

Roma, 13.6.06

Segreteria Generale Regionale del Lazio

Bozza di proposta di riordino del sistema sanitario regionale del Lazio.

Premessa

Questa bozza è stata predisposta nel poco tempo reso disponibile e pertanto è elemento e strumento di discussione ed approfondimento. Ogni singola proposta è un'ipotesi di lavoro che va discussa, sviluppata e resa operativa.

A questa bozza non abbiamo aggiunto perché non strettamente cogente all'obiettivo di indicare soluzioni per la compatibilità economica del sistema, ma resta inteso come l'adozione di ogni singola misura finalizzata al governo della domanda abbia un impatto positivo nel governo dei tempi di attesa per le prestazioni.

Introduzione

L'extra deficit riscontrato dall'amministrazione Regionale nel recente rapporto presentato il 1.6 c.a. è determinato da cause strutturali che nel corso degli ultimi anni, stante una strisciante privatizzazione del servizio pubblico ed il ricorso alle strutture accreditate e classificate, e la mancata riconversione di posti letto per acuti hanno reso il sistema sanitario regionale la primaria fonte di deficit del bilancio. Oltre alla mancata previsione in una logica di programmazione delle inevitabili serie difficoltà finanziarie del sistema, in assenza di provvedimenti di riforma strutturale e di un concreto impegno politico nel ridefinire ruoli e competenze all'interno dei comparti del sistema, l'introduzione di nuovi modelli tariffari come il day Hospital ed il day Surgery, in assenza di un governo del sistema hanno determinato un ulteriore effetto sommatorio della spesa, evidenziando per queste due tipologie alternative al ricovero ordinario l'inappropriatezza dell'utilizzo in relazione alla necessità di riconversione delle procedure terapeutiche e non di quelle diagnostiche, creando così non dei virtuosi effetti di decongestione delle strutture di degenza ordinarie in virtù dell'aumento di circa il 40% dei posti letto in Day Hospital, ma una aggiunta dei posti letto in Day Hospital oltre a quelli in degenza ordinaria.

Spesa Farmaceutica: nel Lazio, rileva un incremento della spesa nel 2004 pari all'11.2% in relazione al corrispondente periodo 2003. Il dato di una spesa superiore e di molto alla media nazionale ricorre puntualmente dal 2001 ad oggi e l'abolizione della compartecipazione alla spesa, nonostante la sostanziale "tenuta" del sistema nel primo trimestre 2006 riveste un aspetto di criticità anche alla luce del maggior carico assistenziale del sistema extraospedale determinato dal sistema di tariffazione a DRG che determina la dimissione precoce da parte delle strutture ospedaliere.

Pertanto, alla luce di queste stringate considerazioni preliminari, possiamo ritenere come si disponga, ad oggi, di un sistema sanitario regionale governato da storiche complesse dinamiche di antieconomicità, da rendite di posizione, da inveterate e radicate inappropriatezza nella gestione delle fin troppo numerose delibere e determinate regionali, che in assenza di un forte impulso riformista e rinnovatore da parte della politica, determina un'ipertrofia del tecnoparato

burocratico con un appesantimento delle procedure a scapito della efficienza e qualità del servizio reso al cittadino.

Questo fenomeno, secondo Galbraith, provoca nei fatti un avvitamento del sistema su se stesso, un'autoalimentazione dell'apparato ed un sostanziale spreco di risorse in una serie di vincoli e procedure burocratiche che lungi dal determinare un miglioramento della qualità del servizio crea dei circoli viziosi resistenti a qualsiasi fiacco tentativo di riforma strutturale, ma anzi capaci di parassitare tutte le fonti di finanziamento aggiuntivo messe a disposizione per la salvaguardia del sistema in nome della centralità del cittadino.

Le proposte.

- L'impulso alla riforma strutturale.

