

Creazione di valore sanitario e sistemi di finanziamento: il caso del dipartimento di salute mentale

Carminè Munizza¹ e Salvatore Nieddu²



ABSTRACT

Health-value adding is the new priority and a watchword for all clinicians and health service workers.

The creation of health-value requires a team work involving different actors:

- a.. the clinical staff, whose task consists in the creation of treatment models and in their formalization into guidelines and protocols;
 - b.. the managers, since effective clinical and therapeutic practices must go along with coherent organizational models and valuable control instruments;
 - c.. the public institutions responsible for the definition of health policy guidelines: among these, a priority role is played by funding methods, which can affect significantly the results of health-value adding initiatives.
- This work aims at studying the relationships between funding methods and health-value creation, with particular reference to mental health services.

Particular relevance is given to the funding of mental health departments, with a view to putting aside the shortcomings of the current models and proposing the DRG as an alternative funding method for mental health services.

The procedures for patients classification and evaluation envisaged in the psychiatric DRG can assist health service managers in evaluating the outcomes and the patients' health conditions.

In other words, the issues concerning funding and management evaluation will be articulated in the same language: this, in turn, will eliminate the lack of integration which can be presently identified as the main fault of most funding methods, and improve the degree of coherence among resource allocation, activities and results.

The case of mental health services can therefore be taken as an example of successful and effective cooperation among management, health policy and clinical staff.

Farmeconomia e percorsi terapeutici 2000; 1 (2): 111-121

INTRODUZIONE

La creazione di valore sanitario è la nuova parola d'ordine che dovrebbe guidare i comportamenti degli operatori sanitari.

Creare valore vuol dire, in estrema sintesi, soddisfare gli obiettivi di salute degli utenti, massimizzandoli nel rispetto del vincolo di equilibrio economico che i servizi hanno.

È senza dubbio un compito non facile e una ricetta che si compone di una serie di ingredienti differenti:

- la qualità dei processi ("fare le cose bene");
- l'appropriatezza degli interventi sanitari ("fare le cose giuste");
- la soddisfazione del personale (motivare e valorizzare le risorse umane);
- il coinvolgimento dell'utenza (comunicare e far percepire la qualità);
- lo sviluppo delle competenze (innovare e fare ricerca).

La preparazione di questa ricetta vede inoltre coinvolti diversi attori:

1. la creazione di valore non si può raggiungere senza il contributo fondamentale della *medicina*, attraverso la predisposizione di modelli di trattamento formalizzati in linee guida e protocolli (in tal senso è da intendersi il ruolo della medicina basata sulle prove di efficacia);
2. a questo si deve aggiungere lo sforzo del *management*: le buone pratiche cliniche e terapeutiche devono essere accompagnate da coerenti modelli organizzativi e supportate da validi strumenti di controllo.

Infine, una rilevante parte è recitata dalle *istituzioni* attraverso la formulazione di scelte di *politica sanitaria*, le "regole del gioco", tra cui i sistemi di finanziamento rivestono indubbiamente un ruolo predominante e hanno un impatto significativo sulla creazione di valore.

A conferma di quest'ultimo punto non possiamo dimenticare come le innovazioni intro-

¹ *Presidente Società Italiana di Psichiatria e Direttore DSM ASL 4 di Torino;*
² *Università di Torino e Nagima Divisione Sanità Torino*

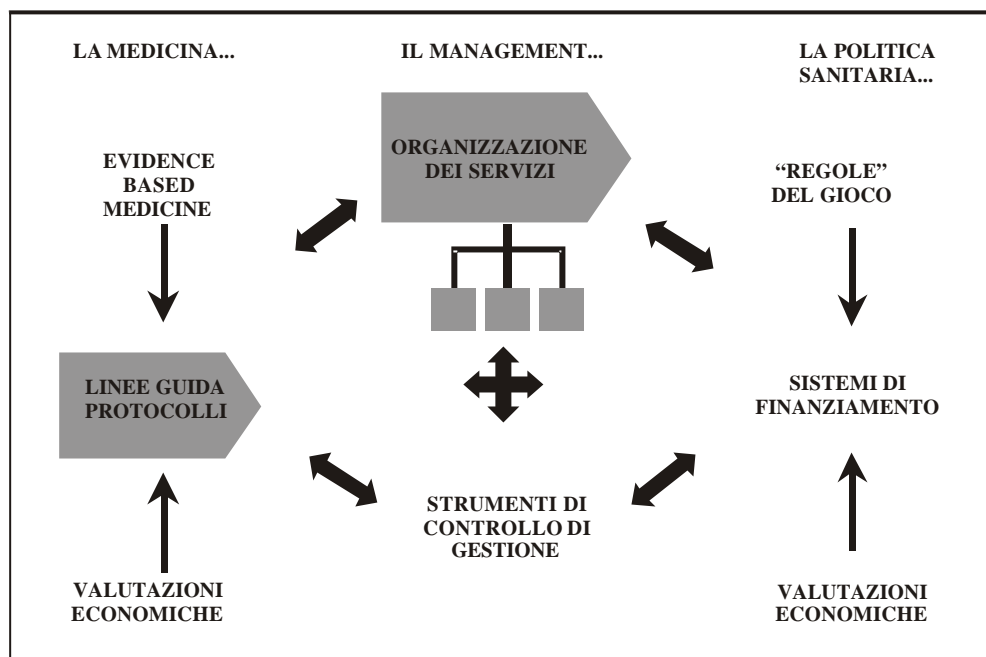


Figura 1
Creare valore sanitario: gli attori

dotte dalle varie riforme che hanno ridefinito gli assetti della sanità si siano incentrate da una parte sull'introduzione di logiche di managerialità, dall'altra sulla ridefinizione delle regole di trasferimento delle risorse ai servizi.

I contributi delle tre componenti prima indicate sono indispensabili e costituiscono elementi necessari per creare valore.

Vale il principio che per creare valore e quindi spendere bene i soldi (non necessariamente spendere meno, ma meglio) si deve agire congiuntamente:

- identificando e mettendo in atto modelli di comportamento clinico-terapeutici efficaci;
- organizzando e controllando bene le risorse a disposizione;
- trasferendo le risorse ai servizi in modo "adeguato".

