

## La regolazione degli scambi e la remunerazione delle prestazioni\*

di Laura Arcangeli

Il Nuovo Patto per la salute, siglato a fine 2009 tra Governo e Regioni, rinnova la previsione, già contenuta nella precedente versione siglata nell'autunno 2006 ma poi non attuata, di procedere alla "revisione della normativa vigente in materia di remunerazione delle prestazioni sanitarie". Il tema della regolazione degli scambi è quindi nell'agenda dei *policy makers* sanitari italiani; o dovrebbe esserlo, visto che le iniziative ad oggi note in questo campo sembrano ancora appartenere all'ambito della ricerca<sup>1</sup>, più che a quello istituzionale.

Questo contributo si inserisce nella sezione dedicata alla regolazione dei rapporti tra erogatori pubblici e privati, proponendo un approfondimento sul tema della remunerazione degli erogatori; partendo da un tentativo di ricostruzione delle variegate realtà esistenti a livello regionale, limitatamente agli aspetti principali dei sistemi tariffari, e seguendo lo schema analitico della "buona regolazione" adottato nell'ambito del gruppo di lavoro, se ne mettono in evidenza le criticità maggiori, che dovrebbero costituire l'oggetto delle riflessioni e delle revisioni previste a livello istituzionale, anche alla luce di esperienze internazionali.

### Premessa

Può essere opportuno, in premessa, un richiamo agli obiettivi che i sistemi di finanziamento, inclusa quindi la remunerazione degli erogatori, dovrebbero perseguire in ambito sanitario, così come indicati in un recente documento dell'Organizzazione mondiale della sanità-Sezione Europa (OMS Euro)<sup>2</sup>. L'OMS Euro distingue gli obiettivi di carattere generale, ossia la promozione di una protezione universale contro i rischi finanziari e di una equa distribuzione dell'onere finanziario del sistema, e gli obiettivi che sono strumentali per il raggiungimento di quelli generali, ossia:

- a. la promozione di un uso e di un'offerta di servizi equi rispetto ai bisogni di tali servizi;
- b. il miglioramento della trasparenza e della responsabilizzazione (*accountability*) del sistema nei confronti della popolazione;
- c. la promozione della qualità e dell'efficienza nella erogazione dei servizi;
- d. il miglioramento dell'efficienza nella amministrazione del sistema di finanziamento (e di remunerazione).

---

\* Paper per il 3° sottogruppo "Regolazione pubblica e provider pubblici e privati" del gruppo di studio di Astrid su "Le politiche sanitarie", coordinato da Claudio De Vincenti, Renato Finocchi Ghersi e Andrea Tardiola.

❖ Un ringraziamento ad Antonio Bariletti, per la lettura critica e gli utili suggerimenti offerti.

<sup>1</sup> Si cita, a tale riguardo, il seminario, dedicato alle tariffe nel Ssn, organizzato nella primavera 2009 dall'Associazione di economia sanitaria insieme all'Agenas: "Le tariffe in sanità: strumento di finanziamento, regolazione e valutazione", Roma, 20 Maggio 2009.

Cfr. <http://www.aiesweb.it/convegni/appuntamenti/sem0003/seminario.htm>.

Si cita, altresì, la collana di volumi dedicati al tema delle tariffe sanitarie dalla Fondazione Smith Kline, con l'editore il Mulino, a partire dal 2004:

N. Falcitelli, T. Langiano, M. Trabucchi (a cura di) (2010), *I Drg in Italia: un successo o un'occasione perduta?*, il Mulino, Bologna.

N. Falcitelli, T. Langiano (a cura di) (2006), *La remunerazione delle attività sanitarie. Caratteristiche attuali e ipotesi evolutive*, il Mulino, Bologna.

N. Falcitelli, T. Langiano (a cura di) (2004), *Politiche innovative nel Ssn: i primi dieci anni dei Drg in Italia*, il Mulino, Bologna.

<sup>2</sup> J. Kutzin (2008), *Health financing policy: a guide for decision-makers*, WHO Regional Office for Europe. Cfr. <http://www.euro.who.int/financing>

Operativamente, l'obiettivo più importante che ci ricorda l'OMS Euro è quello di non trascurare i rischi connessi alla frammentazione che spesso connota i sistemi di finanziamento e di considerare la globalità del sistema nel disegnarne le regole, in maniera tale da garantire "l'allineamento" (la coerenza) tra i diversi sistemi di incentivi attivati. In particolare, con riferimento al punto c. il suggerimento è che "I modelli di finanziamento dovrebbero premiare la buona qualità e offrire incentivi per l'efficienza nell'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni. Il successo richiede che tali incentivi siano allineati con le regole che governano gli erogatori, così come con le loro competenze amministrative, per creare un ambito coerente ed efficace nel quale gli erogatori possano rispondere in modo appropriato ai segnali generati dal sistema di finanziamento"<sup>3</sup>. Per questo, la forte raccomandazione espressa dall'OMS, è di "evitare la tentazione di soluzioni del tipo 'colpo magico', che enfatizzino riforme di un unico strumento trascurando la complessità del sistema"<sup>4</sup>.

### **Analisi modelli regionali**

Passando alla analisi dei modelli regionali, va intanto sottolineata l'anomalia dell'esperienza italiana di non aver né previsto né attivato un monitoraggio sistematico della attuazione del modello di remunerazione introdotto dal riordino del Servizio sanitario nazionale (Ssn) a metà anni novanta, che ne consenta una conoscenza ed una valutazione complessive, malgrado costituisca lo strumento di regolazione più forte attivo nel Ssn; si segnala, tuttavia, la recente attivazione presso l'Agenas di una sezione dedicata al "monitoraggio dei costi e delle tariffe", alla cui ricognizione dei sistemi di remunerazione dei ricoveri ospedalieri si è attinto per questa analisi<sup>5</sup>.

Da una rapida analisi comparativa, svolta con riferimento prioritario al sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere (per la sua maggiore significatività) ed al campione di regioni utilizzato anche per l'analisi dei sistemi di accreditamento (cfr. Giglioni, Conticelli), è possibile schematizzare gli elementi principali dei modelli di regolazione degli scambi all'interno del Ssn, evidenziandone similitudini e differenze tra modelli regionali, e analizzarli poi seguendo lo schema analitico di "buona regolazione".

