

Manuale con obiezioni e relative risposte alla proposta di un sistema di finanziamento/remunerazione che “paga la salute”

A cura di Alberto Donzelli e Alberto Nova, con la collaborazione di Fulvio Aurora, Maurizio Bardi, Franco Berrino, Antonio Canino, Andrea Micheli, Antonio Muscolino

revisione del 28 agosto 2014

(la lettura di questo Manuale presuppone la preliminare conoscenza del Modello proposto)¹

1. Il comportamento prescrittivo ed erogativo dei medici è influenzato da tante variabili. Il modello retributivo è solo una di queste	pag.	2
2. La pressione della domanda dei pazienti e le risposte della medicina sono generati da fattori poco correlati alle modalità di finanziamento. Disease mongering, eccessi di medicalizzazione, abbassamento delle soglie di normalità, introduzione di nuove e costose tecnologie sanitarie sono fenomeni culturali e sociali internazionali	“	3
3. L'allungamento della vita media sembra più influenzato da variabili di tipo sociale, come reddito, istruzione, stili di vita, tutela ambientale, sanità pubblica, piuttosto che dagli interventi medici	“	3
4. Gli interventi sanitari possono allungare la vita delle persone?	“	4
5. La longevità entra in conflitto con la qualità della vita delle persone anziane?	“	10
6. Anche a seguito di interventi efficaci di prevenzione i ricavi ASL aumenterebbero solo a distanza di molti anni, con vantaggi anche finanziari molto dilazionati	“	12
7. ASL con una minor speranza di vita per motivi indipendenti dai servizi sanitari sarebbero penalizzate	“	13
8. Il finanziamento per quota capitaria può essere indicato per ASL, ma sarebbe di difficile applicazione per AO, soprattutto per quelle più grandi, per le quali è difficile definire i confini territoriali	“	15
9. Le tipiche attività ospedaliere si presterebbero all'implementazione del modello?	“	16
10. Non si rischierebbe l'abbandono di prestazioni sanitarie utili ma costose?	“	17
11. Non si rischia che i malati più gravi non li voglia curare più nessuno?	“	19
12. Gli specialisti delle diverse discipline pensano che per migliorare la salute occorra aumentare le proprie attività	“	19
12 bis. Comportamenti opportunistici	“	20
13. E' inevitabile che il progresso della tecnologia aumenti i costi	“	21
14. Il Modello offre scarso incentivo al progresso scientifico e tecnologico	“	22

¹ Questo contributo fa riferimento al Modello di finanziamento di Organizzazioni e di remunerazione di attori del Servizio Sanitario, presentato in documenti come: Donzelli A (2004), Allineare a etica e salute della comunità dei cittadini le convenienze dei diversi attori in sanità, *Mecosan*, 50: 129-144; e - (1999), Un pagamento prospettico più evoluto e “virtuoso” per gli erogatori, alternativo al pagamento a prestazione. ASI n. 21. 27 maggio 1999, cui si rimanda.

Qui si presentano schematicamente alcune possibili obiezioni al modello e possibili risposte a conferma della solidità e sostanziale validità della proposta.

15. Abbandonando DRG e pagamento a tariffa si perderebbero informazioni su attività dei servizi sanitari e malattie della popolazione	“	23
16. Il sistema basato su DRG e tariffe per prestazioni funzionerebbe, a condizione che vi fossero controlli maggiori e più efficienti	“	24
17. Togliere ogni valore alle prestazioni potrebbe ridurre l'efficienza aziendale	“	24
18. Già ora il vigente tetto sulle prestazioni “a contratto” non incentiva affatto a produrre di più. L'Ospedale ha già interesse a fare meno prestazioni	“	25
19. Il Modello proposto non rischia di configurare un quadro di “sanità etica”, poco democratica e poco liberale nei concetti ispiratori?	“	26

Obiezione 1. Il comportamento prescrittivo ed erogativo dei medici è influenzato da tantissime variabili. Il modello retributivo è solo una di queste.

Risposta (R) 1

La “legge di Pareto” dell'80-20% sostiene che nella maggior parte dei casi il 20% delle cause spiega l'80% degli effetti, e suggerisce, per risolvere i problemi in modo più efficiente, di dare priorità a *quelle* cause (le più importanti), che spesso non sono più di tre. E' vero che ci sono decine o centinaia di determinanti dei comportamenti prescrittivi (che la specifica letteratura ha spesso difficoltà a ricondurre alle loro radici), ma per cominciare proviamo a identificare i principali. Se si ascolta la categoria dei medici, non c'è dubbio: i principali sono scienza (conoscenze scientifiche e tecniche) e coscienza (etica).

Si concorda, a patto di aggiungerne un terzo, spesso il più potente: convenienze/interessi (quello che gli autori anglosassoni, con singolare pudore, tendono a chiamare “punto di vista”).

Il vantaggio di lavorare sugli **interessi** è anche legato al fatto che sono in buona misura controllabili dagli *architetti di sistema* e dai decisori in Sanità.

Anche le **conoscenze** sono governabili, ma il problema è che gli interessi di produttori ed erogatori *opinion-leader* le piegano alle proprie convenienze, facendo arrivare *conoscenze* in parte distorte e ad essi funzionali ai decisori e agli altri prescrittori/erogatori meno influenti².

Se si assume che anche gli interessi siano un potente determinante (benché in genere scotomizzato, dai medici per “interesse” a non incrinare la propria immagine pubblica e identità, e dal pubblico perché da sempre i professionisti della salute accreditano in modo concorde ed efficace tutt'altra immagine di sé), si ammetterà facilmente che la retribuzione dei professionisti e il finanziamento delle loro Organizzazioni siano una delle voci più “pesanti” all'interno del loro sistema premiante/di interessi.

² NB: la Sanità Pubblica si dovrebbe attrezzare per valutare criticamente i risultati della ricerca e le *linee guida* che vi dovrebbero far riferimento, facendo all'occorrenza efficace controinformazione, come con fatica cercano di fare pochi Bollettini e iniziative informative indipendenti da interessi commerciali sporadicamente presenti.

Obiezione 2. La pressione della domanda dei pazienti e le risposte della medicina sono generati da fattori poco correlati alle modalità di finanziamento.

- Disease mongering
- eccessi di medicalizzazione
- abbassamento delle soglie di normalità
- introduzione di nuove e costose tecnologie

sono fenomeni culturali e sociali internazionali poco correlati al modello di remunerazione

R 2

Si ritiene invece che proprio tutti i 4 fenomeni citati risentano, in modo magari non esclusivo, ma certamente **preminente**, proprio dei vigenti modelli di finanziamento e remunerazione. Questi infatti, con qualche differenza non così sostanziale tra diverse Regioni e Paesi, sono accomunati da una costante: con il pagamento a prestazione (tipicamente per la malattia/**disease**), i **D(isease)RG**, il **Disease** Management, il C(hronic **disease**)ReG, le PPIP ecc. rendono conveniente la **malattia**, e la risposta medica(lizzata) alla stessa, e sono in sostanziale **conflitto di interesse con la salute** (NB: se si paga la malattia, metà malattia significa metà ricavi, dunque agli attori in un Sistema così remunerato serve la malattia, e quando questa scarseggia, piuttosto la inventano, o comunque la sovraccaricano anche di prestazioni futili).

Obiezione 3. L'allungamento della vita media sembra più influenzato da variabili di tipo sociale, come reddito, istruzione, stili di vita, tutela ambientale, sanità pubblica, piuttosto che dagli interventi medici.

R 3

Ne siamo consapevoli, e condividiamo l'analisi di Crivellini (*Sanità e Salute: due storie diverse. Franco Angeli, 2011*), che ha documentato con un buon metodo, basato su dati certi (con stime per altro concordanti con studi di altri autori basati su valutazioni soggettive o qualitative), che **la Sanità è responsabile oggi al più di un 20% dell'effetto di allungamento della vita media.**

Tuttavia si ritiene che la Sanità potrà fare meglio **domani** se si introdurrà un sistema di remunerazione che renda finanziariamente conveniente la longevità sana (mentre oggi la convenienza finanziaria è allineata con prestazioni che consentano un buon margine sulla tariffa). Solo allora la Sanità avrà un interesse non contraddittorio a investire sugli interventi di prevenzione e di cura realmente efficaci, essendo valutata per i risultati raggiunti in longevità sana, e riformulerà le sue priorità in funzione della Salute (mentre oggi ciò non accade, al di là di quanto si tende a dare per scontato).

A quel punto i medici avranno interesse anche finanziario a dedicarsi con competenza e impegno a quanto giustamente indicato come rilevante per la Salute: **miglioramento degli stili di vita**, della **sanità pubblica**, concorso alla **tutela ambientale**, alla **sicurezza stradale** e **domestica**, a un modello di sviluppo che eviti i disastri ecologici, le future

guerre per l'acqua o per altre risorse (Geoffrey Rose insegnava che la guerra danneggia la salute più delle cause mediche di malattia), ecc.

