

Capitolo 14

Una riforma strutturale per la sanità: pagare la salute, non la malattia Allineare le convenienze dei diversi attori all'etica e alla salute della comunità dei cittadini

Alberto Donzelli (Fondazione Allineare Sanità e Salute)

Analisi comparative hanno dimostrato che i Servizi Sanitari Nazionali (Ssn) hanno in media tutelato e promosso la salute un po' meglio di sistemi mutualistici/assicurativi e con una spesa minore, ma paradossalmente è in atto un attacco ai Ssn universalistici (Maciocco 2015). Questo accade anche in Italia mediante la dis-integrazione del sistema integrato concepito con la Riforma Sanitaria del 1978 e una spinta a privatizzare e al ritorno a sistemi mutualistici con proliferazione di assicurazioni/fondi sanitari (in breve: FS), che offrono prestazioni anche sostitutive dei Ssn. Si può dimostrare che i FS, pur proclamando di voler alleggerire la spesa pubblica, sono in realtà potenti fattori di espansione della spesa sanitaria, totale, privata, e per paradosso anche pubblica (Fondazione Ass *et al.* 2017).

Il fenomeno dilagante del *disease mongering* (Jamouille 2015) e la continua offerta di tecnologie e prestazioni sempre più sofisticate e costose, in combinazione con la crisi economica internazionale, stanno mettendo in crisi la sostenibilità dei Ssn anche nei paesi a più alto reddito. Si usa attribuire l'inflazione dei costi sanitari a: invecchiamento della popolazione, progresso tecnologico, aumento delle aspettative dei cittadini. Si trascura, invece, il determinante più potente, sotteso anche a due dei precedenti: la pressione dei produttori di tecnologie sanitarie (industria farmaceutica, dei dispositivi, della diagnostica) e degli erogatori di prestazioni (ospedali, ambulatori, professionisti), i cui interessi finanziari oggi non sono allineati alla salute, ma addirittura in parziale conflitto con essa (Crivellini 2004).

[Nota: La prima parte di questo capitolo è tratta un'analogia pubblicazione dell'autore sulla rivista «Epidemiologia & Prevenzione», 2017; 41 (5-6): 1002-3; riproduzione autorizzata.]

Non stupisce quindi che i detentori del maggior potere in sanità, i grandi produttori ed erogatori, proprio a causa dell'attuale sistema di remunerazione non siano favorevoli a strategie efficaci di governo dei costi: oggi infatti una sanità meno costosa per loro si tradurrebbe in meno entrate e guadagni.

Una risposta apparentemente razionale all'inflazione di tecnologie costose ma di scarso/nessun valore è l'invito a promuovere e usare solo tecnologie e prestazioni di provata efficacia e con buon rapporto costo-efficacia, che soddisfino bisogni clinici e sociali rilevanti, rivedendo la pletera di pratiche di scarso o nessun valore. Tale appello è eticamente encomiabile ma destinato a fallire, perché non risulta "conveniente" per gli attori in sanità, e quindi incontra le resistenze irriducibili di chi ha interesse a mantenere tecnologie e prestazioni che andrebbero ridotte. È dunque necessario riconsiderare il modello di remunerazione (elemento base del "sistema premiante") per i diversi attori in sanità, per allineare i loro interessi con la *mission* del Ssn: la difesa e promozione della salute dei singoli e della comunità.

Infatti, come accade per tutti gli esseri umani, anche i comportamenti degli operatori sanitari sono determinati in larga misura dal loro "sistema premiante", cioè dai loro interessi o convenienze, non dagli obiettivi enunciati dalle normative. Il sistema premiante per un professionista e per l'organizzazione che gli dà lavoro (secondo gradone, e in parte anche gradini superiori, della "piramide motivazionale" di MASlow) è in gran parte determinato dal sistema di pagamento e da quello di remunerazione/finanziamento (MASlow 1973). Dunque è decisivo che il sistema di pagamento/finanziamento di professionisti e organizzazioni sia coerente con gli obiettivi desiderati dal sistema sanitario, per far sì che entrambi perseguano davvero tali obiettivi.

Gli obiettivi primari di un Ssn si potrebbero così riassumere:

1. ottimizzare la produzione di salute/longevità sana per la comunità dei cittadini, liberare dalla sofferenza e rassicurare quando serve;
2. assicurare l'equilibrio economico e la sostenibilità del Ssn per la società;
3. garantire la soddisfazione dei cittadini/assistiti rispetto al Ssn e ai servizi fruiti.