Le tre azioni devono avere una coerenza di fondo, in quanto sono strettamente correlate: trasferire le risorse non è infatti "neutro" rispetto ai comportamenti sia clinici sia gestionali, così come l'organizzazione influenza le modalità di cura e viceversa.

MATERIALI E METODI

Messe a fuoco le relazioni tra le tre componenti, scopo del presente lavoro è quello di indagare le relazioni tra sistemi di finanziamento e la creazione di valore attraverso i seguenti passaggi:

- chiarire il significato dei sistemi di finanziamento per le aziende sanitarie;
- individuare i "possibili" modelli di finanzia-

mento delle attività sanitarie, evidenziandone pregi e limiti;

- analizzare i sistemi di finanziamento di una particolare attività sanitaria, la psichiatria, come modello di riferimento per ripensare i sistemi di finanziamento nell'ottica della creazione di valore.

Il presente contributo, basato su una serie di ricerche e studi promossi dalla Società Italiana di Psichiatria e coordinati dagli autori è finalizzato ad approfondire il tema del finanziamento del Dipartimento di Salute Mentale (DSM). L'obiettivo è quello di porre rimedio ai limiti degli attuali modelli di finanziamento di proporre sistemi alternativi coerenti con le variabili chiave di efficacia e di qualità delle cure e quindi della creazione di valore.

RISULTATI

La relazione tra sistemi di finanziamento e creazione di valore efficacia è un tema molto complesso che non si esaurisce in un rapporto di semplice causa-effetto. Non esiste infatti nessun tipo di finanziamento che garantisca a priori l'efficacia e l'efficienza dell'azione; esistono invece, come è facile rilevare, sistemi di finanziamento che possono creare delle distorsioni sbilanciando l'attenzione su una delle due variabili e allontanare dalla creazione di valore.

Le modalità di segmentazione e valutazione dell'utenza, adottate dal "DRG" psichiatrico proposto in questo articolo, possono essere utilizzabili integralmente dal management per la valutazione degli esiti e dello stato di salute dei

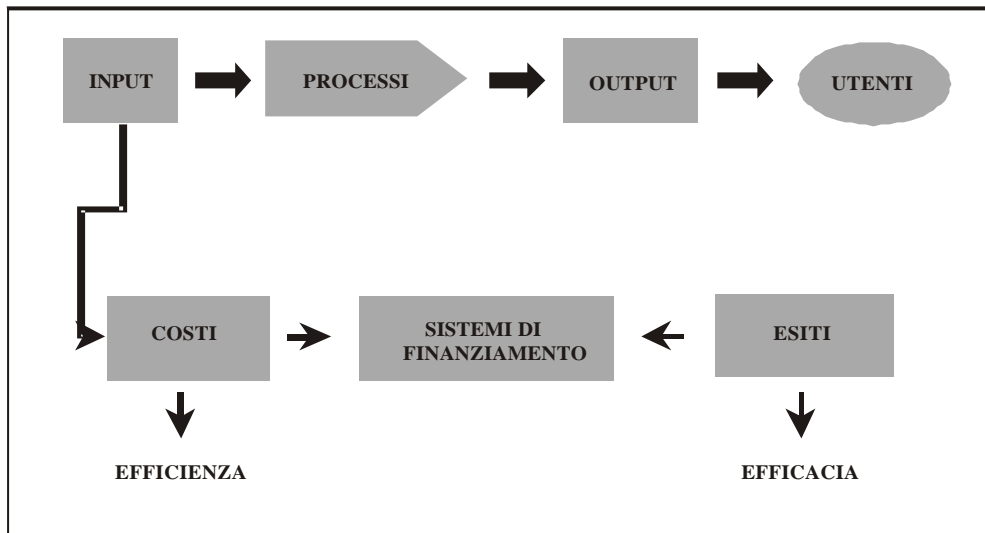


Figura 2
Il significato “economico” dei sistemi di finanziamento

pazienti.

In questo modo, finanziamento e valutazione della gestione possono “basarsi” sullo stesso linguaggio, favorendo in maniera decisiva quell’integrazione tra erogazione di risorse, attività e risultati, la cui mancanza rappresentava il vero punto debole dei sistemi di finanziamento fino ad ora utilizzati.

Il caso della psichiatria pertanto rappresenta un esempio di come management, la politica sanitaria e le valutazioni cliniche possono essere orientate all’efficacia e all’efficienza.

DISCUSSIONE

Il significato economico dei sistemi di finanziamento

Appurato che la creazione di valore sanitario trova nei sistemi di finanziamento un nodo di fondamentale importanza e di criticità nello stesso tempo, è doveroso spendere qualche riflessione sul significato che assume il finanziamento nell’economia delle aziende sanitarie.

Come abbiamo illustrato in un precedente contributoⁱ la creazione di valore per le imprese private consiste nella differenza tra ricavi e costi: i primi sono la misura dei prezzi pagati dai clienti per l’acquisizione di beni o servizi ed esprimono il valore dei bisogni soddisfatti; i

secondi invece indicano il valore delle risorse utilizzate.

Per le aziende sanitarie non sussistono ricavi nel senso sopra indicato in quanto i mezzi di sostentamento non sono ricercati nel mercato attraverso i prezzi pagati dai clienti, ma sono erogati dai sistemi di finanziamento.

Cambiando il significato dei ricavi da indice dei bisogni soddisfatti a misura delle risorse trasferite si modifica anche il significato del profitto (ricavi-costi), che perde il valore indicato di efficacia ed efficienza per assumere solo quello di efficienza.

I sistemi di finanziamento delle attività sanitarie

Dopo averne chiarito il significato passiamo ora a identificare i principali modelli di finanziamento delle attività sanitarie.

