

Prima applicazione regionale
del modello di retribuzione delle aziende sanitarie
secondo progressione economica fortemente pesata per età

A cura di Alberto Nova e Alberto Donzelli

1. Razionale

La spesa sanitaria è in costante aumento. Tra le cause si usa indicare l'aumento della popolazione anziana e la conseguente maggior necessità di prestazioni diagnostiche, di cura e di assistenza, e le tecnologie sanitarie innovative. In realtà la causa principale va ricercata nell'esplosione dell'offerta di prestazioni, indipendentemente dall'età della popolazione, cui concorrono l'anticipazione diagnostica (con il connesso allungamento dei tempi di cura) e il continuo abbassamento delle *soglie* per la definizione di malattie, il maggior costo delle procedure diagnostiche e delle cure con farmaci, dispositivi e chirurgia.

L'attuale sistema di pagamento degli attori contribuisce pesantemente all'aumento delle prestazioni: secondo il modello prevalente, ospedali e medicina specialistica sono remunerati a prestazione (o per aggregati di prestazioni), e tale modalità interessa in modo crescente le cure primarie, oltre a tutti i sanitari quando esercitano la libera professione. Ciò costituisce un forte incentivo al proliferare degli interventi.

I MMG sono tuttora pagati in modo prevalente a quota capitaria, con una lieve maggiorazione dai 75 anni degli assistiti. Ciò non fornisce incentivi strutturali ad aumentare la quantità delle prestazioni, ma essi, pur essendo la prima linea di responsabilità per la salute dei propri assistiti, non hanno affatto incentivi per opporsi all'egemonia degli altri attori (specialisti e ospedalieri, industrie farmaceutiche, della diagnostica e dei dispositivi sanitari) di cui finiscono per essere gregari sotto il profilo culturale ed economico.

Anche Regioni e ASL sono in genere finanziate a quota capitaria, differenziata per età in modo insufficiente/poco coerente. Per la funzione di tutela e di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni non hanno strumenti efficaci per stabilire di volta in volta se una prestazione è necessaria o no (strumenti che stanno in mano ai clinici che hanno in cura il paziente), e non hanno fatto quasi nulla per dotarsi di competenze tecnico-scientifiche che le mettessero in grado di esercitare il loro ruolo.

Un sistema universalistico non si può permettere un aumento progressivo e incontrollato della spesa, a carico della fiscalità generale.

Accanto ad altre misure di verifica e controllo, in gran parte già rivelatesi inefficaci per salvaguardare l'appropriatezza, è urgente sperimentare e introdurre sistemi di remunerazione differenti, che non incentivino le prestazioni di per sé, ma siano coerenti nel perseguire più alti e sostenibili livelli di salute per la popolazione (in sostanza: far vivere più a lungo e in buona salute, ottimizzando l'uso delle risorse disponibili) e nel premiare / incentivare gli attori che con i loro interventi favoriscono questo risultato.

Gli erogatori, per guadagnare di più o mantenere i propri guadagni, non devono essere spinti a fare più prestazioni, ma a migliorare il livello di salute degli assistiti (allineamento dei loro interessi con quelli della popolazione).

Si propone un sistema di retribuzione essenzialmente basato su quote capitarie con una forte e continua progressione per età degli assistiti, applicato (con poche coerenti eccezioni o integrazioni) a tutti i livelli possibili. Le sue declinazioni, descritte in numerose pubblicazioni cui si rimanda, sono sinteticamente riprese nel paragrafo successivo.

I principali risultati attesi dall'applicazione del modello sono:


- a medio-lungo termine un incremento della speranza di vita della popolazione
- a breve-medio termine la diminuzione della spesa connessa con prestazioni non efficaci o non appropriate.

I principali risultati del nuovo modello nel breve-medio periodo sono attesi come costi cessanti o ricavi fittizi, per la riduzione di prestazioni considerate da prescrittori ed erogatori in scienza e coscienza inutili o con sfavorevole rapporto rischi-benefici, che oggi hanno spazio solo a causa del vigente modello di remunerazione a tariffa per DRG/per prestazione.

