

UN SISTEMA CHE PAGA AL SALUTE AL POSTO DI UN SISTEMA CHE PAGA LA MALATTIA (*)

La proposta che si vuole sottoporre all'attenzione delle Regioni si definisce "sperimentale". Si vuole provare a verificare un nuovo sistema di finanziamento delle strutture sanitarie "a quota capitaria, fortemente pesata per età" cioè una cifra annuale per cittadino diversa seconda l'età: la cifra più bassa corrisponde ai 14 anni, sale in corrispondenza della minore e soprattutto della maggiore età. Si vuole evitare quanto già avvenuto per l'adozione dei DRG che sono stati adottati per tutto il territorio nazionale senza che vi sia stata un'adeguata discussione, senza prove effettive. E' stato infatti assunto un sistema proveniente da un contesto assicurativo. E' stato accettato per contrastare l'ormai indifendibile sistema precedente e/o per ragioni di bilancio. Oggi le ragioni di bilancio esistono più di prima, ma, ancor più, sono importanti le ragioni di salute.

Queste dovrebbero, al loro interno individuare alcune A-USL (A-ULS per il Veneto) (almeno 3) che abbiano al proprio interno un ospedale pubblico e almeno uno privato e il cui direttore generale sia d'accordo e convinto che la proposta di un sistema di finanziamento diverso (dai DRG) delle strutture sanitarie e dei professionisti sia possibile, efficace e corretto. Per la Lombardia che ha adottato in cui A-USL e Aziende Ospedaliere sono entità distinte e separate occorrerà scegliere sia le une che le altre. Particolarmente ci dovranno pure essere strutture private convenzionate che, sempre per questa regione, sono considerate sullo stesso piano di quelle pubbliche.

Dall'inizio il direttore generale, assistito dagli uffici della assessorato regionale alla sanità, deve coinvolgere i responsabili dei servizi e le organizzazioni dei cittadini utenti presenti sul territorio della A-USL. La ragione sta sia nella conduzione che nel monitoraggio. Chi deve dirigere deve capirne bene gli scopi e studiarne i metodi, chi in ultima analisi ne usufruisce in ugual modo deve capire che cosa si sta facendo e essere in grado di verificarne i risultati. Va pure stabilito che la durata della sperimentazione sia definita in 3 anni.

Prima applicazione economica

Sarà necessario prevedere un raccordo tra l'attuale modalità di retribuzione delle Aziende USL e ospedaliere con l'introduzione del modello di retribuzione secondo progressione economica fortemente pesata per età.

Il budget iniziale dell'A-USL dovrà essere uguale allo storico (dell'anno precedente, incrementato della quota percentuale che la Regione destina come incremento medio alle A-USL) e all'interno di

questo totale dovranno essere calcolate le quote pesate per età; le retribuzioni degli anni successivi saranno computate secondo la composizione per età della popolazione e le quote determinate ¹.

(Come previsto dal modello, le prestazioni erogate ai non residenti e le prestazioni richieste dai residenti ad altra A-USL verranno compensate secondo tariffe/DRG, con le modalità in uso nella Regione che attua la sperimentazione)

Eventuali modificazioni successive del budget sanitario regionale dovranno riflettersi in modo equo anche sul budget delle A-USL “sperimentatrici” e di conseguenza sulle quote per età.

E' opportuno prevedere che, oltre alla retribuzione delle A-USL secondo il modello “quote capitarie pesate per età”, il modello sia contestualmente applicato anche alle articolazioni distrettuali. Si può pensare che per i dipendenti siano studiate forme di collegamento con gli istituti dell'incentivazione contrattuale in funzione del principio base del sistema (che paga la salute piuttosto che la malattia) mentre il modello potrà essere applicato ai Medici di Medicina Generale (e ai Pediatri – in questo caso con pesature per età inverse), definendo anche per loro modalità di raccordo con il livello di retribuzione attuale.

Azioni da compiere per implementare il modello

Le azioni necessarie in fase preparatoria sono molteplici e devono essere attentamente seguite, in quanto si riferiscono principalmente al livello di informazione e di consenso interno all'A-USL.