La nostra trattazione non ha pretese di essere esaustiva ma si concentra sugli effetti che tali sistemi di finanziamento possono avere (hanno avuto nelle loro applicazioni concrete) sull’azione del management aziendale e sulla creazione di valore.ⁱⁱ

Guardando al recente passato e alle modalità con cui oggi si finanziano le strutture sanitarie, possiamo individuare sostanzialmente tre modelli di finanziamento:

- finanziamenti non collegati ad obiettivi;

Nota i
G. Donna, S. Nieddu. *Creare Valore Sanitario: nuove prospettive per il management delle aziende sanitarie. Farmeconomia e percorsi terapeutici 2000; 1 (1)*

Nota ii
Un’analisi dettagliata del problema dovrebbe investire approfondimenti di carattere macro-economico, di ambito economico-sanitario che piuttosto economico aziendale, che trascenderebbero la portata del presente lavoro. Per questo si rimanda ai testi di economia sanitaria tra i quali citiamo E. D. Ruffino, *Nozioni di economia sanitaria, Cespi 1995.*



Figura 3
Il finanziamento non collegato a obiettivi

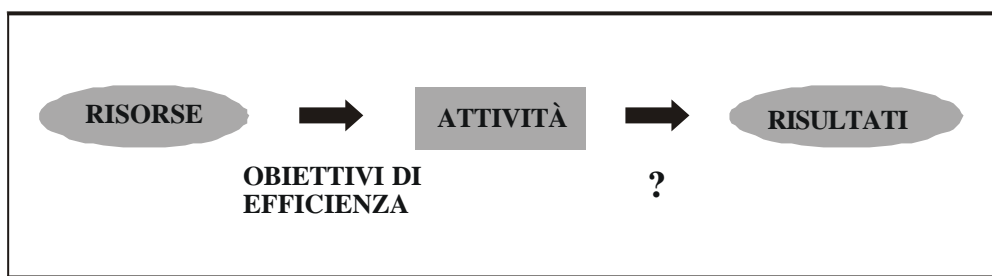


Figura 4
Il finanziamento collegato a obiettivi di attività

- finanziamenti collegati a obiettivi di volume di attività;
- finanziamenti collegati a obiettivi di efficienza e di efficacia.

Analizziamo di seguito i tre sistemi con riferimento al modello input (risorse)-output (attività)-outcome (risultati o esiti).

Finanziamenti non collegati a obiettivi

Nel primo tipo di finanziamento le risorse vengono trasferite ai servizi che ne beneficiano senza vincoli di nessun tipo, in termini sia di volumi di attività da realizzare, sia di risultati di salute da ottenere. Le risorse sono quindi trasferite indipendentemente dalla qualità e dalla quantità del lavoro svolto dai servizi.

Tale modello, che può assumere varie denominazioni (quali “a piè di lista” o “a forfait”) in funzione del fatto che l’ammontare sia predefinito a preventivo o a consuntivo, hanno caratterizzato per circa 15 anni il nostro servizio sanitario, dalla riforma istitutiva del SSN del 1978 (legge 833/78) sino alla “riforma della riforma” del 1992.

Gli impatti negativi che questo sistema ha avuto sulla gestione della sanità ci sono stati consegnati dalla storia hanno costituito anche il principale motivo di risveglio dal sogno della “salute gratuita per tutti” che ha portato all’abbandono di questa “formula”. Proviamo a ricapitolare gli aspetti negativi di questo modello nella prospettiva di analisi prima evidenziata.

1. Il sistema non incentiva l’efficienza, anzi nei fatti premia l’inefficienza, in quanto la struttura più inefficiente riceve a posteriori più risorse (ovvia conseguenza di un sistema in cui le risorse sono concesse senza vincoli di attività da svolgere).

Non essendo previsto al momento del finanzia-

mento un legame tra livello delle risorse e attività, si delega, di fatto, al soggetto beneficiario, il livello di efficienza e quindi la spesa.

2. Il sistema ha prodotto, per i motivi prima indicati, notevoli distorsioni nell’allocazione delle risorse tra le varie strutture.

3. Sotto il profilo dell’impatto sull’efficacia possiamo rilevare che, sebbene secondo alcuni poter contare su risorse abbondanti aiuta l’efficacia (in base allo stesso principio per cui avere a disposizione tanto tempo per fare una cosa è garanzia di farla bene), in realtà non necessariamente c’è correlazione tra le risorse e i risultati raggiunti, e la storia della sanità degli anni ’80 lo ha insegnato bene.

Finanziamento collegato a obiettivi di volume di attività

Questo secondo modello collega il finanziamento alla realizzazione di un determinato volume di attività.

Il sistema tariffario che, rappresentando la configurazione più utilizzata, ne è il simbolo, prevede infatti il trasferimento di risorse a fronte della realizzazione di un output di attività.

Il modello in oggetto costituisce un passo avanti rispetto al modello precedente, in particolare per:

- il maggiore orientamento all’efficienzaⁱⁱⁱ;
- la più corretta allocazione delle risorse tra le strutture (non più sulla spesa storica ma sull’attività svolta).

In verità i pregi indicati non sempre si sono tradotti in realtà, e a testimoniarlo sono le concrete applicazioni, che limiti palesano piuttosto evidenti.

1. Avere posto enfasi sul concetto di efficienza ha portato a prendere “troppo sul serio” tale

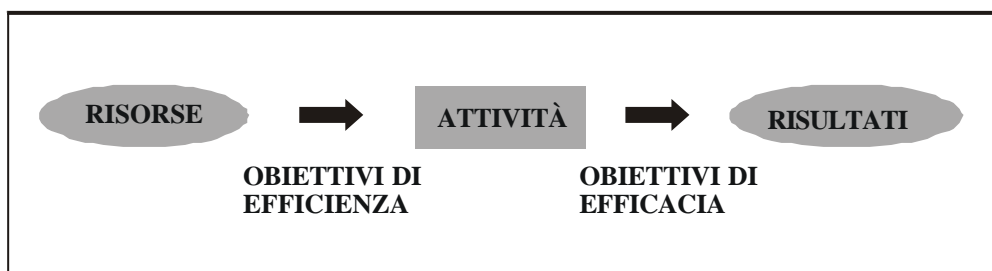


Figura 5
Il finanziamento collegato a obiettivi di attività e di risultato

finalità, facendo perdere di vista l'efficacia e vanificando paradossalmente anche gli stessi obiettivi di razionalizzazione della spesa che il sistema perseguiva.