Per quanto riguarda gli elementi principali dei sistemi di remunerazione, il quadro che emerge è riassunto negli otto punti seguenti:

#### **1. Ripartizione iniziale dei fondi regionali tra Aziende Usl e Ospedaliere.**

La ricognizione evidenzia due modelli di riferimento, che determinano la distribuzione dei poteri allocativi tra Asl e Regione: l'uno che vede le Asl assegnatarie della maggior parte delle risorse e quindi responsabili per la definizione degli accordi con gli erogatori (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana), l'altro che assegna alle Asl solo una parte dei fondi e mantiene in capo alla regione la definizione degli accordi con gli erogatori "indipendenti" (Veneto, Friuli Venezia Giulia, Lazio; Abruzzo, Sicilia);

#### **2. Definizione e finanziamento delle funzioni assistenziali.**

A questo riguardo emerge una notevole variabilità, che riflette scelte allocative diverse tra singole regioni, in termini sia di quota di risorse destinate alle funzioni piuttosto che alle tariffe e di gamma di funzioni individuate, comunque riservate all'ambito ospedaliero (dal circa 20% di

---

<sup>3</sup> J. Kutzin (2008), op. cit. p. 7. A titolo esemplificativo, il documento dell'OMS richiama le esperienze britanniche e francesi, rispettivamente nei confronti dei medici di base e degli ospedali, che vengono premiati per il raggiungimento di obiettivi di qualità, nell'ambito dei rispettivi progetti di applicazione del modello *Pay for Performance* (vedi oltre).

<sup>4</sup> J. Kutzin (2008), op. cit., p. 19.

<sup>5</sup> Cfr. Agenas (2009), "Sistemi regionali di ripartizione del fondo sanitario e di remunerazione dei ricoveri per acuti, di riabilitazione e lungodegenza: analisi della normativa vigente al 30 ottobre 2008":

[http://www.agenas.it/monitoraggio\\_costi\\_tariffe/analisi\\_normativa\\_finanzimento\\_08.pdf](http://www.agenas.it/monitoraggio_costi_tariffe/analisi_normativa_finanzimento_08.pdf), (acc. giugno 2009).

Lombardia, all'11% di Veneto e 10% del Lazio, fino all'1% dell'Umbria<sup>6</sup>), sia di soggetti erogatori ammessi a questa forma di finanziamento (anche i privati solo in alcune regioni, ad es. Lombardia, Veneto, Liguria, Lazio). La variabilità osservata riflette anche scelte regionali diverse rispetto all'utilizzo alternativo dei diversi strumenti disponibili, ad esempio, per la remunerazione dei maggiori costi associati alla presenza di Dipartimenti di Emergenza, di Pronto Soccorso o di UO di Terapie Intensive, che può risolversi con la differenziazione delle tariffe per classi di strutture erogatrici ovvero con assegnazione di finanziamenti extra tariffa per le specifiche funzioni assicurate. Comune a tutte le realtà regionali, tuttavia, è la mancata attivazione del finanziamento di programmi di integrazione ospedale-territorio, previsto dalla cosiddetta "riforma Bindi" (d.lgs. 229/99) per contrastare il rischio che con la remunerazione a tariffa l'ospedale sia indotto ad esaltare la propria natura di produttore, a discapito dell'integrazione con i servizi territoriali. Nella generalità delle regioni, con l'ovvia eccezione della Lombardia, il compito di garantire la continuità assistenziale è stato affidato soprattutto ai presidi a gestione diretta, generalmente esclusi dal sistema di remunerazione a prestazione proprio al fine di promuovere l'integrazione ospedale-territorio, più facilmente perseguibile con gli strumenti della programmazione e del controllo aziendali, che possono "allineare" obiettivi dei presidi ospedalieri e obiettivi dei distretti territoriali (Di Loreto, 2010)<sup>7</sup>.

### 3. Definizione e *classificazione delle prestazioni*.

In questo caso si apprezza una minore eterogeneità tra regioni, per la competenza specificamente riservata al livello centrale in questo campo. L'uniformità tuttavia risulta limitata dai ritmi rallentati delle procedure di aggiornamento da parte governativa, che hanno portato le Regioni più attive ad anticipare l'introduzione di nuovi sistemi di classificazione, sia nel settore dei ricoveri ospedalieri per acuti (rimasto fermo al 1994, a livello nazionale, fino al 2006), sia nel settore ambulatoriale (tuttora fermo al 1996), sia in altri settori relativamente "minori" (es. riabilitazione ospedaliera, fermo al 1994). Se, per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, la diversità dei sistemi di definizione e classificazione ha ripercussioni principalmente sul versante dell'offerta, in termini di aderenza tra quanto viene erogato e quanto viene misurato e remunerato, nel caso dell'assistenza specialistica ambulatoriale, l'eterogeneità ha ripercussioni anche sul versante della domanda, nella misura in cui si modifica la definizione del paniere di prestazioni cui i cittadini delle singole regioni hanno diritto di accedere a carico del Ssr<sup>8</sup>. L'emanazione del dPCM di aggiornamento dei LEA dovrebbe contribuire significativamente a migliorare la situazione venutasi a creare, definendo in maniera univoca nell'intero Ssn l'elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

<sup>6</sup> In Lombardia, il finanziamento delle funzioni riguarda emergenza-urgenza, trapianto di organi, centro grandi ustioni, attività di ricerca e didattica, complessità di erogazione e progetti specifici, assorbendo oltre il 10% della spesa ospedaliera; anche nel Lazio, dove copre complessità organizzativa e alta specializzazione, è stimabile nel 10%; nel Veneto, il finanziamento delle funzioni assistenziali rappresenta circa il 11% dei fondi assegnati al LEA ospedaliera e copre attività relative a PS, emergenza, terapia intensiva; nel Friuli VG, le funzioni coprono funzioni parzialmente tariffate, ricerca, donazione e trapianto di organo; in Liguria, l'assistenza intensiva territoriale e domiciliare a pazienti psichiatrici, le attività di prelievo e trapianto d'organi, il registro donatori midollo osseo, l'assistenza domiciliare bambini oncologici, il trasporto neonatale e lo screening neonatale di massa e i registri (mortalità, tumori, mesoteliomi); in Emilia Romagna, le funzioni sono specifiche per Azienda destinataria; in Toscana, sono destinate solo alle AOU e solo per funzioni regionali di riferimento e attività non sufficientemente remunerata, diffusione dell'innovazione, della qualità e della produttività, funzioni di didattica e di ricerca; all'estremo opposto, troviamo l'Umbria, dove la quota di spesa ospedaliera finanziata con le funzioni è di solo l'1%, coprendo, solo per gli erogatori pubblici, le attività connesse a: trapianti, AIDS, didattica e ricerca, unità spinale, alta specializzazione, sperimentazioni specifiche, Centro Coordinamento Sangue Regionale.

<sup>7</sup> P Di Loreto (2010), "La manutenzione del sistema", in N. Falcitelli, T. Langiano, M. Trabucchi (a cura di), 2010, I Drg in Italia: un successo o un'occasione perduta?, il Mulino, Bologna.

