ALLINEARE AD ETICA E SALUTE DELLA COMUNITÀ DEI CITTADINI LE CONVENIENZE DEI DIVERSI ATTORI IN SANITÀ

Alberto Donzelli
Direttore Servizio Educazione Sanitaria - Asl Città di Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. I modelli finora adottati - 3. Un sistema di finanziamento/remunerazione dei principali attori in sanità che *paghi la salute* - 4. Conclusioni.

1. Introduzione

Una delle constatazioni più sorprendenti per il comune cittadino e gran parte degli stessi medici è la straordinaria variabilità delle cure prestate ad assistiti affetti dalle medesime malattie anche all'interno delle stesse aree geografiche. Sono state considerate (McPherson, 1990) molte possibili fonti di divergenze nelle procedure mediche:

— epidemiologiche, cliniche o nelle preferenze dei clienti-assistiti (differenze *legittime*);

— casuali o legate a diverso modo di pensare dei medici. L'opinione pubblica corrente, indotta ad avere un'idea mitica della medicina come scienza esatta (Domenighetti *et al*., 1998), tende a considerare queste differenze come *meno legittime*, benché le seconde siano in parte inevitabili, dove connesse alle *aree* — per ora — *grigie* della medicina. Ciò tuttavia rimanda già al problema degli interessi, come si vedrà più avanti;

— differenze legate all'offerta, intese come diversa disponibilità di determinati trattamenti, o nel livello di conoscenze tra i medici, o come diversa copertura assicurativa, o come convenienza ad effettuare (o a non effettuare) certe prestazioni da parte del medico o della organizzazione in cui lo stesso opera. A tali differenze è correntemente negata legittimità, in maniera fortemente crescente dalla prima variante all'ultima citata, ma i dati mostrano quanto proprio quest'ultima pesi nella variabilità delle cure (Donzelli, Longo, 1997).

Non vi è dubbio che i determinanti dei comportamenti prescrittivi/erogativi dei medici siano molteplici, ma la legge di Pareto o *principio 80/20* («in qualsiasi situazione vi sono pochissimi fattori causali veramente importanti che rendono ragione indicativamente dell'80% degli effetti riscontrati ...») (Steindl, 1965) consente di concentrare a buon diritto l'attenzione anzitutto sui fattori maggiormente rilevanti, che in questo caso si ipotizza siano: etica, conoscenze e sistema premiante/convenienze/interessi.

Benché l'*etica* sia sicuramente un importante determinante dell'agire umano, e in particolare sia considerata un cardine dei comportamenti prescrittivi ed erogativi dei sanitari, bisogna riconoscere che essa non è l'unico, e non necessariamente il principale loro determinante. Inoltre non è facilmente modificabile da decisioni interne al Ssn.

Le *conoscenze tecniche e scientifiche* (e le conoscenze/informazioni sulle condizioni locali di offerta, di accesso, di erogazione, di disponibilità di certe tecnologie, ...) sono un altro ovvio determinante maggiore dei comportamenti prescrittivi ed erogativi.

Un altro determinante molto potente è rappresentato dagli *interessi* (o *convenienze*, chiamati anche *punti di vista* da parte degli autori anglosassoni). Questo determinante è spesso scotomizzato nelle rappresentazioni correnti, ma opera comunque ed è in grado di spiegare variabilità di comportamento che altrimenti è difficile interpretare (Donzelli, Sghedoni, 1998).

I fattori della motivazione umana sono efficacemente rappresentati dalla piramide di Maslow (1973), che ordina i principali bisogni alla base della motivazione in una gerarchia di decrescente *prepotenza relativa*. Il riadattamento interpretativo della teoria e dell'immagine (figura 1) può dare valore aggiunto al ragionamento che si andrà sviluppando.

La teoria esplicativa di Maslow (concepita per gli individui, ma con possibili interessanti applicazioni anche a comportamenti di organizzazioni, specie dove sia molto forte una

componente professionale con alto grado di autonomia clinica) indica che la prepotenza relativa di interessi posti sul 2° gradone (*sicurezza*, ad esempio, di avere un lavoro garantito e ben remunerato, o di non avere minacce all'organizzazione che ci dà lavoro capaci di ripercuotersi sulla nostra sicurezza) o sul 3° (ad esempio *appartenenza* ad una categoria professionale, ad una disciplina scientifica, ad un paradigma culturale dominante; con il correlato timore di esclusione/riprovazione sociale se si percorrono strade diverse da quelle che la maggioranza dei simili percorre) può essere superiore a quella di interessi posti sul 4° gradone (che comprende sia la stima attribuitaci dagli altri, sia il bisogno di autostima e integrità, e quello di essere utile e necessario nel mondo, che si può ricondurre all'etica).

Ciò implica che un conflitto, ad esempio, tra interessi economici ed etica potrebbe non risolversi a favore della seconda, per quanto vi sia riluttanza a fare questa ammissione, anche di fronte alla constatazione di fatti.

In effetti, il processo attraverso il quale si mette la sordina all'etica, sottomettendola di fatto ad altri interessi, è spesso inconsapevole, per consentire a chi compie questa operazione di conservare un sufficiente senso di integrità. Questo processo è favorito dalla disponibilità di una grande pluralità di «linee guida», che sarebbe semplicistico considerare solo frutto di un differente grado di conoscenze metodologiche e scientifiche dei diversi *team* di estensori. Molte differenze si spiegano infatti se si guarda a diverse linee guida anche come il prodotto di specifici interessi e come mezzo volto a giustificare/legittimare il perseguimento di proprie convenienze, senza entrare in conflitto con il proprio bisogno di (auto)stima (Donzelli, Sghedoni, 1998).

È stato dimostrato in maniera convincente che i comportamenti degli operatori sanitari, come quelli degli altri esseri umani, non sono anzitutto determinati dalle finalità espresse nei primi articoli delle leggi o dagli obiettivi enunciati dalla normativa, ma — in larga misura — dal sistema premiante (inteso in senso lato, fino a comprendere almeno i tre gradini centrali della piramide di Maslow) connesso ai comportamenti stessi (Lomas *et al.*, 1989; Gori *et al.*, 1991; Stelfox, 1998; Donzelli, Geddes, 1999). Solo se il sistema premiante è coerente con gli obiettivi questi verranno davvero perseguiti.

Dato che il sistema di pagamento di un professionista è fra i costituenti maggiori del suo sistema premiante, ne deriva che la sua coerenza con gli obiettivi desiderati per quel professionista è decisiva. Lo stesso è ragionevole pensare del sistema di finanziamento di un'organizzazione rispetto agli obiettivi desiderati dal sistema, e della coerenza fra convenienze-obiettivi di un'organizzazione e fra convenienze-obiettivi di chi vi lavora e porta il suo contributo al raggiungimento o meno dei risultati più generali.

Se si vuole che i diversi attori che lo compongono perseguano gli obiettivi fondamentali di un Sistema sanitario pubblico è necessario l'allineamento del sistema premiante (interessi) degli attori del Sistema sanitario con gli obiettivi del sistema stesso. Tale allineamento di interessi non è certamente l'unica modalità di intervento (si pensi, ad esempio, al ruolo della programmazione) e non si esaurisce certo con una ridefinizione del sistema di remunerazione, ma deve necessariamente contemplare anche questo, che oltretutto è modellabile con decisioni interne al Sistema sanitario.

Se gli «architetti di sistema» non sono abbastanza consapevoli di quanto sopra, e disegnano un sistema premiante che divarica le convenienze (economiche, ma anche di appartenenza e stima) degli attori principali in sanità rispetto agli obiettivi fonda-

Figura 1 - I determinanti della motivazione umana (Maslow, 1973)

mentali di un Servizio sanitario pubblico (quelli che ne giustificano l'esistenza a carico della collettività), il Sistema non riuscirà a ottenere i risultati che si dichiara di voler raggiungere.

Questo è uno dei principali problemi di molti Sistemi sanitari, che non si risolve solo con l'uso di avanzate tecniche manageriali e con un più importante impegno formativo, ma richiede anche di sanare la contraddizione strutturale di base.

Se queste premesse sono valide, è necessario interrogarsi su quali siano sistemi di finanziamento e di remunerazione più coerenti con gli obiettivi fondamentali sopra richiamati, proponendo una seria sperimentazione sul campo dei modelli che riescono a superare un primo vaglio critico. Tali modelli teorici vanno anzitutto messi alla prova partendo da informazioni basate sui dati (Donzelli, Longo, 1997; Jommi, 2004), ma anche usando la logica e l'esperienza, ed evitando di chiudersi dietro al luogo comune che *«tutti i sistemi di remunerazione presentano vantaggi e svantaggi»*. Questa affermazione, infatti, sembra saggia ed è persino ovvia, ma spesso viene formulata per concludere subito dopo che *«dunque tanto vale tenerci il sistema di remunerazione in atto»*, attuando solo piccoli aggiustamenti incrementali.