La focalizzazione sull'obiettivo di efficienza ha indotto le strutture a voler produrre "a tutti i costi", esponendole a due grossi rischi:

- venire meno al principio del bisogno di cura (incremento delle prestazioni inutili, le cosiddette "futilities");
- non garantire la qualità di cura necessaria.

Tali rischi, che in molti casi si sono avverati, sono l'esempio di come un sistema di finanziamento possa condizionare i comportamenti ed incidere sugli obiettivi di efficacia ed efficienza della gestione e quindi sulla creazione di valore.

2. Un secondo limite, in parte collegato alle distorsioni appena indicate, è quello della selezione delle patologie, ovvero della gestione del *case-mix* secondo parametri economici e non specializzazione clinica o in base alla funzione di assistenza da assolvere.

In particolare, le strutture possono essere indotte a concentrare la propria attività su prestazioni la cui tariffa (o il margine, inteso come differenza tra la tariffa e i costi sostenuti) è maggiormente conveniente. Ragionando in quest'ottica ed effettuando quindi le scelte non in funzione degli obiettivi clinico-sanitari, ma in relazione a finalità di tipo economico (più adatte a gestire attività non di interesse sociale, quali quelle sanitarie) i servizi vengono meno alla loro missione istituzionale.

3. Spesso tali comportamenti sono causati da un altro limite manifestato dal modello in analisi: la congruità delle tariffe rispetto ai costi di erogazione della prestazione.

Fatti salvi i casi in cui le tariffe vengono poste a livelli inferiori ai costi per disincentivare l'erogazione di quelle particolari attività (in questo caso la definizione della tariffe è una leva di politica sanitaria), sono però ancora numerose le situazioni (una tra queste la psichiatria) in cui il differenziale tra tariffa e costi è da imputare a una non corretta valutazione di questi ultimi.

In tale situazione occorre agire per riportare le tariffe al livello dei costi ed evitare le distorsioni che da questo possono derivare.

Finanziamenti collegati a obiettivi di efficienza e di efficacia

Un ultimo modello di finanziamento è quello che lega il trasferimento di risorse a obiettivi sia di volumi di attività (efficienza) sia di risul-

tati (efficacia).

Introdurre sistemi di questo tipo sposta la prospettiva del finanziamento su variabili tradizionalmente "lontane" dalle problematiche finanziarie ed economiche legate alle risorse: l'appropriatezza degli interventi e l'efficacia degli esiti.

Finanziare i servizi secondo tali variabili vuol dire correlare le risorse disponibili alla capacità di erogare prestazioni appropriate ed efficaci.

È ovvio peraltro che, sebbene questa configurazione sia innovativa e stimolante sul piano teorico, presenti d'altro canto concrete difficoltà che si frappongono alla sua realizzazione.

In particolare i limiti maggiori risultano essere quelli già analizzati parlando di creazione di valore:

- la qualità degli indicatori di efficacia;
- la difficoltà di rilevazione.

Proprio in questo terzo filone di modelli si inserisce la proposta di finanziamento del DSM presentata nel prosieguo del lavoro come "DRG" psichiatrico.

I sistemi di finanziamento del Dipartimento di Salute Mentale

Il finanziamento del DSM è oggi regolato da una serie di riferimenti tariffari per tutti gli ambiti di attività gestiti.

Il sistema di finanziamento attuale risulta peraltro più un modello formale che sostanziale poiché, escluso qualche caso, non è di fatto utilizzato per definire l'ammontare di risorse disponibili per i DSM, ma ha funzioni di:

- valorizzazione della mobilità tra ASL (attività psichiatrica acquistata o ceduta da/verso altre aziende) che peraltro è molto limitata;
- strumento di gestione interna dei DSM (casi molto rari) per la formulazione di budget o per valutazioni di natura economica e gestionale.

Nella realtà delle cose, la definizione delle risorse da destinare al DSM si basa su metodi forfettari (percentuale del bilancio delle ASL), peggio sulla base del finanziamento storico o di criteri a piè di lista.

Tale situazione di confusione ha il grande limite di esporre il DSM a indiscriminati tagli di risorse in caso di crisi dei conti delle ASL.

Come avviene nelle aziende private dove, quando si devono operare dei tagli si eliminano subito i costi non correlati in modo evidente all'output prodotto (spese generali, di ricerca, di formazione, ecc.), così il DSM rischia di essere oggetto di tagli scriteriati, non avendo la

Nota iv

Il rischio che la psichiatria corre in tale regime è quello di ritrovarsi con un budget ridotto del x% senza poter dimostrare che questa riduzione di finanziamenti provocherà diminuzione dei pazienti in carico, delle attività svolte...

| Servizi Psichiatrici | Modalità di Tariffazione | Riferimento normativa nazionale |
|--|---|---------------------------------|
| Assistenza Ospedaliera | | |
| SPDC | per ricovero/DRG | D.M. 14 dicembre 1994 |
| Servizio di emergenza psichiatrica | compreso nel finanziamento dei servizi di urgenza | D.M. 14 dicembre 1994 |
| Assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale | | |
| CSM | per prestazione | D.M. 22 luglio 1996 |
| "Day Hospital" nel CSM | per giornata | D.M. 15 aprile 1994 |
| Centro Diurno | per giornata | D.M. 15 aprile 1994 |
| Assistenza residenziale a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati | | |
| Residuo Manicomiale | per giornata | D.M. 15 aprile 1994 |
| Residenza Sanitaria Assistita | per giornata | D.M. 15 aprile 1994 |
| Altra residenzialità | per giornata | D.M. 15 aprile 1994 |

Tabella 1

Il sistema di tariffe per la Psichiatria

possibilità di evidenziare il valore delle attività che svolge^{iv}.

Tutti questi elementi hanno portato la Società Italiana di Psichiatria a promuovere una serie di studi e ricerche finalizzati ad approfondire il tema del finanziamento, con l'obiettivo di porre rimedio ai limiti che i modelli attuali manifestano e di proporre modelli alternativi di finanziamento del DSM.