Inoltre, a meno di improbabili *Tsunami*, si può ritenere che altre macrovariabili influenti sulla salute ma su cui nulla possono i Sistemi Sanitari, neppure in una logica interSettoriale, seguano propri trend senza scosse "rivoluzionarie". Pertanto è verosimile che la Sanità potrà concentrarsi su quanto può effettivamente fare (già oggi è tanto, e potrà essere ancor di più domani), venendo valutata per le modifiche in longevità sana che contribuirà a creare.

Se, nonostante tutto il riposizionamento delle proprie priorità, il contributo della Sanità si confermasse soverchiato da quello di altri Settori Sociali, di nuovo, con il Modello di remunerazione degli attori sanitari proposto, sarebbe comunque più facile per il mondo della Sanità accettare di ridurre la propria fetta di risorse, a vantaggio di altri Settori che al momento risultino più decisivi per aumentare la longevità sana, rinunciando a sterili competizioni che non aumenterebbero comunque affatto le entrate dei propri attori, a differenza di quanto accade oggi.

Obiezione 4. Gli interventi sanitari possono allungare la vita delle persone?

L'obiezione/quesito è se vi siano prove sufficienti che interventi sanitari (di prevenzione, cura o riabilitazione) possano aumentare la vita media di una popolazione, o se piuttosto incidano sulla lunghezza della vita (quasi) soltanto variabili su cui le Aziende sanitarie possono poco (povertà, stato sociale, freddo, fame e sete, fatica...)?

R 4

Si è provato a inserire in tabella esempi di interventi sanitari, già in atto o potenziali, che hanno ragionevoli prove di allungare la vita (gli aggiornamenti bibliografici degli esempi utilizzati si fermano al 2009, e andrebbero inseriti numerosi e importanti aggiornamenti).

Fattore di rischio	Effetto su mortalità	Riferimenti bibliografici	Stima possibilità intervento Sanità - nessuna +++++ mas.	Note
Carne rossa (e trattata - salumi)	+31% (+16%) tot M +36% (+25%) tot F (>50 anni) +12% incidenza Ca	Sinha 2009 Key 2009	++++	
Pesce in M infartuati	- 29% totale	Burr 1989	++++	
> fibra alimentare e cereali integrali	- 52% mortalità CV - 10-15% eventi CV per ogni 10-15 g/die di fibra solubile -17% totale F in postmenopausa	Sahyoun 2006 Shamliyan 2006 (analisi combin 10 coorti) Jacobs 2000 (Iowa F WHS)	++++	

A
L
I
M
E
N
T
A
Z
I
O
N
E

Fattore di rischio	Effetto su mortalità	Riferimenti bibliografici	Stima possibilità intervento Sanità - nessuna +++++ mas.	Note
	22% totale M/F pensionati quinto vs primo quintile	Park 2011 (NIH-AARP Diet & Health)		
Dieta mediterranea vs occidentale	- 39% mortalità CV - 9% mortalità CV/2 punti di adesione a dieta mediterranea -20/-21% totale M/F pensionati	Fung 2009 Sofi 2008 (8 coorti, 12 studi) Mitrou 2007	++++	
Moderata riduzione di sodio, aumento di potassio e loro rapporto	- 20% totale ns adulti preipertesi - 9% tot ns, -41%CV + ca 3-9 mesi di vita veterani media 75 a	Cook 2009 Chang 2006	+++	
Vino (e alcol con moderazione?)	- 22% totale + ca 5 anni di vita se 6 g/die di alcol	Streppel 2009	++++	
Abuso di alcol			+++	
<i>Polipasto</i> (frutta e verdura, pesce, mandorle, vino, cioccolato fondente, aglio ...olio oliva ...) e fattori di rischio CV connessi	+ 6,6 anni di vita/M + 4,8 anni di vita/F dai 50 anni +3,1/3,3 a. vita M/F dai 35 anni	Franco 2004, 2005 Laaksonen 2005 Peeters 2002 Tsevat 1991	++++	
Cioccolato (50 g vs nessun consumo) (pochi g/die)	mortalità cardiaca in post infartuati: - 27% (< 1 v/mese) - 44% (1 v/sett.) - 66% (≥ 2 v/sett.) -15% totale ns - 47% totale (nel terzile superiore)	Janszky 2009 Buijsse 2006	+++++	
Vitamina D (sole, supplementi)	- totale adulti/anziani (spesso con basso livello di vit D) e in malati renali cronici Totale doppia quartili inferiori in media 62 a - 7% totale	IARC, 2008 Dobnig 2008 Autier 2007 (metanalisi 18 RCT)	++++	
Allattam. materno esclusivo bimbo vs no	- 21% (interpretazione discussa)	AHRQ 2007	++++	
Allattare al seno ≥2 anni: benefici per la mamma	-4,3% ca seno x anno allattamento - 21% ca ovarico	AHRQ 2007	+++	

Fattore di rischio	Effetto su mortalità	Riferimenti bibliografici	Stima possibilità intervento Sanità - nessuna +++++ mas.	Note
	- 8% diabete (in bambino - 20% tipo 1 e -39% tipo 2) -23% CHD	Stuebe 2009(Nurses)		
Obesità (e forte sovrappeso) e girovita	Minima tra 22,5 e 25 x ambo i sessi >30% totale x ogni >5 punti di BMI	Manson 2007 Prospective Studies Collaboration 2009 (57 studi, 900.000 partecipanti)	++	
Fumo	<25% speranza di vita in forti fumatori dai 25 anni -7,2 anni di vita e -12,4 in buona salute in ventenni -36% totale in MI che smettono - 10 anni di vita, mortalità tripla e 2/3 uccisi da fumo 64% morti tra fumatori, 28% tra ex - 10 anni di vita e > peggior HRQoL Approccio "di sanità pubblica" a cessaz. efficace indipend. da disponib. a smettere (28% cessazione a 2 anni se alta intensità, 24% se moderata) Fumatori mezz'età con nuove diagnosi 3 volte + cessazioni	Rogers 1991 Bronnum-Hansen '01 Critchley 2003 (20 studi coorte) Doll 2004 Kenfield 2008 Strandberg 2008 Efferbeck 2009 Keenan 2009	+++	
Sedentarietà	Iniziando esercizio moderato tra 45 e 84 anni - 23% totale (+0,72 anni, e 2,49 se anche si smette fumo) In sedentari con MI reinfarto <4-5 volte se > esercizio Scompenso cardiaco cronico esercizio < morte NNT 17 a 2 a. + 1,3/1,5 anni vita in M/F se moderato esercizio dai 50 anni +3,7/3,5 anni vita in M/F se intenso esercizio dai 50 anni -28% totale (e - 47% a 2 anni) in prevenz. secondaria - 27% totale per esercizio moderato, - 32% per intenso Circonfer. muscolo braccio + girovita predice mortalità meglio di solo girovita La forza muscolare in M (e F)	Paffenbarger'93 Steffen-Batey 2000 Piepoli 2004 Franco 2005 Clark 2005 (63 RC Leitzmann 2007 Wannamethee '07 Ruiz 2008	++++	

Fattore di rischio	Effetto su mortalità	Riferimenti bibliografici	Stima possibilità intervento Sanità - nessuna +++++ mas.	Note
	<p>4,04 volte < mortalità</p> <p><9 volte rischio diabete se 5 comport. protettivi in anziani seguiti per 10 anni</p> <p>-93% diabete, -81% infarto cuore, - 50% ictus, - 36% cancro se: non aver mai fumato, BMI <30, ≥3,5 ore/sett. di attività fisica e dieta con > media frutta, verdura, cereali integrali e < media carne rossa</p> <p>- 50% rischio di scompenso cuore se almeno 4 dei seguenti comport. protettivi: peso normale, no fumo, esercizio regolare, alcol con moderaz., cereali integrali da prima colazione, frutta e verdura</p>	<p>Khaw 2008</p> <p>Fontana 2009</p> <p>Mozaffarian 2009</p> <p>Ford 2009</p> <p>Djoussé 2009</p>		
Incidenti auto (ecc.)	> ¹ / ₃ incidenti mortali x guida in stato di ebbrezza. Solo 19% usa dispositivi di sicurezza posteriori	Istat – ACI 2008 Rapporto PASSI 2007 (novemb. '08)	++	5.131 morti 2007, in calo costante
Incidenti domestici			++	< 6.000 morti/anno
Infortuni sul lavoro		Inail Rapporto 2008	+++	1.120 nel 2008 (55% veicolari), in calo costante
Comportamenti sessuali a rischio		Doll 1981 (10%? dei tumori possono derivare da infezioni, parte di cui da com-port. sex a rischio)	+++	
Droghe illegali		++	
Inquinamento aria	- 6 mesi vita x ogni esposizione di 70 aa a 10 µg di PM ₁₀	Kunzli 2000 Crosignani 2002 Schwartz 2008	++	In Milano esposiz. media >50 µg di PM ₁₀
Inquinamento acque, rifiuti ...		Doll 1981 (stima che tutte le fonti di inquinamento diano circa il 2% dei tumori)	+	
	+ 2,2 giorni di vita/donna che fa screening mammografico (11,7 gg/10 anni di screening raccomandato) vs ½ giornata spesa per mammografia 1 morte di ca seno evitata/10	Wright 1998 (interventi medici gener) Hakama 1999 Gotzsche 2008		