Dopo l'approfondimento del modello con la Direzione, sarà necessario presentarlo ai diversi settori (dagli amministrativi ai clinici) e per ciascun settore declinarlo nelle specifiche azioni richieste. In altri termini occorrerà spiegare quali siano gli scopi che si vogliono raggiungere, dandosi i tempi necessari. Dovrà essere stabilita, in conseguenza di ciò, un'attività di formazione adeguata, distinta per i diversi settori organizzativi, di prevenzione e clinici.

Indicatori del monitoraggio

Sarà necessario raccogliere una serie di dati che, opportunamente analizzati, saranno la base della valutazione della “sperimentazione”, che verrà attuata in itinere e alla fine del periodo. Particolare attenzione dovrà essere posta all'emergere di sintomi di “allarme”, che evidenzino necessità di interventi correttivi.

Concettualmente, saranno necessari flussi informativi relativi ad aspetti economici, di attività amministrativa e organizzativa, soprattutto di risultati di salute per i cittadini. Alcuni sono indispensabili alla valutazione (e di pronto rilevamento), altri complementari e probabilmente non disponibili (saranno di seguito indicati in *corsivo*).

In particolare dovranno essere monitorati (semestralmente) i trend relativi a:

dati di salute:

- longevità della popolazione
- mortalità evitabile secondo la più ampia definizione OCSE (n. di anni di vita persi prima degli 80 anni/100.000 abitanti), monitorabile anche mensilmente
- mortalità degli assistiti, nei suoi diversi aspetti (età sesso causa)
- *indicatori di patologie, quali possono essere*

- o *gli indici di incidenza rilevabili da eventuali registri tumori*
- o *i dati rilevati dagli incidenti stradali, dagli infortuni sul lavoro e dalle malattie di origine professionale*
- o *e, se affidabili e possibili, i dati di salute ricavabili dalle esenzioni per patologie incrociate con l'anagrafe sanitaria*
- o *e i dati dei DRG regionali estrapolabili come "prime prestazioni" riferite alle patologie dei residenti*
- *indicatori di "comportamenti" relativi a fattori di rischio, quali il fumo, l'attività fisica, le abitudini alimentari, che potranno essere rilevati da indagini ad hoc inserite in specifici progetti.*

dati di attività:

- DRG, come attualmente rilevati, sia interni all'A-USL e Aziende ospedaliere (per residenti e non residenti), sia esterni per residenti
- Consumo di farmaci per residenti, in particolare scegliendo quelli riferiti a patologie cd sociali (cardiache, diabete, alcuni tumori)
- *Dati di attività di servizi non ospedalieri quali ad esempio, quelli relativi a Consultori, alla Salute mentale (CSM), alla prevenzione nei luoghi di lavoro;*

dati economici:

- Il finanziamento fornito alla A-USL e/o all'azienda ospedaliera secondo il nuovo modello
- I costi (per il personale e per le strutture) e le spese variabili (ad esempio per prestazioni fuori A-USL)
-

dati relativi alla soddisfazione dei cittadini e degli operatori dovranno essere definiti tramite indagini scientifiche svolte da enti terzi, sia dall'ascolto tramite conferenze di servizio, convegni, documenti presentati dalle organizzazioni degli operatori e da quelle dei cittadini.

Si sottolinea come la valutazione si basi sull'andamento degli indicatori rilevabili dai dati sopra descritti; a questo fine è comunque importante la valutazione a lungo termine, oltre i limiti temporali di questa "sperimentazione".

Le ipotesi, con cui confrontare i dati raccolti, sono, per grandi linee, le seguenti:

- o minori spese specificando in quali settori
- o aumento della speranza di vita dei residenti, superiore alla media regionale
- o conseguente aumento del finanziamento regionale alla A-USL o azienda ospedaliera, superiore alla media regionale
- o accettazione del modello da parte di operatori e cittadini, e aumento della "credibilità" del (fiducia nel) sistema sanitario
- o assenza di dati, economici, di attività o di salute, di allarme e tali da invalidare il modello proposto

N.B.: l'asterisco * si riferisce a valutazioni che probabilmente supereranno l'arco temporale della prima applicazione. Valgono comunque, nei primi anni, le verifiche relative alla prima e ultima ipotesi di cui sopra.

