



Sistemi di pagamento prospettico per incentivare l'efficacia clinica

I sistemi di finanziamento prospettico degli erogatori, basati su classificazioni iso-risorse delle prestazioni, sono entrati a far parte degli strumenti del Servizio sanitario nazionale italiano nella prima metà degli anni Novanta: oggi possiamo apprezzare come essi abbiano rappresentato per gli operatori sanitari l'elemento forse più tangibile della riforma del servizio sanitario pubblico, condizionandone e modificandone l'operato.

L'introduzione dei DRG quale base per la remunerazione degli ospedali è la conseguenza di una tesi, comune alla larga maggioranza delle riforme dei sistemi sanitari avvenute negli anni Novanta, fondata sull'idea di poter incentivare una maggiore efficienza sviluppando elementi di competizione nei mercati dell'assistenza sanitaria. In letteratura si fa comunemente riferimento a tale approccio con il nome di concorrenza amministrata, a significare come la competizione si dipani in un contesto fortemente regolato, ove il settore pubblico si riserva di indirizzare il mercato con vari strumenti, fra i quali assume un'importanza notevole quello tariffario.

Il successo di tale strumento, basato su raggruppamenti iso-risorse delle prestazioni, è testimoniato dal fatto che l'utilizzo dei DRG si è sempre più esteso: da ultimo è stato introdotto in Germania e Francia, sebbene con finalità diverse.

A un'analisi più attenta, risulta come questo successo a livello internazionale sia da attribuirsi tanto agli effetti positivi che induce sull'efficienza del sistema ospedaliero, quanto alla non significatività degli effetti avversi, pur teoricamente possibili, provocati sulla qualità delle prestazioni.

L'applicazione dello strumento in Italia e i suoi effetti derivati sembrano però in qualche modo peculiari. Un'analisi esauritiva della questione esula dagli obiettivi di questa nota: osserviamo, in sintesi, che gli indubbi effetti sulla produttività (minore degenza media e maggiore tasso di occupazione) hanno stentato a tramutarsi in miglioramenti dell'efficienza (per esempio riduzione dei costi per caso trattato o, possibilmente, deospedalizzazione dei casi indirizzabili a forme di assistenza a minore intensità medica). La causa principale è da ricercarsi nella natura della cosiddetta funzione di produzione di larga parte degli ospedali italiani: trattandosi in parte di ospedali pubblici, essi risultano caratterizzati da elevati costi fissi e rigidità dei fattori produttivi. Questo implica che per il *management* ospedaliero (pubblico) è più facile agire sul versante dei ricavi (come detto, aumentando la produttività), che sui costi.

Per porre un freno a tale meccanismo, complessivamente diseconomico, il legislatore regionale (seguito a fine anni Novanta da quello nazionale) ha radicalmente emendato il meccanismo tariffario, accompagnandolo con la pratica dei tetti di spesa (o di volume): si salvaguarda così l'equilibrio finanziario del sistema, ma gli originari obiettivi di stimolo alla competizione, in

larga misura, vengono meno; con la finanziarizzazione delle politiche di remunerazione degli erogatori si aggravano, tra l'altro, i rischi sul versante della qualità, peraltro non valutabili in assenza di un sistema di qualità organico e diffuso.

Il sistema di classificazione iso-risorse delle prestazioni e il connesso sistema tariffario hanno quindi oggi perso il ruolo originario di remunerazione degli ospedali: almeno nel caso di quelli pubblici, si realizza un finanziamento a budget, spesso integrato ex-post, che si scosta di poco da un sistema di pagamento a piè di lista. Di fatto, le tariffe per caso erogato rappresentano nell'SSN italiano una sorta di *benchmark* (regionale), che si vorrebbe teoricamente basato sulla valutazione del costo efficiente delle *best practice* cliniche.

