

## Organizzazione e gestione dell'assistenza diabetologica

A cura di Marco A. Comaschi

Dipartimento di Emergenza e Accettazione Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Genova

### Un nuovo modello di remunerazione in sanità: il sistema *Prometheus*

Marco A. Comaschi

Dipartimento di Emergenza e Accettazione Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Genova

**P**iu o meno nell'ultimo ventennio in Italia è stato adottato il modello di pagamento a prestazione in sanità, nel quadro della progressiva "aziendalizzazione" del Servizio Sanitario Nazionale. Il sistema (*fee-for-service*) è stato preso ricalcando soprattutto l'esperienza americana, ma anche di qualche altro paese europeo, al fine di stabilire un valore economico per le prestazioni sanitarie anche complesse e di poter correlare la remunerazione delle singole aziende e dei singoli professionisti ad attività effettivamente calcolabili. La riforma del 1992 (Leggi 502/517 e succ. modif. e Legge 229/99) ha posto fine a una babele infinita di sistemi di pagamento che si trascinava dal vecchio sistema mutualistico in vigore fino al 1978 - e che la riforma della Legge 833 non aveva di fatto modificato - lasciando inalterato un sistema di pagamento "a piè di lista".

Il profondo cambiamento indotto dalla riforma aziendalistica ha avuto necessità di circa un quinquennio per essere poi definitivamente applicato e, nel frattempo, la modifica del Titolo V della Costituzione ha consegnato alle Regioni il governo totale del Sistema Sanitario che, di fatto, si è così articolato in tanti Sistemi Sanitari Regionali fra loro anche profondamente diversi, ma comunque accomunati dal metodo di remunerazione "a prestazione".

A distanza di quasi venti anni l'esperienza ha mostrato qualche luce e tantissime ombre che erano, peraltro, in buona misura prevedibili. Gli elementi positivi sono

in pratica riassumibili nel modello di contabilità che deve essere formulata in modo analitico a fronte di "budget" prefissati e che permette, quindi, di evidenziare situazioni anomale e di individuare le responsabilità gestionali con precisione. Tuttavia, anche questo elemento positivo è stato applicato, come d'altra parte era possibile, quasi solo alle attività ospedaliere, mentre tutta la medicina delle cure primarie è rimasta fuori dalla logica del controllo contabile. Il particolare stato giuridico dei medici di medicina generale, convenzionati e di fatto "liberi professionisti", ha mantenuto una remunerazione "capitaria" per assistito che non realizza alcuna possibilità di controllo preventivo sul budget, ma dà solo la possibilità di controlli "ispettivi" a posteriori.

Se la trattazione sugli elementi positivi può essere chiusa molto rapidamente, quella sugli aspetti "deletteri" necessita di uno spazio più ampio e va articolata per punti.

1. Un sistema di pagamento a prestazione induce negli operatori e nelle aziende un aumento della produzione, indipendente dall'appropriatezza. La tendenza a produrre di più genera un'offerta maggiore che si traduce, come sa bene chi si occupa di economia della sanità, in una domanda costantemente crescente. È un sistema a spirale.
2. Un sistema in cui viene remunerato di più chi produce di più porta alla "concorrenza" tra i soggetti erogatori che sono spinti a offrire agli utenti prestazioni identiche. La creazione di doppiopioni in sedi

anche molto vicine è stata la norma in questi anni. Spesso si è assistito all'offerta di prestazioni identiche all'interno dello stesso ospedale da parte di più soggetti erogatori, a fronte della carenza assoluta di prestazioni a bassa remunerazione. Se la "concorrenza" è un sano elemento del mercato tra soggetti diversi (pubblico vs privato), diventa un nonsenso tra soggetti identici che hanno un'identica missione (pubblico vs pubblico).