<sup>8</sup> Da questo punto di vista, l'introduzione dei Piani di rientro, che obbligano le regioni firmatarie al rispetto dei nomenclatori tariffari nazionali al fine di escludere il rischio di tariffari regionali "esosi", ha anche inevitabilmente approfondito il divario tra diritti dei cittadini residenti in regioni caratterizzate da diverse capacità di governo della sanità pubblica, negando agli abitanti delle regioni indebitate il diritto ad accedere ad alcune prestazioni innovative non presenti nel nomenclatore nazionale del 1996 (ma introdotte in diversi nomenclatori regionali).

erogabili a carico del Ssn, aggiornato in base alle valutazioni della Commissione LEA , che ha eliminato prestazioni ormai obsolete e introdotto prestazioni innovative (attualmente spesso inappropriatamente erogate in regime di ricovero per mancanza di una tariffa ambulatoriale);

#### 4. Classi di erogatori e fasce tariffarie.

Questa componente del sistema per la regolazione del mercato degli erogatori è adottata in molte regioni, seppure in maniera differenziata in termini di numero di classi previste, di criteri per la definizione delle stesse e di entità delle fasce. In genere, la classe cui corrisponde la tariffa massima (ossia il 100% della tariffa regionale) include i soli erogatori afferenti la rete dell'emergenza e gli ospedali che svolgono attività di didattica o ricerca, mentre agli erogatori inclusi nelle altre classi sono riconosciute tariffe percentualmente inferiori . Con riferimento alle regioni campione e ai ricoveri ospedalieri per acuti, la situazione è riassunta nello schema seguente, che riporta nell'ultima colonna la fascia tariffaria applicata nei confronti degli erogatori classificati secondo i criteri elencati nella seconda colonna (tratto da Agenas, 2009).

**Tab. 1- Fasce tariffarie per classi di ospedale in alcune regioni**

| Regione        | Classi di ospedali/criteri                                                                                                                 | Fascia tariffaria |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Lombardia      | erogatori con Pronto Soccorso                                                                                                              | 100%              |
|                | erogatori con DEA                                                                                                                          | 3%                |
|                | erogatori senza Pronto Soccorso                                                                                                            | -3%               |
| Friuli VG      | strutture incluse nella rete emergenza o che svolgono attività didattica/ricerca                                                           | 100%              |
|                | altre strutture                                                                                                                            | -21%.             |
| Liguria        | tutte le strutture eccetto reparti pediatrici                                                                                              | 100%              |
|                | reparti pediatrici                                                                                                                         | 10%               |
| Emilia Romagna | aziende ospedaliere, istituti di ricerca, altri erogatori di alta specialità                                                               | 100%              |
|                | altri pubblici e privati, fasce specifiche per classi di DRG; mediamente                                                                   | -13%              |
| Toscana        | strutture con DEA                                                                                                                          | 100%              |
|                | strutture di elezione programmata                                                                                                          | -12%              |
|                | Presidi di Area Vasta                                                                                                                      | 3%                |
| Lazio          | strutture con meno di 120 posti letto, in cui non è presente il Pronto Soccorso ed in cui non viene svolta attività di didattica o ricerca | -5%               |
|                | altre strutture                                                                                                                            | 100%              |
| Abruzzo        | erogatori con Pronto Soccorso, rianimazione e 118                                                                                          |                   |
|                | altri erogatori                                                                                                                            |                   |
| Sicilia        | tutti gli erogatori, eccetto le Case di cura pre-accreditate                                                                               | 100%              |
|                | case di cura                                                                                                                               | -3%               |

#### 5. Modalità di determinazione delle tariffe.

Anche in questo caso la variabilità osservata è ampia, soprattutto relativamente al grado di aderenza ai costi di produzione delle prestazioni perseguito, rispetto ad altri obiettivi, soprattutto di controllo dei livelli di spesa, dei volumi complessivi e della composizione tra erogatori dell'offerta, ma anche di promozione di comportamenti allocativi da parte degli erogatori (i.e. incentivi per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri) attraverso la regolazione dei flussi finanziari<sup>9</sup>. Delle regioni prese in esame, quelle che hanno fatto uso di analisi dei costi sono: Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana; le altre si sono basate, in parte o in toto, sulle tariffe determinate dal Ministero (d.m. 12.09.2006 o d.m. 30.06.1997;

6. *Rimborsi ad hoc*, per lo più per protesi.

La presenza di questa forma di regolazione dell'introduzione delle innovazioni tecnologiche è ancora relativamente limitata e differenziata tra regioni, rispetto alla gamma di tecnologie coinvolte, al criterio di rimborso e agli erogatori ammessi;

7. *Sistemi di controllo*, sanzioni e premi per disincentivare comportamenti opportunistici e incentivare il perseguimento dell'appropriatezza e in generale degli obiettivi di programmazione sanitaria nazionale e regionale (es. categorie di prestazioni; *setting* assistenziali). Anche in questo caso, alla ampia diffusione di questa forma di regolazione dei comportamenti allocativi a livello micro, peraltro imposta dalla normativa nazionale, si associa una discreta variabilità tra regioni in termini di grado di implementazione, di sofisticazione e di efficacia. Il Friuli V.G., ad esempio, ha introdotto (Piano sanitario 2006-2008) un meccanismo di modulazione della remunerazione orientato a premiare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere; sulla base di un set indicatori di "*performance*", ogni trimestre è calcolato, nei confronti di ciascun erogatore, un coefficiente di modulazione della remunerazione dei costi variabili associati alle prestazioni erogate: piena, se risultano rispettati gli standard di *performance* previsti, ridotta, in caso contrario;

8. *Sistemi di regolazione dei volumi* di attività e/o di spesa.

Ultimo in elenco, ma primo per rilevanza di impatto, il tema dei meccanismi di regolazione dei volumi scambiati è affrontato in tutti i modelli regionali, con la previsione di *budget* o tetti per erogatore. Anche in questo caso si osserva una variabilità negli approcci seguiti tra regioni: definizione di budget solo economici o anche per volume e tipo di prestazione; inclusione o meno delle prestazioni erogate a cittadini residenti in altre regioni; categorie di prestazioni incluse o escluse; remunerazione delle prestazioni eccedenti il budget. Lo schema seguente riepiloga le caratteristiche principali dei meccanismi vigenti in alcune delle regioni in esame (tratto da Agenas, cit.).

---

<sup>9</sup> Sui diversi approcci alla determinazione delle tariffe, cfr. anche S Bartoli E Cantù (2009), "Le analisi dei costi per la determinazione delle tariffe: esperienze regionali a confronto", in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009, Milano, EGEA.