Fattore di rischio	Effetto su mortalità	Riferimenti bibliografici	Stima possibilità intervento Sanità - nessuna +++++ mas.	Note
Screening raccomandati	seni operati (qualcuno irradiato) senza necessità/200 donne allarmate senza necessità (NB: gli autori di RCT di screening stimano sovratrattamenti minore di un ordine di grandezza, mentre quelli del Rapporto Indipendente commissionato dal Department of Health UK parla di 3 sovratrattamenti per ogni morte da ca mammario evitata)	Independent UK Panel on Breast Cancer Screening, Lancet 2012	+++	
Interventi medici complessivam. utili		Wright 1998 ecc. ecc.	+++	
Iperensione meglio controllata	-19,5% in diabetici (-7% ns non diabet) -10% totale - 22% mal coronar, - 41% ictus, - 23% scompenso x ogni riduzione PAS/PAD di 10/5 mm Hg	Kostis 2005 Psaty 2003 Law 2009	++++	
Colesterolemia meglio controllata (in prev. secondaria)	-12% totale -18% totale	Baigent CTT 2005 Gould 2007	++++	
Diabete mal controll. o ipercontrollato con terapie troppo aggress.	Target di Hb glicata non aggressivi	Currie 2010 Boussageon 2011 Hemmingsen 2011-13	+++	
Esposizione medica a radiaz. ionizzanti			++++	
Screening non raccomandati e abuso diagnostico (rischi legati ai test+ da sovradiagnosi/sovratrattamento)	Mortalità totale invariata, ma importante aumento morbosità e costi	Gotzsche 2008 Andriole 2009, 2011 Schroder 2009, 2011	+++++	
Iatrogenesi varia				
Ovariectomia preventiv	+ 12% totale	Parker 2009	+++++	
TOS prolungata in donne > 60 anni	+ 15% tot. (ns)	Heiss 2008	+++++	
Diagnostica immagini x lombalgia (salvo semafori rossi)	Iatrogena: + dolore a breve, meno qua-lità di vita, + radiaz. inutili	SNLG 9, ottob. 2008 Chou 2009 NICE 2009	+++++	
Spirometria di screening per BPCO (anche in fumatori)	Iatrogena: + esami e trattamenti con farmaci ed effetti avversi, con benefici trascurabili	USPSTF 2008	+++++	

Fattore di rischio	Effetto su mortalità	Riferimenti bibliografici	Stima possibilità intervento Sanità - nessuna +++++ mas.	Note
effetti degli interventi di cura su lunghezza vita di pazienti colpiti da varie patologie	Wright, N Engl J Med,1998 		

Obiezione 5. La longevità è in conflitto con la qualità della vita delle persone anziane?

Occorre non dimenticare la qualità della vita ("anziani, in buona salute"), sia perché parecchi clinici sono impegnati nel recuperarla/preservarla (riabilitatori, palliativisti), sia soprattutto perché l'allungamento della vita non è un obiettivo incondizionato.

Un allungamento della vita corrisponde anche a una diminuzione (in valore assoluto, oltre che percentuale) degli anni "vissuti male", o invece li aumenta? E comunque occorre evitare l'accanimento terapeutico. E' necessario dimostrare che "la qualità della vita" non confligge con il modello proposto.

R 5

Diversi studi mostrano che le persone con comportamenti più salutari (rispetto al fumo, all'alimentazione, al movimento, al mantenimento di un peso corporeo accettabile ...) oltre a vivere in media più a lungo della popolazione con comportamenti a rischio, vivono in media più anni di vita attiva e in buona salute (in assoluto e in termini relativi rispetto alla durata della loro vita). ³

Per rispondere al cuore dell'obiezione ("la qualità della vita" confligge con il modello proposto?) si rimanda però alla copia dell'articolo "*Gli indicatori della speranza di vita in buona salute*" (Nova A et al. *Politiche sanitarie 2012;13:204*), che affronta estesamente la questione partendo dai dati pubblicati a livello internazionale e nazionale, e conclude che: "*L'insieme delle informazioni disponibili consente ad oggi di considerare valida nella pratica l'ipotesi che la longevità di una popolazione sia, con ragionevole approssimazione, un indicatore valido dello stato di salute di quella comunità*".

Nota: si aggiunge qui, anche come premessa alle successive obiezioni / risposte, una considerazione su disease mongering e connessa iatrogenesi.

In tutti i paesi industrializzati si usa imputare l'incremento della spesa sanitaria con ritmi sempre più insostenibili all'invecchiamento della popolazione, alla disponibilità di terapie per condizioni in passato considerate incurabili, a nuove costose tecnologie sanitarie e a una più esigente "domanda di salute" dei cittadini.

³ Lo mostrano alcune delle ricerche esemplificate nella Tabella al punto 1, e il concetto è stato sistematizzato nelle opere di Fries.

Ma anche il fenomeno del **disease mongering** o “mercificazione/vendita delle malattie” è un potente determinante dell’aumento della spesa sanitaria (e di iatrogenesi) a livello mondiale, e non risparmia certo l’Italia.

Si è detto del continuo abbassamento delle soglie per definire una malattia, con conseguente aumento esponenziale dell’uso di tecnologie diagnostiche e terapie farmacologiche, privilegiando principi attivi molto costosi o comunque includendoli in associazioni, rese *obbligatorie* dalla definizione di target terapeutici *aggressivi*, raggiungibili solo con politerapie croniche. O della pressione per moltiplicare screening di popolazione senza requisiti, né prove di benefici o di chiara prevalenza dei benefici sui rischi, come ad es. quelli ecografici per noduli tiroidei, quelli per melanomi, per ca prostatico con PSA, per ca polmonare con TAC spirale, per bronchite cronica asintomatica con spirometrie, per la stenosi carotidea asintomatica ... e si potrebbe proseguire a lungo.

Anche la Medicina di famiglia ha crescente consapevolezza delle dimensioni e gravità del *disease mongering*, tanto che nel congresso Wonca Europa di Basilea del 2009 ha posto tra le proprie priorità il nuovo termine di “**prevenzione quaternaria**”, o “prevenzione dalla medicina non necessaria” (Jamoulle M, 2009; Kuehle, 2011).

L’invadenza della medicina (presentata oggi dal marketing come *prevenzione*), con i suoi alti tassi di sovradignosi / sovratrattamento, sta generando una crescente quota di popolazione con *etichetta* di malattia e possibile vissuto di disabilità, ma senza effettiva riduzione della speranza di vita.

Non si esclude però che gli effetti avversi di procedure invasive e terapie non necessarie o con altissimo NNT (n. di persone che è necessario trattare per ottenere un singolo beneficio), cui è esposta una frazione crescente della popolazione, finiscano per compromettere non solo la percezione di salute e la qualità di vita, ma la sua stessa *quantità*, arrestando o invertendo la secolare tendenza all’aumento della speranza di vita.

Per questo è particolarmente urgente una riforma strutturale dei sistemi di remunerazione degli attori in sanità, come quella del Modello proposto. Si tratta di una riforma che renda concretamente conveniente la salute, sinteticamente espressa da una longevità sana, anziché la malattia, come accade in grande misura oggi (Donzelli A, 2004; Crivellini M, 2011).

Resta da approfondire il peso relativo sulla durata e sulla qualità della vita degli interventi di prevenzione rispetto a interventi di cura (che siano in grado entrambi di conseguire un aumento della durata della vita). E’ verosimile che nel caso degli interventi di prevenzione la salute e la qualità della vita siano migliori (e inferiori i costi per il servizio sanitario). Occorre chiedersi se anche la maggior longevità conquistata con interventi sanitari di cura si associ a una buona qualità di vita. Probabilmente questa dipende dalla tipologia dei diversi interventi di cura.

Un’Azienda Sanitaria, nella sua programmazione, può puntare a sviluppare gli interventi che assicurano sia più anni, sia più qualità di vita: gran parte degli interventi di prevenzione primaria, ma certo non solo questi, presentano tali caratteristiche.

Senza voler per forza generalizzare, si ribadisce comunque che - anche nel caso del prolungamento della vita conquistato con interventi di cura - la longevità a livello di popolazione è di regola la conseguenza di salute e qualità di vita accettabili ⁴: casi estremi come quelli di soggetti la cui vita è prolungata per molti anni in condizioni artificiali possono fare notizia, ma sarebbero insostenibili/impossibili a livello di popolazione, anche in paesi con un PIL elevato.