Retribuzione di risultato e progetti interni all'azienda connessi allo sviluppo del modello

Una quota importante della retribuzione di risultato di tutti gli operatori dovrà essere collegata al miglioramento di indicatori di speranza di vita e di soddisfazione dei cittadini-assistiti. Qualora la prima cresca più rapidamente della media regionale, anche i ricavi dell'A-USL e della/e AO "sperimentatrici" cresceranno più della media: si dovrebbe pertanto espressamente concordare con la Regione la possibilità che cresca più della media anche l'incentivo di risultato.

Problemi e difficoltà

Nel breve periodo, particolarmente nell'arco di un anno potrebbe sembrare illusorio misurare dei miglioramenti nella speranza di vita. Dalla bibliografia prodotta non sembra necessariamente vero. Non si aspettano cambiamenti rilevanti all'inizio, ma basta che si individui una tendenza che vada in direzione diversa dalla precedente. La tendenza sta già nel mutamento del modello. Ovvero se prima del farmaco viene lo stile di vita, se prima della cura viene la prevenzione, se prima della prescrizione di una lunga lista di analisi ed esami, viene la relazione, la speranza di vita è già migliorata. Il sistema proposto costringerà le strutture del servizio sanitario nazionale a relazionarsi fra loro, si dovrà uscire dai compartimenti stagni. Le strutture curative, il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta, gli specialisti e l'ospedale, dovranno essere necessariamente interessate a conoscere le iniziative del dipartimento di prevenzione e quelle degli altri servizi territoriali sul piano della riduzioni degli infortuni domestici, stradali, lavorativi; altrettanto dovranno se non agire, quanto meno intervenire e fare presente che livelli alti di inquinamento ambientale, ad esempio la presenza di strade ad alta intensità di traffico o la presenza di un inceneritore, peggiorano la condizione complessiva di salute. Se non altro saranno più interessate a raccogliere i dati epidemiologici e a fornirli con maggiore sollecitudine.

L'interesse ancora delle grandi strutture quali gli ospedali, le RSA, ma anche quelle non necessariamente curative come le scuole, comunque tutte le agenzie che forniscono cibo (anche a livello domiciliare) verrà sollecitato in funzione del cambiamento delle diete che ancora nella gran parte dei casi risultano sbagliate ed inadeguate, al di là che si faccia attenzione ad alcuni soggetti malati come i diabetici o ad altri casi particolari.

Infatti l'abbiamo detto: attaccare, ovvero eliminare i DRG perché il sistema sia fondato sulla salute e non, come scopo primario e assoluto, sulla malattia.

Un'altra difficoltà riguarda il sud Italia e il particolare contesto in cui si muove l'organizzazione sanitaria (per quanto si debba sottolineare che anche al Nord, forse in misura minore, distorsioni proprie del Sud, non mancano. Dalla sanità traggono vantaggio la politica in senso lato, meglio molti politici con i loro partiti-clientela; i produttori di materiali sanitari, le organizzazioni criminali. Si potrebbe pure aggiungere che lo scopo principale per molti che di sanità vivono, in quanto operatori, lo scopo è solo accidentalmente quello fornire il servizio cui sono chiamati. In altri termini la sanità è una grande organizzazione autoreferenziale da cui molti, anche in modo illecito, traggono vantaggio. Un sistema di questo genere è chiuso a qualsiasi cambiamento, perché gli affari traggono origine dal suo consolidamento. Una proposta di altro tipo rischia nemmeno di essere presa in considerazione. Eppure potrebbe essere oltremodo opportuna per fare saltare quegli equilibri che arricchiscono i soggetti interessati prima di occuparsi di promuovere la salute. In effetti qualsiasi proposta può essere metabolizzata a vantaggio dei soliti noti e ignoti, salvo però, nel sistema sanitario, di quella che noi facciamo che va nella direzione di migliorare la speranza e la condizione di vita. In Campania ad esempio ci si dovrebbe opporre all'americanizzazione della alimentazione come si dovrebbe radicalmente modificare il ciclo dei rifiuti iniziando a fare pagare le bonifiche delle discariche a chi le ha realizzate.