**Tab. 2- Caratteristiche dei sistemi di regolazione dei volumi in alcune regioni.**

| Regione        | Budget                                                                                                               | Prestazioni escluse dal budget                                                                                      | Ricoveri di non residenti        | Superamento budget                                                                                                                                                   |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lombardia      | contratti tra erogatori e ASL di competenza, budget economico e per tipologia di attività                            | alcune prestazioni (interventi per tumori maligni, parti, ecc.) sono escluse dal budget e remunerate a consuntivo   | esclusi dal budget per erogatore | le prestazioni eccedenti il budget <b>non</b> sono remunerate, a meno di accordi con ASL                                                                             |
| Veneto         | budget finanziario, definito a livello regionale                                                                     | solo per gli erogatori pubblici: trapianti di organo e midollo ed un elenco di DRG, se erogati in specifici reparti | esclusi dal budget per erogatore | alle prestazioni eccedenti il budget si applica, per privati accreditati, una regressione tariffaria compresa tra -65% e - 85%, in funzione della quota in eccesso   |
| Friuli V.G.    |                                                                                                                      |                                                                                                                     |                                  | alle prestazioni eccedenti il budget si applica, per privati accreditati, una regressione tariffaria compresa tra - 30% e - 100%, in funzione della quota in eccesso |
| Emilia Romagna | contratti tra erogatori e ASL di competenza, budget economico e per tipologia di attività                            |                                                                                                                     |                                  | le prestazioni eccedenti il budget sono remunerate all'80% del valore tariffario                                                                                     |
| Toscana        | budget economico, <i>definito dalla ASL</i> con gli erogatori presenti nel proprio territorio                        |                                                                                                                     |                                  |                                                                                                                                                                      |
| Lazio          | budget economico e per attività, <i>definito dalla regione</i> ; gli erogatori sottoscrivono un contratto con la ASL | ricovero del “neonato sano”                                                                                         | inclusi nel budget per erogatore | le prestazioni eccedenti il budget <b>non</b> sono remunerate                                                                                                        |

In termini di regolazione degli erogatori privati, è interessante l’esperienza dell’Emilia Romagna, che nel 2000 ha definito il *quadro normativo in materia di accordi contrattuali* da stipulare a livello di Azienda Usl, stabilendo che siano fissati gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi, i volumi massimi di prestazioni (distinti per tipologia e per modalità di assistenza), i requisiti in termini di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, i tempi di attesa, le condizioni per la continuità assistenziale ed il corrispettivo. Nel 2007, quindi, nell’ambito di tale quadro è stato siglato un accordo generale con la sezione regionale dell’Associazione italiana ospedalità privata (Aiop), che ha portato a definire con una sostanziale certezza il budget di riferimento per il settore dell’ospedalità privata, consentendo la successiva stipula, a livello aziendale, di contratti di fornitura i quali spesso hanno definito tipologie e volumi di attività relativi

all'intera gamma di offerta (ricoveri ordinari, *day hospital*, attività specialistica ambulatoriale) “in un quadro di integrazione progressiva e di sussidiarietà tra pubblico e privato accreditato”.

In conclusione, l'analisi sia pure parziale e sintetica dei modelli regionali di remunerazione degli erogatori ne evidenzia una progressiva differenziazione. Differenziazione che si può collegare, da un lato, sicuramente, alla mancata manutenzione che ha lungo afflitto il sistema introdotto quindici anni orsono (Di Loreto, 2010)<sup>10</sup>, ma anche al carattere di “legge quadro” che connota i provvedimenti di riordino del Ssn succedutisi negli anni novanta e che lasciava alle scelte regionali ampi margini di variabilità, sfruttati dalle regioni nell'adattamento dei propri modelli alle specifiche situazioni, opportunità e vincoli locali. La variabilità è importante non soltanto in termini di caratteristiche del sistema, come si è visto; anche in termini di *valori tariffari*, e di corrispondenti “fatturati” per i volumi di prestazioni erogate, le analisi dei tariffari regionali evidenziano una variabilità molto elevata e poco giustificabile. Con riferimento alle prestazioni ospedaliere, una recente analisi di confronto<sup>11</sup> tra i volumi finanziari corrispondenti ai tariffari regionali 2008 e alle tariffe nazionali (ex dm 12 settembre 2006) applicati alla casistica nazionale dei ricoveri ordinari (anno 2006), ha evidenziato un *range* di variabilità in media pari al 45%, compreso tra -12% e +32%. Per le regioni qui considerate, si riscontrano: valori superiori, applicando il tariffario del Friuli VG (+32%); valori inferiori, applicando i tariffari dell' Abruzzo (-12%), del Veneto (-6,5%), della Toscana (-4%) e della Liguria (-4%); valori sostanzialmente analoghi (con differenze comprese entro il +/-2%), applicando le tariffe di Lombardia, Emilia Romagna, Lazio, Sicilia. Molto interessante, per le implicazioni allocative (e quindi di regolazione implicita dell'offerta), la valutazione offerta dallo stesso studio della variabilità con riferimento alla complessità delle prestazioni (distinte in, termini di DRG assegnato, in tre classi: DRG ad alta complessità; DRG “a rischio di in appropriatezza” ex dPCM 29 novembre 2001; altri DRG). Sempre con riferimento alle regioni in esame: i tariffari di Lombardia, Veneto, Emilia Romagna destinano maggiori quote di risorse all'alta complessità; con i tariffari di Lazio e Abruzzo, maggiori quote sono destinate, sia ai ricoveri ad alta complessità, sia a quelli “a rischio di in appropriatezza”; con quelli di Liguria e Toscana si favoriscono le prestazioni non di alta complessità e non inappropriate; con quelli del Friuli e della Sicilia, infine, risultano favorite le prestazioni di complessità non alta e quelle a rischio di in appropriatezza.

In conclusione, l'analisi dei modelli regionali, oltre a mettere in luce l'estrema *variabilità* delle scelte adottate nelle singole realtà, segnala anche la *complessità* dei modelli stessi, in tal senso, evidenziando i limiti di confronti e di valutazioni che si basino unicamente sui valori tariffari, trascurando i molti aspetti “di *governance*” insiti nei modelli di remunerazione.

### Aderenza allo schema di buona regolazione

Se si adotta come riferimento lo schema analitico sviluppato dal gruppo di lavoro per valutare i modelli di regolazione in ambito sanitario, l'analisi del sistema di regolazione degli scambi osservabile nel Ssn evidenzia quanto segue.