⁴ Chi ha esperienza di geriatria e ricerche sulle longevità eccezionali può confermare questa affermazione

Obiezione 6. Anche a seguito di interventi efficaci di prevenzione i ricavi ASL aumenterebbero solo a distanza di molti anni, dunque i vantaggi finanziari del modello sarebbero di molto posticipati rispetto agli anni in cui lo si attua

a) Infatti, dopo impegnativi interventi di prevenzione, per un'ASL il vantaggio economico derivante dal modello potrebbe non essere consistente in quanto:

- si diluirebbe negli anni che corrispondono alla aspettativa media di vita dei cittadini sui quali è stato compiuto l'intervento efficace (ad esempio, per i 60enni fumatori maschi si tratta di circa *15 anni*), rendendo così poco apprezzabile il risultato di un Direttore Generale che viene valutato nell'arco di pochi anni;
- la percentuale di persone che cessano / non adottano comportamenti negativi per la salute (es. smettono / non iniziano il fumo), rispetto alla popolazione generale, a seguito di un intervento dei servizi sanitari, è comunque bassa e – finora - marginale.

R 6 a)

Il sistema di remunerazione proposto non si pone l'obiettivo di arricchire le ASL, ma prioritariamente quello di non incentivare, retribuendolo, il proliferare di prestazioni inutili, costose e dannose. Obiettivo connesso è quello di incentivare azioni e interventi positivi e a basso costo, come molti interventi di prevenzione, di gestione non farmacologica di comuni patologie, molte terapie di efficacia consolidata che utilizzano tecnologie a basso costo: in quest'ottica, l'incentivo economico è comunque positivo, anche se modesto e diluito nel tempo. In effetti **il grosso recupero di risorse, anche finanziarie, da parte delle Aziende Sanitarie deriverebbe dai costi cessanti** per interventi di screening, diagnostici, terapeutici ecc. di scarso o nullo valore aggiunto (quando non addirittura iatrogeni), oggi resi solo per introitare le tariffe con cui è remunerata la *prestazione* relativa, indipendentemente dalla sua utilità per migliorare la salute.

D'altra parte occorre considerare che nell'ASL gli interventi di prevenzione possono (e dovrebbero) essere effettuati non su singoli e sporadici progetti, ma in modo continuativo su tutti i settori in cui è dimostrata la loro efficacia e costo-efficacia, e compiuti da più attori e servizi, in modo sintonico, dal MMG ai servizi distrettuali, allo specialista ospedaliero, aumentando così il loro impatto e i possibili risultati.

Stime effettuate di possibile vantaggio economico, per gli anni di vita guadagnati a seguito di interventi singoli, sono effettivamente basse nel breve periodo (i primi anni) per poi alzarsi nei successivi 5–10 anni; ma questa quantità aumenta ove si consideri un complesso di interventi (prevenzione/cessazione del fumo, prevenzione degli incidenti, corretta alimentazione, esercizio fisico regolare/prevenzione dell'obesità, consumo di ½ -1 bicchiere di vino/die per donne e uomini, allattamento materno prolungato, evitare il consumismo iatrogeno di test diagnostici e di terapie con rapporto sfavorevole rischi-benefici ...).

b) Il vantaggio economico per l'ASL si realizzerebbe solo se le altre ASL rimangono inerti (rispetto alle azioni che aumentano la speranza di vita dei cittadini).

R 6 b)

Certamente, e pensiamo che ciò contribuisca alla virtuosità del sistema: le ASL che conseguono lo stesso risultato (correttamente identificato a livello di popolazione con la longevità, che è “sana” quasi per antonomasia) devono avere lo stesso incentivo.

Vale la premessa alla risposta precedente: l'obiettivo del sistema che premia la salute non è l'arricchimento delle ASL, ma la longevità sana degli assistiti, e probabilmente le differenze fra ASL saranno comunque contenute.

Obiezione 7. ASL con una minor speranza di vita per motivi indipendenti dai servizi sanitari sarebbero penalizzate

a) Una differente speranza di vita fra diverse popolazioni può dipendere da fattori indipendenti dall'intervento dei servizi sanitari (genetici, ambientali, economici, abitudini di vita). Se è così, un'ASL in condizioni sfavorevoli andrebbe aiutata e non penalizzata economicamente.

R 7 a)

- Le mortalità e disabilità infantili in Italia sono relativamente omogenee, e dove non lo sono occorrono incentivi che rendano finanziariamente conveniente superare tali differenze, mentre oggi paradossalmente ci sono importanti incentivi a mantenerle⁵, nel criterio di riparto del FSN alle Regioni (infatti i Governi delle Regioni con una maggiore mortalità infantile e perinatale hanno ricevuto specifici contributi extra per decine di milioni di Euro).

- Gli aiuti alle Regioni con risultati sanitari inferiori di norma non andrebbero dati sotto forma di finanziamenti, di cui storicamente molti organi di governo locale non sembrano aver fatto buon uso, ma sotto forma di:

1. circolazione incentivata di buoni manager e valutatori
2. dinamizzazione del mercato della dirigenza apicale e intermedia

⁵ Ad esempio, si cita la proposta della Regione Campania per il riparto del FSN (Regione Campania. Criteri di riparto Fondo Sanitario Nazionale 2014. Il sole 24 ore Sanità). Partendo da una considerazione giusta (la **spesa sanitaria è meno correlata con l'età della popolazione, ma piuttosto si concentra nei mesi immediatamente antecedenti la morte, e meno negli anziani rispetto ai più giovani**), gli estensori della proposta giungono alla **conclusione che bisogna considerare per il riparto dei fondi altre caratteristiche oltre l'età della popolazione (mortalità e condizione socio economica)**. La loro proposta costituisce oggettivamente **un incentivo a mantenere le condizioni negative che danno origine al maggior finanziamento**. Se in un futuro più o meno prossimo la mortalità delle Regioni svantaggiate diminuirà, cesserà il finanziamento che avrà permesso di attuare gli interventi sanitari finalizzati a questo risultato.

E' vero che peggiori condizioni generali possono richiedere un maggior sostegno economico, ma questo, per essere etico, dovrebbe essere a termine stabilito e riconfluire in un meccanismo che premia i risultati di salute.

3. strategie più *cost-effective* per ottimizzare l'impiego delle ingenti risorse comunque disponibili nella Sanità di qualsiasi Regione
4. *know-how* tecnico scientifico, organizzativo, gestionale e sui sistemi premianti
5. manuali su come mettere in atto le *best practices*
6. formazione
7. ... e anzitutto una riforma del sistema di remunerazione degli attori del sistema, che allinei le loro convenienze alla salute della comunità dei cittadini e che li responsabilizzi ai risultati di interesse, con chiari disincentivi a cascata quando non questi non sono raggiunti
8. oltre a concreti disincentivi per i componenti delle Giunte e i partiti che li sostengono in assenza di progressi nella direzione richiesta (vedi Bordignon M e Turati G: <http://www.lavoce.info/la-sanita-in-rosso-si-cura-col-fallimento-politico/> 5-3-2010), sia dal punto di vista dell'equilibrio economico, sia da quello della longevità della popolazione.

Finora il FSN ha finanziato le Regioni, e queste le ASL, soprattutto con quote capitarie piuttosto uniformi, con solo piccole differenziazioni in funzione dell'età degli assistiti, che potrebbero essere insufficienti a riequilibrare i maggiori costi sanitari di Regioni con popolazioni strutturalmente più "anziane", e sono totalmente inadatte a incentivare (meno che meno in modo esplicito e consapevole) il "risultato di sistema" di una maggiore longevità degli abitanti.

- In ogni caso, come criterio generale, gli incentivi non devono in alcun modo essere collegati alla statica fotografia di situazioni sfavorevoli, bensì al loro superamento / alla velocità dei progressi nella direzione del loro superamento, e in questo senso le ASL che partono svantaggiate in teoria possono avere maggiori possibilità di miglioramento ⁶.

b) Senza un adeguato finanziamento non si possono correggere le disuguaglianze nell'aspettativa di vita della popolazione: occorre anzitutto porre rimedio al "cronico sottofinanziamento" del SSN.

R 7 b)

⁶ questo è vero se dall'anno zero le ASL con minore speranza di vita non si trovano penalizzate da un minor finanziamento. Come raccordare il finanziamento proposto dal modello con il finanziamento attuale? Due possibilità sono insoddisfacenti e poco realistiche: ricalcolare il finanziamento delle ASL da subito secondo l'età pesata degli assistiti oppure mantenere lo storico e pesare l'età degli assistiti su questa base, in modo differente per ciascuna ASL. Una terza possibilità è: corrispondere una percentuale del finanziamento regionale su base storica, a decrescere anno dopo anno, e la percentuale complementare fortemente pesata per età degli assistiti, a crescere negli anni. Ovviamente, occorre rendere esplicito sia il meccanismo, sia la sua progressione, sia le nuove convenienze che determina, e attivare con decisione anno dopo anno i meccanismi correttivi da 1 a 7 sopra descritti nei confronti di Regioni con risultati sanitari inferiori.