Un sistema di finanziamento ideale per un'Azienda sanitaria — come quello di remunerazione per un singolo medico/operatore — non dovrebbe essere neutro (come nel classico modello *command and control*) o peggio in contraddizione rispetto agli obiettivi dichiarati, ma al contrario (pur con la necessaria specializzazione dei compiti delle diverse articolazioni o attori) essere in grado di incentivare:

— la promozione e la tutela della salute, stili di vita e comportamenti salutari e — dov'è possibile e utile — l'autogestione di problemi di salute da parte dell'assistito e dei suoi familiari;

— la revisione di efficacia delle prestazioni erogate, favorendo l'eliminazione delle prestazioni non necessarie e di provata/molto probabile inefficacia o inappropriatezza (che rappresentano un problema potenzialmente enorme in sanità), anche per consentire di reperire — all'interno di un *budget* spesso bloccato — le risorse necessarie per mantenere e sviluppare gli interventi di provata efficacia;

— una corretta individuazione delle prestazioni da garantire a tutti gli assistiti potenziali, per ottimizzare il rapporto costi-utilità ai fini della salute (e non ai fini della convenienza tariffaria delle prestazioni, che può non coincidere affatto con l'utilità ai fini della salute), in una cornice di equità d'accesso e di rispetto della persona;

— l'aumento di efficienza operativa per interventi/prestazioni di provata/probabile efficacia ai fini della salute;

— l'aumento di accessibilità, equità, solidarietà, qualità «soft» del servizio e in genere della soddisfazione dei cittadini, sempre per interventi/prestazioni di provata/probabile efficacia ai fini della salute;

— la soddisfazione e motivazione degli operatori, che devono risultare pienamente coerenti con la promozione e la tutela della salute;

— la tensione a un miglioramento continuo della qualità in tutti i campi sopra descritti;

— la produzione e diffusione di informazioni sui risultati in termini di salute, di efficienza, equità e soddisfazione in relazione ai servizi offerti, da mettere attivamente a disposizione di tutti gli attori e i destinatari del sistema;

— la fiducia del paziente nel proprio medico e dei cittadini nell'azienda sanitaria di riferimento, senza dover temere che questi possano avere interessi in conflitto con quelli di coloro che devono assistere.

Se queste caratteristiche configurano un modello cui idealmente tendere, c'è anzitutto da chiedersi quanto il pregresso e l'attuale sistema di finanziamento/remunerazione dei principali attori in sanità rispondano a tali caratteristiche.

2. I modelli finora adottati

Il modello che ha caratterizzato il sistema sanitario italiano fino al 1994 era fondamentalmente basato sul finanziamento dei fattori produttivi e sul sostanziale ripiano a pie' di lista di quanto speso da Usl e ospedali pubblici, da una parte, e sul pagamento di rette per giornata di degenza per ospedali privati, dall'altra. Tale risultato scaturiva non tanto dalle regole dichiarate quanto dai comportamenti praticati in termini di sistematici ripiani a fronte di *deficit* altrettanto sistematici. Questo modello non spingeva verso l'insieme dei criteri sopra espressi, anche se non era in conflitto con alcuni di essi (es. equità, solidarietà) e lasciava un ampio spazio potenziale all'etica professionale, nel senso che le remunerazioni prevalenti, prive di significative parti variabili, non producevano situazioni di esplicito o ravvicinato conflitto con la stessa, e non mettevano in discussione, almeno apparentemente, il rapporto medico-paziente. In tale modello di finanziamento:

— le strutture pubbliche non avevano incentivi espliciti né per la salute né per la malattia;

— l'etica medica non era premiata, ma neppure a rischio di conflitto con il sistema incentivante;

— il potere di politici, primari e dirigenti si esprimeva dilatando le strutture direttamente gestite e acquistando alta tecnologia, senza entrare in com-

petizione con altre strutture e con il privato;

— efficacia, appropriatezza, efficienza ed eliminazione del loro contrario non erano sostanzialmente incentivate;

— la qualità percepita era incentivata solo nel privato (che doveva superare i filtri autorizzativi all'accesso).

Nell'insieme il modello storico di finanziamento delle organizzazioni (e la base di quelli utilizzati per la remunerazione di molti professionisti: stipendio o quote capitarie fissi, spazio limitato alla libera professione per la maggior parte dei professionisti) produceva un sistema de-responsabilizzante nei confronti del miglioramento continuo dei fattori di qualità e del controllo dei costi, premiava le convenienze politiche, professionali o personali di chi detiene il potere. Su i suoi difetti strutturali c'è ampio accordo.

Il sistema di remunerazione a prestazione degli erogatori formalmente introdotto con il DL.vo 502/92, di cui il finanziamento per Drg/caso trattato rappresenta una forma evoluta, ha alcuni evidenti vantaggi rispetto al sistema precedente nell'incentivazione dell'efficienza operativa (ma solo se la si misura come rapporto prestazioni/costi, non necessariamente se la si esprime più correttamente come risultati in termini di salute/costi), nello sviluppo dei sistemi informativi e nella diffusione della consapevolezza dei costi di produzione, e in una maggiore trasparenza dei criteri di finanziamento dell'offerta. Inoltre incentiva la velocità di risposta e in generale l'attrazione del cliente-consumatore.

Presenta tuttavia anche rischi più forti di iniquità dal punto di vista di pazienti e cittadini (come riconosciuto dai vertici sanitari degli Stati della Regione europea dell'OMS nella carta di Lubiana - WHO European Region, 1996) e soprattutto di distorsione delle finalità del sistema, o addirittura di aperto conflitto con l'etica professionale e con gli interessi di salute dei singoli e della comunità rispetto al sistema precedente.

In effetti, il pagamento a prestazione in sanità presenta un serio problema strutturale. Infatti un limite strutturale per il «mercato» in sanità è rappresentato dall'insufficiente informazione del consumatore, che non gli consente di adottare le scelte tendenzialmente più razionali nell'acquistare le prestazioni più utili alla sua salute. Ciò vale anche per un acquirente più esperto (Ausl + medico di famiglia) che in molti casi non sa quale sia la risposta ottimale per grandi tipologie di problemi sanitari, e a maggior ragione spesso non può sapere cosa realmente serve in una specifica situazione clinica (o come questa possa essere esaustivamente classificata).

Anche dove linee-guida/protocolli su risposte efficaci siano ben definite, vi è spesso l'impossibilità strutturale da parte di un controllore esterno, per quanto qualificato, di verificare l'appropriatezza (la cosa giusta alla persona giusta) dell'applicazione di un protocollo ad un caso clinico. Infatti molti degli elementi che possono giustificare (o no) la decisione di un intervento sono basati su sintomi e segni verificabili solo «qui ed ora». Ciò postulerebbe in molti casi, come unica condizione per controlli efficaci, l'affiancamento (ovviamente impraticabile) di un controllore esperto e disinteressato ad ogni clinico decisore.

Quanto sopra spiega la *«assoluta libertà dei fornitori pagati a prestazione, se lo vogliono, di incoraggiare la domanda di servizi ... i medici sono in grado di attutire l'impatto di una riduzione tariffaria aumentando la quantità dei servizi forniti e modificandone la composizione, per mantenere il livello di reddito desiderato ... Il potere discrezionale dei medici ... è probabile aumenti con l'aumentare dell'incertezza relativa all'efficacia clinica»* (Saltman, Figueras, 1998; si veda anche McPherson, 1981; Rice, 1984; Labelle, 1990; Rochax, 1993; Donaldson, Gerard, 1989; Greenfield, 1992).

Il finanziamento/remunerazione a prestazione può essere descritto come un *sistema che paga la malattia*. In questo modello di finanziamento:

— la maggiore ricchezza degli ospedali scorporati (o di presidi interni valutati attraverso Drg e tariffe ambulatoriali) e del privato accreditato sono i malati;

— la prevenzione non conviene, e se non ci sono abbastanza malati bisogna inventarli (diagnosi che non modificano le prognosi, continua anticipazione delle soglie diagnostiche, medicalizzazione di stati fisiologici, induzione di bisogni e di aspettative irrealistiche e mitiche, sovratrattamento e iatrogenesi), infatti:

— più salute e più efficacia comportano minori entrate;

— più eliminazione dell'inefficacia comporta conseguenze contraddittorie (dipende dalla convenienza o meno delle tariffe che remunerano le prestazioni inefficaci/inappropriate);

— più efficienza comporta maggiori entrate, più efficientismo (cioè efficienza senza efficacia) pure.

In questo modello di finanziamento i responsabili della tutela della salute sono la Regione e le Ausl che continuano ad essere finanziate a quote capitarie per i residenti, per altro sempre più assimilate ad un'assicurazione pagatrice e messe in conflitto artificiale, sul percorso assistenziale di ciascun cittadino, con tutti gli ospedali del proprio territorio.

Con il finanziamento degli ospedali a prestazione (1), per chi vi lavora diventa sempre più grave il disaccoppiamento tra gli obiettivi di salute attribuiti a parole e il sistema premiante operante nei fatti, man mano che gli

operatori hanno avuto modo di verificare e di conseguenza comprendere cos'è che fa aumentare il finanziamento per la propria Azienda, o reparto, e in definitiva la convenienza per ciascuno di loro.

Per frenare gli effetti distorcenti di questo sistema di pagamento sul comportamento erogativo si sono introdotti sistemi di controllo sanitario e amministrativo sempre più costosi, che consumano una quota crescente delle risorse del sistema senza tuttavia produrre salute (ma solo per controllare/contenere i guasti, assunti come inevitabili, di un modello intrinsecamente conflittuale).