L'amministrazione Regionale, in tutte le sue componenti, ma in primo luogo nella figura del Presidente, espressione diretta della volontà popolare attraverso il voto, ha un ruolo fondamentale nel determinare, nel condurre e guidare la riforma strutturale del sistema.

Una forte volontà di cambiamento deve essere significata da un organismo politico forte, cabina di regia, capace non solo di indirizzare ma di governare i complessi processi di riordino necessari ad un vero "cambio di rotta". La cabina di regia dovrebbe essere in grado di poter armonizzare tutti i vari enti ed organismi che, nell'ambito della Regione, sono a supporto dei decisori, vuoi per la fornitura dei dati epidemiologici statistici : ASP, vuoi per la fornitura di servizi telematici: Laziomatica S.P.A., vuoi per la fornitura dei dati relativi alla spesa farmaceutica, attualmente il Co.Si.San.

- I due sottosistemi.

Il sistema sanitario regionale può essere scomposto in due sottosistemi: l'extra ospedale e l'ospedale.

Per extra Ospedale si intende tutto quel complesso di attività, dalla prevenzione all'assistenza domiciliare, per le quali viene oggettivamente giudicato "inappropriato" non solo economicamente, il ricorso alle strutture per acuti (Ospedale).

Per extra Ospedale vanno anche intese tutte quelle attività relative alla gestione, anche residenziale, di malati cronici non abbisognevole di assistenza ospedaliera.

Vanno intese sotto questa dizione i posti letto in RSA, lungodegenza ed il Country Hospital, oltre a strutture dedicate al ricovero in post acuzie.

Nell'extra ospedale vanno comprese anche le attività consultoriali ed i SERT, contestualizzati alle attuali problematiche e normative, dalla mediazione familiare alle problematiche relative alla fecondazione artificiale e non solo alla gestione della maternità responsabile.

Nell'extraospedale, necessariamente debbono essere considerate anche tutte quelle attività attualmente considerate appannaggio dei servizi sociali ed attribuite ai Municipi con i quali è necessario uniformare protocolli di accesso e sportelli unici per l'assistenza socio sanitaria

L'extraospedale, oggi, è gestito non attraverso uno strumento organico di governo, ma attraverso una molteplicità di enti ed istituzioni, organismi ed unità organizzative diverse che non forniscono un'immagine di unicità quanto una frammentazione di servizi e competenze ed una sostanziale inefficienza, anche economica, rispetto ad obiettivi di sistema.

Governo, Programmazione, Controllo di Gestione e Verifica dei processi.

a) Assistenza specialistica ed esami diagnostici.

Le attuali proposte, di rendere obbligatoria la monoprescrizione per le RMN e di limitare a 4 esami di laboratorio la prescrizione, lungi dal risolvere il problema dell'appropriatezza prescrittiva, determinerebbe le condizioni per creare nei fatti 2 sistemi sanitari, uno, pubblico ed uno privato. Perché?

- la riduzione a 4 esami per ricetta dovrebbe avere, secondo il "propositore", l'effetto di disincentivare il ricorso alle indagini grazie al "raddoppio" del ticket. Cio' sarebbe vero se non viene considerata la circostanza che il 60% degli abitanti della Regione è esente dal pagamento del ticket. Pertanto la misura agirebbe sul restante 40%..
- Identico l'effetto con la monoprescrizione della RMN.
- Cio' che accadrebbe è la creazione di un sistema a due velocità, uno per chi non può pagare e gli esenti ticket, l'altro per i paganti, che troverebbero più veloce e conveniente usufruire dei servizi privati, che non scontano il fenomeno delle liste di attesa e che godono di una accoglienza e di una qualità alberghiera superiore attualmente a quella pubblica.
- Una volta allontanati i "paganti" dal sistema, ovviamente si determinerebbe una condizione di ulteriore aggravio economico stante i mancati incassi dei ticket.
- I PAC attualmente proposti sono utili nel determinare un set di accertamenti destinati ad essere opportunamente ed appropriatamente eseguiti in regime di day service.
- Il criterio metodologico dei PAC consente sicuramente di evitare "l'uso improprio" di ricoveri in day hospital e day service.
- Per rimodulare e consentire l'adeguata programmazione del sistema sanitario pubblico, in una logica di miglioramento della qualità ed efficienza del sistema, evitando di adottare misure estemporanee e non strutturali, si dovrebbe innanzitutto tener conto dei maggiori "consumatori" di prestazioni sanitarie, che sono gli anziani ed i portatori di patologie croniche.
- Coniugare la compatibilità economica del sistema con il mantenimento dell'attuale livello di prestazioni, senza ricorrere all'aumento della fiscalità generale, senza adottare forme di compartecipazione alla spesa (ticket), che sarebbero pagate dai malati, non è cosa facile ma sicuramente perseguibile.