La convinzione diffusa che le disuguaglianze nei risultati dei sistemi sanitari siano dovute a problemi di (sotto)finanziamento trova poco riscontro nei dati. Basta effettuare una serie di confronti internazionali per constatare quanto sia debole la correlazione tra spesa totale pro-capite (in PPP\$ o PPP€) e risultati di un sistema sanitario in termini di salute/aspettativa di vita prodotta, o anche di soddisfazione degli assistiti⁷.

Bisogna insistere: il problema non sta nell'entità del finanziamento concesso (quello complessivamente messo in campo può essere in genere sufficiente / più che sufficiente: non dimentichiamo di avere una delle più alte spese sanitarie pro-capite del mondo – v. dati OMS e OCSE), bensì nella qualità/efficacia delle risorse fornite dal Governo e dal SSN alle Regioni in difficoltà. Si vedano in proposito gli 8 punti di cui all'elenco in R7 a).

c) Spesso gli anziani sono “scaricati” in case di riposo, oppure vanno a villeggiare per molto tempo in altre Regioni, dove gravano sul bilancio. Retribuire i Medici di Famiglia o le ASL come se gli anziani fossero tutti presenti sembra sbagliato.

R 7 c)

Alcuni strumenti correttivi sono già in essere (cambio di residenza e del MMG, rivalsa da parte delle Regioni ospiti): si tratta di verificarle e renderle più precise e rispondenti al modello proposto.

Tra l'altro, con tutta probabilità, la speranza di vita (e forse anche la qualità della vita) nelle strutture di ricovero è minore rispetto a quella nella normale abitazione dell'anziano, e ciò dovrebbe spingere le ASL a incentivare, ove possibile, le forme di assistenza alternative al ricovero.

Obiezione 8. Il finanziamento per quota capitaria può essere indicato per ASL, ma sarebbe di difficile applicazione per AO, soprattutto per quelle più grandi, per le quali è difficile definire i confini territoriali

R 8

Sarebbe già importante mantenere un finanziamento a quota capitaria (correttamente implementato come descritto) nelle ASL, dato che vi sono Regioni in cui ciò non accade più da anni, e dove anche per le ASL si sta remunerando la “produzione”.

Quanto alle AA.OO., un rapporto (in verità di parecchi anni fa) mostrava per la maggior parte delle stesse bacini che differivano di poco da quelli delle ASL in cui insistevano. In effetti una situazione come quella descritta nell'obiezione complica l'applicazione del Modello ad AO con bacino di afferenza che travalichi troppo quello dell'ASL di insistenza, ma sembra che tali grandi strutture siano in minoranza rispetto a Ospedali con bacini relativamente più definiti.

⁷ Donzelli A. 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? (prima parte) ASI 2003;41:13-20. // - (seconda parte) ASI 2003;41:21-29.

In molti casi la situazione sarebbe comunque gestibile con i criteri previsti dal Modello proposto (v. *Allineare a etica e salute della comunità dei cittadini le convenienze dei diversi attori in Sanità, Mecosan 2004, punto 3.2*).

Obiezione 9. a) Le tipiche attività ospedaliere si presterebbero all'implementazione del modello?

R 9 a)

Moltissime tecnologie semplici e a basso costo sottoutilizzate salvano la vita / prolungano più vite di prodotti tipici dell'abuso tecnologico e del consumismo sanitario. A titolo indicativo, numerosissimi esempi sono contenuti nelle *Pillole* di buona pratica clinica per medici già pubblicate da CIS Editore e ora dalla Fondazione Allineare Sanità e Salute (ad oggi 114 schede), e molti di tali interventi sarebbero utilmente applicabili anche a livello ospedaliero, senza che le alte tecnologie debbano essere abbandonate, purché servano effettivamente l'obiettivo di aumentare longevità e/o qualità di vita, siano applicate in modo appropriato (a chi ne può effettivamente avere beneficio) e non abbiano alternative di pari efficacia e costi minori.

b) Gli Ospedali potrebbero non accettare di essere finanziati in base a un esito che non dipende solo dal proprio operato (es: gestione impropria del diabete, dell'ipertensione, del rischio CV in genere da parte delle cure primarie): lo specialista può trovare incongrua una modalità di retribuzione / incentivazione su risultati che non dipendono dal suo operato.

Ciò potrebbe essere:

- causa di rifiuto del nuovo modello di finanziamento, oppure
- causa di "ingerenza-pretesa" di gestire tutto il percorso del paziente, anche la parte di pertinenza delle cure primarie.

R 9 b)

Occorre distinguere tra percorsi in parte presidiati dallo specialista (es. cardiologo ospedaliero e ipertensione) e percorsi cui lo specialista è estraneo.

Nel primo caso si ritiene che con la modalità di finanziamento proposta sia necessario stabilire con chiarezza le specifiche competenze/compiti dei singoli comparti del sistema sanitario, i contenuti dei percorsi di prevenzione, diagnosi e cura, e si potrebbe forse pensare a un sistema di reciproca rilevazione di eventi sentinella (eventi a monte rilevati da parte ospedaliera ed eventi a valle di un ricovero ospedaliero rilevati dalle cure primarie).

Sicuramente il Modello proposto spinge a un'integrazione degli interventi tra i diversi attori che intervengono su un paziente: è ovvio l'interesse che il proprio intervento, finalizzato ad allungare la vita in buona salute dell'assistito, sia rinforzato, e non compromesso, da interventi di altri (non è così per il sistema basato su tariffe e DRG, secondo il quale interessa la singola prestazione/episodio di cura, non i suoi risultati, in particolare quelli a lungo termine, e per la quale l'integrazione può rappresentare soprattutto un "costo").

Il Modello proposto ha le premesse per incentivare le comunicazioni tra medici intra- ed extraospedalieri, anche dirette e riferite ai singoli pazienti. Le relative modalità potranno essere rese più sistematiche ed efficienti venendo formalmente previste e non lasciate alla buona volontà, all'impegno dei singoli professionisti e ai ritagli di tempo. Tuttavia, benché tali comunicazioni non siano specificamente retribuite, è intuitivo che ai professionisti dovrebbe risultare più chiara di oggi la convenienza – non solo etica – di trasferire in modo efficace le informazioni clinicamente rilevanti.

A un livello più generale, sarà incentivata la definizione dei percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza per le diverse patologie, sia nel rapporto ospedale territorio sia negli ambiti ospedalieri e territoriali, dando così strumenti utili ai diversi professionisti (e utili anche per diminuire il disorientamento dei pazienti).

L'Azienda Ospedaliera nel suo complesso avrà il compito di definire con le ASL questi percorsi virtuosi e di incentivare gli specialisti interessati ad applicarli.

Ogni specialista sarà coinvolto nella definizione ed attuazione dei percorsi attinenti alla propria specialità. Per tutti gli specialisti, parte della retribuzione di risultato potrà essere collegata ad obiettivi di buona pratica clinica connessi con le evidenze scientifiche e congruenti con il risultato generale. ⁸

Obiezione 10. Non si rischierebbe l'abbandono di prestazioni sanitarie utili ma costose?

In una situazione di ristrettezze economiche, con un sistema che non paghi più le prestazioni non si rischia l'abbandono di interventi e anche di interi settori utili, ma costosi? Ciò vale sia per interventi rivolti a tutta la popolazione (tipicamente quelli di Terapia Intensiva), sia destinati a fasce numericamente molto esigue (es. malattie rare). Gli interventi in questi settori non verrebbero più adeguatamente remunerati da solidi DRG.

In particolare ci possono essere interventi sanitari utili per la qualità (e non per la durata) della vita, come le cure palliative e in generale la terapia del dolore nelle sue varie declinazioni; malattie rare la cui cura è costosa, malattie che provocano handicap nell'infanzia compromettendo l'aspettativa di vita, la cura di anziani il cui costo supera la quota capitaria.

R 10

Occorre premettere qualche ulteriore riflessione sul concetto di utilità.

⁸ Andrebbe approfondita le riflessione sull'attuale struttura dei compensi degli specialisti (vedi anche obiezione 18): nel pubblico, la gran parte dello stipendio è fisso e la quota variabile è connessa a risultati quasi sempre scontati (e spesso quantitativi).

Gran parte degli specialisti effettua attività privata, e in tal caso la qualità percepita dai clienti dell'operato dello specialista nel settore pubblico diventa la leva per aumentare la quantità delle proprie prestazioni erogate privatamente (salvo poi ritornare al pubblico per completare l'iter diagnostico- terapeutico). In tal modo le entrate in libera professione diventano parte consistente della retribuzione dello specialista.