Si fa notare in proposito che negli USA dove tale modello predomina, con programmi statali, federali e assicurazioni al posto di un Ssn e Ssr articolati in Ausl, la spesa amministrativa e di controllo è ormai salita a più del 30% della spesa sanitaria totale (Himmelstein *et al.*, 1986; Woolhandler *et al.*, 2003), che è già la più alta nel mondo. Ciò nonostante essi presentano risultati molto insoddisfacenti dal punto di vista dell'efficacia complessiva, dell'efficienza (rapporto efficacia/costi, tendenzialmente peggiore per le assicurazioni *for profit*) (Himmelstein *et al.*, 1999), per non parlare della ben nota iniquità del loro sistema, e del basso grado di soddisfazione sia dei cittadini che dei medici (Blendon *et al.* 1990; Grumback, 1993). Ciascuno dei parametri indicati si colloca ai livelli più bassi tra tutti i paesi occidentali industrializzati (OECD Health Data, da 1996 a 2003; Mossialos, 1997; Eurobarometer, 1998).

Un'attenta riflessione sull'esperienza USA dovrebbe dunque scoraggiare i teorici dell'*aumento dei controlli* come strategia per risolvere i problemi di un sistema sanitario in generale e dell'appropriatezza in particolare. Anche gli USA, nel cercare una via di uscita, si sono progressivamente orientati verso le HMO, che sposano il principio fondamentale «di pagare la salute» e che hanno alcune importanti caratteristiche che le accomunano alle nostre Ausl, pur con molti gravi difetti, a partire da quello di un sistema orientato al profitto privato anziché alla salute della comunità dei cittadini (Donzelli, Longo, 1997).

Un'altra contromisura escogitata per frenare i descritti effetti inflattivi e distorsivi è l'accordo contrattuale che stabilisce tetti di spesa e volumi e tipologie di prestazioni per ogni erogatore. Ciò riduce effetti indesiderati del pagamento a prestazione, ma sconta un forte aumento dei costi amministrativi e di transazione e conferisce un eccesso di potere (e una buona dose di arbitrio) ai programmatori. Però tende a mancare ugualmente l'equilibrio economico nel medio(-lungo) periodo (Donzelli, 1998), sia perché una prestazione di necessità discutibile può essere più conveniente di una necessaria, sia perché la libera professione e i fondi integrativi sanitari costituiscono comunque uno sbocco per l'eccesso di prestazioni extracontratto, che i cittadini sono comunque chiamati a pagare (e che costituiranno al rinnovo un buon argomento in mano agli erogatori per chiedere di aumentare i volumi che vengono a loro riconosciuti nel contratto).

La crescente percezione degli aspetti negativi di tale sistema anche nell'induzione di una grande quantità di prestazioni inutili o complessivamente dannose (Domenighetti, 1994; Donzelli, 1999 e 2000) legittima lo sforzo di considerare anche nuove strade e nuovi paradigmi per il finanziamento e la remunerazione dei principali attori in sanità (Maynard, Bloor, 1995; Richards, 1996).

3. Un sistema di finanziamento/remunerazione dei principali attori in sanità che *paghi la salute*

Se si vuole un modello di remunerazione coerente con gli obiettivi professati da un sistema sanitario, non si deve continuare — per la maggior parte degli attori — a *pagare la malattia* diagnosticata/trattata (rendendo paradossalmente conveniente proprio quella *malattia* che si dichiara di voler combattere), ma bisogna cominciare a «pagare la salute». Ciò non costituisce solo una frase ad effetto, ma configura un sistema premiante praticabile e meno complicato da governare rispetto ai sistemi in atto, anche se richiede lo sforzo culturale di uscire dal paradigma corrente e di assumere un punto di vista differente. Tale sistema non dovrebbe trovare applicazione solo nei finanziamenti destinati ad Ausl, che in molte realtà regionali segue in parte già questi principi formali (sia pure in maniera spesso incoerente e di regola inconsapevole delle sue potenzialità), ma riguardare anche Aziende erogatrici ed essere coerentemente declinato all'interno di tali Aziende, per quanto possibile fino ad Uo e a singoli professionisti (naturalmente sempre nel rispetto delle autonome scelte e delle specificità aziendali). Esaminiamo quindi analiticamente una possibile proposta per diversi attori principali.

3.1. Modalità di finanziamento virtuoso di un'Ausl

Un possibile *modello che paga la salute* si basa sul fondamentale principio del finanziamento/remunerazione per quote capitarie pesate per età dei residenti.

Una domanda spontanea in molti lettori potrebbe essere: «ma le Ausl non sono già finanziate con questa modalità prevalente da quasi tutte le

Regioni?». In effetti una recente revisione (Jommi, 2004) sembra confermare questa scelta. Peccato che tale sistema non finanzi coerentemente anche le Aziende ospedaliere, e il principio — anche dove applicabile — non sia preso in considerazione nelle scelte di remunerazione di livelli sottostanti del sistema (che comprendono i criteri di allocazione delle risorse alle partizioni organizzative delle Aziende e logiche di remunerazione di dipendenti e altri professionisti, inserite nel loro più complessivo sistema premiante). Inoltre i sistemi correnti di finanziamento delle Ausl presentano di norma anche difetti che impediscono di esprimerne le potenzialità. Infatti i sistemi di pesatura delle quote capitarie:

— a livello nazionale, livello che ha finora guidato i riparti interregionali, sono molto complessi (popolazione residente al 48%, consumi sanitari per età e sesso, tassi di mortalità della popolazione, densità abitativa/altitudine, indicatori epidemiologici territoriali, dotazioni strutturali; e inoltre pesature differenziate per livello e sottolivello di assistenza). Ciò lascia trasparire una preoccupazione di equità, ma soprattutto rappresenta il punto di equilibrio raggiunto tra gli interessi delle diverse Regioni, ciascuna tesa a sostenere criteri che possano avvantaggiarla nel riparto nazionale. Sfortunatamente, nella declinazione dei criteri al proprio interno, molte Regioni non li hanno affatto semplificati (anche se la tendenza dei sistemi regionali più maturi sembra essere una loro semplificazione) (Jommi 2004). Il risultato della complicazione è di non rendere riconoscibili neppure ai decisori nelle Ausl quali siano le convenienze finanziarie legate a scelte strategiche di politica sanitaria;

— sono spesso incoerenti con il principio fondamentale di pagare la salute (che richiederebbe di fondare la pesatura del riparto intraregionale alle Ausl essenzialmente sulla longevità della popolazione) (box 1), o addirittura coerenti con il principio opposto prevedendo correlazioni positive con tassi di mortalità e morbosità. Di que-

Box 1

Di fronte alla proposta di *remunerare la salute*, che sovverte il paradigma corrente di remunerare prestazioni, casi trattati o percorsi di diagnosi e cura di patologie (*disease management*), nascono spontanee numerose obiezioni. È però necessario affrontarne in questa sede almeno una.

Obiezione: il contributo che possono dare i sottosistemi sanitari all'aumento dell'aspettativa di vita è molto piccolo rispetto a quello di altri settori del complessivo sistema sociale. E comunque impiega tempi lunghi per manifestarsi, che ne renderebbero improponibile l'aggancio a sistemi di finanziamento/remunerazione di organizzazioni o di professionisti.

Risposta: l'OMS (WHO, 2000) confuta le stime che attribuiscono ai sistemi sanitari un peso modesto (solo 10-20% del totale) nel determinare lo stato di salute complessivo di una popolazione, e il luogo comune di una loro scarsa efficienza potenziale rispetto a quella di investimenti indirizzati in altri settori. Ma anche accettando stime molto più consistenti, un diffuso pregiudizio riguarda il tempo eccessivo che i benefici di interventi sanitari impiegherebbero a manifestarsi. Invece si tratta solo di rivedere la scelta delle priorità.

Tra gli interventi capaci di ridurre del 20-50% la mortalità totale in tempi piuttosto brevi si citano ad esempio diete mediterranee ricche di acido a-linolenico e/o di pesce in infartuati, prevenzione primaria, poche decine di grammi di proteine di soia in donne orientali, assunzione di noci/mandorle/arachidi in popolazioni occidentali, il trattamento farmacologico di soggetti a elevato rischio cardiovascolare globale e la cessazione dal fumo. Si propone una simulazione in proposito.

Una recente revisione sistematica dei 20 studi prospettici di coorte di migliore qualità sulla cessazione del fumo in pazienti con malattia coronarica (Critchley, 2003) ne ha quantificato l'efficacia nella riduzione della mortalità per qualsiasi causa nei 5 anni successivi (36%), confrontandola con l'impatto di interventi farmacologici collaudati in prevenzione secondaria. A chi osservasse che l'intervento singolo più efficace, la cessazione del fumo, non va facilmente a buon fine, si ricorda che un intervento strutturato molto semplice è in grado di aumentare del 28% a un anno i tassi di cessazione spontanei, già piuttosto alti (36%) in questa categoria di pazienti (Reid *et al.*, 2003).

Il declino del rischio di eventi cardiovascolari conseguente alla cessazione del fumo è più rapido di quello di eventi gravi respiratori o tumorali; si stima che a un anno dalla cessazione l'eccesso di rischio rispetto al non fumatore sia già dimezzato, risultando quasi azzerato a tre anni.