Un'ulteriore annotazione ci fa distinguere l'aumento della speranza di vita con l'accanimento terapeutico che è al di fuori dei pensieri di chi ha lavorato sulla proposta. Non solo ma soprattutto va tenuto presente che l'aumento della speranza di vita non è l'unico criterio di valutazione. Vi è pure quello indispensabile della percezione dei cittadini utenti del servizio sanitario nazionale sul cambiamento che è stato messo in atto. E ad ogni buon conto non resta che sperimentare il nuovo sistema per potere verificare se più o meno funziona. Certo è, ripetiamo che quello attuale, non va sempre che non si sia d'accordo per arrivare ad un sistema di tipo assicurativo, che non è più un servizio sanitario nazionale.

**Elaborato da un gruppo di lavoro informale*

Bibliografia

- DOMENIGHETTI G. (1994), *Il mercato della salute. Ignoranza o adeguatezza?*, CIC Edizioni Internazionali.
- DOMENIGHETTI G. ET AL. (1998), «Promoting consumer's demand for evidence-based medicine», *Int J Technol Assess Health Care*, vol. 14, pp. 97-105.
- DONALDSON C., GERARD K. (1989), «Paying general practitioners: shedding light on the review of health services», *Journal of the Royal College of General Practitioners*, vol. 39, pp. 114-7.
- DONZELLI A., LONGO F. (1997), *Sistemi sanitari*

a confronto. *Efficacia, costi e qualità percepita*, Franco Angeli, Milano.

DONZELLI A. (1997), «Un sistema di finanziamento e un sistema premiante virtuoso per la specialistica ambulatoriale», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 3, pp. 13-17.

DONZELLI A. (1998), «Tetti di spesa per erogatore e pagamento delle prestazioni a tariffa: un «nuovo» cocktail fallimentare», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 11, pp. 1-4

DONZELLI A., SGHEDONI S. (1998), *Le linee guida cliniche tra conoscenze, etica e interessi*, Collana Politiche Sociali, Ed. Franco Angeli.

DONZELLI A. (1999), «Il pagamento a prestazione ha fallito la maggior parte degli obiettivi dichiarati» (I parte), *ASI*, vol. 17, pp. 3-17, e (II parte) *ASI*, n. 18, pp. 7-17.

DONZELLI A., GEDDES M. (1999), «Modifiche di comportamento medico in relazione ai sistemi retributivi», *La salute in Italia: Rapporto 1999*, curato da Marco Geddes, pp. 131-52, Ediesse.

DONZELLI A. (2000), «L'evoluzione dei Drg negli ospedali lombardi dopo l'introduzione del pagamento a tariffa. Occorre ripensare criticamente al "motore" del sistema», *ASI*, n. 3, pp. 18-25.

DONZELLI A. (2003), «Un bivio per la medicina di base. Privilegiare l'orientamento della domanda e il governo appropriato dei consumi o il ruolo di erogatori? E con quale (coerente) modello di remunerazione?», *ASI*, n. 41, pp. 13-28.

DONZELLI A. (da novembre 2002 a giugno 2004), «Pillole di buona pratica clinica, n. 1-16» *Occhio Clinico*.

EUROBAROMETER (1998), n. 49.

GORI G. ET AL. (1991), «Confronto fra due indagini condotte negli Ospedali nel 1987 e nel 1990 riguardo ai livelli di applicazione delle raccomandazioni OMS», in Biscontin S., Rigetti A. (eds.), *Per una ecologia della nascita*, Atti del Convegno, Pordenone, pp. 77-104.

GREENFIELD S. ET AL. (1992), «Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care: results from the Medical Outcomes Study», *JAMA*, vol. 267, pp. 1624-30.

GRUMBACK K., FRY J. (1993), «Managing primary care in the United States and the United Kingdom», *N Eng J Med*, vol. 328, pp. 940-5.