Se gli "architetti di sistema" non allineano a questi obiettivi gli interessi/convenienze degli attori in sanità, e disegnano invece un

sistema premiante che divarica le convenienze dei principali attori rispetto agli obiettivi fondamentali di un Ssn (Donzelli 2004), il sistema non riuscirà affatto a ottenere i risultati che dichiara di voler raggiungere. Purtroppo è quanto sta accadendo nei sistemi sanitari, a livello globale.

Come sperare di far lavorare davvero per la salute chi ha interessi allineati alla malattia?

Il sistema di remunerazione a prestazione degli erogatori, nelle sue varianti, presenta gravi problemi in sanità. Un limite strutturale per il “mercato” in sanità è l’insufficiente informazione dell’assistito/consumatore, che non gli consente di adottare le scelte più razionali nell’acquistare le prestazioni più utili alla sua salute. Ciò vale anche per un acquirente più esperto (Asl/Ausl/Ats), che spesso non sa quale sia la risposta ottimale da dare neppure per grandi categorie di problemi sanitari, e di norma non può sapere cosa realmente serve in una specifica situazione clinica.

Molte linee guida rispecchiano più gli interessi degli erogatori che le hanno prodotte (e dei produttori che le sponsorizzano) che quelli della salute della comunità dei cittadini. Inoltre anche in presenza di linee guida valide per interventi efficaci e costo-efficaci, vi è spesso l’impossibilità strutturale da parte di un controllore esterno di verificarne l’appropriatezza clinica (l’intervento efficace alla persona giusta) rispetto al singolo caso.

Ciò spiega l’«assoluta libertà dei fornitori pagati a prestazione di incoraggiare la domanda di servizi [...] i medici possono assorbire l’impatto di riduzioni tariffarie aumentando i servizi forniti e modificandone la composizione, per mantenere il reddito desiderato» (Saltman e Figueras 1998).

Il finanziamento/remunerazione a prestazione con le sue evoluzioni può essere definito un sistema che paga (e rende conveniente) la malattia: si pensi ai DRG ospedalieri e di territorio, che hanno la malattia nella stessa definizione (nelle iniziali, D sta per “*Diagnosis of Disease*” *Related Group*), oppure al *Disease management*, concepito per remunerare la gestione delle malattie croniche.

Man mano che gli operatori (anche non in libera professione) comprendono cosa fa aumentare il finanziamento per la propria

Azienda, o Dipartimento/Unità Operativa, e in definitiva la convenienza per ciascuno di loro, si aggrava il disaccoppiamento tra gli obiettivi di salute attribuiti a parole e il sistema premiante operante nei fatti. Tale profonda divaricazione tra obiettivi di salute proclamati e interessi reali alla malattia sta alla base del fenomeno del *disease mongering*, che ha suscitato un dibattito internazionale ampio ma finora inconcludente (Welch *et al.* 2011).

Per frenare gli effetti distorsivi del sistema di remunerazione descritto sui comportamenti dei sanitari, si sono messi a punto sistemi di controllo sanitario e amministrativo sempre più costosi, che consumano quote crescenti di risorse senza produrre salute, ma solo per contenere i guasti, considerati inevitabili, di un modello intrinsecamente conflittuale.

Negli Usa, dove predomina un modello che paga la malattia, la spesa amministrativa e di controllo consuma gran parte della spesa sanitaria totale (Himmelstein *et al.* 2014), già la più alta nel mondo. Tuttavia i risultati sono deludenti dal punto di vista dell'efficacia complessiva (aspettativa di vita inferiore a quasi tutti i paesi ad alto reddito), dell'efficienza (il rapporto efficacia/costi è molto sfavorevole) e della soddisfazione di cittadini e medici.

Non hanno avuto maggior successo altre contromisure, tra cui accordi contrattuali che fissano tetti di spesa e volumi/tipologie di prestazioni per struttura erogatrice. Questi riducono, è vero, parte degli effetti indesiderati, ma aumentano i costi amministrativi e di transazione e danno un eccesso di potere e arbitrio ai programmatori. E comunque non mantengono l'equilibrio economico nel medio-lungo periodo, perché una prestazione discutibile potrebbe essere per paradosso più conveniente di una necessaria, e l'attuale modello di remunerazione a tariffa/DRG non è utile a disincentivarla. Inoltre, le prestazioni prescritte/erogate in eccedenza rispetto ai tetti stabiliti negli accordi contrattuali possono comunque trovare sbocco nella libera professione pagata direttamente dai cittadini, o nell'offerta di sanità integrativa rimborsata da fondi sanitari/assicurazioni, che comunque è pagata ancora dai cittadini con le quote di iscrizione o attraverso i sussidi a carico della fiscalità generale concessi a chi può accedere alla sanità integrativa.