Il modello proposto (per ora) non impatta direttamente sull'attività privata; prevede invece che la retribuzione di risultato sia posta da una parte sul risultato generale dell'Azienda; dall'altra su specifici progetti di area con obiettivi chiari in termine di salute.

Se gli interventi sono utili per la longevità, essi sono remunerati dal modello proposto. Come pure se sono utili per rispondere a bisogni reali (se no la domanda di prestazioni si sposta su ASL/AO più o meno limitrofe e il budget annuale dell'ASL di residenza si assottiglia per pagare DRG e tariffe a chi ha erogato le prestazioni).

Se per utilità si intende la risposta a bisogni fittizi, occorre imparare a pensare e a comunicare chiaramente che questi interventi non sono utili, convincendone gli assistiti (oggi l'incentivo a fare questo non c'è, mentre con il Modello proposto tale incentivo opererebbe nei fatti, e sarebbe introdotto in tutte le Articolazioni Organizzative all'interno del Sistema Sanitario).

Se si notasse che la progressione dei coefficienti per età delle quote capitarie non dovesse risultare adeguata a remunerare qualche specifico risultato utile (o eventualmente qualche prestazione ritenuta utile – purché non inducibile -, si può introdurre, anche localmente e temporaneamente, un incentivo integrativo per quel risultato o prestazione (così come si modulano le tariffe).

In altri termini, occorre monitorare nel tempo se vi saranno prestazioni sicuramente utili (efficaci) che saranno svantaggiate dal Modello. Tuttavia vale la pena di ricordare che con il modello attualmente in vigore (DRG) sono svantaggiate tutte le prestazioni che non hanno un buon differenziale tra la tariffa (regionale) e il costo di produzione (locale e contingente), e viceversa sono incentivate tutte le prestazioni in cui questo differenziale è conveniente, indipendentemente dalla necessità e appropriatezza di tali prestazioni sul singolo assistito. Preoccuparsi eccessivamente di quanto espresso in questa obiezione significa “vedere una possibile pagliuzza nell'occhio” del Modello proposto “senza vedere la trave nell'occhio” del modello oggi in atto. ⁹

⁹ per obiezioni riferite a specifici interventi terapeutici, sarebbe interessante analizzare come il modello impatta sulle singole patologie, cioè come l'applicazione del modello probabilmente introdurrà buone pratiche / correggerà cattive pratiche.

In sintesi, l'ipotesi è che:

- il modello di retribuzione basato su tariffe/DRG incentivi interventi di diagnostica, anche ad alto costo, e interventi terapeutici, chirurgici o altro, anche quando la loro utilità non è dimostrata (o, peggio, quando vi sono indicazioni di uno sfavorevole o discutibile rapporto rischi/benefici). Quando non vi è più spazio per questi interventi, di alto costo e alta remunerazione, il paziente tende a essere abbandonato, soprattutto nelle fasi di assistenza, bisognose di integrazione con altri servizi, con grave discapito della qualità della vita, della allerta su complicazioni che necessitano di intervento, della soddisfazione del paziente e della famiglia. Tutto ciò si riflette anche sulla durata della vita;

mentre

- il modello proposto incentivi interventi educativi, preventivi, diagnostici e terapeutici efficaci e appropriati per la durata e la qualità della vita, spinga a non abusare della tecnologia, incentivi comportamenti più rispettosi della dignità del paziente, non lo abbandoni nell'assistenza post acuzie, ricerchi la qualità della vita anche attraverso l'integrazione con altri servizi e la cura, nei limiti del possibile, delle prestazioni assistenziali.

Questa ipotesi andrebbe cimentata con l'analisi delle singole patologie. Per l'esperienza diretta di pazienti colpiti da ictus cerebrale, scompensi cardiaci, tumori, sembra che vi siano elementi soprattutto a sfavore del sistema attuale (poi è da vedere se la carente assistenza sia dovuta alle tariffe/DRG, o ad altri fattori che possono essere unificati nella specializzazione - e settorializzazione - sempre più spinte). Può essere

Obiezione 11. Non si rischia che i malati più gravi non li voglia curare più nessuno?

R 11

In parte la risposta si trova già nel Manuale al punto precedente (R 10). Si aggiungono alcune osservazioni:

A) nessuno può escludere che la condizione di “malato più grave” gli capiti nel corso dell’esistenza, dunque un sistema che voglia mantenere la fiducia dei suoi clienti (si ricorda che il core-business per l’ASL, il Distretto, l’Ospedale di presidio, è rappresentato dai residenti nel proprio bacino; per il MMG e il PdF dagli assistiti che lo hanno scelto) dovrà evitare di abbandonarli nel momento di maggior bisogno, o rischierà per sfiducia e indignazione di perderne molti altri...

B) per gran parte dei medici parlare di loro propri *interessi* è un affronto, perché sostengono di agire solo in base all’etica e per il bene dei pazienti: dunque non dovremmo preoccuparci che “nessuno voglia curare un paziente perché non è più remunerativo”... Possibile che, attuando il Modello proposto, questa etica venga meno?

C) se poi ci dovessero essere condizioni non sufficientemente tutelate dalle quote capitarie progressive per età, per le quali si ritiene occorranco incentivi integrativi, se ne può certo ragionare. Ma si vuole concludere con quanto scritto in proposito al termine della R 10 del Manuale:

“vale la pena di ricordare che con il modello attualmente in vigore (DRG) sono svantaggiate tutte le prestazioni che non hanno un buon differenziale tra la tariffa (regionale) e il costo di produzione (locale e contingente), e viceversa sono incentivate tutte le prestazioni in cui questo differenziale è conveniente, **indipendentemente dalla necessità e appropriatezza di tali prestazioni sul singolo assistito**. Preoccuparsi eccessivamente di quanto espresso nella obiezione (sopra formulata) significa “vedere una possibile pagliuzza nell’occhio” del Modello proposto, e non ...

Obiezione 12. Gli specialisti delle diverse discipline pensano che per migliorare la salute occorra aumentare le proprie attività, senza più vincoli economici.

R 12

Che ogni specialista lo pensi davvero in cuor suo non è scontato. Ma la teoria economica insegna che, se gli *conviene* pensarlo, gli farà piacere pensarlo.

Se però il nuovo modello di remunerazione eliminerà per lo specialista-erogatore la convenienza aprioristica ad aumentare la propria attività, si verificherà un importante cambiamento di prospettiva sia per lo specialista in questione, sia per l’Organizzazione di cui fa parte. Infatti diventerà più facile per lui “aprirsi” ad altre priorità, e agli altri membri dell’Organizzazione - superiori e colleghi di lavoro - converrà farglielo presente, aumentando sempre più la *pressione sociale* nei suoi confronti perché faccia ciò che

comunque utile che specialisti con attitudine a riflettere sulla propria pratica possano esprimersi sull’impatto delle tariffe/DRG sui pazienti.

risponde alle nuove convenienze dell'Organizzazione, mentre oggi nessuno ha questo incentivo.

In ogni modo, l'aspetto sollevato dall'obiezione va considerato da due punti di vista: quello del paziente e quello del medico specialista.

Punto di vista del paziente: egli ha sicuramente bisogno di interventi specialistici di ottimi sapere e tecnica, ma ha anche bisogno di integrazione fra i vari interventi medici di cui è oggetto, e ha bisogno che tutti questi interventi siano appropriati, cioè efficaci per lui.

Il paziente pertanto ha un'esigenza oggettiva, non tanto di interventi specialistici numerosi e di alta tecnologia, ma di interventi specialistici sottoposti al vaglio di sicure prove di efficacia. E se non è consapevole di questa esigenza, perché (dis)educato a pensare che ogni prestazione sia "buona e giusta", starà alla Sanità pubblica, cui il nuovo modello di remunerazione fornisce incentivi corretti, fargliene prendere coscienza.

Punto di vista dello specialista: per una serie di ragioni, chiunque abbia stima di sé (come i medici) valorizza i propri successi e tende a scotomizzare gli insuccessi. Tanto più se la medicina si considera un'arte e non vi è l'abitudine del rigoroso vaglio delle prove di efficacia. Occorre invece che lo specialista assuma il criterio della prova di efficacia teorica e delle probabilità di efficacia pratica dei propri interventi, venendo così a far coincidere le proprie scelte operative con gli interessi del paziente.

Obiezione n. 12 bis. Comportamenti opportunistici

a) Dato che gli effetti sulla mortalità saranno apprezzabili solo sul medio-lungo periodo, mentre i Direttori sono valutati sul breve-medio periodo, è possibile che si generino comportamenti opportunistici. Riduzioni di spesa corrispondenti a diminuzione di interventi sanitari (anche utili alla longevità e alla buona salute degli assistiti) sarebbero quantificabili nel breve-medio periodo, e potrebbero sovrapporsi e confondere riduzioni di spesa per interventi inutili e inappropriati, causando una *valutazione positiva* distorta dei Direttori.

b) Anche singoli medici possono adottare comportamenti opportunistici.