In questo quadro gli autori hanno svolto il loro lavoro di ricerca sviluppandolo secondo due filoni di analisi:

- il primo approfondisce il sistema di finanziamento a tariffa, con particolare riferimento all'attività ambulatoriale dei Centri di Salute Mentale (CSM) attraverso uno studio sui costi reali di erogazione delle prestazioni condotto su un campione di 34 CSM dislocati in tutta Italia (per un totale di 9.000 prestazioni censite);
- il secondo mette a fuoco un modello alternativo di finanziamento del DSM chiamato "DRG" Psichiatrico.

Di seguito sono indicati in sintesi gli obiettivi, le modalità e i risultati dei due filoni di ricerca.

La valutazione dei costi delle prestazioni ambulatoriali

Lo studio sui costi delle prestazioni ambulatoriali trae origine dalla presa di coscienza dei limiti che attanagliano l'attuale sistema di tariffe ambulatoriali in psichiatria.

In particolare questi limiti fanno riferimento a:

1. i criteri di identificazione delle prestazioni tariffabili, che non risultano corretti in quanto considerano solo alcune prestazioni erogate dai CSM tralasciando molti ambiti di attività (ad esempio le prestazioni esterne al domicilio del paziente, le prestazioni svolte da operatori non medici);
2. i valori monetari delle tariffe, che non sono congrui rispetto alle risorse impiegate per erogare le prestazioni.

Da questi due limiti discendono gli obiettivi fondamentali perseguiti dallo studio:

- ridefinire il "portafoglio" di prestazioni ambulatoriali da tariffare, includendone alcune non previste dall'attuale nomenclatore;
- identificare i veri costi di erogazione delle prestazioni, al fine di suffragare con i dati reali la "sensazione", di incongruità delle tariffe.

Tali obiettivi si sono perseguiti attraverso due passaggi di analisi.

In primo luogo si è operata una ridefinizione del portafoglio di prestazioni da tariffare mediante la ricerca di una modalità di lettura dell'attività psichiatrica che evidenziasse tutte le figure professionali coinvolte e le diverse modalità di erogazione delle prestazioni.

Più in dettaglio, gli interventi di revisione del vecchio nomenclatore hanno interessato:

- l'accorpamento della serie dei molteplici test previsti nel vecchio nomenclatore in un'unica prestazione di indagine psicodiagnostica;
- l'introduzione di nuove prestazioni:

1) erogate da figure professionali non mediche

Nota v

La ricerca è raccolta in C. Munizza, G. Donna, S. Nieddu, *Finanziamento e Management del Dipartimento di Salute Mentale, Il Mulino, Bologna, 1999.*

| PRESTAZIONE | DM 96 (a) | Costo Diretto (b) | Incidenza % (a)/(b) |
|--|--------------|----------------------|------------------------|
| Visita per inquadramento diag-terap | 37.500 | 72.300 | 52% |
| Visita psichiatrica ambulatoriale | 25.000 | 36.150 | 69% |
| Colloquio di valutazione psicologica | | 45.800 | |
| Psicoterapia individuale | 37.500 | 60.250 | 64% |
| Psicoterapia familiare e/o di coppia | | 72.300 | |
| Psicoterapia di gruppo | 48.000 | 72.300 | 75% |
| Altre psicoterapie | 30.000 | 18.300 | 164% |
| Visita psichiatrica esterna | | 36.150 | |
| Visita infermieristica ambulatoriale | | 7.650 | |
| Visita infermieristica esterna | | 15.300 | |
| Intervento ass. sociale o educ. amb. | | 13.750 | |
| Intervento ass. sociale o educ esterno | | 13.750 | |
| Indagine psicodiagnostica | 30.000 | 55.000 | 54% |
| Somministrazione di terapia farmac. | | 5.100 | |
| Colloquio telefonico | | 12.000 | |

Tabella 2
Incidenza delle tariffe del DM 1996 sui costi diretti della ricerca

quali assistente sociale, infermiere;

2) svolte al di fuori dell'ambito dell'ambulatorio (a domicilio, presso altre agenzie);

3) erogate con modalità non tradizionali quali il colloquio telefonico.

In secondo luogo, per dimostrare l'incongruità delle tariffe è stata effettuata una rilevazione dei costi reali di erogazione delle prestazioni del nuovo nomenclatore nei 34 CSM del campione di analisi.

La configurazione di costo adottata nella ricerca è stata quella del costo pieno di prestazione ovvero di un totale che comprendesse i valori di tutte le risorse impiegate nell'erogazione:

- personale,
- farmaci e materiali sanitari,
- costi generali,
- costi di struttura.

I risultati cui si è pervenuti confermano in pieno la tesi dei ricercatori così come evidenziato nella tabella 2, in cui sono messi a confronto i costi reali di erogazione con i valori monetari delle tariffe del nomenclatore.

Come si può osservare in quasi tutti i casi che prevedono delle tariffe, queste sono fortemente al di sotto dei soli costi diretti. L'unico

caso in cui si verifica una situazione opposta riguarda le "Altre Psicoterapie", dove la tariffa rappresenta il 164% del costo diretto.

Un modello alternativo di finanziamento del DSM: il "DRG" psichiatrico

Il sistema tariffario, per di più se afflitto dai limiti evidenziati dalla ricerca sulle prestazioni ambulatoriali, poco si presta a finanziare una attività complessa come quella svolta dai DSM. Il DSM non è infatti un semplice erogatore di prestazioni, ma un servizio (o un insieme di servizi), che prende in carico il paziente assumendosi l'onere di seguire e garantire l'intero percorso di cura, e non solo singoli pezzi.

Proprio per questo motivo occorre orientarsi verso un modello alternativo di finanziamento, che recepisca questa modalità di attività abbia nel percorso di cura complessivo il riferimento principale.

Sulla base di questa convinzione di fondo si è pervenuti alla formulazione di una proposta alternativa di finanziamento della psichiatria denominata "DRG" psichiatrico.

Il nome "DRG", volutamente tra virgolette, non deve trarre in inganno rispetto alla natura del finanziamento: come si può di seguito valutare il "DRG" psichiatrico costituisce infatti una rottura con il modello tariffario.