Pagare la malattia, inoltre, induce un eccesso di prestazioni inutili o nel complesso dannose (molti esempi sono riportati sul sito <http://>

fondazioneallinearesanitaesalute.org): ciò è un altro buon motivo per prendere in considerazione nuove strade e nuovi paradigmi.

Per analisi più approfondite e articolate proposte per finanziare e remunerare i principali attori in sanità (anzitutto con quote capitarie progressive in base alla longevità delle popolazioni di riferimento), si rimanda alla specifica documentazione (Fondazione Ass 2016), con tre soli esempi sintetizzati nei box.

La speranza è che qualche Regione, riconoscendo il potenziale di un Modello che paga la Salute, accetti di sperimentarlo per alcuni anni in un paio di Asl, per dimostrarne la validità. Risultati attesi: rapida riduzione dei costi sanitari e amministrativi, aumento nell'arco di alcuni anni dell'efficacia del sistema, con maggior longevità e relativa minor disabilità della popolazione servita.

BOX 1 - Il modello applicato al Medico di Medicina Generale (Mmg)

Oggi il Mmg non è pagato per la salute prodotta, ma con una quota capitaria/assistito in pratica fissa, per una lista di prestazioni previste nel suo Accordo Collettivo Nazionale, senza disincentivi per invii specialistici inutili; e con quote variabili per risorse presenti nel suo studio o per prestazioni non incluse nella lista precedente (es. assistenza domiciliare programmata), senza legame provato tra cadenze d'esecuzione e risultati in salute, ma che lo soffocano di sterile burocrazia.

Può aumentare i ricavi con categorie di malati/assistiti cui erogare prestazioni legate ad accordi che prevedono compensi extra, o con cui poter fare libera professione (ecografie, spirometrie, elettrocardiogrammi, certe visite...).

La prevenzione è poco conveniente e, se scarseggiano malati, ci può essere la tentazione di "farli emergere" per esempio abbassando soglie diagnostiche, o con check up, o diagnosi che non cambiano la prognosi, o sovradiagnosi cui segue sovratrattamento/iatrogenesi. Con l'attuale sistema di remunerazione più salute ed efficacia non aumentano le entrate del Mmg, ma può aumentarle l'efficienza (efficienza senza efficacia) in prestazioni retribuite.

Per allineare le convenienze alla salute della comunità, il Mmg non

va pagato a prestazione e per malattie, ma soprattutto con *quote capitarie crescenti in modo forte e progressivo con l'età degli assistiti*, cioè pagare per il risultato desiderato: la longevità sana (longevità, in una popolazione, implica salute e poca disabilità). Ciò allinea gli interessi del Mmg alla longevità sana della coorte dei suoi assistiti, lo spinge a far tutto il necessario per farli invecchiare bene, ed elimina l'interesse a prescrivere/fornire prestazioni che non consideri rilevanti per la salute.

Il modello-base va integrato con quote variabili in funzione del buon andamento del budget distrettuale, per cointeressare il Mmg al successo dell'organizzazione in cui è inserito.

Così il Mmg è pagato per produrre salute nella coorte dei suoi assistiti (e nel Distretto) e incentivato a mantenerla con coerenza. Con pazienti consapevoli di ciò, la sua credibilità sarà molto alta, anche quando dovrà negare farmaci o esami.

BOX 2 - Applicazione alle Farmacie territoriali

Le farmacie territoriali sono, con i medici di famiglia, l'articolazione più capillare del Ssn. Oggi hanno incentivi non per la salute, ma solo a massimizzare le vendite, privilegiando i prodotti più costosi. Infatti, con guadagni teorici del 27% sui prodotti da automedicazione e del 22,6% – pur in tendenza regressivo – su quelli a prescrizione, hanno convenienze divaricate da quelle del Ssn.

La proposta di “Farmacia dei servizi” è incentrata sulla remunerazione di nuove prestazioni, reputate di pubblica utilità, e non risolve il conflitto d'interessi di base con il Ssn.

