

Americo Cicchetti, Walter Ricciardi, Andrea Di Pilla

## Le fondamenta del finanziamento degli ospedali

Il finanziamento dell'assistenza ospedaliera rappresenta il più critico strumento di governo di quella che è indiscutibilmente la spina dorsale di tutti i sistemi sanitari; i vari modelli di finanziamento che interessano l'ospedale, pur nella loro evidente ed immediata dimensione economica, sono espressione di paradigmi organizzativi e produttivi, qualitativi e quantitativi, politici e perfino etici.

Praticamente tutti i sistemi sanitari si avvalgono di vari modelli e di diverse tipologie di finanziamento allo stesso tempo, sia per *setting* assistenziali diversi che all'interno dello stesso *setting*: nell'assistenza ospedaliera potremmo trovare classicamente i finanziamenti per caso, (raggruppamento omogeneo di diagnosi o *Diagnosis-Related Group*, DRG) ma allo stesso modo potremmo trovare *fee-for-service*, pagamenti *per diem* (lungodegenza e riabilitazione ospedaliera), *Global Budget* (Pronto Soccorso).

I due principali meccanismi di finanziamento degli erogatori adottati in ambito ospedaliero in Italia sono:

- Il finanziamento per tariffa: ricadono in questa fattispecie i ricoveri ospedalieri che vengono remunerati secondo una tariffa stabilita *ex-ante* ed assegnata al singolo ricovero considerando il costo medio di una casistica clinica omogenea per consumo di risorse, profilo clinico e durata di degenza (Classificazione DRG).
- Il finanziamento per funzione, concepite per compensare linee di attività complesse e disomogenee in cui è difficile costruire una tariffa a priori, o che hanno tempi imprevedibili o che, di alto valore sanitario e sociosanitario, devono essere tutelate nella loro sostenibilità.

Ciò in conseguenza di quanto stabilito dall'art. 8-*sexies* del D.Lgs. n. 502/92, che prevede che le strutture del Sistema Sanitario Nazionale siano finanziate secondo un ammontare globale indicato in accordi contrattuali e determinato in base a: 1) funzioni assistenziali e 2) alle attività svolte. Le funzioni assistenziali sono determinate sulla base dei costi standard (casistica storica) dei programmi di assistenza, mentre la produzione ospedaliera è remunerata in base a tariffe predefinite *ex-ante*.

Il livello nazionale stabilisce dei riferimenti ma delega ai Sistemi Sanitari Regionali l'organizzazione e l'esecutività dei modelli di finanziamenti inquadrati dalla normativa.

## I modelli del finanziamento ospedaliero in Italia

Il finanziamento dell'assistenza ospedaliera in Italia avviene secondo diverse modalità:

- Casistica ricoveri per acuti (DRG, inclusi il DRG per neonato sano, che rappresenta in assoluto la principale).
- Casistica ricoveri post-acuzie: ricoveri nelle discipline ospedaliere 56 (recupero e riabilitazione funzionale), 28 (Unità Spinale), 75 (Neuro-riabilitazione) e 60 (Lungodegenza)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Al momento della redazione di questo capitolo, il Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria sta dando attuazione al D.M. 5 agosto 2021 *Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera* che prevede l'implementazione dell'integrazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera ai fini dell'arricchimento delle fattispecie previste per i ricoveri Codice 56, in tre sotto-codici (a, b e c) che permetteranno l'articolazione della tariffa secondo tre differenti valori.

- Distribuzione Farmaceutica Diretta (File F); questa modalità di finanziamento ha assunto negli ultimi anni un'importanza decisiva per le terapie ad alto costo (farmaci biologici, chemioterapici, ecc.) somministrate in contesto ospedaliero non più nel perimetro dei ricoveri diurni (Day Hospital) la cui tariffa era intesa originariamente per essere onnicomprensiva, ma nell'ambito di prestazioni ambulatoriali che avvengono in ospedale.
- Funzioni dell'assistenza ospedaliera (non più del 30% del finanziamento complessivo dell'ospedale), generalmente:
  - Rete dell'emergenza-urgenza; la normativa italiana prevede la differenziazione tra ospedali sede di Pronto Soccorso, di DEA di I livello o di DEA di II livello.
  - Terapia Intensiva (cod. 49), Unità coronarica (unità intensiva cardiologica, cod. 50), Terapia Intensiva Neonatale (cod. 73).
  - Malattie rare.
  - Donazione e trapianto.
  - Centri di riferimento.
  - Assistenza per AIDS.
  - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive.
  - Programmi integrati ospedale-territorio (es. neoplasie rare).