3. Un sistema che alimenta la produzione e prevede una forte concorrenzialità ha bisogno di una pluralità di soggetti paganti, in modo che i singoli paganti possano scegliere liberamente il soggetto di mercato più idoneo. Se il pagante è uno solo - e per di più a tariffe predeterminate - la scelta è assolutamente ininfluyente e viene lasciata al cittadino/utente che, per definizione, è "ignorante" in materia sanitaria. Proprio per la sua fisiologica "ignoranza", egli delega al soggetto "competente" la scelta e, quindi, si crea il paradosso che l'operatore sanitario è contemporaneamente l'ordinatore di spesa e l'erogatore delle prestazioni pagate.
4. Il sistema si basa su tariffe prefissate che, nella totalità o quasi dei casi, non corrispondono ai costi della produzione. Si genera un altro paradosso: si alimenta una produzione indotta per essere remunerati, ma la produzione della prestazione costa di più della remunerazione stessa.
5. Il sistema ha accentuato la separazione tra i due macrosettori della sanità, ospedale e territorio, medicina di primo e secondo livello. L'ospedale, paradossalmente e al contrario di quanto si afferma, ha ben poco interesse alla continuità delle cure e ne ha ben di più all'incremento dei casi acuti da trattare. Per converso, la medicina primaria, proprio per effetto di una remunerazione prevalentemente "capitaria", non ha molti incentivi a prevenire le acuzie cliniche e non ha nemmeno un'organizzazione che consenta di seguire nel tempo con continuità i soggetti a rischio. Solo da pochissimo tempo si cerca di andare verso nuovi modelli organizzativi (UCCP, UTAP) che modifichino in modo sostanziale l'assistenza erogata.
6. L'ultimo degli aspetti negativi del sistema è anche il più importante. La prestazione è remunerata indipendentemente dalla qualità della stessa nei rispetti dell'utente. Non c'è alcuna correlazione con gli esiti di salute, né con gli eventuali effetti avversi della prestazione stessa. Il sistema non prevede né standard di processo, né indicatori di esito, ma solo soglie di

performance generiche che danno origine a *benchmarking* inadeguati. Le procedure di certificazione in atto ormai un po' dovunque nelle realtà sanitarie italiane e l'affannosa ricerca di indicatori di qualità da parte delle Agenzie, nazionali o regionali, stanno cercando di mettere una pezza a questo difetto, ma tendono comunque a considerare più i processi oggettivi che gli esiti soggettivi dei singoli utenti.

Detto ciò, si direbbe che sia tutto da buttare nel cestino della carta straccia. In parte è vero, ma alcuni elementi non devono essere scotomizzati e l'esperienza maturata ci può insegnare molto e indicare nuove strade senza gettare via tutto.

Abbiamo oggi alcuni principi fondamentali sui quali basare un'ipotesi di riforma del Sistema:

- a. la medicina basata sulle evidenze. Questa metodologia scientifica, tradotta poi nelle linee guida cliniche, fornisce elementi insostituibili per definire che cosa è meglio per ogni singolo utente in base al o ai problemi sanitari che presenta. Siamo in grado di disegnare uno o più "percorsi clinici" di efficacia provata in relazione agli esiti di salute;
- b. il concetto di percorso clinico si porta dietro quello della continuità dell'assistenza e, quindi, del superamento del dualismo e della separazione tra i settori della sanità. Il percorso raramente si conclude all'interno di un ricovero ospedaliero che ne diventa, invece, un singolo segmento;
- c. se i percorsi sono (come è intuitivo) costituiti da tante prestazioni singole tra loro coordinate, ne deriva obbligatoriamente il concetto di "rete di competenza", una rete entro la quale il cittadino/utente trova tutti i punti di passaggio del suo percorso e che è composta da operatori di varia professionalità e disciplina che contribuiscono tutti, per la loro parte, all'applicazione del percorso stesso. È la fine della concorrenza: se un operatore fa una cosa utile per uno o più percorsi è assolutamente superfluo che lo faccia una moltitudine di operatori diversi.

Il nuovo modello di finanziamento del Servizio Sanitario deve quindi abbandonare, almeno parzialmente, il sistema di pagamento della singola prestazione per passare al pagamento del "percorso". È possibile? Ancora una volta uno stimolo ci viene da un'esperienza di oltreoceano, in buona parte legata alla vivacissima discussione riguardante la cosiddetta "Riforma Obama".

Pochi anni fa, nel 2006, una fondazione privata americana che si dichiara filantropica, la *Robert Wood Johnson Foundation* (1), lanciò alcuni programmi pilo-

ta in diversi ospedali e realtà statuali statunitensi per sperimentare un nuovo modello di remunerazione, il *Prometheus Payment*. Il fondatore dell'ente, Robert Johnson, era anche il proprietario della *Johnson and Johnson* e certamente agire con scopi filantropici nella complessa rete sanitaria americana ha e aveva anche una convenienza: perseguire la copertura assicurativa di tutti i cittadini degli Stati Uniti, oltre che essere una condizione meritoria, si traduce anche in un notevole ampliamento del mercato. Comunque, qualsiasi sia stata la molla, di fatto la fondazione si è prefissa nel tempo delle finalità assolutamente pregevoli, come l'erogazione di numerosi *grants* di ricerca e di sviluppo delle strutture sanitarie anche pubbliche.