R 12 bis

a) Comportamenti opportunistici del tipo di quello descritto sono effettivamente possibili (e comunque possono ben essere già in atto oggi, data l'enfasi nella valutazione messa essenzialmente sul contenimento dei costi).

Comunque, nel modello proposto, i Direttori Generali, come le ASL nel loro complesso, non saranno valutati anzitutto sul decremento della spesa globale. La valutazione avverrà anzitutto sull'incremento della longevità (o, in subordine, sull'attuazione completa di interventi connessi, secondo le regole dell'EBM/EB Health Care, con la diminuzione della mortalità e l'aumento della longevità).

La valutazione integrativa su obiettivi di contenimento della spesa sarà applicata solo:

- in presenza di un aumento della longevità tendenzialmente migliore rispetto al trend storico dell'ASL e della media delle altre ASL della Regione
- o su ambiti specifici di manifesta inappropriata e su specifici progetti approvati dalla Regione.

Inoltre il monitoraggio epidemiologico della salute degli assistiti e degli interventi sanitari attuati e il monitoraggio finanziario della spesa per singole voci concorreranno a evidenziare possibili comportamenti opportunistici. La prima applicazione “sperimentale” del modello solo in alcune ASL servirà anche per evidenziarli ed approfondire le contromisure.

A questo fine, la Regione determinerà le specifiche voci di spesa da monitorare e quelle il cui decremento dovrà fare scattare un campanello di allarme ed essere accompagnato da esplicite e razionali motivazioni.

b) Si ricorda che comportamenti opportunistici di singoli sanitari possono senz'altro essere già in atto con il sistema attuale, sia nell'eccedere in prestazioni remunerate/

/contabilizzate di cui il clinico non riconosce valore per la salute, sia nell'omettere/ridurre prestazioni ritenute utili ma non valutate/remunerate.

Ciò premesso, molte risposte di cui al punto **a)** valgono anche per singoli sanitari. Per loro inoltre può essere più facile, chiarito l'obiettivo inclusivo della longevità sana e gli incentivi connessi, selezionare linee guida coerenti di buona pratica, scartando quelle guidate da interessi di altra natura.

Inoltre la maggior parte di loro ha la prospettiva di restare nell'Azienda in cui prestano servizio molto più a lungo delle Direzioni strategiche, per cui i rischi di cui all'obiezione possono essere attenuati, se comprendono chiaramente che l'investimento nel presente consentirà di raccogliere importanti benefici negli anni a venire, o viceversa.

Obiezione 13. E' inevitabile che il progresso della tecnologia aumenti i costi

Lo sviluppo della tecnologia (specie in campo diagnostico, chirurgico, farmacologico) porta a costi sempre crescenti, che sono da anni fuori controllo. Il rischio imminente è la dissoluzione del Servizio Sanitario pubblico con passaggio alle Assicurazioni, e tutto ciò che ne consegue.

Vi è l'impressione che molti, anche fra gli addetti ai lavori, diano questo passaggio come scontato, e che DRG e tariffe configurino una forma iniziale di pagamento delle Assicurazioni, con successivi bilanciamenti e revisioni lasciati alla contrattazione fra privati.

R 13

Non è affatto scontato che lo sviluppo della tecnologia debba portare a costi sempre crescenti, e spesso non è così (si pensi alla guarigione delle ulcere peptiche con poche settimane di ranitidina o di inibitori della pompa protonica).

Lo è solo se la convenienza di chi produce tecnologia è di proporre tecnologia più costosa (o, per meglio dire, che gli garantisca un maggior margine rispetto al suo costo di produzione). Se gli incentivi agiscono nella direzione giusta, l'evoluzione della tecnologia diventa un potentissimo strumento per ridurre i costi, non per aumentarli.

Del resto, anche se dessimo per scontato che gli interessi industriali tendono comunque a massimizzare la produzione, senza attenzione per il corretto uso dei prodotti dell'industria stessa, occorrerebbe ricondurre la questione all'individuazione del sistema di pagamento

che meno incentiva i decisori clinici ad allinearsi a questi interessi. E' del tutto verosimile che il pagamento a prestazione tenda ad aumentare le prestazioni che risultano (localmente e addirittura *individualmente*) remunerative e l'uso anche improprio della tecnologia. Nel pagamento secondo il Modello proposto, invece, non ci sarebbe nessun incentivo al proliferare di interventi della cui utilità per il paziente il professionista non fosse convinto.

Va poi considerato l'aspetto dell'obiezione secondo cui la spesa sarebbe comunque fuori controllo, anche per interventi appropriati, essendo in crescita le esigenze sanitarie e la disponibilità di interventi che vi corrispondono correttamente. Questo è un punto da analizzare in profondità: noi pensiamo che potrà essere verificato adeguatamente quando si sarà posto rimedio alla gran parte degli interventi inappropriati e costosi attualmente erogati dal Servizio Sanitario.

Il discorso è complesso, ma potrebbe ridursi al problema: attualmente e in prospettiva, gli interventi efficaci sono tutti sostenibili economicamente (cioè, vi è la disponibilità economica di praticarli a tutte le persone che ne hanno bisogno)? Se no, quali non lo sono? Noi pensiamo che per il momento, e per molto tempo ancora, tutti gli interventi di provata efficacia siano sostenibili (con l'accortezza che, a parità di efficacia provata, si scelga l'intervento più economico). Lo specialista non dovrebbe avere difficoltà ad accettare questa logica, dato che l'adotta in tutti i contesti extrasanitari della sua vita.

Obiezione 14. Il Modello offre scarso incentivo al progresso scientifico e tecnologico.

Fa correre il rischio di "appiattimento". L'AO potrebbe non intravedere alcun vantaggio economico nel progresso tecnologico (anzi considerarlo una spesa da evitare, perché non adeguatamente remunerata se non è già evidente l'effetto sulla mortalità). Ne risulterebbero penalizzati l'acquisto di nuove strumentazioni, la sostituzione di quelle obsolete anche qualora sia realmente necessario, il dotarsi di nuove tecnologie e provvedere al relativo specifico addestramento del proprio personale.

Come conseguenza di ciò, l'AO si priverebbe anche di attrattiva verso le personalità professionali di maggiore spicco, che potrebbero scegliere sia di rimanere al loro posto remando comunque contro e coalizzandosi in una campagna "culturale" denigratoria, oppure indirizzarsi "altrove" (nel privato rimasto fuori, che verrebbe facilmente presentato come l'unico dotato di tecnologie adeguate. Data la posta in gioco, oggi non sarebbero poche le grosse istituzioni bancarie, assicurative, ecc. disposte a finanziare tali progetti e a mettersi alla loro testa).

R 14

Chi ricerca la soddisfazione professionale del lavorare o dirigere un reparto all'avanguardia va considerato un potenziale produttore di risultati positivi per il modello proposto. Il correttivo non è certo quello di negargli la gratificazione tecnologica professionale, ma quello di dare un grosso sostegno alla vera ricerca clinica, orientata alla salute del paziente e alle soluzioni più costo-eficaci, dando la possibilità di documentare risultati di interesse. Si tratta poi di rendere prassi normale (all'interno del mondo

professionale, ma anche alla popolazione tramite adeguata informazione mediatica) il consenso al professionista che è davvero interessato al miglioramento tecnologico per ottenere migliori risultati in efficacia ed efficienza, e non è invece interessato a “giochi” che gli sono molto fruttuosi....

Oggi gli ospedali pullulano di pseudo-ricerche di scarsa o nulla rilevanza clinica. Purtroppo, però, per incidere in questo campo vi sono molti ostacoli, oltre che verosimilmente formali/normativi ed economici, anche e soprattutto di livello culturale dei dirigenti delle ASL/Regioni, Organizzazioni/Istituzioni che dovrebbero invece comprendere e conoscere le aree che richiedono ancora ricerca, e porre priorità, proporre e in parte commissionare i campi e gli obiettivi di ricerca.

Da una parte occorre favorire alcune grandi ricerche di qualità. Dall'altra “promuovere il concetto” che comunque, anche a livello micro, tutto ciò che si ipotizza (su basi solide) essere in grado di migliorare l'efficacia di una procedura (una nuova tecnica, una nuova terapia, ecc), ma che non lo ha ancora dimostrato, non deve essere contrabbandato a priori come migliore e quindi già standard (“noi facciamo così”), ma dev'essere costantemente ed esplicitamente proposto come sperimentale, e come tale sovvenzionato.

La “promozione di tale concetto” deve però essere molto concreta, e significa devolvere ai reparti implicati una parte del vantaggio economico dell'Azienda o altri vantaggi; i singoli primari potrebbero beneficiare per il loro reparto di una parte proporzionale dei maggiori risultati dell'AO (inclusi incentivi - di carriera? economici? formativi? - per i singoli medici). Ciò costituirebbe automaticamente anche un correttivo rispetto al rischio di appiattimento insito – per le AO - nel Modello di finanziamento proposto, e al tempo stesso permetterebbe di emergere a una nuova diversa leva di dirigenti ospedalieri.