L'entità del beneficio sulla longevità derivante dalla cessazione dal fumo è stata adeguatamente quantificata negli USA (Taylor *et al.*, 2002):

Aspettativa di vita in relazione all'abitudine al fumo per maschi e femmine di 35 anni nel 1990

Comportamento rispetto al fumo	Anni guadagnati corretti rispetto a chi continua a fumare Maschi	Anni guadagnati corretti rispetto a chi continua a fumare Femmine
Fuma fino alla morte	–	–
Non ha mai fumato	10,5	8,9
Smette a 35 anni	8,5	7,7
Smette a 45 anni	7,1	7,2
Smette a 55 anni	4,8	5,6
Smette a 65 anni	2,0	3,7

segue **Box 1**

Si effettuino ora alcune assunzioni, tutte realistiche. Si assuma che in un'Asl come quella di Milano, con il 22,5% circa di cittadini fumatori, l'80% circa dei quali nell'arco di un anno ha contatti ripetuti con il proprio MMG), l'impegno combinato di Asl e medici di famiglia (con la collaborazione delle Ao) esponga tali fumatori al primo passo dell'intervento delle 5 A (Zuccaro *et al.*, 2002), l'invito a smettere (con 2% di cessazioni a un anno aggiuntive rispetto ai tassi di cessazione spontanei), e al 50% di fumatori che sono disponibili a tentare di smettere offra l'intero percorso di *counseling* breve delle 5 A + un trattamento farmacologico efficace come terapia nicotinica sostitutiva o/e bupropione (10% di cessazioni aggiuntive a un anno). Il risultato a un anno sarebbe l'1,1% in meno di cittadini milanesi che fumano, equivalenti a circa 14.000 fumatori in meno rispetto al dato atteso in assenza d'intervento. Per semplificare l'ipotesi, si assuma che i tassi di fumatori siano uniformi in tutte le età e che l'1,1% di cittadini che smettono si distribuiscano uniformemente in tutte le classi di età, compresa quella 65-74 anni (che in Milano assomma a circa 160.000 individui), con un guadagno di vita stimabile in circa 2 anni e quella = 75 (quasi 130.000 individui), in cui si potrebbe assumere un guadagno di 6 mesi di vita per ogni fumatore che smette. Solo nelle due classi di età considerate ciò comporterebbe un aumento di vita medio rispettivamente di circa 8 e 2 giorni.

Se gli incrementi in longevità sopra indicati per Milano non si verificassero contemporaneamente anche nella media delle altre Asl lombarde, ciò — a quote capitarie costanti — comporterebbe l'anno seguente per l'Asl Città di Milano un ricavo aggiuntivo dell'ordine di 13 + 3.8 miliardi di vecchie lire, senza contare le maggiori entrate derivanti dai guadagni in longevità distribuiti anche sulle fasce di età precedenti.

Incrementi di entrate di quest'ordine di grandezza non sarebbero ottenibili con l'aumento della produzione diretta di prestazioni di competenza Asl, come ad esempio le attività certificative e ispettive del Dipartimento di prevenzione, che inoltre comporterebbero costi di produzione probabilmente superiori ai ricavi, senza per altro modificare in misura apprezzabile la salute della popolazione.

Si potrebbe osservare che simili aumenti di ricavi non si manifesterebbero per intero nell'anno successivo alle cessazioni, ma si diluirebbero negli anni di aspettativa di vita media delle due coorti considerate nell'esempio. Tuttavia, se l'intervento non venisse effettuato *una tantum*, ma replicato negli anni successivi, gli incrementi indicati andrebbero a regime in pochi anni, e il beneficio annuale raggiungerebbe un punto di equilibrio superiore a quello indicato. Per inciso, sembra ragionevole assumere che la replica per diversi anni di un intervento di disassuefazione dal fumo come quello proposto dia benefici marginali almeno costanti e non decrescenti. Infatti l'effetto di riduzione del beneficio marginale ipotizzabile affrontando, nel lungo periodo, fumatori sempre «più resistenti» e meno propensi a smettere a seguito di interventi a bassa intensità sarebbe per molti anni controbilanciato da un aumento del beneficio marginale derivante da più esposizioni agli interventi da parte degli stessi fumatori (è provato che una cessazione definitiva richiede in media più tentativi, ciascuno dei quali, anche se negativo, avvicina in realtà al successo finale), dalle maggiori competenze acquisite nel tempo dai medici che erogano gli interventi e dall'effetto *pressione sociale* a favore della cessazione che si verrebbe a creare a livello di comunità.

sti si potrà eventualmente tenere conto in un fondo integrativo a esplicito e progressivo riassorbimento. Se invece sono usati per pesare le quote capitarie, danno un premio strutturale ai sistemi che non si impegnano anzitutto a promuovere una longevità sana e inquinano il principio generale di «pagare per ciò che si vuole che il sistema ottenga»;

— normalmente prevedono un numero di scaglioni di età insufficiente, anche nelle Regioni dove le pesature per età sono preminenti. Idealmente le quote dovrebbero variare con un incremento annuale (salvo che nei primi 5-6 anni di vita, che richiederebbero una progressione inversa), per rendere facilmente riconoscibile a tutti gli attori dell'organizzazione l'allineamento tra *mission*, etica e convenienze.

A tali difetti si associa poi una scarsa coerenza, quando non una aperta contraddizione, tra modelli di finanziamento applicati all'azienda e sistema di incentivi (criteri di allocazione delle risorse, sistemi di remunerazione) che l'azienda stessa utilizza al proprio interno.

Si potrebbe osservare che tale impostazione non risolverebbe per una Regione il problema di trovare più risorse per la sanità. Tuttavia ciò, anzitutto, consentirebbe alle Ausl di competere in maniera più virtuosa per la quota parte assegnata di un Fsr, premiandole per la salute/longevità che concorrono a produrre sul loro territorio (box 1), e non — come oggi spesso accade — per la quantità di prestazioni che in quel territorio è generata, che di per se non garantiscono nulla. Inoltre ciò aiuterebbe per un'altra via a risolvere i problemi di finanziamento del Fsr, che potrebbe essere mantenuto costante, con copertura assistenziale e salute prodotta almeno pari, riducendo la massa di prestazioni non necessarie oggi rese, con i costi connessi. Come ciò sia possibile apparirà più chiaro nei paragrafi successivi.

L'elemento fondamentale, tuttavia, è che un nuovo sistema di remunerazione creerebbe una generale convenienza a privilegiare gli interventi con un buon rapporto costo-efficacia e ad eliminare la grande massa di cure non necessarie o di beneficio clinico irrilevante. Ciò creerebbe una pressione sociale di tutti i componenti dell'organizzazione opposta a quella che oggi spinge all'inflazione delle prestazioni in ogni settore di intervento, e libererebbe un'ingente quantità di risorse, oggi consumate per aumentare le entrate senza porsi il problema della loro relazione con incrementi di salute.

3.2. Modalità di remunerazione virtuosa di un sistema aziendale integrato Ausl + Ao

Si è detto che un possibile *modello che paga la salute* (figura 2) si basa sul principio del finanziamento per quote capitarie pesate per età dei residenti, attribuite ad Ausl, dotate preferibilmente, ma non necessariamente, di quasi tutti gli ospedali. Le Ausl a loro volta finanzierebbero ospedali scorporati «di riferimento virtuale» per un certo bacino di utenza con opportune frazioni delle stesse quote, contrattualmente negoziate e sempre pesate per età. Al *budget* dinamico costituito dall'insieme di queste quote capitarie sarà applicata una compensazione della mobilità in entrata e in uscita tramite flussi finanziari (solo in questi casi si utilizzano tariffe/Drg) che seguano gli assistiti in ragione delle prestazioni effettuate in strutture sanitarie da loro liberamente scelte che non appartenessero all'Ausl di residenza (o al bacino virtuale dell'ospedale scorporato di riferimento). In questo modello:

— le Ausl sono finanziate per produrre salute e sono incentivate a tutelarla con la massima coerenza possibile;

— la salute dei cittadini di riferimento (contrariamente al modello precedente) rappresenta la maggiore ricchezza di un'Azienda sanitaria:

a) più salute comporta più avanzi di gestione da reinvestire (o per incentivare chi vi lavora);