Una prima misura strutturale sarebbe sostituire al compenso a percentuale uno fisso per confezione venduta, destinato a remunerare solo il servizio, e non anche il capitale investito dal farmacista per acquisire stock di prodotti. Il consumo di questi andrebbe rimborsato ai produttori al prezzo di fabbrica (più una tariffa fissa per il servizio del grossista) in modo diretto dal Ssn (per i farmaci etici) o indiretto da parte dei cittadini, tramite le farmacie (per farmaci di automedicazione).

Un'alleanza vera con il Ssn e la salute della comunità richiederebbe però il salto di paradigma già proposto per altri attori del Ssn

(Donzelli 2004, Fondazione Ass 2016), come i medici di famiglia, che prescrivono gran parte di ciò che la farmacia dispensa.

Un principio innovativo, da approfondire nelle applicazioni e valutare in sperimentazioni gestionali, può essere che l'assistito sceglie una propria farmacia di fiducia (presso Uffici di scelta e revoca, con registrazione in tessera sanitaria), costruendo per ogni farmacia un bacino d'utenza virtuale. Non, però, ad accesso obbligato (salvo ricasazione), come con il Medico di famiglia, ma solo per calcolare un budget di partenza.

La farmacia non sarebbe remunerata con ricarico (percentuale o fisso) sul venduto, ma con quote capitarie pesate per età di ogni assistito, con progressione annuale continua (a titolo d'esempio, la quota del centenario potrebbe pesare 10 volte più di quella del giovane, con un principio simile a quanto idealmente dovrebbe valere per i Mmg).

Ciò terrebbe conto per equità del maggior lavoro della farmacia per servire assistiti via via più anziani, e darebbe anche un forte segnale di politica sanitaria rispetto all'obiettivo prioritario del sistema (longevità sana per tutti) e un incentivo virtuoso – indipendente dalle quantità di farmaci vendute, ma comunque “dinamico” – a far invecchiare tanto e bene la propria coorte di assistiti, allineando etica e maggiori ricavi (Donzelli 2014).

Con tale modello di remunerazione il farmacista avrebbe finalmente convenienza a educare a stili di vita sani anche in alternativa a farmaci e prodotti medicali (oggi ha convenienze opposte), superando il pagamento a tariffa. Questo rimarrebbe in atto solo per le compensazioni ai margini, per chi si servisse da una farmacia diversa da quella cui è iscritto (senza dover formalizzare cambi di scelta). In tal caso riceverebbe gratis il prodotto, se è a carico del Ssn, se no pagandone di tasca propria alla farmacia il prezzo di fabbrica, più la tariffa per il servizio del grossista. La farmacia che dispensa il prodotto si rivarrebbe della tariffa di servizio (fissa) sul budget della farmacia cui il cittadino risulta iscritto, con possibilità che le compensazioni siano gestite da strutture Ssn.

Una riforma di tale portata richiederebbe un patto pluriennale dei livelli di governo con Federfarma e Assofarm, con garanzie di complessiva salvaguardia delle entrate della categoria, in modo indipendente dalla probabile riduzione di vendite di prodotti in

scienza e coscienza non ritenuti necessari alla salute (infatti con il nuovo sistema di remunerazione il farmacista non avrebbe più alcun interesse a venderli).

BOX 3 - Applicazione a Presidi e Aziende Ospedaliere (Fondazione Ass 2016)

Oggi il finanziamento agli ospedali è formalmente legato a DRG e tariffe per prestazioni di ricovero o ambulatoriali documentate. Regioni e Asl assumono un ruolo simile ad assicurazioni pagatrici, messe in conflitto artificiale con gli ospedali del proprio territorio sul percorso assistenziale di ogni cittadino.

Chi lavora in ospedali pagati a DRG/tariffe, sperimenta il disaccoppiamento tra obiettivi di salute, attribuiti a parole, e i modelli di pagamento operanti nei fatti, e comprende che a far aumentare le entrate per l'ospedale, e alla fine per chiunque vi operi, non è la salute prodotta, ma sono le prestazioni dichiarate.

Invece il Modello che paga la Salute si basa su quote capitarie pesate in modo crescente per età dei residenti, che compongono il budget dinamico attribuito dalle Regioni alle Asl, che a loro volta ne negoziano una quota proporzionale con gli ospedali di riferimento.