E' opportuno che il sistema di retribuzione qui proposto, pur basato su un solido impianto concettuale, sia "studiato" in via preliminare attraverso modelli e simulazioni teoriche e "sperimentato" in modo adeguato attraverso un'introduzione controllata in alcune Aziende sanitarie e Ospedaliere. Su ciò verte il contenuto di questo contributo.

Per la sua riuscita occorre un concorso di vertici di Amministrazioni Regionali, di ASL, di apparati regionali e aziendali, di operatori sanitari di ASL e Ospedali. I cittadini, con le loro rappresentanze (i Sindaci, garanti della salute dei cittadini), e le loro associazioni politiche, sindacali e civili, possono anch'essi riconoscere un interesse ad attuare questa "sperimentazione", per preservare l'universalità del Servizio Sanitario.

2. Breve descrizione del modello proposto

Si richiamano i punti essenziali della proposta (per una più completa descrizione del modello e delle sue motivazioni si rimanda alle pubblicazioni consultabili in <http://fondazioneallinearesanitaesalute.org/> *Iniziative e produzione scientifica* → *Convegni / Incontri / Eventi* → *Workshop 20 settembre 2014* → *Leggi materiali di interesse per il Workshop* )

A regime, le Aziende Sanitarie ricevono dal Servizio Sanitario Regionale una quota per ogni assistito, calcolata sulla base del fondo sanitario regionale annuale e parametrata secondo l'età della popolazione assistita. A ciascun assistito è attribuito un coefficiente moltiplicativo, determinato secondo l'età: fatto 1 il

giovane da 6 a 15 anni, il centenario varrà 10, e le età intermedie saranno pesate in progressione. Viceversa, il neonato sarà pesato 10 fino a un anno, e poi decrescendo fino ai 6 anni ¹.

Negli anni successivi all'introduzione del modello, le ASL che riusciranno ad aumentare, in confronto con le altre ASL, la longevità della propria popolazione, avranno un finanziamento maggiore, a parità di fondo sanitario regionale. Per raggiungere questo risultato dovranno incentivare gli interventi preventivi, terapeutici e assistenziali che permettono alla popolazione di mantenere una buona salute.

Al proprio interno le Aziende Sanitarie suddividono il budget fra le proprie articolazioni territoriali (in particolare, fra i Distretti) secondo la stessa logica.

Ai dipendenti saranno attribuiti incentivi di risultato parametrati similmente sull'età della popolazione di riferimento (o per l'attuazione di interventi collegati a questo risultato in modo diretto e indiscutibile, come, per fare uno fra i molti esempi, la riduzione effettiva dei fumatori – vedi paragrafo 8).

Anche i Direttori delle ASL dovranno essere incentivati, e in particolare confermati o rimossi, secondo i risultati raggiunti in termini di aumento di longevità della popolazione (e, in subordine, in base agli altri due risultati fondamentali: soddisfazione dei residenti e mantenimento dell'equilibrio economico, da realizzarsi con interventi sulla spesa documentati e mirati verso prestazioni o attività di scarsa efficacia ed efficienza). Per evitare comportamenti opportunistici ², i Direttori non saranno incentivati sulla semplice riduzione della spesa globale, in assenza di precise condizioni (v. Obiezione 12 bis del Manuale con relative risposte).

NB: per lo stesso motivo, è importante che chi lavora nelle Aziende sanitarie partecipanti non abbia l'impressione che la sperimentazione sia una parentesi transitoria, e che il modello di remunerazione sia destinato dopo qualche anno a ritornare al precedente. Il messaggio dovrebbe essere che le Aziende sperimentatrici e chi vi lavora continueranno negli anni con il nuovo modello, purché i risultati non si rivelino inferiori a quelli delle altre Aziende. Solo così i comportamenti opportunistici saranno scoraggiati, e vi sarà maggior motivazione a investire in tutto ciò che serve alla longevità sana, per raccoglierne i frutti nel tempo.