HIMMELSTEIN D. ET AL. (1999), «Quality of care in investor-owned vs not-for-profit HMOs», *JAMA*, vol. 282, pp. 159-63.

HIMMELSTEIN D. ET AL. (1986), «Cost without benefit. Administrative waste in US health», *N Engl Med J*, vol. 314, pp. 441-5

JOMMI C. (A CURA DI) (2004), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, EGEA, Milano.

Labelle R. et al. (1990), «Financial incentives and medical practice: evidence from Ontario on the effect of changes in physician fees on medical care utilization»,

Centre for Health Economics and Policy Analysis, Ontario.

LOMAS J. ET AL. (1989), «Do practice guidelines guide practice? The effect of the consensus statement on the practice of physicians», *N Engl J Med*, vol. 321, pp. 1306-11.

LONGO F., VENDRAMINI E., DONZELLI A. (1999), *Costi, modelli di retribuzione e sistemi di gestione per le attività medico specialistiche*, UTET periodici, Milano.

MASLOW A.H. (1973), *Motivazione e personalità*, Armando, Roma.

MAYNARD A., BLOOR K. (1995), *Health care reform: informing difficult choices*, John Wiley Sons, Ltd.

MCPHERSON K. ET AL. (1981), «Regional variation in the use of common surgical procedure: within and between England and Wales, Canada and the United States of America», *Social Science and Medicine*, vol. 15, pp. 273-88.

MCPHERSON K. (1990), *Why do variations occur? The challenges of medical practice variations*, Macmillan, London.

MOSSIALOS E. (1997), «Citizens' views on health care systems in the 15 Member States of the European Union», *Health Economics*, vol. 6, pp. 109-16.

OECD HEALTH DATA BASE (annualità dal 1996 al 2003).

REID R. ET AL. (2003), «Stepped care approach to smoking cessation in patients hospitalized for coronary artery disease», *J Cardiopulm Rehabil*, vol. 23, pp. 176-182.

RICHARDS T. (1996), «European health policy must redefine its raison d'être. Market model has failed: more imaginative individual national policies are needed», *BMJ*, vol. 312, pp. 1622-3.

RICE T. (1984), «Physician initiated demand for medical care: new evidence from the Medicare program», *Advances in health economics and health service research*, n. 5, pp.129-60.

ROCHAX L. (1993), «Financial incentives for Physicians: the Quebec experience», *Health economics*, vol. 2, pp. 163-76.

SALTMAN R.B., FIGUERAS J. (1998), *Europa: sanità in transizione*, OMS - Ufficio Regionale per l'Europa, Quaderni di sanità pubblica, vol. 21 (monografia).

SGHEDONI D., DONZELLI A. (2000), «The general practitioners' payment and inequalities in health: the system of incentives for health», in Wonca International Conference *Reducing Social Inequalities in Health*, atti, Copenhagen 28/9/2000, p. 7.

SGHEDONI D., DONZELLI A. ET AL. (2001), «The cost-effectiveness of general practitioners' payment and incentive formulas: a proposal for incentives for health», in WONCA Region Europe, atti, 3-7/6/2001.

SGHEDONI D., DONZELLI A. ET AL. (2003), «A smoker cessation project led by general practitioners. Incentives and

implementation», in Wonca Europe Conferenza 2003, *atti*, Ljubljana.

STEINDL J. (1965), *Random processes and the grow of firms: a study of the Pareto law*, Charles Griffin, Londra.

TAYLOR D.H. *ET AL.* (2002), «Benefits of smoking cessation for longevity», *Am J Public Health*, vol. 92, pp. 990-7

WHO (2000), *Health Systems: improving performances*, The World Health Report, Geneva.

WOLHANDLER S. *ET AL.* (2003), «Costs of health care administration in the United States and Canada», *N Engl J Med*, vol. 349, pp. 768-75.

ZUCCARO P. *ET AL.* (2003), «Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo», ISS, *Osservatorio Fumo, Alcol e Droga*, www.iss.it/sitp/ofad/Fumo/fpdf/0002.pdf

.