Questo sembra in effetti il ruolo che i sistemi di classificazione iso-risorse dei ricoveri possono ragionevolmente ricoprire nei contesti di erogazione pubblica: mentre in un sistema mutualistico con erogatori in larga misura privati, quale quello tedesco, l'introduzione dei DRG ha seguito le logiche classiche originariamente sperimentate in USA, probabilmente non a caso in Francia (a fronte di una struttura "più pubblica") il ruolo riservato allo strumento è stato, sin dall'inizio, quello di *target* di controllo. Accettando quindi questa nuova natura dello strumento, dobbiamo osservare che, affinché il sistema generi incentivi non distorsivi, diviene fondamentale che il processo assistenziale di riferimento, sul quale è valutato l'assorbimento di risorse, sia assolutamente appropriato e generi in media *outcome* accettabili sulla base della buona pratica clinica.

Per questi motivi il sistema di pagamento prospettico per i ricoveri riabilitativi proposto da Saitto *et al.* rappresenta, a mio parere, ben più di un mero sistema di classificazione iso-risorse dei relativi ricoveri, come dimostra il contributo di Marino *et al.* pubblicato su questo numero di *Epidemiologia & Prevenzione*. Se quanto sopra argomentato è ritenuto accettabile per l'assistenza in acuzie, il ragionamento è a maggior ragione estensibile agli ambiti a minore standardizzazione clinica e organizzativa, quale tipicamente la riabilitazione.

L'essere riusciti a introdurre nel ragionamento un meccanismo che valuta e in prospettiva premia l'efficacia clinica in fase di remunerazione, e poi anche a testarne la significatività statistica, è un miglioramento strategicamente fondamentale in un contesto di regolazione dei mercati ospedalieri, in presenza di una forte presenza pubblica. Si prospetta, infatti, la possibilità di integrare in un solo strumento il controllo sull'efficienza e quello sull'efficacia dell'assistenza, aprendo enormi possibilità anche in termini di accreditamento delle strutture e quindi di regolazione dei rapporti fra settore pubblico e privato.

Fra i risultati secondari, rispetto all'oggetto prioritario di analisi, emerge inoltre una strategia importante per dare un conte-

nuto significativo al concetto di LEA. La capacità di accreditare le strutture e i relativi finanziamenti, in funzione delle risorse non solo assorbite ma anche capaci di produrre valore, apre infatti la strada a valutazioni sull'efficacia della spesa, che sembrano il modo più corretto, se non l'unico corretto, di monitorare il rispetto dei LEA.

L'attuale meccanismo di monitoraggio, che si limita a registrare l'entità della spesa, indipendentemente dai risultati, o l'erogazione delle prestazioni, indipendentemente dalla loro appropriatezza, è infatti fonte di equivoci e di distorsioni del sistema: un finanziamento delle strutture che implicitamente non paga

per l'inefficacia, certamente fornisce un contributo importante alla concreta esigibilità del diritto alla tutela della salute.

In prospettiva sarebbe certamente auspicabile approfondire ulteriormente la possibilità di estendere ad altri ambiti (per esempio: salute mentale, assistenza domiciliare e residenziale) l'interessante e innovativo approccio che viene proposto nei contributi sull'assistenza riabilitativa.

Federico Spandonaro

Facoltà di economia,

Università di Roma Tor Vergata

e-mail: spandonaro@economia.uniroma2.it

AIE Informa: 6-7 settembre 2005, i tre corsi di PISA

Programma dei corsi organizzati dall'AIE
nell'ambito del 29° Convegno annuale dell'Associazione italiana di epidemiologia

1° corso

Introduzione al ragionamento epidemiologico per la valutazione dei risultati degli interventi

Per chi si accosta ora all'epidemiologia e voglia capirne i metodi e le potenzialità