Il territorio regionale e delle ASL sarà suddiviso in ambiti di competenza ospedaliera, sulla base dell'analisi della provenienza territoriale dei ricoveri, prestazioni specialistiche, di pronto soccorso; ciascun Ospedale avrà pertanto un suo bacino "virtuale" di utenza territoriale, senza pregiudizio per la libertà di scelta dei

¹ Il modello prevede che anche il riparto regionale del Fondo Sanitario Nazionale sia determinato, a regime, secondo gli stessi criteri (attualmente il sistema di riparto fra le Regioni ripaga essenzialmente i costi e si differenzia per età degli assistiti seguendo differenze per età della spesa nazionale specialistica, ospedaliera e farmaceutica).

Inoltre, è necessario che le Convenzioni e Contratti nazionali (fra tutti, l'ACN dei Medici di MG e Pediatri di Famiglia e i CCNL dei dipendenti) siano basati su questo sistema di retribuzione: mentre per i MMG la quota capitaria fortemente pesata per età può essere assunta in toto come sistema di pagamento, per i dipendenti saranno determinati in base all'età della popolazione gli incentivi di risultato (vedi paragrafi successivi).

² Per comportamento opportunistico intendiamo l'abbandono di prestazioni efficaci e utili per la longevità della popolazione, attuato per diminuire la spesa (vedi obiezione 12 del Manuale e relativa risposta). Negli anni successivi questo comportamento avrebbe come conseguenza un peggioramento del livello di salute della popolazione.

cittadini. Il budget annuale di partenza del singolo ospedale sarà determinato secondo quote capitarie in base a tale bacino, ponderate per età con gli stessi criteri indicati per le ASL.

Ricoveri o prestazioni ambulatoriali di cittadini residenti al di fuori del bacino di utenza saranno compensati dagli ospedali di pertinenza con pagamento a DRG (o a prestazione) nei confronti della struttura di effettiva erogazione.

Questi criteri di ripartizione valgono sia per le Aziende Ospedaliere sia per gli Ospedali all'interno delle ASL (se l'Ospedale è all'interno di un'ASL ed è unico, il suo bacino d'utenza "virtuale" coincide con il territorio dell'ASL; in caso contrario l'ASL concorderà con gli Ospedali del proprio territorio la definizione dei bacini distinti e figurativi su cui comporre i budget iniziali).

Quella descritta sarà la struttura del modello a regime, mentre le fasi transitorie saranno definite a seguito delle scelte regionali di sperimentazione e di introduzione graduale, anche in base al lavoro di studio³ e a simulazioni attuate dalla struttura regionale competente.

3. La prima applicazione: oggetto e finalità della "sperimentazione"

Come accennato al termine del paragrafo precedente, per applicare il modello di retribuzione delle Aziende Sanitarie secondo quote capitarie con progressione economica fortemente pesata per età, occorre prevedere un periodo di transizione dalla modalità di retribuzione attuale a quella proposta³.

E' opportuno che non si proceda a un'applicazione contestuale sull'intero territorio di competenza regionale, ma si preveda un'applicazione iniziale in una/alcune Aziende, con sua successiva estensione .

Questa modulazione permetterà di esplorare in prima istanza l'applicabilità del modello proposto, verificare i primi risultati, i diversi aspetti applicativi e correggere eventuali errori che si evidenzino durante la sperimentazione; infine pervenire a un progressivo consenso dei vari soggetti interessati.

Nel frattempo, attraverso opportune simulazioni, si definiranno le modalità di applicazione del modello sul territorio regionale, anche per definire la gradualità del passaggio dall'attuale suddivisione del fondo sanitario regionale a quella proposta⁴.

³ Nel documento "Manuale obiezioni e risposte a sistema di finanziamento/remunerazione che paga la salute" è affrontata una frequente obiezione al modello, che poggia sui determinanti "naturali" o genetici delle differenze in età delle popolazioni. In Italia non ci sono forti differenze geografiche nella speranza di vita, ed elementi di *complicazione* del modello che non siano fondati su prove molto solide sembrano inopportuni. In ogni caso eventuali parziali correttivi che si volessero introdurre, soprattutto nella fase transitoria, non dovranno comunque vanificare il carattere sfidante del modello e la tensione a un progressivo aumento della speranza di vita in buona salute (da premiare in modo trasparente e facilmente *leggibile* da tutti gli attori).