Così le convenienze di chi lavora in ospedale si allineano a quelle dell'Asl, e ospedale e territorio hanno comune interesse a collaborare per il risultato che aumenta le entrate per entrambi: la longevità sana dei singoli residenti e della comunità. Dunque l'ospedale e chi vi opera perderà interesse per prestazioni che non concorrono alla longevità sana, oggi rese (anche) perché tariffate in modo vantaggioso, e si concentrerà su quanto in scienza e coscienza pensa che tuteli al meglio la salute, rivalutando anche educazione sanitaria, prevenzione e le cure più costo-efficaci. DRG e tariffe non saranno più il core delle entrate ospedaliere; resteranno solo per pagare transazioni ai margini, per assistiti virtualmente assegnati al bacino di un Ospedale che abbiano liberamente scelto di rivolgersi a un altro, o viceversa (Fondazione Ass 2016).

Vi sono tre garanzie che ospedali così finanziati non creino in modo artificiale avanzi di gestione, sottraendo cure necessarie ai

residenti e aumentando l'offerta a esterni, per attrarre clienti da altri bacini:

1. la libera scelta degli assistiti, che si possono rivolgere alla struttura che più risponde ai loro bisogni (percepiti), spingerà le Aziende sanitarie ad adeguare l'offerta che produce salute e ad adottare migliori strategie informative, per far conoscere e valorizzare le proprie offerte valide e i risultati raggiunti, e per scoraggiare interventi futili, che gravano sul budget ospedaliero senza alcun ritorno;
2. le informazioni e correlazioni sui risultati delle cure nelle diverse Aziende/strutture sanitarie, disseminati da Regioni e Ministero della Salute a disposizione di tutti;
3. ma soprattutto lo stesso core del Modello che paga la Salute, che lega le entrate di gran lunga maggiori alla longevità sana della popolazione del bacino di ogni ospedale: offerte di prestazioni di scarso/nessun valore consumerebbero il budget senza alcun rientro, offerte a esterni di altri bacini per far cassa comprometterebbero la credibilità e fidelizzazione verso gli assistiti del proprio bacino, che assicurano con le quote capitarie pesate il grosso delle entrate ospedaliere.

Bibliografia

1. Crivellini M., *Sanità e salute: un conflitto d'interesse*, Franco Angeli, Milano 2004.
2. Maciocco G., *Assalto finale al Servizio sanitario nazionale*, «SaluteInternazionale», 26 ottobre 2015, <http://www.saluteinternazionale.info/2015/10/assalto-finale-al-servizio-sanitario-nazionale/>.
3. Donzelli A., *Allineare a etica e salute della comunità dei cittadini le convenienze dei diversi attori in Sanità*, «Mecosan», (2004), n. 50, pp. 129-144.
4. Donzelli A., *Farmacia dei servizi: riforma strategica da implementare o ulteriore forma di consumismo sanitario?*, «Evidence», 6 (2014), n. 4, e1000075.
5. Fondazione Allineare Sanità e Salute et al., *Ssn verso mutue e assicurazioni? Ecco cosa fare per impedirlo*, «Quotidiano Sanità», 30 marzo 2017, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=49298.
6. Fondazione Allineare Sanità e Salute, *Quale riforma strategica per la Sanità? Pagare la Salute, non la Malattia. Un nuovo modello di finanziamento e remunerazione degli attori in Sanità (e proposta di sperimentazione in*

- alcune Ats/Asl/Ausl/ULSS*), Giornata di studio, Milano 3 dicembre 2016, <http://fondazioneallinearesanita.esalute.org/2016/11/giornata-di-studio-3-dicembre-2016/>.
7. Himmelstein D.U. et al., *A Comparison Of Hospital Administrative Costs In Eight Nations: US Costs Exceed All Others By Far*, «Health Affairs», 33 (2014), n. 9, pp. 1586-1594.
 8. Jamouille M., *Quaternary Prevention, An Answer Of Family Doctors To Over-medicalization*, «International Journal of Health Policy and Management», 4 (2015), n. 2, pp. 61-64.
 9. MAslow A.H., *Motivazione e personalità*, Armando, Roma 1973.
 10. Saltman R.B. - Figueras J., *Europa: sanità in transizione*. Oms - Ufficio Regionale per l'Europa, «Quaderni di Sanità Pubblica», (1998), n. 21.
 11. Welch H.G. et al., *Overdiagnosed*, Beacon Press, Boston 2011.