Direttori del corso: E. Paci, P. Michelozzi

6 settembre

1 Sessione

E. Paci (CSPO). L'approccio epidemiologico: potenzialità e limiti. Gli studi di popolazione. Il disegno dello studio

E. Crocetti (CSPO). Popolazioni, eventi, stati. Misure di frequenza e associazione

L. Simonato, (Università Padova). Flussi informativi e fonti dei dati

2 Sessione

R. Pirastu (ISS). Lo studio di coorte

P. Michelozzi (DEP Roma E). Lo studio di popolazione: indicatori, analisi spaziali, cluster di malattia

P. Mantellini (CSPO ISRT Toscana). L'applicazione di un test diagnostico a una popolazione. Il caso dello screening oncologico

C. Visioli (CSPO ISRT Toscana). Lo studio caso controllo come audit.

Il caso cervice uterina

7 settembre

3 Sessione

La valutazione degli interventi sanitari

C. Perucci (DEP Roma E). Tecniche di valutazione e gestione dei risultati. L'esempio del bypass coronarico.

N. Agabiti, (DEP Roma E). Disuguaglianze socioeconomiche di accesso ai servizi

G. Miccinesi, (CSPO). Sopravvivenza osservata, relativa e di periodo

Per tutte le informazioni sui corsi:
Linda Migliorisi tel 055-4624385
linda.migliorisi@arsanita.toscana.it

2° corso

Introduzione ai metodi avanzati dell'epidemiologia

Il corso si rivolge ai principianti dell'epidemiologia e vorrebbe avere un taglio culturale prefiggendosi di far capire il senso e l'utilità dei metodi avanzati.

Direttore del corso: A. Biggeri (Università Firenze)

6 settembre

Epidemiologia clinica

A. Liberati, (CCI, Milano). Qualità dell'evidenza e forza delle raccomandazioni

M. Baccini. Metanalisi: obiettivi e aree tematiche; metanalisi di studi osservazionali

G. Viegi, (CNR, Pisa). Studi longitudinali e serie temporali epidemiologiche

M. Martuzzi e G. Rossi, (OMS, Roma). Epidemiologia ambientale: obiettivi e disegni dello studio; sorveglianza e stime di impatto

F. Forastiere, (Asl Roma/E). Case crossover e case-only in epidemiologia ambientale

7 settembre

Epidemiologia molecolare e genetica

P. Vineis, (Università Torino). Disegno dello studio per la valutazione dell'interazione tra genotipo ed ambiente

D. Palli, (CSPO). Obiettivi e metodi; tassonomia degli studi; interpretazione della letteratura

A. Biggeri, (Università Firenze). Metodi bayesiani in epidemiologia

3° corso

La comunicazione in epidemiologia (il primo corso per epidemiologi tenuto interamente da giornalisti)

L'iniziativa è finalizzata a migliorare la capacità di comunicare i risultati dei propri studi ai giornalisti. L'impronta del corso è operativa, verrà dato spazio alle esperienze di rapporto con la stampa in episodi pertinenti all'epidemiologia ambientale o valutativa. L'iniziativa è aperta a tutte le figure professionali che si occupano di ambiente e salute.

Direttori del corso: B. Terracini, ML. Clementi

6 settembre

mattino

B. Terracini, direttore scientifico E&P. Introduzione ed esplicitazione degli obiettivi del corso
ML. Clementi, Agenzia Inferenze. Come cambiano i rapporti con la stampa quando il ricercatore lavora

a) in una struttura dotata di ufficio stampa;
b) si rivolge direttamente alle agenzie di stampa o a singoli giornalisti;

c) viene interpellato da giornalisti.

C. Tromba, Agenzia Inferenze. Analisi di un caso di comunicazione dei risultati di uno studio di epidemiologia ambientale: MISA 2.

G. Santucci, Corriere della Sera. Come si legge la notizia da un altro punto di vista: il caso MISA 2 raccontato da un giornalista di quotidiano

Interventi/esperienze degli epidemiologi
Discussione

pomeriggio

L. Ripamonti, Corriere Salute. La notiziabilità: che cosa fa notizia?

L. Carra: Tempo Medico. La retorica della notizia: come farsi leggere oltre le prime 5 righe

Esercitazione: scrittura di un comunicato stampa per dare notizia ai giornali dei risultati di uno studio.