⁴ Una prima ipotesi è corrispondere una quota del finanziamento "storico", a decrescere anno dopo anno.

Anche se la prima applicazione avrà limiti inevitabili nel numero delle Aziende coinvolte e nella durata, necessariamente limitata a pochi anni, vi si possono introdurre elementi di monitoraggio e verifica che configurino una parziale “sperimentazione”.

Il suo oggetto sarà appunto l’attuazione in alcune Aziende sanitarie regionali (territoriali e ospedaliere) del modello di retribuzione secondo una progressione economica fortemente pesata per età, per il tempo di alcuni anni (quattro-cinque?), con le finalità di verificare:

- se in quest’arco temporale si evidenziano problemi applicativi (l’ipotesi è che non si verifichino problemi che non possano essere risolti e superati),
- l’andamento (con eventuali cambiamenti positivi o negativi) di parametri riferiti agli ambiti:
 - sanitari della popolazione (l’ipotesi è un aumento della speranza di vita/longevità, maggiore rispetto alle altre ASL / Aziende ospedaliere),
 - economici dell’Azienda (l’ipotesi è una diminuzione complessiva della spesa per prestazioni sanitarie non generata da comportamenti opportunistici).

Sarà necessario verificare che in questi ambiti non si evidenzino situazioni di allarme, comportamenti opportunistici o comunque situazioni bisognose di interventi urgenti di correzione.

- il livello di accettazione / gradimento da parte degli attori coinvolti.

4. Individuazione delle Aziende

Si ritiene che sarebbe utile individuare, nell’ambito regionale, due Aziende sanitarie territoriali, che comprendano anche Presidi Ospedalieri, o, nel modello lombardo, le Aziende Ospedaliere.

Le Aziende sanitarie dovrebbero essere tendenzialmente rappresentative della diversa realtà regionale, mentre sarà opportuno che le eventuali Aziende Ospedaliere siano scelte tra quelle **con** bacino di utenza prevalentemente definito dal territorio in cui sono collocate, meglio se coincidente con il bacino di un’Azienda territoriale. E’ opportuno che sia l’Azienda territoriale sia l’Azienda ospedaliera che insistono su un territorio siano ambedue coinvolte nella “sperimentazione”.

Ovviamente, saranno scelte Aziende i cui dirigenti siano motivati all’applicazione del modello (e sarà necessario tenere conto di questo aspetto nella valutazione).

5. Prima applicazione economico-finanziaria

Per attuare il necessario raccordo tra l’attuale modalità di retribuzione delle Aziende e l’introduzione del modello di finanziamento-retribuzione secondo progressione economica fortemente pesata per età, il budget iniziale dell’Azienda “sperimentatrice” sarà uguale allo storico (dell’anno precedente, incrementato della quota percentuale che la Regione destina come incremento medio alle ASL), e all’interno di questo totale saranno calcolate le quote capitarie pesate per età.

I finanziamenti negli anni successivi potranno essere determinati:

- secondo la composizione per età della popolazione e le quote determinate nel primo anno, senza riferimento alla variazione del dato nelle altre Aziende;
- oppure, tenendo conto delle variazioni per età sia delle Aziende sperimentatrici, sia delle altre Aziende regionali. Questa seconda alternativa è più coerente.

Come previsto dal modello, le prestazioni erogate ai non residenti e le prestazioni richieste dai residenti ad altre Aziende saranno compensate secondo tariffe/DRG, con le modalità in uso nella Regione che attua la sperimentazione.

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

Come già indicato nella descrizione del modello, sarà necessario prevedere che la stessa logica sia coerentemente applicata anche alle articolazioni territoriali e ai settori interni dell’Azienda.

Per l’applicazione agli Ospedali, determinato il bacino d’utenza territoriale, su base ASL, o comunale o subcomunale secondo analisi della residenza degli assistiti, si parte dalla quota di finanziamento storico. I budget degli anni successivi saranno determinati, come per le ASL, in base alle variazioni di età della popolazione di riferimento.