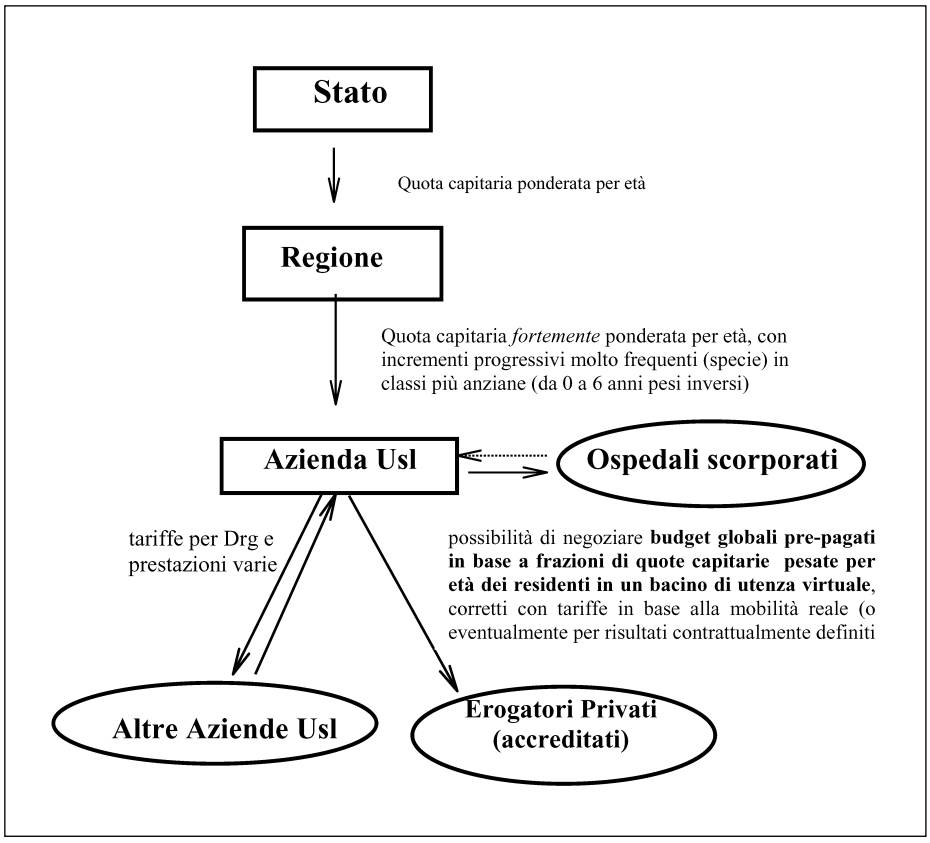
b) più efficacia, più appropriatezza, più eliminazione dell'inefficacia e più efficienza comportano tutte coerentemente anche più avanzi di gestione da reinvestire (o per incentivare chi vi lavora);

— anche le convenienze di ospedali scorporati e presidi privati accreditati possono essere allineate a queste logiche.

Anche questo è un modello competitivo, ma a differenza di quello che «paga la malattia», che scarica le tensioni competitive all'interno dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, con il cittadino/assistito che ne fa le spese, in questo caso la competizione si esercita nel verso giusto, tra sistemi aziendali (Asl + Ao di riferimento) integrati, con territorio e ospedale/i di riferimento realmente cointeressati al massimo della cooperazione per la salute e la soddisfazione del cliente/assistito in tutti i passaggi del percorso assistenziale.

Solo se un ospedale beneficia di un *budget* ricavato da predefinite frazioni delle quote capitarie *pesate per età* relative ai residenti di un bacino virtuale (il che — si ripete — è concettualmente possibile anche per gli ospedali scorporati) (Donzelli, Longo, 1997) questo ospedale avrà finalmente convenienza alla longevità sana dei cittadini che vi afferiscono e gli interessi di chi vi opera potranno essere completamente allineati alla salute dei singoli e della comunità, in piena coerenza con l'etica e la deontologia professionale. La spiegazione è semplice: solo in questo contesto *«+ salute»*, *«+ efficacia»*, *«+ eliminazione dell'inefficacia»* e *«+ informazione corretta dei cittadini»*, anche se si traducono in tendenziale minore domanda di prestazioni e minore produzione di Drg, possono comportare maggiori avanzi di gestione per l'Azienda, da reinvestire per lo sviluppo/qualificazione delle proprie strutture anche ospedaliere, e per incentivare chi vi lavora.

Figura 2 - Modello di finanziamento che «paga la salute»



In questo modello tariffe e Drg concorrono a pagare la salute, per remunerare la mobilità in uscita verso altre organizzazioni, come salutare incentivo alla risoluzione dei problemi locali che hanno determinato tale «fuga» di assistiti. Inoltre il loro calcolo potrebbe costituire un argomento di verifica interna tra unità che comunque sono co-interessate al massimo della cooperazione per i meccanismi premianti descritti nella figura 2.

In questo modello, a differenza dei precedenti, si può dare concreta attuazione alla libertà di scelta del cittadino senza il pericolo di portare il sistema alla bancarotta. La migliore garanzia che le finalità di tutela della salute proprie dell'Ausl siano condivise anche da un ospedale scorporato è rappresentata dall'allineamento effettivo degli interessi di chi lavora in un ospedale remunerato in questo modo con quelli della salute della comunità dei cittadini.

Nel sistema di finanziamento che «paga la salute» le Ausl e le Ao scorporate disporrebbero all'inizio di ogni anno di risorse attribuite con un meccanismo trasparente ed esplicito e sarebbero incentivate coerentemente a:

a) puntare sulla prevenzione e sulle cure primarie e a fare solo cose utili per la salute dei propri assistiti, perché più migliora la loro salute (e di conseguenza una sana longevità), più aumentano i ricavi di organizzazioni remunerate in questo modo;

b) individuare ed eliminare al proprio interno le prestazioni e gli interventi inutili, perché — essendo tali Aziende pagate in anticipo — meno cose inutili (o dannose) esse fanno, più avranno avanzi di gestione da poter reinvestire nell'interesse della comunità locale, dell'Azienda stessa e di chi vi opera;

c) individuare, affrontare e risolvere i problemi di insufficiente qualità interna (relativa a interventi potenzialmente efficaci), che inducono i residenti a cercare risposte altrove;

d) individuare le migliori strategie informative e promozionali (*marketing* sociale) per far accedere la popolazione ai propri servizi interni che diano garanzie di produrre salute (ma anche a quelli forniti da altri, se ritiene che abbiano un migliore rapporto costo-efficacia) e reciprocamente per evitare che sia indotta ad accedere a servizi non necessari, da chiunque siano offerti.

Quali garanzie si possono avere che un sistema di remunerazione come quello proposto non crei artificialmente avanzi di gestione sottraendo cure necessarie ai residenti (confidando nelle insufficienti conoscenze degli assistiti rispetto ai sanitari offerenti?). Le garanzie sono almeno quattro:

1) *la libera scelta degli assistiti*, che si possono orientare verso la struttura di erogazione che meglio risponde ai loro bisogni (percepiti). Si sottolinea a questo proposito che la libera scelta garantita dal nostro ordinamento è superiore a quella prevista dalla maggior parte dei paesi del mondo. Ed è scontato che diverse aziende, nonché il privato accreditato, metteranno in atto strategie informative e promozionali nei confronti degli assistiti, per far conoscere e valorizzare le proprie offerte;

2) *le informazioni/correlazioni sulla qualità delle cure nelle diverse Aziende/strutture* che dovranno essere messe a disposizione di tutte le Aziende, di tutti gli operatori e della popolazione da parte delle Regioni («sponsor» istituzionali degli assistiti). Tale ruolo, sul territorio di un'Ausl, dovrebbe essere svolto da quest'ultima nei confronti degli erogatori che vi operano;

3) una *forte e progressiva ponderazione delle quote capitarie per età* (la maggior salute si traduce senza equivoci nell'indicatore unificante di una maggiore durata della vita). Quest'ultimo è lo strumento più equo e potente per incentivare una maggior produzione di salute e per compensare le Ausl e le Ao dei costi necessari per generarla e mantenerla.

Gli scatti frequenti (anche per ogni anno in più di età di ogni residente) e progressivi delle quote capitarie hanno anche il vantaggio di rendere evidente a tutti gli erogatori così retribuiti la convenienza prioritaria degli interventi che risultano già efficaci a breve-medio termine nel prolungare la vita di un gran numero di persone, come sono ad es. le iniziative di disuassefazione dal fumo e per evitare l'abuso di alcol, l'adozione di misure protettive su autoveicoli, di un corretto modello alimentare mediterraneo (arricchito di cibi efficaci almeno quanto farmaci costosi e molto più sicuri ed economici: pesce, noci e altra frutta secca oleosa, soia e derivati, alimenti ricchi di fibra ...) e di una sana attività fisica da parte di ampi strati della popolazione (anche durante le degenze negli Ospedali per acuti si potrebbero cogliere opportunità per correggere fattori di rischio e rinforzare comportamenti salutari), l'utilizzo dei farmaci più efficaci e sicuri, e tra questi, i più *cost-effective* (Donzelli, Pillole di buona pratica clinica, 1-16, 2002-2004), e di tutti gli interventi salvavita;

4) la Regione potrebbe inoltre attribuire premi supplementari, da convenirsi preventivamente, per incentivare le Ausl (e queste le Ao) che documentino una migliore *performance* in aree di interesse regionale che non fossero già ricomprese nell'indicatore ampio di un miglioramento della longevità.

Per finire, tra le garanzie che questo modello non riduca cure necessarie non si dovrebbe dimenticare l'etica. È ben vero, infatti, che nell'introduzione si è sostenuto che non si deve preten-

dere troppo dall'etica, chiedendole di essere l'unico argine nei confronti di un sistema intrinsecamente conflittuale, in cui le convenienze dei principali attori sono strutturalmente divaricate dalla salute. Però, in presenza di un sistema premiante più virtuoso e strutturalmente allineato alla salute, non è pretendere troppo dall'etica aspettarsi che intervenga dove occorrono più fini correzioni di comportamento, che le regole generali di un sistema di remunerazione non riescono a considerare/premiare a sufficienza.

Se si compie a questo punto l'esercizio di confrontare le caratteristiche di un modello di remunerazione ideale identificate nell'introduzione con il modello che paga la salute (tabella 1), si potrà constatare che questo risponde praticamente a tutte meglio degli altri sistemi finora descritti.