Relativamente agli obiettivi e al ruolo del sistema di remunerazione, nei tre ambiti di regolazione, quel che si osserva è la trasformazione avvenuta nel tempo. Benché il sistema di remunerazione prospettico sia stato introdotto nel Ssn con il duplice obiettivo di garantire maggiore equità e coerenza con gli obiettivi di programmazione sanitaria nella allocazione delle risorse e di consentire un *controllo della dinamica dei costi del Ssn*, nel tempo questo secondo obiettivo è venuto assumendo una netta prevalenza. Ciò, sia a livello regionale, come emerge in special modo dalle modalità di determinazione e di aggiornamento delle tariffe, sia a livello nazionale, come emerge da una lettura cronologica della normativa, che ha imposto vincoli crescenti alle politiche

<sup>10</sup> P. Di Loreto (2010), “La manutenzione del sistema”, in N. Falcitelli, T. Langiano, M. Trabucchi (a cura di), *I Drg in Italia: un successo o un'occasione perduta?*, op. cit.

<sup>11</sup> I. Morandi, L. Arcangeli (2010), *Le tariffe nazionali e regionali nelle prestazioni ospedaliere*, in Agenas (2010), Numero monografico di Monitor, in corso di pubblicazione.

tariffarie regionali, arrivando a porre a carico dei bilanci regionali le tariffe regionali fissate oltre quelle nazionali massime<sup>12</sup>.

Se si guarda ai sistemi di remunerazione con l'attenzione alla terzietà, quindi, colpisce l'uso spesso differenziato del sistema tra settore pubblico e privato. In generale, il sistema di remunerazione a prestazione si applica nei confronti di circa il 55-60% delle attività di ricovero ospedaliero per acuti erogate nel Ssn. Tutti gli erogatori privati, infatti, insieme alle aziende ospedaliere, incluse quelle universitarie, e gli Irccs sono coinvolti; mentre il sistema non si applica ai presidi a gestione diretta delle Aziende Usl, se non eventualmente per il rimborso delle prestazioni erogate ad assistiti di altre Aziende o di altre regioni: la tendenza, per questa categoria di erogatori, è di utilizzare piuttosto modelli di budget aziendale (Di Loreto, 2010)<sup>13</sup>. Le modalità di utilizzo del sistema possono però essere diverse, nei confronti degli erogatori pubblici e di quelli privati; come si è visto, funzioni assistenziali, fasce tariffarie e abbattimenti tariffari per le prestazioni eccedenti i budget, tariffe e rimborsi speciali sono applicati in maniera differenziata, spesso prevedendo una relativa maggiore "severità" per gli erogatori privati.

A questo proposito, è interessante l'evidenza emersa da un recente lavoro di confronto tra livelli tariffari regionali (nello specifico relativi ai ricoveri ospedalieri per acuti) e composizione pubblico-privato dell'offerta, in termini di posti-letto per acuti: "le regioni in cui vi è prevalenza di posti letto pubblici generalmente adottano tariffe più elevate. Tuttavia, ove si considerino classi di complessità delle prestazioni, si osserva che, se per i ricoveri di alta specialità o non a rischio di inappropriata le regioni adottano tariffe più elevate ove vi sia prevalenza di posti letto pubblici, per i ricoveri a rischio di inappropriata tariffe meno elevate sono adottate nella maggioranza delle regioni"<sup>14</sup>.

Passando al rapporto con la programmazione e con il "governo clinico", il primo risulta molto forte a tutti i livelli. In particolare, le politiche tariffarie regionali sono spesso strumentali al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza, di controllo delle innovazioni tecnologiche e di rispetto dei vincoli di bilancio dettati dalla programmazione sanitaria, sia nazionale, sia e soprattutto regionale. Rispetto al secondo, inoltre, si apprezzano dei tentativi di coinvolgere le Società scientifiche nei processi di determinazione delle tariffe, come nel caso della recente Consultazione avviata dal Ministro della salute sullo schema di decreto di aggiornamento delle tariffe, che segnala una volontà istituzionale di avvalersi delle competenze professionali nella definizione di provvedimenti rilevanti e una disponibilità dei professionisti a collaborare in questo senso.

Circa la partecipazione degli erogatori privati, le evidenze storiche si potrebbero semplificare in uno "slogan": poca collaborazione in fase istruttoria (per la limitata disponibilità storicamente dimostrata dalle associazioni degli erogatori privati a partecipare agli studi per la determinazione dei costi delle prestazioni) e tanta litigiosità in fase applicativa (per la propensione viceversa piuttosto marcata e diffusa sul territorio ad intentare ricorsi contro i provvedimenti, nazionali e regionali, di fissazione delle tariffe). Tuttavia, si apprezzano dei recenti segnali di inversione di tendenza, in particolare nella disponibilità a contribuire alla misurazione dei costi delle prestazioni recentemente dimostrata, sia a livello regionale (es. studio sui costi delle prestazioni ambulatoriali avviato nel Veneto con la partecipazione di erogatori privati), sia a livello nazionale (nell'ambito della citata Consultazione, che ha portato dei contributi anche da Associazioni di erogatori privati), probabilmente frutto anche del nuovo contesto creatosi a partire dal 2005, con gli inasprimenti generalizzati delle regole dettate a fini di contenimento dei costi del Ssn entro i limiti dei finanziamenti stabiliti negli accordi tra Stato e Regioni, in particolare nelle

<sup>12</sup> Peralto senza evidenza dell'efficacia di tale imposizione in termini di contenimento della dinamica delle spese corrispondenti, come sembra emergere da una analisi dell'andamento dei costi regionali per l'assistenza ospedaliera osservati (ex flusso informativo dei cosiddetti "modelli LA") nel periodo precedente l'introduzione della norma che impone il rispetto delle tariffe massime nazionali: nelle regioni che applicavano le tariffe nazionali gli incrementi sono stati tendenzialmente superiori a quelli rilevati nelle regioni che avevano aggiornato i propri tariffari. Cfr. I Morandi, L. Arcangeli (2010), op. cit. .

<sup>13</sup> P. Di Loreto (2010), op. cit..

<sup>14</sup> I. Morandi, L. Arcangeli (2010), op. cit..

regioni soggette a Piani di rientro dal disavanzo. Sostanzialmente nulla, invece, la partecipazione degli utenti alla definizione e gestione del sistema di remunerazione. Gli utenti sono soggetti, però, agli effetti del sistema, nella misura in cui sono chiamati, se non esenti, a partecipare al costo delle prestazioni, definito in termini tariffe vigenti a livello regionale ed in tal senso variabile tra regioni<sup>15</sup>; sono evidenti le implicazioni delle politiche tariffarie anche in termini di equità nell'accesso alle prestazioni, che giustificherebbero forse un ruolo calmieratore del livello centrale e/o una modifica del sistema dei ticket che ne riduca la sensibilità ai livelli tariffari locali.