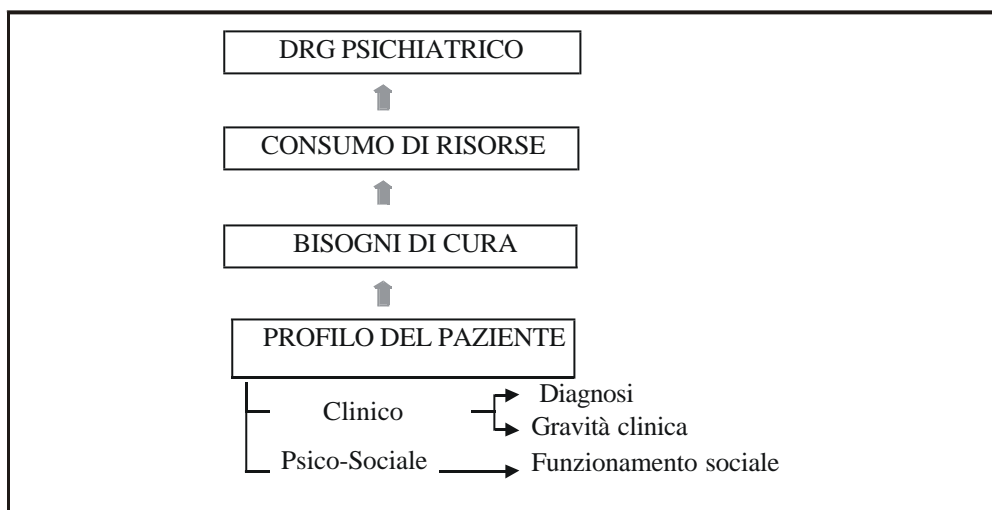


Figura 6
Consumo di risorse,
bisogni di cura, pro-
filo di salute

Illustriamo ora i tre assunti sui quali si fonda il modello del “DRG” psichiatrico.

1. il finanziamento è corrisposto sulla base di una quota capitaria (il “DRG” psichiatrico appunto) differenziata per categorie di pazienti. Tali “DRG” sono commisurati alle risorse necessarie, secondo criteri di efficiente utilizzo, per migliorare (o mantenere) il livello di salute dei pazienti in cura;
2. le categorie di pazienti sono definite in base al criterio del consumo di risorse.

Nel valutare i diversi livelli di consumo occorre tenere presente che l’assorbimento di risorse è funzione di una serie di variabili che concorrono a determinare lo stato di salute del paziente e che si articolano in:

- variabili cliniche (diagnosi e gravità clinica);
- variabili psico-sociali (il funzionamento psico-sociale del paziente).

La diagnosi è senza dubbio la prima variabile che influenza il bisogno di cure e lo stato di

salute del paziente, ma non esaurisce completamente il quadro delle variabili cliniche poiché occorre considerare anche il livello di gravità dei problemi psichiatrici correlati alla diagnosi stessa.

I livelli di gravità clinica possono essere valutati attraverso alcune scale di misurazione già validate quali la HoNOS o altre.

Per “funzionamento psico-sociale” si fa invece riferimento sia all’area personale (cura di sé, livello di attività quotidiana, funzionamento psicomotorio) sia all’area sociale (livello di partecipazione sociale, e familiare, relazioni affettive e sessuali, adeguatezza di contatti sociali, abilità lavorativa, interessi e informazioni, comportamenti in situazione di emergenza).

In funzione della risposta del paziente rispetto alle variabili di diagnosi, gravità clinica e funzionamento psico-sociale potremo parlare di categorie di pazienti con basso profilo di salute e un alto consumo di risorse (pazienti gravi) e viceversa.

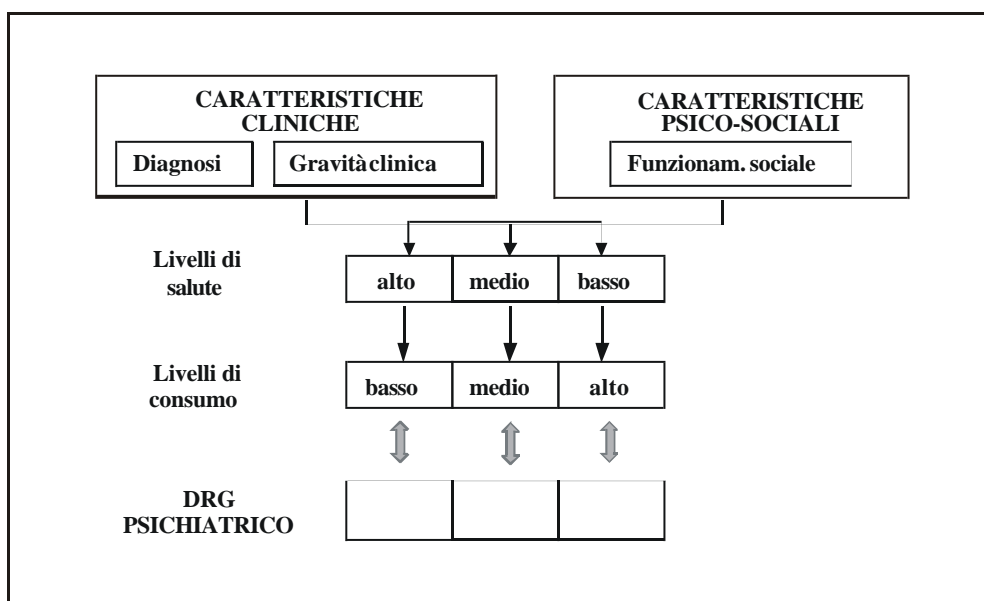


Figura 7
La logica del
“DRG” psichiatrico

| | | DIAGNOSI | | | Finanziamento |
|-------------------|-------|----------|---|---|---------------|
| | | A | B | C | |
| LIVELLO DI SALUTE | basso | | | | 100% del DRG |
| | medio | | | | 80% del DRG |
| | alto | | | | 60% del DRG |

Figura 8
I valori del "DRG"
psichiatrico

Dovendo remunerare tutte le prestazioni richieste dal paziente in oggetto il "DRG" psichiatrico sarà graduato a seconda dello stato di salute e del livello di consumo del paziente, così come evidenziato nella figura 7.