3.3. Modalità virtuosa di allocazione delle risorse a (eventuali) presidi ospedalieri interni alle Ausl

Quali riferimenti di massima dovrebbe avere il *budget* (sistema di responsabilizzazione per obiettivi e correlati costi) dei presidi ospedalieri interni delle Ausl, tuttora presenti nella maggior parte delle Regioni, per quanto riguarda le prestazioni erogate alla popolazione residente? In coerenza con la logica già espressa, esso dovrebbe avere come base della negoziazione la frazione, appropriata per il livello di assistenza ospedaliera, delle quote capitarie assegnate all'Ausl, fortemente e frequentemente ponderate in base all'età (e al conseguente dimostrato diverso assorbimento di risorse ospedaliere e specialistiche) della popolazione residente che ne costituisce il bacino di riferimento, detratte le tariffe destinate alla remunerazione di soggetti erogatori esterni alla Ausl.

Si avrebbe così un meccanismo di definizione prospettica del *budget*, in quanto tale *budget* — con la connessa allocazione di fattori produttivi da parte dell'Ausl — può aumentare o diminuire nella misura in cui i presidi interni riescono a soddisfare sul posto la domanda di salute della popolazione residente.

Qualora nell'Ausl vi fossero più presidi, a ciascuno potrebbe essere attribuito dalla direzione aziendale, nell'ambito della propria programmazione, un bacino virtuale di utenza, con relativo *budget*. Tali bacini di norma andrebbero commisurati alla capacità produttiva di ciascun presidio, alla sua accessibilità, ad esigenze di razionalizzazione e ad altri parametri ritenuti rilevanti nella programmazione aziendale, nel rispetto delle condizioni previste per l'accreditamento degli altri soggetti che erogano prestazioni sanitarie.

Il modello descritto è rivolto ad incentivare comportamenti virtuosi: ricerca dell'efficacia, dell'efficienza e della massima soddisfazione degli assistiti; eliminazione delle prestazioni non efficaci e disincentivo ad ogni intervento inappropriato; attivazione delle migliori strategie informative per far accedere la popolazione ai servizi che diano garanzie di produrre salute e per evitare l'accesso a servizi non necessari; coordinamento degli obiettivi con quelli dell'intera Ausl, con integrazione fra presidi ospedalieri e territorio che dia luogo a comuni convenienze alla collaborazione, alla razionalizzazione degli interventi e alla sussidiarietà nella definizione delle rispettive competenze.

Qualcuno potrebbe osservare che, se si attiva un Dipartimento che coordina le divisioni/Uo di più presidi, il *budget* viene negoziato dalla Direzione con il Dipartimento nel suo insieme, che a sua volta di solito lo negozia con le Uo non sulla base dei bacini, ma delle scelte di specializzazione.

Tale prassi in linea teorica non sarebbe incompatibile con il modello proposto, che prevede l'assegnazione di un *budget* dinamico, che si modifica in relazione a «tariffe virtuali» che seguono la mobilità effettiva tra presidi dei residenti.

Se le suddette scelte di specializzazione sono fondate su una risposta razionale a bisogni degli assistiti di quelle Ausl, che richiedono la concentrazione a livello aziendale o interpresidi di alcune specializzazioni, di nuovo non vi è conflitto con il modello proposto. Infatti si tratterebbe solo di ridisegnare correttamente il bacino su cui misurare le frazioni di quote capitarie (in risorse-equivalenti) da attribuire all'inizio dell'anno: non più solo relative al bacino del presidio su cui insiste l'Uo *specializzata*, ma ad un bacino di più presidi, o aziendale.

L'alternativa, purtroppo assai concreta, è che scelte non fondate sulle soluzioni proposte generino una programmazione non basata sui bisogni di salute della popolazione, ma sulle preferenze/convenienze delle discipline scientifiche coinvolte o sull'arbitrio di chi detiene il potere.

3.4. Modalità di remunerazione «virtuosa» del privato accreditato

Con la consapevolezza che l'importanza di questo capitolo richiederebbe ben altro approfondimento, si osserva che le Ausl (e i loro distretti) e gli ospedali pubblici scorporati potrebbero puntare con appositi contratti a coinvolgere nel modello che paga la salute sopra descritto anche gran parte dello stesso privato (a partire da quello di grandi dimensioni e con un bacino virtuale riconoscibile o negoziabile, ma anche quello di dimensioni minori, aggregabile a più grandi strutture erogatrici tramite contratti con le stesse).

In ogni caso, nell'armonico contesto descritto, le note distoniche portate

Tabella 1 - Confronto tra due sistemi di finanziamento di Aziende ospedaliere rapportati alle caratteristiche di un sistema ideale

Caratteristiche di un sistema di finanziamento ideale per un'Azienda ospedaliera (in analogia con quello di un'Asl/Ausl)	**Tipologia di finanziamento**	
	Tariffe/Drg	**Quote capitarie pesate per età per utenti di bacino virtuale (+ Drg per mobilità)**
Dovrebbe essere in grado di incentivare:		
– la **promozione** e la **tutela della salute** e, dovunque possibile e utile, l'**autogestione** di problemi di salute da parte dell'assistito e dei suoi familiari	– + – –	+ + + +
– la **revisione di efficacia** delle prestazioni erogate, favorendo l'**eliminazione delle prestazioni non necessarie e di provata/molto probabile inefficacia/inappropriatezza,** anche per consentire di reperire risorse necessarie **per mantenere e sviluppare le prestazioni di provata efficacia**	– + –	+ +
– la **prevenzione della medicalizzazione non necessaria** di linee guida e protocolli	–	+
– la **ottimizzazione del rapporto costi-utilità ai fini della salute** (e non ai fini della convenienza tariffaria delle prestazioni, che può non coincidere affatto), in una cornice di **equità di accesso**	– –	+ + +
– l'**aumento di efficienza** operativa **per interventi di provata o probabile efficacia**	+ –	+ – +
– l'**aumento di accessibilità** e **di equità**	+ –	+ + (–)
– l'**aumento di qualità «soft» del servizio** e in genere della **soddisfazione dei cittadini**	+ + –	+ + – + ⇨
– la **soddisfazione degli operatori** e **motivazione degli operatori** che devono risultare pienamente coerenti con la promozione e tutela della salute (**integrità** degli operatori: non conflitti tra etica e interesse aziendale e personale)	– + –	+ + +
– la **tensione a un miglioramento continuo della qualità** in tutti i campi descritti	+ –	+ +
– la **produzione/diffusione d'informazioni sui risultati in termini: di salute,** **di efficienza,** **di equità** **e di soddisfazione** in relazione ai servizi offerti, da mettere attivamente a disposizione di tutti gli attori del sistema	+ – + +	+ + + – +
– la **semplificazione amministrativa**	–	+ –
– la valutazione epidemiologica di impatto delle politiche messe in atto	–	+
– il **legame** e le **sinergie** con un **territorio** di riferimento riconoscibile	–	+
– la **razionalizzazione** (progressiva e volontaria) delle *afferenze* degli **assistiti**	–	+

dagli erogatori che restassero pagati a prestazione perché non fosse possibile fare altrimenti, o eventualmente per propria scelta, potranno essere correttamente inquadrate, e — entro certi limiti — rappresentare anch'esse uno stimolo al sistema, anziché la valanga che oggi sta travolgendo ogni argine degli acquirenti-valutatori.

3.5. Modalità di remunerazione «virtuosa» degli specialisti ambulatoriali

L'argomento è stato affrontato organicamente in un saggio (Longo, Vendramini, Donzelli, 1999). Il sistema di finanziamento di questi professionisti andrebbe reso più dinamico e virtuoso, integrando una moderata retribuzione oraria di base non già con un pagamento a prestazione (le cui vestigia, rappresentate dalle cosiddette «prestazioni di particolare impegno professionale» o PPIP, andrebbero sostanzialmente eliminate), bensì con una cospicua «quota variabile» legata al raggiungimento di risultati d'interesse aziendale. Questi ultimi, in estrema sintesi, sono rappresentati in questo come in altri settori del Ssn da:

A: efficacia in termini di salute;

B: costi, fatta salva A;

C: soddisfazione degli assistiti, fatta salva A (e, ragionevolmente, B);

D: equità, fatte salve A e C (e, ragionevolmente, B).

I vantaggi conseguibili sono evidenti rispetto all'attuale sistema (paga oraria + PPIP), che risulta de-responsabilizzante nei confronti del miglioramento continuo dei fattori di qualità e scarsamente efficiente, ma anche rispetto a quello prefigurato dal DL.vo 502 (pagamento a prestazione), che risulta più dinamico del sistema attuale, ma che innesca pericolosi conflitti di interesse con il Ssn e con la salute, e sconta forti rischi di iniquità.

Si rimanda chi fosse interessato a uno sviluppo della proposta a una serie di indicatori di *performance* per gli specialisti ambulatoriali (utilizzati nel 1996 in un'Ussl di Milano in un'iniziativa pilota, concordata con le rappresentanze regionali della categoria) (Donzelli, 1977), identificati nelle aree dell'efficacia, dell'efficienza, della soddisfazione degli assistiti e dei clienti interni, corredati ciascuno di misure, obiettivi tendenziali e intermedi, strumenti/modalità di misurazione e responsabili della rilevazione, all'interno di un processo che metteva la specialistica ambulatoriale contemporaneamente nella posizione di «clienti interni», cui vengono richieste, in forma sistematica e quantitativa, valutazioni sulla *performance* dei rispettivi fornitori; e di «fornitori» a cui vengono destinati sistematici *feed-back* da altri clienti interni e — per gli operatori di prima linea — anche dagli assistiti.