La proposta :

I Profili Assistenziali

Determinare diversi profili assistenziali sulla base delle patologie croniche più diffuse, consentirebbe di poter programmare e determinare, rendendo possibile elaborare delle proxy, l'impatto economico, consentirebbe di elaborare dei percorsi assistenziali "appropriati" e di responsabilizzare il medico prescrittore qualora si rendesse necessario prescrivere fuori dal profilo esami di laboratorio, farmaci od altro.

Per spiegare cosa si intende per profilo assistenziale intanto chiariamo cosa NON è. Non è una linea guida, anche se il profilo viene elaborato tenendo conto delle indicazioni che la linea guida fornisce. Non è un tetto di spesa per limitare le prestazioni. Non è un budget. E' piuttosto un criterio oggettivo che consente a chi deve governare il sistema di avere dei dati preventivi, in itinere e consuntivi in grado di fornire indicazioni sull'appropriatezza dell'attività assistenziale.

Non sarebbe necessario introdurre nuovi ticket. La misura non comporta neanche l'aumento degli attuali ticket. Definisce nell'ambito del sistema extraospedale la figura del medico di medicina generale come centro di responsabilità, individua come centri di costo gli specialisti che forniscono consulenze, ma al contempo dà la possibilità, nel caso di passaggio di presa in carico, per esempio malato oncologico in chemioterapia o terapia radiante, di assumere la figura di centro di responsabilità a determinate figure e profili professionali tra le discipline mediche.

- Ad esempio: le linee guida stabiliscono come, nel caso di un paziente diabetico non scompensato sia appropriato prescrivere come follow up 4 emoglobine glicate. Oltre ad una serie di esami diagnostici (doppler, ecg, etc.) scadenze regolari.

- Il Profilo assistenziale significa rendere disponibili questi esami con la frequenza e la tempistica appropriata, rendendo possibili extra indagini nel caso di complicazioni (sotto la responsabilità del prescrittore), oppure a pagamento nel caso di richiesta diretta del paziente non motivata né motivabile da parte di un sanitario.

Sarebbe in questo modo possibile programmare, sulla base dei dati statistico-epidemiologici (numero dei diabetici), l' 'impatto economico di tale attività e sempre in questo modo, senza penalizzare la qualità dell'assistenza, si avrebbe un indubbio effetto virtuoso nei riguardi dell'appropriatezza prescrittivi, sia nei confronti dell'assistenza specialistica, che di laboratorio.

- Tale misura si può ipotizzare anche per l'assunzione cronica di farmaci. Esempio un diabetico in trattamento con glicazide alla posologia di 2 cprs/die ha diritto ad 1 confezione di farmaco al mese per 12 mesi, ovviamente fatte salve variazioni del profilo terapeutico necessarie per mutate esigenze cliniche.

- In questa maniera, accoppiando i profili terapeutici con il controllo della prescrizione si otterrebbe il risultato di evitare scorte di farmaci od iperprescrizioni.

- Il risultato di questa misura sarebbe la possibilità di determinare l'impatto di spesa sulla base di dati certi.