### Bilancio e prospettive

Volendo riepilogare e tentare una rapida valutazione d'insieme del sistema di regolamentazione degli scambi, i risultati positivi indotti dal passaggio al sistema di remunerazione basato sulle tariffe predeterminate per prestazione sono storicamente molto importanti. L'incremento generalizzato di *efficienza* nella erogazione delle prestazioni osservato ne costituisce difatti un effetto indubbio<sup>16</sup>, esteso a tutte le realtà regionali e all'intero sistema di offerta (non solo agli erogatori direttamente coinvolti), per un chiaro effetto *spill-over*. Riduzione delle durate di degenza, riduzione dei posti letto ospedalieri, aumento della complessità dei casi trattati in ricovero ordinario e graduale spostamento dei casi meno complessi sui ricoveri diurni e sul *setting* ambulatoriale, relativo contenimento della dinamica della spesa ospedaliera; l'insieme di queste tendenze, riscontrabili nell'analisi dei dati rilevati e pubblicati ormai sistematicamente dal Ministero della salute, può in buona parte ricondursi alla forte attenzione al tema dell'efficienza produttiva attivata dagli incentivi insiti nelle regole per la remunerazione degli ospedali introdotte dalla metà degli anni novanta. Così come il mercato impulso allo sviluppo e al progressivo miglioramento qualitativo dei *sistemi informativi*, registrato tanto a livello macro (regionale e nazionale) quanto a livello micro (aziendale). Più difficile, invece, misurare l'impatto del sistema, nelle sue diverse articolazioni locali, in termini di *qualità* dell'assistenza e di *efficacia ed appropriatezza clinica* delle attività erogate. Benché siano stati attivati ovunque dei sistemi di controllo, ma con intensità e qualità variabile dalla semplice verifica dei sistemi informativi all'uso di strumenti di valutazione della appropriatezza dei singoli episodi di ricovero, la *manca*za di un sistema di monitoraggio sistematico delle caratteristiche e degli effetti dei diversi sistemi regionali tuttora ostacola la capacità di valutare in modo complessivo l'efficacia di questo strumento di regolazione pur tanto importante nel Ssn. Un ulteriore risultato positivo ascrivibile all'introduzione del sistema di pagamento a prestazione, spesso trascurato dalle analisi malgrado la sua importanza per l'entità e per le implicazioni dei volumi e dei soggetti coinvolti, riguarda la *mobilità sanitaria*<sup>17</sup>. La regolazione di questo ambito ha costituito, inizialmente, il "banco di prova" per l'attuazione del sistema di remunerazione a prestazione, con un anno di anticipo rispetto all'emanazione delle nuove regole a livello nazionale, e successivamente il luogo di definizione collegiale di regole per la remunerazione, da parte delle regioni, ad integrazione e completamento delle incertezze del quadro definito dalla normativa statale (aggiornamento delle classificazioni e dei livelli tariffari, remunerazione delle eccellenze, sanzioni delle inapproprietezze dei ricoveri, etc.).

Permangono, tuttavia, anche una serie di criticità, che dovrebbero costituire ambiti prioritari di revisione del sistema:

---

<sup>15</sup> Si consideri che l'analisi della variabilità dei tariffari regionali delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, rispetto alle tariffe nazionali, con riferimento all'anno 2008 evidenzia differenze che, ad esempio per il settore della *diagnostica di laboratorio*, vanno da -0,7% a + 37% (studio non pubblicato svolto nell'ambito del Gruppo di lavoro ministeriale sulle tariffe).

<sup>16</sup> Cfr., ad esempio, M. Cerbo, T. Langiano (2004), *L'impatto a livello nazionale del sistema di remunerazione*, in N. Falcitelli, T. Langiano (2004), op. cit., pp. 85-115.

<sup>17</sup> Al riguardo, vedi i contributi di Di Loreto nei citati volumi della Fondazione Smith Kline.

- (i) il *disallineamento* che si osserva tra ruolo proattivo affidato alle tariffe nazionali e la relativa “lentezza” degli aggiornamenti eseguiti a livello centrale.

Le procedure previste per l’aggiornamento degli *elenchi* e delle classificazioni delle prestazioni a livello nazionale, attualmente inserite nell’aggiornamento della definizione dei Lea (ad eccezione dell’assistenza ospedaliera<sup>18</sup>), si sono rivelate infatti molto complesse, sia per la gestione delle esigenze di condivisione con la molteplicità di *stakeholders* coinvolti (Regioni, professionisti, associazioni di utenti, industria), sia per le implicazioni in termini finanziari. Ed è questo un aspetto del sistema di regolazione che meriterebbe un *attento ripensamento*, al fine di evitare il protrarsi di una situazione di inadeguata specificazione dei diritti a livello nazionale, la quale inevitabilmente genera una differenziazione dei diritti definiti a livello locale che mal si concilia con l’universalità del Ssn.

La manutenzione del sistema a livello centrale in termini di aggiornamento dei *valori tariffari*, dall’altro lato, si è interrotta molto presto (le tariffe ospedaliere nazionali sono state aggiornate solo nel 1997, dopo la prima definizione nel 1994; quelle ambulatoriali non lo sono mai state, dopo il 1996). Il motivo della difficoltà di procedere, in questo caso, è verosimilmente da ricondurre alla ambiguità del ruolo assegnato alle tariffe nazionali. Inizialmente previste come riferimento per le regioni, sia per consentire di disporne anche in quelle realtà meno preparate per produrle autonomamente, sia per disporre di valori intorno ai quali limitare la variabilità ed i connessi rischi di iniquità, le tariffe nazionali hanno progressivamente cambiato natura, diventando un vincolo all’autonomia regionale di definizione delle politiche tariffarie e rendendo in tal modo difficile una loro determinazione condivisa da parte Ministeriale e regionale. Anche in questo caso appare opportuna una riflessione ed una revisione del ruolo delle tariffe stabilite a livello nazionale; revisione che riconosca la loro natura di (singolo) elemento di un sistema di regolazione articolato e complesso, li sganci dal perseguimento di obiettivi eterogenei e ne consenta una gestione più agile, orientata ad obiettivi “tecnici” (di definizione delle componenti, dei *range* e dei fattori di variabilità accettabili di costo delle prestazioni ) e meno vincolata da obiettivi politici, più correttamente attribuiti ad altri strumenti di regolazione (quali, ad. es. la negoziazione dei budget con gli erogatori, o l’utilizzo sistematico dei controlli sull’appropriatezza delle prestazioni erogate) e ad altri livelli di governo del Ssn (Regioni e Aziende sanitarie);