Simili strumenti dovrebbero essere concepiti e utilizzati in modo che gli individui e i gruppi non siano messi in una situazione competitiva in cui uno vince a spese di altri. Ciascuno dovrebbe essere messo a confronto (in maniera confidenziale) con indicatori relativi alla propria *performance*, con informazioni costruttive che lo aiutino a migliorarla

Si segnala il notevole potere che tale strumento innovativo potrebbe consegnare nelle mani dei professionisti (e in genere di tutti gli operatori coinvolti in tale processo), a cui può offrire l'opportunità di rimodellare efficacemente, con il proprio *feed-back* sistematico e quantitativo, i comportamenti dei propri interlocutori interni all'organizzazione. Ciò può significare, nell'esempio degli specialisti ambulatoriali, la possibilità di influenzare utilmente non solo i responsabili sanitari, ma anche altri «fornitori», comprese le Uo amministrative della propria Azienda deputate all'acquisto dei materiali, alla manutenzione delle apparecchiature, ai servizi tecnici, alla gestione amministrativa dei rapporti di lavoro con i professionisti.

3.6. Modalità di assegnazione virtuosa di un budget *ai distretti di un'Ausl*

Il Pssr della Regione Lombardia (come quello delle altre Regioni) attribuisce all'Asl *«(pag. 28) la responsabilità della garanzia assistenziale e della tutela della salute di popolazioni definite, con impegno di risorse predeterminato per garantire servizi corretti, adeguati, appropriati, uniformi non tanto sul lato dell'offerta, quanto sui risultati di salute ...»* e definisce *«il distretto socio-sanitario come "area sistema" ... per il governo della domanda di salute e ... del* budget *distrettuale ...»*.

Ne dovrebbe fisiologicamente discendere la tendenziale declinazione da parte dell'Ausl del criterio virtuoso di finanziamento di cui essa stessa beneficia (basato su quote capitarie fortemente pesate per età dei residenti) nell'assegnazione di un *budget* alle proprie articolazioni distrettuali inizialmente corretto per una quota — decrescente negli anni — che tenga conto della spesa storica generata da ciascun distretto, e fatto salvo un fondo di riequilibrio e «di solidarietà» aziendale, comunque predefinito e di entità limitata, da gestire con trasparenza. In questo modo

— anche i distretti sono incentivati a generare salute e a tutelarla con la massima coerenza possibile, perché le loro assegnazioni aumentano con la longevità sana dei propri residenti;

— la salute diventa la maggiore ricchezza non solo dell'Ausl ma anche dei suoi distretti:

a) più salute comporta più avanzi sul *budget* assegnato, con significativi

gradi di libertà per reinvestire (o per incentivare chi vi lavora);

b) più efficacia, più appropriatezza, più eliminazione dell'inefficacia e più efficienza comportano tutte coerentemente anche più avanzi sul *budget* assegnato, con gradi di libertà per reinvestire (o per incentivare chi vi lavora);

— al *budget* di tali distretti verranno imputate compensazioni (parametrabili sulle corrispondenti tariffe, o in base a diverse decisioni aziendali) per la mobilità in uscita (o in entrata) dalle strutture «di bacino» direttamente gestite a livello distrettuale, avvenuta per libera scelta di cittadini non soddisfatti sul posto dai «propri» distretti.

Qualcuno potrebbe osservare che in questa visione un distretto somiglierebbe a un'azienda nell'Azienda, sollevando reazioni di rigetto in molti Direttori generali. In realtà, però, il modello proposto non esclude certo che un'Ausl possa introdurre nelle assegnazioni *ex ante* ad un distretto correzioni rispetto al criterio delineato, ad es. per il legittimo perseguimento di programmi aziendali a valenza sovradistrettuale, o per correggere situazioni di iniquità, o all'opposto per valorizzare maggiormente punti di forza non uniformemente distribuiti. O che non possa integrare diversamente *ex post* il *budget* assegnato a ciascun distretto. Ciò fa sicuramente parte delle prerogative di una Ausl, che però di regola dovrebbe negoziare «ai margini» un *budget* che per un distretto viene già sufficientemente configurato dalla opportuna combinazione del dato storico (costi osservati negli anni precedenti e loro *trend*) con i «costi attesi», in base a un riparto delle quote capitarie aziendali (per residente fortemente pesato per età), corretto per la mobilità interdistrettuale.

Un'alternativa, purtroppo molto concreta, è l'assegnazione dei *budget* ai distretti all'insegna dell'improvvisazione, di logiche di appartenenza o in base al semplice arbitrio, non necessariamente consapevole, di chi ha il potere. O ancora, a dispetto della normativa, che non si assegni loro nessun *budget*.

3.7. Modalità di remunerazione virtuosa dei medici di famiglia

Anche attraverso opportune modifiche contrattuali, sarebbe opportuno che Ausl e distretti declinassero coerentemente un modello virtuoso di remunerazione nei confronti dei propri medici di famiglia, passando dall'attuale modalità, che non premia la salute a una modalità che renda esplicita (sia al professionista che agli assistiti) la convenienza del medico a promuovere e tutelare al meglio la salute dei cittadini che lo hanno scelto e a produrre il massimo di longevità sana nella coorte dei «suoi» assistiti (Donzelli, 2003).

Più in dettaglio, con l'attuale modello di pagamento:

— il medico non è premiato per la salute che produce;

— è pagato con una quota fissa a fronte di una lista ristretta di prestazioni da garantire e con facoltà di richiedere «passaggi in cura» senza alcun disincentivo, e con una quota variabile a fronte di altre prestazioni non ricomprese nella lista precedente («prestazioni aggiuntive», in cui spesso non è provato il legame tra esecuzione con cadenza stabilita e risultato in termini di salute);

— la sua maggiore ricchezza sono quelle categorie di malati che diano modo di (prescrivere)/effettuare prestazioni o di gestire PDT che l'Ausl dovrà pagare extra, o con cui esercitare la libera professione;

— la prevenzione non è molto conveniente, e se non ci sono abbastanza malati di cui al punto precedente si può esser tentati di inventarli (per es. abbassando le soglie diagnostiche, o effettuando diagnosi che non modificheranno le prognosi, o sovradiagnosi che generano sovratrattamento e iatrogenesi, e contribuendo a mantenere aspettative irrealistiche e mitiche sulle possibilità della medicina).

In sintesi accade che:

a) più salute e più efficacia non consentono maggiori entrate;

b) più efficientismo (cioè efficienza senza efficacia) nelle prestazioni extra produce maggiori entrate;

c) più qualità percepita dall'utente produce più scelte e più entrate, ma con un effetto attenuato (a volte addirittura distorto, come in presenza di prescrizioni *compiacenti*) in una situazione che fa percepire a molti il medico di famiglia come uno «smistatore» verso altri specialisti e dove non circolano informazioni rilevanti, corrette, chiare e «garantite» dall'Ausl sulle caratteristiche del servizio offerto.

Con l'attuale modello di remunerazione quindi gli interessi del medico di famiglia sono ben poco allineati a quelli del Ssn e della salute della comunità dei cittadini.

Si propone un cambiamento che dovrebbe fare leva su due aree di innovazione nella struttura del compenso:

— la quota capitaria pesata per età dell'assistito e usata in un contesto di competizione positiva, guidata dalle informazioni rilevanti ai fini della salute, rese disponibili e «garantite» dall'Ausl;

— la quota variabile.

La *quota capitaria* dovrebbe remunerare tutte le funzioni di assistenza medica primaria (essendo la quota variabile legata a specifici obiettivi da definire, ma comunque ricompresi all'interno delle funzioni di assistenza medica primaria cui è tenuto ogni medico convenzionato).

Non dovrebbe essere una quota capitaria fissa, ma dinamica, crescente di anno in anno con l'aumento dell'età

dell'assistito, per remunerare i maggiori costi di assistenza medica primaria mediamente correlati all'aumentare dell'età, ma soprattutto per allineare esplicitamente l'obiettivo del Sistema sanitario ad etica e convenienza del medico: massimizzare la longevità sana nella coorte dei suoi assistiti.

Inoltre l'ACN dovrebbe prevedere che l'Ausl sia tenuta ad assistere il cittadino nella scelta informata del medico di famiglia, rendendo pubbliche e disponibili (a partire dalle sedi di scelta/revoca) informazioni scritte su alcune caratteristiche dei medici, su eventuali specializzazioni, sull'accesso e sui servizi da loro offerti, inclusa l'adesione a linee guida su temi rilevanti per l'assistenza sanitaria primaria validate dall'Ausl, nonché a programmi strutturati di educazione sanitaria.

Infatti le Ausl, chiamate a rispondere della tutela della salute della comunità dei cittadini con il vincolo di risorse limitate, devono poter contare sulla qualità/razionalità/economicità della prescrizione dei medici di famiglia, cui è affidato il ruolo di *gate-keeper* del Ssn. Per ottenere tale risultato, in alternativa agli strumenti normativi tipici del lavoro dipendente, le Ausl devono potersi affidare a meccanismi di mercato, come la scelta informata del consumatore, a cui l'Ausl — *sponsor* della comunità locale — deve fornire informazioni e *feed-back* costanti, all'interno di accordi locali con i medici di famiglia stessi.