Obiezione 15. Abbandonando DRG e pagamento a tariffa si perderebbero informazioni su attività dei servizi sanitari e malattie della popolazione

Il modello DRG permette di realizzare sia statistiche di attività sia statistiche epidemiologiche, nel ricostruire la storia sanitaria delle persone. Non si può eliminare tutto considerandolo solo mera attività amministrativa.

R 15

In realtà un sistema di raccolta dati corrisponde alle finalità per cui è stato predisposto; i dati, se letti per altre finalità, risultano deformati, anche se un osservatore avvertito può introdurre specifiche cautele e correzioni.

Si può comunque continuare a raccogliere dati sull'attività dei servizi e sulle malattie curate. Se ciò avvenisse in maniera routinaria, il minor impegno con cui potrebbero essere raccolti, per il venir meno di un interesse materiale, potrebbe comportare una minore accuratezza, che difficilmente però sarebbe superiore alla quota di distorsione, dei dati e delle attività, data dall'attuale incentivazione alla produzione di prestazioni profittevoli. Qualora occorrono dati per effettuare inferenze di carattere epidemiologico, è probabile che siano insostituibili le indagini ad hoc, anche se l'uso crescente dei database amministrativi ha potenzialità di indubbio interesse.

Obiezione 16. Il sistema basato su DRG e tariffe per prestazioni funzionerebbe, a condizione che vi fossero controlli maggiori e più efficienti, in grado, sotto il profilo quantitativo e qualitativo, di individuare le prestazioni improprie.

R 16

L'esperienza di questi anni ha dimostrato che i migliori controlli riescono a individuare:

- errori di tipo amministrativo (incompletezze, duplicazioni, ecc.)
- reati di tipo penale (l'esperienza in Milano dei casi Poggi Longostrevi e Clinica S. Rita).

Nulla hanno potuto i controlli rispetto alle scelte fatte su elementi clinici soggetti alla valutazione del medico, che in presenza di una patologia può orientarsi o meno verso gli uni o gli altri interventi diagnostici e terapeutici. Sono queste le decisioni che costituiscono la massima parte dell'appropriatezza o inappropriata degli interventi. Il grado di appropriatezza può essere arguito poi, per alcune patologie, sul complesso degli interventi (es: % di parti cesarei di un reparto o di una Regione), ma quasi mai, anche quando questi volumi sono palesemente inappropriati, possono essere collegati a posteriori a singoli interventi.

In effetti il pagamento a prestazione in sanità presenta un grave problema strutturale. Un noto 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 ciò che più serve alla sua salute. Ma ciò vale anche per un *acquirente* più esperto (ASL/AUSL), 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. Anche dove Linee-guida su risposte efficaci siano ben definite, e anche dove queste fossero *evidence-based* e rispecchiassero gli interessi della Sanità Pubblica (il che accade meno spesso di quanto comunemente pensato) 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 una Linea-guida a un caso clinico. Infatti molti degli elementi che possono giustificare (o no) la decisione di un intervento sono basati su sintomi e situazioni cliniche 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 a 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 ...»* (Saltman, Figueras, 1998).

Ne consegue che l'unico controllo efficace ed efficiente in Sanità è di norma l'autocontrollo, che avviene secondo gli interessi del paziente e del SSN solo a patto che anche gli interessi del prescrittore/erogatore vi siano stati allineati.

Obiezione 17. Togliere ogni valore alle prestazioni potrebbe ridurre l'efficienza aziendale.

R 17

Non si parla affatto di togliere ogni valore alle prestazioni. Si tratta solo di restituire loro la funzione per cui (in teoria) sono nate: produrre salute (dunque essere funzionali alla longevità sana).

In quest'ottica tutte le prestazioni vanno ri-valutate: quelle onerose e complesse ma irrilevanti per il vero obiettivo che giustifica un Sistema Sanitario pagato con le tasse dei cittadini sono per definizione inefficienti (senza efficacia, non c'è efficienza ma solo la sua distorsione: l'efficientismo) e andrebbero abbandonate. Invece, quelle che l'epidemiologia e l'esperienza clinica mostrano essere importanti per costruire una longevità sana vanno perseguite, e con il Modello proposto tutta l'Organizzazione, non solo i controllori al suo interno, esprimerà una nuova tensione in questa direzione ed eserciterà un crescente *controllo sociale* sull'efficienza con cui sono rese (il che oggi raramente accade: gli incentivi del personale dipendente e convenzionato vanno piuttosto nella direzione del "vivi e lascia vivere" e "pensa ai fatti tuoi").

Obiezione 18. Già ora il vigente tetto sulle prestazioni "a contratto" non incentiva affatto a produrre di più. L'Ospedale ha già interesse a fare meno prestazioni.

R 18

I "tetti" regionali pongono limiti al numero complessivo delle prestazioni e ai costi finanziari che la Regione sosterrà, ma non entrano realmente nel merito di quelle più efficaci, né possono farlo per quelle clinicamente più appropriate (cioè "l'intervento efficace alla persona che ne avrà un beneficio netto"). I tetti lasciano in atto gran parte degli incentivi, e i comportamenti che producono eccessi e inapproprietezze, nelle diagnosi, negli accertamenti e nelle terapie che, al pari delle prestazioni appropriate, trovano riscontro economico nel Fondo Sanitario regionale o in altre forme di partecipazione privata alla spesa (v. anche *"Tetti di spesa per erogatore e pagamento delle prestazioni a tariffa: un "nuovo" cocktail fallimentare"*. *Prospettive Sociali e Sanitarie 11: 1-4, giugno 1998*).

I meccanismi di finanziamento odierni delle AO, con differenze regionali anche rilevanti, vanno certo approfonditi.

Riteniamo comunque che ci siano potenti componenti della remunerazione medica che prescindono dal modo con cui oggi la Regione Lombardia, e non solo, paga le AA.OO.

Si pensa:

- agli incentivi di produttività, che in gran parte d'Italia sono legati alla *quantità* di prestazioni delle UO e dei professionisti
- agli incentivi alla riduzione delle liste di attesa, spesso giocati solo su un aumento acritico delle prestazioni relative, senza alcuna azione efficace che ne disincentivi l'induzione
- a tutto il mondo della libera professione intra- ed extramoenia, dove il pagamento a prestazione è la regola e la quantità di prestazioni profittevoli può determinare differenze notevoli di reddito (e che tende a *trascinare* analoghi effetti induttivi nell'attività istituzionale degli stessi professionisti che attuano la libera professione)

- agli incentivi per la ricerca (opportunamente *orientata*, o compensatori di prescrizioni/erogazioni compiacenti) elargiti a Dipartimenti e UO da parte di sponsor commerciali
- dei benefici riservati da produttori ai prescrittori in termini di borse di studio, dotazioni/donazioni per i reparti, pagamenti di congressi in località turistiche, ecc.
- (per non parlare dei “guasti” culturali causati da anni di enfasi sulla produttività in termini di prestazioni, considerate acriticamente sempre e comunque utili, solo da rendere con maggior “efficienza”).

Tutto ciò si aggiunge allo stipendio del professionista, ed è la vera voce variabile della remunerazione, che si riverbera anche sull’attività istituzionale (per far solo due esempi tra mille possibili, non foss’altro che per una questione di “identità”, sarebbe difficile per uno specialista “farsi piacere” il costosissimo e profittevole ezetimibe, od olmesartan, uno dei due sartani ancora a prezzo di brevetto nelle prescrizioni in libera professione, e poi contrastarli nell’attività istituzionale. Sceglierà invece di “farsi piacere” Linee-guida ad hoc, gentilmente fornitegli dal produttore di turno e da panel di *esperti compiacenti*, che ammantano di fittizia scientificità le sue scelte dettate dalla convenienza).

Obiezione 19. Il Modello proposto insiste molto su concetti come “consenso generale”, “pressione sociale”, “adeguamento del singolo”: non rischia di configurare un quadro di “sanità etica”, poco democratica e poco liberale nei concetti ispiratori?

R 19

Pensiamo che favorire l’allineamento delle convenienze degli attori all’etica, alle migliori conoscenze scientifiche e agli obiettivi fondamentali di un sistema sanitario (longevità sana e qualità di vita) sia un servizio utile per i sistemi sanitari e per l’intero Sistema Sociale, e concorra a creare un contesto in cui tutti possano riconoscersi, esprimersi e abbiano la possibilità di “vincere insieme” (pur all’interno di una competizione virtuosa).

Se tuttavia nella presentazione abbiamo usato forme e toni che hanno generato questa obiezione, ce ne scusiamo. C’è bisogno del contributo attivo di tanti, anche per superare problemi nella comunicazione e possibili aspetti negativi o tuttora non risolti del modello proposto.