- Esempio: 1000 diabetici NID non resistenti alla dieta ed in trattamento farmacologico alla posologia media di 2 cprs al di' di glicazide= 1000 confezioni di glicazide mese.

- Svantaggi: uno dei possibili, ipotetici svantaggi è un aumento della spesa per un incremento della popolazione trattata.

- Condizioni: necessario un controllo di gestione continuo..

- Controllo e monitoraggio della spesa farmaceutica.

L'articolo 50 delle Legge Finanziari del 2004 dispone come il controllo della spesa farmaceutica debba essere attuato alle Regioni. Entro il 10/10/06, inoltre, salvo diverse, future disposizioni, la Ragioneria Generale dello Stato attende la comunicazione dei dati di spesa farmaceutica dalla Regione Lazio.

Ad oggi diverse Regioni, tra le quali l'Abruzzo, l'Umbria le Marche e da pochi giorni l'Emilia Romagna, trasmettono i dati della spesa farmaceutica attraverso il sistema TS dell'Agenzia delle Entrate, gestito dalla SOGEL. Queste Regioni, già dispongono dello SMART Sintesi Mensile Andamento Regionale dei Dati Tessera sanitaria. Questi dati consentono la valutazione analitica dei dati di spesa per singolo medico, per singola farmacia e per singola ASL; con la possibilità di avere anche dati di previsione utili ad effettuare con cadenza mensile interventi di correzione. Resta francamente poco comprensibile il ritardo con cui la nostra Regione, viste le acute difficoltà di bilancio e la necessità di raffreddare la spesa farmaceutica, che ha evidenziato nel primo trimestre di quest'anno un aumento per l'abolizione del ticket, non solo non chieda di poter accelerare l'entrata nel sistema TS, ma addirittura, ad oggi, non abbia ancora fornito i dati necessari all'Agenzia delle Entrate per fornire nei tempi concordati lo SMART.

Tralaltro, questa attività è isorisorse e non necessita pertanto di sforzi economici né di struttura. I dati richiesti dall'Agenzia delle Entrate riguardano infatti solo le anagrafiche dei residenti, dei medici prescrittori e delle farmacie.

- Distribuzione diretta e per conto.

- Nel Lazio, storicamente, si registra una delle più basse percentuali di farmaci distribuiti direttamente dalle strutture aziendali. Ciò, specie dopo l'eliminazione del ticket, impone uno sforzo nell'aumentare il numero dei farmaci ad alto costo e per terapie croniche attualmente distribuiti dalle Farmacie Aziendali. Nonostante la FIMMG abbia, già dallo scorso Luglio, chiesto di accoppiare l'eliminazione del ticket alla messa a regime del sistema di distribuzione diretta, ad oggi non risulta che detta modalità di distribuzione consegua quei risultati di risparmio nell'acquisto di farmaci che è nelle sue potenzialità. Questo per il ridotto numero di sostanze inserite nell'ambito

del sistema di distribuzione diretta. Mancano la stragrande maggioranza dei preparati chemioterapici antitumorali ed i farmaci antirigetto.

- Questa limitatezza dell'elenco si rileva anche nella lista dei farmaci per la quale è prevista la distribuzione per conto. Mancano alcuni farmaci, come per esempio il "clopidogrel", e molti altri di quelli già inseriti nell'allegato 2.

- **Registrazione dei Piani Terapeutici.**

Nel Lazio attualmente vengono registrati solo il 10% dei Piani Terapeutici, contro l'85% delle Regioni più "virtuose".

Non è chiaro né conosciuto ai più l'elenco dei centri regionali di riferimento per alcune gravi patologie.

La normativa relativa alla fornitura dei 7 giorni di terapia dopo la dimissione viene largamente inapplicata.