Come detto in nota 1 per i riflessi sui contratti nazionali, si può pensare che per i dipendenti siano studiate forme di collegamento con gli istituti dell’incentivazione (vedi oltre), mentre il modello potrà essere applicato ai Medici di Medicina Generale (e ai Pediatri di famiglia – in questo caso con pesature per età inverse), definendo anche per loro modalità di raccordo con il livello di retribuzione attuale.

6. Azioni da compiere nell’Azienda “sperimentatrice 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’Azienda.

Dopo l’approfondimento del modello con la Direzione, sarà necessario presentarlo ai diversi settori aziendali (dagli amministrativi ai clinici) e per ciascun settore declinarlo nelle specifiche azioni richieste ⁵.

Queste azioni potranno richiedere un periodo anche lungo. In particolare, occorrerà dare attenzione sia alle nuove impostazioni e attività da introdurre, sia ai livelli di garanzia, e connesse attività, da non abbandonare. Quest’insieme di azioni potrà configurarsi come un’attività di formazione - intervento interna all’Azienda.

Occorrerà provvedere anche al supporto organizzativo necessario per implementare validamente la “sperimentazione” (vedi paragrafo 9).

⁵ Potrebbe essere interessante subordinare l’applicazione del modello (e quindi la partecipazione dell’Azienda alla “sperimentazione”) al livello di consenso interno raggiunto.

7. Indicatori del monitoraggio

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

Saranno necessari flussi informativi relativi ad aspetti economici, di attività delle Aziende, di salute dei cittadini. Alcuni sono indispensabili alla valutazione (e di pronto rilevamento: saranno di seguito indicati in **grassetto**), altri complementari e meno disponibili (potrebbero essere oggetto di direttive e progetti regionali - Saranno di seguito indicati in *corsivo*). La Regione si dovrebbe far carico dell’omogeneità e della effettiva disponibilità dei dati delle Aziende sanitarie.

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

dati di salute:

- **longevità della popolazione (speranza di vita e suddivisione della popolazione per età)**
- *speranza di vita in buona salute* (purché definita in modo oggettivo, e che consenta di depurarla dagli effetti distorsivi del *disease mongering* sulla definizione di *salute*)
- *mortalità evitabile* secondo un ampliamento della pragmatica definizione OCSE (n. di anni di vita persi prima degli 80 anni/100.000 abitanti)
- *mortalità della popolazione, nei suoi diversi aspetti (età sesso causa)*
- *altri aspetti della sorveglianza epidemiologica della popolazione, come:*
 - *gli indici di incidenza rilevabili da eventuali registri tumori già attivati*
 - *i dati di salute ricavabili dalle esenzioni per patologie*
 - *malattie infettive (e connesse vaccinazioni), incidenti stradali, incidenti sul lavoro*
 - *i dati dei DRG regionali estrapolabili come “prime prestazioni” riferite alle patologie dei residenti*
- *indicatori di “comportamenti” relativi a fattori di rischio, quali fumo, attività fisica, abitudini alimentari, che potranno essere rilevati da indagini ad hoc inserite in specifici progetti (paragrafo successivo), anche a integrazione di sistemi di sorveglianza nazionali come PASSI e OKKIO.*

dati di attività

- DRG, come attualmente rilevati, sia interni all’Azienda (per residenti e non), sia esterni per residenti
- *Dati di attività di servizi non ospedalieri*

dati economici:

- **budget dell’Azienda e delle sue articolazioni, secondo il modello**
- **spese aziendali**
- **compensazioni aziendali per prestazioni extra Azienda**
- **valori annuali della spesa (anche per fasce di età degli assistiti):**
 - ✓ **ricoveri e PS**

- ✓ farmaci (anche per categorie mirate di farmaci, secondo le indicazioni ASL)
 - ✓ specialistica (anche per singole specialità)
 - ✓ diagnostica (anche per singoli esami)
 - ✓ protesica (anche per singoli presidi)
 - ✓ totale spesa sanitaria pubblica
- spesa sanitaria privata

dati relativi alla soddisfazione (dei cittadini, degli assistiti in relazione ai servizi fruiti, degli operatori).