- (ii) la *variabilità tra regioni*, da ricondurre, sì ai ritardi nella manutenzione del sistema a livello centrale, ma anche ai diversi livelli di capacità amministrativa a livello regionale (nel disegno e nell’*enforcement* delle regole), che impongono interventi di formazione e trasferimento di conoscenze e competenze tra regioni;
- (iii) l’alta *conflittualità* che connota il sistema, in buona parte riconducibile alla molteplicità di obiettivi, non necessariamente tra loro coerenti (es. aderenza ai costi, per obiettivi di equità allocativa, vs impatto finanziario neutrale, per obiettivi di rispetto dei vincoli di bilancio), che viene concentrata su un unico strumento di regolazione (le tariffe) e inevitabilmente lo rende più vulnerabile alle contestazioni e ai ricorsi;
- (iv) i frequenti *travisamenti* nell’interpretazione e nell’utilizzo del sistema tariffario, che troppo spesso inducono comportamenti distorti: a livello nazionale (quando si tende a confondere tariffe e costi standard<sup>19</sup>), a livello regionale (laddove le tariffe sono

<sup>18</sup> Per la natura sostanzialmente esaustiva del livello di assistenza ospedaliera, delimitato solo con riferimento, non ad un elenco definito di prestazioni, come nel caso, ad esempio, della assistenza specialistica ambulatoriale o protesica, ma alla appropriatezza dei ricoveri, indicata in termini di tipologie di casi da trattare prevalentemente in regime di ricovero diurno ovvero in *setting* ambulatoriale.

<sup>19</sup> L’equivoco origina da una probabile lettura parziale della normativa che introdusse nel Ssn il sistema di remunerazione basato su tariffe predeterminate per prestazione, stabilendo che queste fossero fissate sulla base dei costi standard di produzione delle prestazioni, a loro volta calcolati sui costi osservati in un campione di strutture efficienti;

sistematicamente sotto-valorizzate nei confronti degli erogatori privati, per sopperire ai limiti nella capacità di governo del sistema – es. Campania) e a livello locale (laddove si ricorre ad usi “estremisti” delle tariffe nei sistemi aziendali di *budgeting* e di controllo interno– es. scandali Lombardia);

- (v) l'utilizzo ancora troppo limitato delle *funzioni assistenziali* e le difficoltà nel perseguimento della *continuità* assistenziale (es. malattie croniche);
- (vi) la limitata *attenzione*, nel disegno del sistema, ai *risultati* prodotti dalle prestazioni consumate/scambiate in termini di impatto sulla salute dei cittadini (*outcome*).

Per concludere la ricostruzione del quadro attuale del sistema di regolazione degli scambi all'interno del Ssn, è utile considerare i segnali provenienti dal lato delle regioni e da quello del governo centrale. Sul *versante regionale*, le posizioni sono state da tempo chiaramente espresse, in una proposta complessiva approvata dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni il 5 ottobre 2005, che se da un lato riconosce l'esigenza di un coordinamento nazionale delle politiche in materia di sistemi di remunerazione, che riduca la variabilità dei sistemi di finanziamento regionali, dall'altro rifiuta la logica delle tariffe massime nazionali introdotta dalla legge finanziaria 2005. Il livello centrale dovrebbe garantire l'aggiornamento annuale dei *sistemi di classificazione* delle prestazioni (ICD9CM e DRG), da adottare da parte di tutte le Regioni e Province autonome, e l'individuazione di *criteri generali*, sia per la definizione delle funzioni assistenziali e della relativa remunerazione, sia per la determinazione delle tariffe da parte delle regioni.

Coerentemente a questa posizione, peraltro, le Regioni hanno reagito ai segnali di ripresa di ruolo emersi negli ultimi anni *sul versante statale*. Difatti, alle attività intraprese dal Ministero della salute per l'aggiornamento delle tariffe nazionali, da ultimo nel corso del 2008-2009, le Regioni hanno fornito il proprio sostegno tecnico in fase di predisposizione ed elaborazione dei dati sui costi delle prestazioni, rifiutando poi l'accordo sui valori tariffari massimi proposti da parte statale (Di Loreto, 2010). Alle iniziative per l'aggiornamento delle classificazioni delle prestazioni, invece, le Regioni hanno garantito il proprio sostegno tecnico e il proprio accordo: ICD9CM e DRG sono stati aggiornati nel 2006 e nel 2009 e recentemente è stato annunciato il progetto per lo sviluppo di un nuovo sistema di classificazione dei ricoveri ospedalieri, basato sulle caratteristiche dei DRG ma adattato alle specificità e alle esigenze del sistema sanitario italiano, che vedrà la collaborazione di soggetti istituzionali statali e regionali, insieme ad enti di ricerca ed esperti, in analogia a quanto già sperimentato nell'ambito del “Progetto Mattoni per il Ssn”<sup>20</sup>.

In conclusione, l'analisi del sistema di remunerazione degli erogatori proposta offre svariati spunti per il dibattito che dovrebbe svilupparsi, al fine di individuare criteri e sviluppare proposte per una sua revisione, anche in risposta alla rinnovata sollecitazione contenuta nel Nuovo Patto per la salute. In tal senso, e per completare questo contributo, può servire riportare l'attenzione ai suggerimenti provenienti dall'ambito internazionale e, in particolare, accennare al modello di *Pay for Performance* (P4P), che si ritiene potrebbe utilmente costituire l'approccio da approfondire e da promuovere, a livello nazionale, per favorire una regolazione degli erogatori orientata al miglioramento della qualità delle prestazioni e dei risultati ottenuti in termini di salute degli utenti del Ssn.

Risulta utile, a tal fine, seguire un recente contributo di Alan Maynard<sup>21</sup>, che propone una efficace ricognizione critica degli obiettivi e dei criteri per lo sviluppo di progetti di P4P, alla luce

---

ma tra costi standard e tariffe si inseriscono, evidentemente, gli effetti delle politiche tariffarie, nazionali e soprattutto regionali.

<sup>20</sup> Cfr. F. Palumbo (2010), *Il progetto del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali per lo sviluppo di un nuovo sistema di misurazione e valorizzazione dei prodotti delle strutture ospedaliere*, in N. Falcitelli, T. Langiano, M. Trabucchi, op. cit..

<sup>21</sup> A. Maynard (2008), *Payment for Performance (P4P): International experience and a cautionary proposal for Estonia*, WHO/Europe Health Financing Policy Paper.