Proposta: aumentare l'elenco dei farmaci in distribuzione diretta e per conto. Aumentare la percentuale di registrazione dei Piani Terapeutici. Indicare chiaramente ai medici di famiglia e PLS i centri regionali di riferimento autorizzati alla prescrizione di classi di farmaci secondo la vigente normativa. Aumentare il numero di reparti di degenza che forniscono alla dimissione i 7 giorni di terapia.

- **Armonizzazione dell'acquisto farmaci PTOR e valutazione su impatto di spesa territoriale.**

Non si tiene nel debito conto come il sistema sanitario sia nel suo complesso un insieme di vasi comunicanti. Questa circostanza determina che ogni atto che viene predisposto in un comparto, per esempio, l'Ospedale, ha delle inevitabili ripercussioni sul resto del sistema. A questo proposito è utile sottolineare come viene data scarsa o nulla attenzione all'aspetto relativo all'acquisto di farmaci da parte delle strutture ospedaliere ed il conseguente impatto sulla spesa "territoriale".

Questa sottovalutazione del problema comporta effetti negativi sulle percentuali di farmaci equivalenti prescritti nella nostra regione, in considerazione che, date le attuali condizioni di gara, l'ospedale non ne ritiene vantaggioso l'acquisto e ciò determina pertanto una scarsa o nulla conoscenza dei prodotti equivalenti da parte dei medici dipendenti. Oltre al problema relativo ai farmaci equivalenti la mancata gestione dell'armonizzazione dello PTOR con le specialità medicinali prescrivibili sul territorio, comporta degli effetti negativi sull'intero sistema. Per esemplificare il concetto facciamo l'esempio dell'omeprazolo, sostanza con azione di inibitore di pompa acida largamente utilizzato, non sempre appropriatamente, nei reparti ospedalieri e largamente prescritto, anche qui non sempre appropriatamente, dalla medicina territoriale.

Detta sostanza, acquistata a gara con ribassi prossimi al 90% e pertanto con innegabile vantaggio, quando viene prescritta a pazienti dimessi od in regime ambulatoriale, diventa, invece una fonte di spesa inappropriata, in quanto il costo della specialità medicinale esitata nelle farmacie territoriali è largamente superiore a quello del lansoprazolo, sostanza dal 6.3.06, entrata nel novero dei farmaci equivalenti.

Se consideriamo come nella nostra regione i farmaci "antiacidi" siano la prima voce di spesa per la farmaceutica convenzionata, risulta evidente l'importanza per il sistema di conseguire economie di scala anche attraverso l'introduzione di queste misure di governo della spesa farmaceutica.

- **Beni e Servizi.**

Una delle misure proposte per l'abbattimento del deficit è l'adozione di economie di scala da conseguire attraverso la centralizzazione dell'acquisto di beni e servizi per le ASL del Lazio. Stabilire un'Azienda capofila per la centralizzazione delle gare per l'acquisto di materiale di

consumo consentirebbe di abbattere di una cospicua percentuale i costi di acquisto e di avere un controllo di gestione più efficace e semplice. Basti pensare all'abbattimento dei costi di gara.

- *Riduzione del tasso di ospedalizzazione “per acuti” attraverso il governo dell'accesso alle strutture ospedaliere.*

Per conseguire nel 2007 l'obiettivo regionale di 180 ricoveri per 1000 abitanti ed attestare entro il parametro del 4,5 per mille abitanti di cui l'1% dedicato alla riabilitazione e post acuzie, oltre alle già proposte misure di trasferimento delle attività inappropriate verso DH DS ed ambulatori, è necessario “raffreddare” la domanda di accesso in Ospedale per alcune tipologie di DRG già evidenziate nei rapporti dell'ASP.

Per razionalizzare l'accesso improprio al P.S., che di per se stesso crea i presupposti per ricoveri impropri, sarebbe necessario avere il coraggio, cosa che chiediamo, di definire delle procedure di accesso al Pronto Soccorso, che consentano ai medici che svolgono nell'extraospedale la propria attività di avere un ruolo decisionale nell'invio dei pazienti al Pronto Soccorso. Oggi la situazione relativa agli accessi in Pronto Soccorso preceduti da richiesta da parte del medico curante è trascurabile.