3. Ogni DSM dispone di risorse in funzione alla connotazione del proprio bacino di utenza, secondo le caratteristiche cliniche e psico-sociali prima indicate, ovvero secondo lo stato di salute della popolazione servita.

Un aspetto importante del modello riguarda le modalità in base alle quali calcolare l'ammontare dei "DRG" psichiatrici.

Secondo quanto afferma il primo assunto del modello, il "DRG" psichiatrico deve essere tarato in modo tale da consentire di erogare al paziente tutte le attività di cui necessita (secondo standard di efficienza ottimali) per migliorare il suo stato di salute o mantenerlo costante.

Nel definire l'ammontare del "DRG" occorre pertanto muoversi secondo tale logica e in particolare bisogna:

1. identificare per ogni categoria di pazienti le attività necessarie a migliorare lo stato di salute o mantenerlo costante (standard di attività).
2. individuare le risorse da impiegare per erogare tali attività in condizioni di efficienza ottimale;
3. valorizzare infine le risorse al loro costo, per definire poi la tariffa.

Il modello del "DRG" psichiatrico sarà sperimentato da una ricerca finanziata dal Ministero della Sanità con il co-finanziamento della Regione Piemonte secondo il programma dell'art. 12, comma 2, lett. b) del decreto legislativo 502/

92. La ricerca, della durata di due anni a partire dal 2001, sarà condotta presso i Dipartimenti dell'ASL 1 e dell'ASL 4 di Torino e dell'ASL 12 di Biella.

Il "DRG" psichiatrico: l'impatto sulla creazione di valore.

Dopo avere illustrato la struttura del "DRG" psichiatrico è importante, in conclusione, fare qualche considerazione complessiva in merito all'impatto che il sistema può avere sul management del DSM.

Questo aspetto può essere valutato facendo riferimento alle due variabili chiave della creazione di valore, ovvero l'efficienza e l'efficacia della gestione.

Partendo dall'impatto sull'efficienza, occorre sottolineare che il "DRG" psichiatrico è sostanzialmente una macro tariffa, (come la quota capitaria concessa alle Asl), concessa per l'erogazione delle prestazioni psichiatriche necessarie per ogni paziente.

In quest'ottica può rappresentare un valido strumento di orientamento all'efficienza infatti per l'utilizzo delle risorse preidentificata, a fronte di una tariffa, il livello di attività che devono essere svolte per pazienti di un determinato tipo.

In merito al secondo aspetto, relativo all'efficacia, si deve ammettere che il modello di per sé non garantisce in maniera certa il miglioramento degli esiti e la qualità delle attività svolte, ma presenta, rispetto agli altri metodi, maggiori elementi che possono orientare l'azione in tal senso.

Fondamentale a tale proposito è il fatto che il "DRG" psichiatrico si fonda sulla valutazione

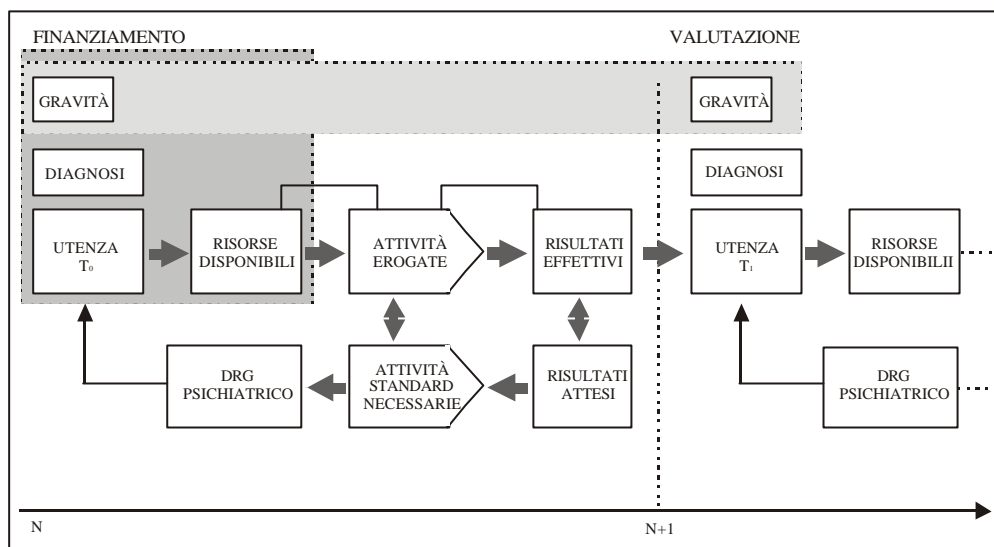


Figura 9
 Il finanziamento e la valutazione dell'efficacia

dei pazienti secondo categorie basate su variabili cliniche e psico-sociali. In questo modo si inducono i servizi a effettuare valutazioni continuative sulla dinamica della salute, affinando gli strumenti di misurazione dell'efficacia che risultano essere un tallone di Achille del management psichiatrico.

Le modalità di segmentazione e valutazione dell'utenza adottate per il finanziamento sono infatti utilizzabili integralmente dal management per la valutazione degli esiti e dello stato di salute dei pazienti.

In questo modo, finanziamento e valutazione della gestione possono "basarsi" sullo stesso linguaggio, favorendo in maniera decisiva quell'integrazione tra erogazione di risorse, attività e risultati, la cui mancanza rappresentava il vero punto debole dei sistemi precedentemente utilizzati.

Peraltro, come abbiamo avuto modo di accennare precedentemente, il fatto che valutazione e finanziamento condividano gli stessi strumenti operativi non significa che debbano essere condotti con la stessa logica.

Sarebbe altamente pericoloso fare confusione tra due momenti che hanno finalità comunque diverse.

Il finanziamento deve basarsi sulla valutazione della "gravosità" dell'utenza, considerando a questo fine tutte le variabili che concorrono a rappresentarla. La valutazione rappresenta invece il momento in cui si esprime un giudizio sull'efficacia della gestione del DSM (in termini di esiti di cura) attraverso il confronto tra gli obiettivi e i risultati di salute raggiunti.