[http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2008/20080505\\_1](http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2008/20080505_1) (acc. Sett. 2009).

delle esperienze già avviate tra Stati Uniti ed Europa nell'ultimo decennio, partendo da cinque problemi che storicamente affliggono ogni sistema sanitario, qualsiasi ne siano l'organizzazione e la gestione: (i) le *conoscenze incomplete* sull'efficacia dei trattamenti medici, che spesso non sono basate su evidenze; (ii) l'ampia *variabilità* che si riscontra nella pratica clinica, che vede pazienti con caratteristiche simili ricevere trattamenti anche molto differenti; (iii) l'erogazione di *assistenza inappropriata* a pazienti che non ne ricevono alcun beneficio e, più in particolare, l'insufficiente capacità, spesso, di erogare cure appropriate e basate sulle evidenze a gruppi di pazienti importanti quali i malati cronici; (iv) la *sicurezza dei pazienti*, laddove dati raccolti a livello internazionale stimano in un 10% dei ricoveri ospedalieri il tasso degli errori medici; (v) la riluttanza, infine, di molti operatori e decisori di misurare il successo delle cure sanitarie anche con indicatori di risultato espressi dai pazienti (*PROMs: Patient Reported Outcome Measures*). Benché noti, studiati e misurati da decenni, questi problemi sono stati generalmente trascurati dalle riforme strutturali e procedurali dei rapporti tra acquirenti e erogatori attuate negli anni ottanta e novanta. Nel corso del tempo tuttavia, e in particolare nell'ultimo decennio e negli Stati Uniti e in Europa, sono venuti sviluppandosi sistemi di indicatori di *performance*, sempre più frequentemente affiancati da incentivi al margine, con piccoli premi o sanzioni finanziari, applicati nei confronti degli erogatori, ospedali e medici di base e specialisti.

Gli esempi più conosciuti di applicazione del modello di *Pay for performance* sono negli Stati Uniti e in Inghilterra. Negli USA, il programma avviato nel 2003 dai CMS e dalla Premier Inc.<sup>22</sup> coinvolge oltre 260 ospedali, su base volontaria, e gli assistiti -per lo più anziani- del sistema Medicare e si basa su un sistema di 34 indicatori di processo e di esito relativi a cinque condizioni cliniche (ischemia cardiaca, innesto di *by-pass* aorto-coronarico, insufficienza cardiaca, polmonite acquisita in comunità, artroprotesi di anca e di ginocchio). I livelli di *performance* raggiunti da ciascun ospedale, pubblicati su internet, comportano inizialmente l'attribuzione di premi dell'1 o del 2% dei rimborsi Medicare previsti per la specifica condizione clinica; in seguito, a partire dal terzo anno si adottano anche sanzioni, sempre dell'1 o del 2%, in caso di mancato raggiungimento di soglie minime di *performance*. Delle sanzioni sono previste anche nei confronti degli ospedali che non partecipino alla raccolta di un set di dati sulla propria *performance* che sono utilizzati per il monitoraggio della *performance* degli erogatori di Medicare. Inoltre, dalla fine del 2008, Medicare ha introdotto un'ulteriore componente del modello P4P, che prevede l'esclusione dal rimborso dei costi conseguenti ad errori medici, quali ad esempio i costi del trattamento di piaghe da decubito o di infezioni da catetere non presenti al momento del ricovero. Prime valutazioni del programma sembrano indicare dei miglioramenti significativi dei processi assistenziali nelle aree cliniche coinvolte.

Anche nel Regno Unito, gli ospedali del *National health service* (Nhs) hanno iniziato ad essere multati se non riducono entro tassi obiettivo pre-determinati le proprie incidenze di alcune infezioni ospedaliere. Sempre nel Nhs, dal 2004, nell'ambito del programma *Quality and Outcomes Framework* (QOF)<sup>23</sup>, nei confronti dei Medici di base sono stati introdotti sistemi di remunerazione ibridi, che prevedono premi e sanzioni finanziari in funzione dei livelli di *performance* raggiunti, e resi pubblici, relativamente agli aspetti della pratica selezionati. Ad ogni medico/gruppo di medici è attribuito un punteggio, in base ai risultati di un set di 136 indicatori: 80 indicatori clinici, relativi a 19 aree cliniche (es. patologie coronariche, diabete mellito, asma); 36 indicatori relativi ad aspetti organizzativi (es. dotazione strutturale, gestione del personale, sviluppo professionale); 5 indicatori relativi alla soddisfazione dei pazienti rispetto all'assistenza ricevuta, misurata attraverso questionari standardizzati; 8 indicatori su servizi aggiuntivi (es. *screening* della cervice; assistenza sulla contraccezione).

<sup>22</sup> Cfr. [http://www.cms.hhs.gov/HospitalQualityInits/35\\_hospitalpremier.asp](http://www.cms.hhs.gov/HospitalQualityInits/35_hospitalpremier.asp) e <http://www.premierinc.com/p4p/hqi/index.jsp>

<sup>23</sup> Cfr. <http://www.qof.ic.nhs.uk/>

Più recentemente, dall'inizio del 2009, anche in Francia è stato avviato il programma Capi<sup>24</sup> (*Contrats d'amélioration des pratiques individuelles*) in base al quale i medici di base possono ricevere dei premi finanziari (fino ad un massimo di 6000 euro/anno, pari ad una mensilità media), se e nella misura in cui raggiungano obiettivi di qualità dell'assistenza, predeterminati sulla base delle raccomandazioni di Autorità nazionali, in particolare centrati sulla prevenzione, sul rispetto di linee guida cliniche per il trattamento delle malattie croniche e sull'aumento delle prescrizioni di medicinali generici.

Il modello del *P4P*, insomma, rappresenta una via per il miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso la regolazione dei rapporti con gli erogatori che sempre più frequentemente si inizia a percorrere nei sistemi sanitari evoluti, con risultati che suggeriscono l'opportunità di considerarlo seriamente, nell'attuale fase di ripensamento del sistema di regole vigenti nel Ssn. Enfasi sui risultati, sulla sicurezza dei pazienti, sull'appropriatezza delle cure e sulla loro costo-efficacia, sulle patologie croniche, sulla trasparenza nei confronti anche degli assistiti e sulla responsabilizzazione di tutti i soggetti coinvolti. Questi sembrano essere i grandi vantaggi del modello *P4P*. Tuttavia, come sempre nel trasferimento di modelli sviluppati in altri contesti, vale il monito all'attenzione e alle risorse da dedicare alla fase di studio e di sviluppo, prima, e poi di implementazione e di monitoraggio. Citando nuovamente Maynard, "Gli incentivi del modello *P4P* possono avere effetti molto potenti, perciò è essenziale cautela nel loro disegno e nella loro attuazione. Ignorarne il potenziale, d'altro canto, non sarebbe saggio, poiché offrono la possibilità di migliorare il valore dei soldi spesi (*value for money*), sia dei pazienti, sia di chi paga le tasse".

---

<sup>24</sup> Cfr. Or, Zeynep (2009), *A small step towards P4P in France*, Health Policy Monitor; <http://www.hpm.org/index.jsp>