La FIMMG Lazio nel 2003, aveva dimostrato con il progetto FluLine che è possibile rendere significativo il ruolo del medico di medicina generale anche nel governo della domanda di prestazioni sanitarie in P.S. attraverso la creazione di procedure di accessi, Accettazione Assistita, in strutture di P.S.

Sempre nel Lazio la FIMMG ha ideato e strutturato una rete di medici di famiglia, le UCP, che ad oggi contano circa 3800 aderenti, ma che, nonostante precedenti accordi, non è mai stata adeguatamente pubblicizzata se non dalla FIMMG stessa e dai medici aderenti. Tale rete, già da oggi, consentirebbe di disporre di un filtro aperto dalle 10 alle 19 di tutti i giorni feriali. Con l'implementazione del servizio di Guardia Medica, già previsto, inoltre, si renderebbe tale servizio, di Cure Primarie, attivo “h24”, inclusi i giorni festivi, che vedono il maggior ricorso alle strutture di P.S.

- *La Proposta:*

Utilizzare la rete della medicina generale (UCP) insieme alla Guardia Medica (Festivi e notturni) per ampliare le possibilità di accesso alle cure primarie ed agli interventi di bassa intensità assistenziale. Concertare (Progetto Flu Line), procedure di accettazione assistita con strutture di pronto soccorso nel caso di patologie assimilabili ai codici gialli e rossi, implementare la creazione degli ambulatori di cure primarie, strutture intermedie con la partecipazione di specialisti e diagnostica di primo livello, alternativi al sistema ospedaliero.

Normare procedure di compartecipazione alla spesa per i cittadini che, nonostante l'attivazione dei precedenti servizi, preferiscano recarsi direttamente al pronto soccorso per patologie assimilabili a codice bianco.

Organizzare nell'area metropolitana romana un call center per la reperibilità dei medici di medicina generale organizzati in UCP o per gli ACP.

- *Riduzione dei posti letto per acuti attraverso il governo delle dimissioni.*

Se è pacifico affermare come molti posti letto per acuti siano “occupati” spesso per motivazioni di carattere sociale, lo è meno affermare come tale problema sia stato affrontato con determinazione nel corso degli ultimi anni.

Si contano sulle dita di una mano i progetti attuati per fornire al malato delle alternative al ricovero, specie in caso di malati che non possono contare su di un adeguato supporto familiare o che non dispongano di adeguati strumenti economici.

Uno di questi progetti, il Progetto Domino, è stato ideato dalla FIMMG Lazio e realizzato dal Co.Re.San, con l'Azienda Ospedaliera S.Giovanni Addolorata.

Il Progetto, chiuso per ragioni legate al finanziamento, nonostante indubbi e gravi problemi legati alla difficoltà iniziale di proporre percorsi ospedale-territorio, ha dimostrato come sia possibile fornire assistenza per malati post acuti (non sub acuti), in grado di poter fornire prima del ritorno a casa, se possibile, tutta una serie di valutazioni di carattere socio sanitario e di poter consentire a costi minimali una struttura di collegamento ed interfaccia con le diverse entità che compongono il mondo dell'assistenza domiciliare o residenziale.

E' purtroppo evidente come nella nostra Regione il sistema basato sui CAD non riesca rispondere alla crescente esigenza di prestazioni domiciliari. Di come sistema sconti gravi ritardi dovuti al sottofinanziamento della "medicina del territorio", nonostante l'abnegazione degli operatori. D'altro canto anche la medicina generale non dispone degli adeguati strumenti di gestione di patologie spesso complesse.

LA FIMMG, sempre con il Co.re.San ha proposto un modello assistenziale: L'Ospedale Virtuale, in attività nella ASL RMA, che ha dimostrato come sia possibile assistere a domicilio, in concorso con il CAD, malati anche complicati, con costi molto concorrenziali rispetto alla degenza.