Nel condurre la valutazione si dovranno considerare solo i fattori sotto il dominio del management, isolando eventualmente l'effetto

di quelle variabili esogene (quali alcune componenti del funzionamento sociale) che, pur concorrendo a caratterizzare lo stato di salute, non sono controllabili dai servizi.

La dinamica dei due momenti, finanziamento e valutazione, è ben evidenziata nella figura 9.

La stretta relazione tra gli aspetti di efficacia, efficienza e finanziamento è garanzia di una equilibrata gestione del DSM ed evita il prevalere della logica dell'efficienza su quella dei risultati, e viceversa.

In questo modo non si verificano ipotetici comportamenti scorretti da parte dei servizi, quali ad esempio:

- la sopravvalutazione del livello di gravità dei pazienti in carico (finalizzata a ottenere maggiori risorse), perché nel lungo periodo questo atteggiamento peserebbe sui risultati di efficacia;
- la sopravvalutazione dei risultati di efficacia, che inciderebbe sulle risorse disponibili per il periodo successivo.

Attraverso tale meccanismo si assicura la perfetta coerenza tra obiettivi di efficacia, attività svolte e consumo di risorse (efficienza) sia nel breve sia nel lungo periodo.

Efficacia ed efficienza di breve periodo consentono infatti di attivare un meccanismo virtuoso che, basandosi sul miglioramento dello stato di salute prospettico, assicurerà nel tempo benefici effetti sulla spesa e quindi maggiori livelli di efficienza complessiva.

Il "DRG" psichiatrico: le condizioni di applicazione

Come si può certamente apprezzare, le prospettive offerte dal "DRG" psichiatrico sono, almeno sulla carta, molto interessanti.

Per evitare di cullare facili illusioni riteniamo opportuno chiudere questo contributo mettendo a fuoco tutte le condizioni e i presupposti che devono fare da corredo all'introduzione del modello.

Premesso che il successo dovrà essere decretato dalla concreta applicazione, possiamo individuare da subito due condizioni di base che, in linea teorica ne possono garantire la buona riuscita (è che, in caso di mancanza, ne determinerebbero il sicuro fallimento).

Tali condizioni coincidono purtroppo (e crediamo che qui ci sia concordia unanime) con carenze e limiti che caratterizzano gli attuali modelli di gestione dei DSM.

Facciamo in particolare riferimento a:

- la standardizzazione dei servizi di assistenza psichiatrica,
- la misurazione degli esiti di salute.

Il passaggio a strumenti di finanziamento prospettici quali il "DRG" psichiatrico non può prescindere, allo stato attuale delle conoscenze, da una contemporanea capacità di presentare, in forma standardizzata, le caratteristiche reali del sistema di assistenza nell'ambito del quale quello specifico intervento viene erogato. Ciò significa, seguendo il modello proposto da Donabedian, una validazione preliminare o concomitante delle caratteristiche del sistema di assistenza sanitaria, in termini di strutture e di procedure concretamente disponibili per la popolazione reale di una specifica area geografica. Pertanto diventa sempre più necessario coniugare la valutazione sul piano strutturale con quella relativa ai processi, cioè su quella dimensione che si propone di descrivere il profilo delle attività offerte da ogni servizio, facendo riferimento alle filosofie di intervento o alle

prospettive teoriche che inevitabilmente influenzano la tipologia degli interventi messi in atto.

Considerando che l'obiettivo ultimo di un servizio sanitario è quello di migliorare o mantenere lo stato di salute della popolazione assistita un altro punto assolutamente necessario, quanto altrettanto debole nel DNA dei nostri servizi, è la cultura della misurazione degli esiti.

La misurazione degli esiti è anche una delle condizioni imprescindibili per misurare la creazione di valore di un servizio sanitario.

Le esperienze di monitoraggio degli esiti che sono condotte normalmente, sebbene numerose e di eccellente qualità, si connotano quasi sempre come casi circoscritti nel tempo (ricerche e studi puntuali) e nello spazio (analisi di segmenti ristretti di popolazione: singole patologie o gruppi pazienti). Non riesce invece a farsi strada la pratica della valutazione sistematica degli esiti e il monitoraggio dello stato di salute dell'utenza in carico.

In un certo senso, tale atteggiamento affonda le sue radici in motivazioni plausibili, quali l'attività poco standardizzabile e la tipologia della malattia che non consente valutazioni scientifiche e oggettive.

Spesso peraltro i motivi elencati costituiscono piuttosto un alibi dietro il quale nascondere la paura di provare a cambiare mentalità.

Nel complesso crediamo che mettendo sulla bilancia i due aspetti, risulta essere più ponderoso il piatto è quello degli alibi, piuttosto che quello delle motivazioni plausibili.

Quindi bisogna ammettere che molto deve ancora essere fatto nell'ottica di muovere i primi passi verso questa nuova prospettiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Munizza C., Nieddu S., Garis P., *Il sistema di tariffe nell'attività psichiatrica ambulatoriale: elementi di determinazione e logica di utilizzo*, Società Italiana di Psichiatria Bollettino scientifico e di informazione, anno IV, marzo-luglio, 1997
2. Di Munzio W. (a cura di), *Valutazione, costi management*, Franco Angeli, 1998? cap 2 - C. Munizza, W. Di Munzio, S. Nieddu, P. Garis, *Una ricerca sui costi in psichiatria: dalle tariffe ai nuovi Drgs territoriali*
3. Munizza C., Donna G., Nieddu S., *Finanziamento e Management del Dipartimento di Salute Mentale*, Il Mulino, 1999
4. Vaccaro J.V., Clark G.H. Jr., Bassi M., *Manuale di psichiatria territoriale*, Raffaello Cortina Editore, 1999 - cap 30 - *Costi in psichiatria e nuovi sistemi di finanziamento: l'ipotesi dei DRG territoriali*
5. Donna G., Nieddu S., *Una priorità: fare valore Sole 24ore Sanità*, 23-29 maggio 2000
6. Donna G., Nieddu S., *Creare Valore Sanitario: nuove prospettive per il management delle aziende sanitarie*. *Farmeconomia e percorsi terapeutici 2000*; 1 (1)