE

I membri della Commissione firmatari:

Paolo Bordin

Giovanni Braga

Nicola Collini

Dolores Macor

Alfredina Pezzetta

Federica Tosel