La Proposta:

Proceduralizzare, nel reparto di degenza, il ricorso alle dimissioni assistite o protette, usufruendo, per abbattere il periodo di degenza ordinaria, di strutture per post acuti a bassa intensità assistenziale.

Nel caso sia appropriato in dette strutture possono essere svolte da personale medico e paramedico tutte quelle valutazioni necessarie a provvedere alla vera e propria dimissione a domicilio, oppure, nel caso contrario, a gestire tutte le procedure di carattere anche tecnico amministrativo necessarie per l'ammissione in una RSA o Lungodegenza. In queste strutture, ricavabili da reparti dimessi, anche all'interno di strutture ospedaliere, opererebbero medici di medicina generale ed infermieri, con la collaborazione dei colleghi ospedalieri od universitari. Si potrebbe anche ipotizzare una sinergia con i servizi di assistenza sociale dei municipi nel caso si determini la necessità di accedere a questi servizi.

Impatto economico: un posto letto con questa tipologia assistenziale, per un periodo di degenza non superiore a 15 giorni, con struttura di proprietà ASL od Ospedale, per un modulo di 31 posti letto, moltiplicabili, ha un costo di 100 euro al giorno di degenza rispetto ai costi fino ad 8 volte superiori della degenza ordinaria.

L'ammissione a queste strutture (Ospedale delle Cure Primarie) è riservata ai dimessi da strutture ospedaliere per Acuti e da questa caratteristica differisce profondamente dai Country Hospital, ideati per ricoverare ad entrata dal "territorio", malati non ricoverati.

Ovviamente queste strutture possono essere utilizzate anche nel caso di dimissioni protette, le quali ad oggi vengono gestite in ambienti di norma non protetti (proprio domicilio).

Promozione di comportamenti clinici appropriati.

Formazione e self audit clinico. Indice di Appropriatezza.

- L'indice di appropriatezza, ovvero un indicatore per verificare la spesa generata da ogni singolo medico di medicina generale mese per mese sconta dalla sua data di attuazione una serie di problemi che ne hanno attenuato l'efficacia.

- Solo la ASL RMC ha inviato dei report analitiche che consentissero di verificare non solo la spesa generata ma la composizione della stessa per ATC. Nonostante gli sforzi dell'Assessorato alla Sanità per implementare l'utilizzo del ricettario regionale da parte dei medici dipendenti, non si è assistito ad un significativo incremento di tali prescrizioni. In molte ASL non vengono adeguatamente calendarizzate le riunioni dei comitati distrettuali per l'appropriatezza.

- L'obiettivo dell'Indice di Appropriatezza era attenuare l'impatto dell'abolizione del ticket sulle prescrizioni farmaceutiche, evitando il paventato e temuto aumento del 30% come effetto rimbalzo. Nonostante i problemi evidenziati, comunque, il sistema ha tenuto attestandosi su percentuali di incremento della spesa nel primo trimestre, talaltro in linea con il trend nazionale, adl di sotto del 50% dell'atteso, con il dato di Aprile, comunque in controtendenza.

- Un altro degli obiettivi era ed è quello di stimolare nel professionista una autovalutazione critica del proprio operato prescrittivo, cosa questa impossibile in precedenza.

Il concetto di base era ed è quello che appare paradossale come un medico prescrittore con conosca il risultato della propria attività e non possa così valutare e migliorare il proprio operato in termini di appropriatezza.

Proposta:

Estendere alle prestazioni diagnostiche di alto costo ed a procedure invasive (coronarografia) lo stesso criterio, favorendo l'invio dei referti al curante, secondo le norme vigenti. In questo modo, anch'esso praticamente isorisorse, si conseguirebbe quella necessaria acquisizione circa i risultati del proprio operato professionale, consentendo, con gli adeguati strumenti formativi, di poter migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza.