La *quota variabile* dovrebbe servire come corrispettivo per il raggiungimento di risultati previsti dalla norma nazionale (rispetto di livelli di spesa programmati) o per il raggiungimento di risultati o livelli di risultato (Sghedoni e Donzelli, 2000, 2001, 2003) che le Regioni o le Ausl ritengano di particolare interesse, all'interno di funzioni comunque ricomprese nei compiti dell'assistenza medica primaria (e come tali remunerate attraverso la quota capitaria).

Bisogna infatti evitare l'errore di compensare risultati di interesse per il Ssn unicamente tramite la quota variabile. Ciò comporterebbe i gravi rischi di:

1) rendere «facoltative» — e pertanto omissibili — attività fondamentali per l'Assistenza medica primaria;

2) agganciare l'effettuazione di tali attività a una retribuzione, in assenza/insufficienza della quale il medico di famiglia rifiuta/rifiuterà di svolgerle, compromettendo l'Assistenza medica primaria e innescando nel tempo circoli viziosi;

3) ostacolare lo sviluppo di circoli virtuosi, impedendo cioè che una funzionale e salutare competizione porti al miglioramento complessivo degli standard assistenziali medi e alla definizione di obiettivi sempre più ambiziosi;

4) impedire che le realtà più evolute progrediscano liberamente senza essere frenate da quelle più arretrate.

Le Regioni possono definire eventuali altri ambiti (oltre al rispetto dei livelli di spesa programmati) a cui legare anche la quota variabile del compenso dei medici di famiglia.

Le Ausl dovrebbero comunque avere la competenza di individuare, modulare e gestire gli obiettivi a cui legare la quota variabile del compenso e la facoltà di aumentare per il proprio territorio le allocazioni complessive destinate alla quota variabile oltre i livelli minimi uniformemente stabiliti dall'ACN, nella misura in cui vengano ottenuti significativi risultati a livello di *budget* dell'Ausl chiaramente correlati all'azione dei medici di famiglia.

Comunque le quote variabili — per i medici di famiglia, ma anche per il personale dipendente dalle Aziende sanitarie — dovrebbero essere legate a un fondo la cui entità sia esplicitamente agganciata all'andamento complessivo del *budget* distrettuale (e aziendale), per rendere a tutti evidente che «si è sulla stessa barca (Azienda e distretto)» e incentivare comportamenti collaborativi e il sostegno degli operatori alla corretta scelta delle priorità, temperando egoismi e distorsioni legate alle discipline scientifiche e alle categorie di appartenenza.

Nell'ambito delle quote variabili andrebbe limitato il pagamento a prestazione. È dimostrato che tale sistema fa lievitare il numero delle prestazioni e perciò tende a fare aumentare la spesa sanitaria; e introduce nei fatti un contrasto di interessi tra efficacia degli interventi e gratificazioni economiche, con forte aumento delle prestazioni non necessarie. Tale sistema dovrebbe pertanto concettualmente essere riservato solo a prestazioni che non presentano rischi di induzione (rischio molto frequente in sanità).

Andrebbe di regola evitata negli accordi regionali/aziendali la soluzione di retribuire a prestazione le *«prestazioni aggiuntive»*. Un criterio fondamentale per affrontare tali accordi dovrebbe essere di non retribuire prestazioni né processi assistenziali, ma risultati in termini di salute o in termini economici (si badi che anche i risultati in termini economici per aziende senza fini di lucro come le Ausl finiscono per essere ancora traducibili in una definibile «quantità» di salute in una corretta logica di «costo-opportunità»).

Ci si può chiedere se ciò dovrebbe valere anche dove fosse possibile definire rigorosi percorsi di sicura efficacia sanitaria (o economica). La risposta è di norma affermativa: anche in questo caso la regola dovrebbe essere: pagare il risultato e non la prestazione o il processo. Infatti quando il *provider* è spinto dall'interesse (tipicamente rappresentato da un differenziale conveniente tra tariffa e costo locale di produzione), anche in presenza di 1)

una sua formale accettazione di un 2) buon protocollo/PDT 3) condiviso/assegnato dall'acquirente (tutte e tre condizioni non facili a ottenersi), il *provider* stesso potrà forzarne l'applicazione, attuandolo anche quando le condizioni di appropriatezza non sono (tutte) rispettate, con scarse possibilità di controllo esterno, anche da parte di un acquirente esperto. Le dimostrazioni scientifiche di ciò non mancano, e la logica, il buon senso e l'esperienza di ogni clinico lo confermano.

Persino in quelle situazioni in cui un protocollo ottimale e strettamente correlato al risultato fosse chiaramente definito per una popolazione (ad esempio Pap-test triennale dai 20-25 ai 65 anni) è opportuno non retribuire la numerosità delle prestazioni (il che si presterebbe ad abusi persino nel caso indicato) ma «livelli di copertura secondo proto-collo» della popolazione assistita, come già sperimentato con successo nel Regno Unito.

Nel sistema appena descritto il medico di famiglia è incentivato a produrre salute e a tutelarla con la massima coerenza possibile e in generale:

a) più salute e più efficacia determinano maggiori entrate (con maggiore guadagno e/o reinvestimento);

b) più eliminazione dell'inefficacia, come pure più efficienza, determinano maggiori entrate (con maggiore guadagno e/o reinvestimento);

c) più documentazione all'Ausl dei buoni risultati raggiunti comporta tendenzialmente più scelte, e dunque maggiori entrate (con maggiore guadagno e/o reinvestimento);

d) più qualità percepita dall'utente produce più scelte e più entrate, soprattutto dove le informazioni rilevanti, corrette e chiare sono messe a disposizione nelle postazioni di scelta e revoca dei medici di famiglia, presso i distretti;

e) la credibilità del medico diventa massima agli occhi dell'assistito, con grandi vantaggi per l'orientamento delle sue scelte, anche nelle circostanze in cui il medico dovesse chiedere di rinunciare a un trattamento proposto da uno specialista o dai media.

3.8. Modalità di remunerazione virtuosa delle farmacie

L'attuale sistema di remunerazione delle farmacie territoriali rende i loro interessi parzialmente contrapposti a quelli del Ssn e seriamente divaricati dalla salute dei cittadini. Esse infatti hanno oggettiva convenienza ad un aumento della spesa farmaceutica sia a carico del Ssn sia privata; hanno margini inferiori su farmaci ugualmente efficaci ma meno costosi e, se stili di vita della popolazione e condizioni ambientali dovessero migliorare al punto da rendere necessari molti meno farmaci, i loro interessi sarebbero minacciati.

Per far sì che la salute e l'assistenza farmaceutica più conveniente per costo-efficacia costituiscano una conveniente prospettiva, conciliando anche per loro etica sanitaria e interessi, potrebbe essere ipotizzata anche per le farmacie una riforma del sistema di remunerazione, utilizzando principi simili a quelli proposti per gli erogatori ospedalieri o per i medici di famiglia, assicurando per altro a priori in maniera affidabile il mantenimento delle entrate complessive oggi destinate alla categoria. Dato che il settore presenta peculiarità che non possono essere affrontate in maniera sommaria, ciò sarà oggetto di un saggio separato.

4. Conclusioni

L'attuale paradigma medico-sanitario orientato alla malattia e il pagamento a prestazione con esso correlato danno agli attori del sistema incentivi parzialmente in conflitto con la promozione e tutela della salute dei singoli e della comunità.

Se questi ultimi sono gli obiettivi che giustificano gli investimenti che la società è disposta a fare per un Sistema sanitario, è necessario che la società riformuli i principi-guida del sistema premiante di chi lavora in sanità, allineandoli agli obiettivi da essa desiderati.

Pagare organizzazioni sanitarie e professionisti, fin dove è possibile, per la salute che producono nelle coorti di assistiti loro affidati è meno difficile di quanto si pensi e porterebbe enormi benefici. Infatti libererebbe molte energie di erogatori, oggi sprecate per interesse a fare troppe diagnosi inutili e trattamenti discutibili o clinicamente irrilevanti (e a documentarli ad «acquirenti» a loro volta oberati di controlli), e consentirebbe agli erogatori di dedicarsi a fare solo ciò che in scienza e coscienza ritengono utile e rilevante, finalmente liberi di seguire insieme la propria etica e le proprie convenienze, producendo il massimo di salute possibile, con soddisfazione propria e dei cittadini.

---

(1) È noto come il finanziamento a prestazione degli ospedali sia in realtà più dichiarato che praticato, considerata la diffusione di sistemi di «forfettizzazione» quali i tetti o gli accordi contrattuali. Tuttavia esso pare assolutamente in grado di orientare i comportamenti di organizzazioni e professionisti attraverso le percezioni, spesso distorte, e comunque difficilmente riconoscibili dalle convenienze reali.

BIBLIOGRAFIA

BLENDON R.J. *ET AL.* (1990), «Satisfaction with Health Systems in Ten Nations», *Health Affairs*, pp. 185-92.

CRITCHLEY J.A. *ET AL.* (2003), «Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease», *JAMA*, vol. 290, pp. 86-97.

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'etre. 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 Heath, 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*