Sarà utile definire Aziende di controllo, per le quali si raccolga comunque un set di dati corrispondenti. Per i dati “essenziali”, la loro disponibilità su tutto il territorio regionale dovrebbe essere garantita dalla Regione.

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”.

Come già detto, le ipotesi, con cui confrontare i dati raccolti, sono, per grandi linee, le seguenti:

- minori spese delle Aziende sperimentatrici, non generate da comportamenti opportunistici
- aumento della speranza di vita/longevità dei residenti, superiore alla media regionale
- conseguente aumento della retribuzione regionale all’Azienda, superiore alla media regionale
- accettazione del modello da parte di operatori e cittadini, e aumento della “credibilità” del (fiducia nel) sistema sanitario
- assenza di dati di allarme (economici, di attività o di salute) tali da invalidare il modello proposto.

8. Retribuzione di risultato e progetti interni all’Azienda connessi allo sviluppo del modello

All’interno dell’Azienda particolare cura dovrà essere posta nella definizione della retribuzione di risultato degli operatori, che dovrà essere collegata, in modo opportuno per i diversi servizi, alla performance dell’Azienda e delle sue Articolazioni.

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’ASL e della/e AO “sperimentatrice/i” cresceranno più della media: si dovrebbe pertanto espressamente concordare con la Regione la possibilità che cresca più della media anche l’incentivo di risultato.

Si può ipotizzare che, nel caso di minori spese dell’Azienda, attese per l’applicazione del modello, sia concordata con la Regione la possibilità di un aumento dell’incentivo di risultato in relazione alla riduzione dei costi aziendali, purché gli indicatori di speranza di vita e di soddisfazione dei cittadini siano favorevoli,

(per non favorire il rischio di comportamenti opportunistici). E' per altro poco probabile che tali stringenti condizioni si verifichino già dai primi due-tre anni di sperimentazione.

Andranno comunque definiti anche progetti specifici collegati alla retribuzione di risultato. Questi dovranno derivare dalle azioni preparatorie sopradescritte, e valorizzare il contributo al risultato generale proprio delle singole professionalità cui si riferiscono. Ovviamente, gli obiettivi dei singoli progetti dovranno essere in linea con gli obiettivi generali della sperimentazione (soprattutto con l'aumento della speranza di vita in buona salute o con una riduzione netta dei costi aziendali per specifiche prestazioni riconosciute come non efficaci o inappropriate), e di regola supportati da prove di efficacia e appropriatezza.

9. Direttore della "sperimentazione", Ufficio di Piano ed epidemiologico

A livello regionale sarà necessario individuare un Direttore della "sperimentazione" che, avvalendosi della collaborazione dei servizi e uffici regionali, possa da una parte essere riferimento della Giunta Regionale, dall'altra supportare le ASL "sperimentatrici". In particolare avrà il compito di precisare le procedure necessarie per l'attuazione della sperimentazione, di monitorarla e di individuare le correzioni per eventuali pratiche non conformi allo scopo.

L'ASL sperimentatrice dovrà individuare nella propria organizzazione un Ufficio di piano e un Osservatorio epidemiologico con le seguenti funzioni:

- a) rilevare periodicamente le variazioni della speranza di vita nel territorio di riferimento e tutti i dati epidemiologici e relativi alla spesa di cui al precedente paragrafo 8;
- b) misurare il grado di soddisfazione dei cittadini per il sistema sanitario e degli utenti in relazione alle prestazioni ricevute
- c) individuare e comunicare l'eventuale emergere di situazioni o eventi che possano essere pregiudizievoli per il buon esito della sperimentazione e che necessitino di provvedimenti mirati, con particolare riferimento alla salute dei cittadini, alla loro soddisfazione, alla spesa sanitaria. In particolare dovrà evidenziare l'eventuale emergere di comportamenti opportunistici
- d) fornire il necessario supporto alla sperimentazione come richiesto dalla Direzione ASL e dal Direttore della sperimentazione, servendosi anche della collaborazione delle unità operative presenti in Regione.