La sperimentazione pilota del *Prometheus* è assolutamente innovativa e interessante e sembra rispondere ai quesiti che ci si è posti nella prima parte di questo breve articolo. È un po' l'uovo di Colombo: proviamo a pagare gli operatori non per la prestazione, ma per l'intero percorso di cura di una persona, percorso predefinito e prestabilito in base alle evidenze scientifiche: il famigerato DRG (*diagnosis-related group*), tariffa di una prestazione indistinta, viene sostituito dall'ECR (*evidence-informed case rate*) (2), che rappresenta un budget paziente-specifico per l'intero episodio e che contiene anche una gradazione "pesata" in rapporto alla gravità del singolo caso. Nelle esperienze sul campo la fondazione ha sviluppato un significativo numero di ECR per episodi di patologia acuta e cronica: infarto del miocardio, protesizzazioni d'anca e di ginocchio, diabete, asma, scompenso cardiaco e ipertensione. I pacchetti sono comprensivi di tutto, dall'intervento intraospedaliero in acuzie o elezione, alle fasi di riabilitazione, ai follow-up ambulatoriali e/o domiciliari. Ci sono tre novità importanti negli ECR:

1. la quota è incentivante per il lavoro collaborativo e di integrazione tra operatori diversi. Il 70% della somma totale è legato all'opera del singolo operatore principale e il 30% a quanto ha avuto la collaborazione di altre figure necessarie allo svolgimento del percorso;
2. gli operatori ricevono uno score di qualità (3) che fa accedere a quote incentivanti aggiuntive in base ad alcuni parametri: i più importanti sono l'aderenza alle linee guida e, soprattutto, l'esito sul paziente. Uno degli esiti più rilevanti è quello della re-ospedalizzazione nel breve-medio periodo: se il percorso mette in atto procedure atte a evitarla, gli operatori sono premiati. Il discorso vale anche per le cronicità: evitare

l'insorgenza di una complicanza acuta in un paziente diabetico equivale a un incremento dello *score*;

3. proprio in quest'ottica, ogni singolo ECR contiene una quota in denaro che è destinata a fare eventualmente fronte agli eventi avversi evitabili (PAC, *potentially avoidable complications*). Se questi non si verificano, perché sono state messe in atto misure per evitarli, tutta la quota accantonata va in carico agli operatori.

Il modello di pagamento *Prometheus* è stato oggetto di un interessante articolo alla fine dello scorso anno sul *New England Journal of Medicine* (4), nella rubrica *Perspective*, il cui titolo è molto significativo: "Costruire un ponte che passi dalla frammentazione alla responsabilità" (il termine inglese *accountability* non è perfettamente traducibile in italiano). Uno degli aspetti più stimolanti riportati nell'articolo, che dà anche la descrizione di alcuni casi clinici reali, è che il sistema crea risparmio reale attraverso un miglioramento della qualità nell'erogazione delle cure.

L'applicazione pratica del modello ha anche un altro vantaggio non indifferente che è quello di poter convivere anche con il tradizionale *fee-for-service*, laddove le singole prestazioni non possano essere correttamente ricondotte a un percorso complessivo e, quindi, mantenere quegli aspetti positivi legati all'erogazione di singole prestazioni. Basti pensare al mondo dell'emergenza-urgenza, in cui l'80% delle prestazioni si chiude con un rinvio al domicilio del paziente.

In conclusione, sembra oggi di poter dire che i tempi potrebbero essere maturi per un'altra rivoluzione nel mondo dei Servizi Sanitari ed è una grande rivoluzione che riafferma la supremazia della clinica - o meglio della *clinical governance* - sul management di puro stampo "economicistico". Sembra sempre più logico che la gestione (anche economica) delle strutture sanitarie debba essere affidata a soggetti competenti in campo clinico.

## Bibliografia

1. [www.prometheuspagement.org](http://www.prometheuspagement.org)
2. De Brantes F, Camillus J. Evidence informed case rates: A new healthcare payment model. Washington DC: The Commonwealth Fund, April 17, 2007.
3. Rosenthal MB, Fernandopulle R, Song HR, Landon B. Paying for quality: Provider's incentives for quality improvement. *Health Aff* 23: 127-141, 2004.
4. De Brantes F, Rosenthal MB, Painter M. Building a bridge from fragmentation to accountability - The Prometheus Payment Model. *N Engl J Med* 361: 1033-1036.