È bene precisare che le funzioni, così come i DRG, sono soggette ad una certa variabilità inter-regionale sia nella loro definizione e numero che nel loro livello di finanziamento.

- Funzioni di didattica e ricerca - non oltre il 7% del fatturato ospedaliero per DRG e per prestazioni ambulatoriali.

Queste ultime, pur essendo inserite nel grande capitolo dell'assistenza Distrettuale e non essendo direttamente imputabili all'assistenza prettamente ospedaliera (che è invece legata al ricovero), sono di fatto una parte non irrilevante del finanziamento ospedaliero, dal momento che vedono negli ospedali uno dei principali punti di erogazione, sia per la concentrazione di specialisti sia per la disponibilità di tecnologie (es. radiologiche); inoltre, non bisogna tralasciare che diversi percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali (PDTA) concepiti a livello ospedaliero e la normativa stessa riguardante il percorso chirurgico, cuore dell'assistenza ospedaliera (che vorrebbe la "presa in carico" ambulatoriale dei pazienti candidabili alla chirurgia) impone l'integrazione tra livelli di assistenza differenti, spesso centrati sull'ospedale ma che prevedono importanti passaggi ambulatoriali sia nell'inquadramento che nel *follow-up*.

Infine, si rilevano esperienze (es. Bassa Intensità Chirurgica, BIC, in Lombardia) per le quali esiste ormai una franca ibridazione tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza ambulatoriale e per quali la classica suddivisione del finanziamento sanitario in Distrettuale (51%), Ospedaliera (44%) e Prevenzione (5%) appare in effetti superata, essendo difatti un continuum di risorse per un continuum di assistenza.

## Inquadramento generale dei modelli di finanziamento

I principali sistemi di finanziamento degli erogatori di possono dividere in pagamenti retrospettivi e pagamenti prospettivi.

### *Il pagamento retrospettivo*

Il pagamento retrospettivo "a costo pieno" consiste essenzialmente nel rimborsare una struttura per tutte le spese sostenute nell'episodio di assistenza, quantificate dopo che il servizio è stato erogato.

Tipicamente, ricadono in questa tipologia i pagamenti "*fee-for-service*" ed i pagamenti "*per diem*".

#### *Fee for service*

In questa tipologia di finanziamento, il fornitore viene rimborsato per ogni singolo servizio o prestazione nell'ambito di un prezzario fornito agli utenti (possono venire a sommarsi le tariffe per i farmaci, per le diagnostiche, per gli interventi, per la parte alberghiera, per il personale, ecc.). In assenza di un'opportuna valutazione del rapporto costo/benefici, questo sistema può essere distorto offrendo prestazioni non appropriate al fine di aumentare il fatturato dell'erogatore.

### *Pagamento per-diem*

In questo modello, il pagante remunera le strutture sanitarie tramite una tariffa giornaliera, che classicamente non varia a seconda dei trattamenti erogati, ma solo in base al numero di giorni di assistenza fornita, dunque rendendo possibile la quantificazione dell'impegno finanziario totale solo ad episodio concluso, come nel caso precedente. La distorsione che potrebbe generarsi è ovviamente un prolungamento opportunistico della degenza, ma entro certi limiti questo modello rappresenta in effetti un anello di congiunzione tra i pagamenti retrospettivi e quelli prospettici, dal momento che la tariffa giornaliera è fissata *ex-ante*. D'altro canto, il modello di pagamento a giornata appare anche ad integrazione dei modelli di pagamento prospettico per caso (es. DRG), per sostenere gli ospedali che si trovano a dover gestire pazienti con degenze superiori ai valori soglia di degenza stabiliti per ogni singolo DRG.

Il pagamento per giornata nell'assistenza ospedaliera è classicamente associato ai ricoveri di riabilitazione e lungodegenza; i ricoveri di riabilitazione vengono generalmente classificati adoperando lo stesso sistema DRG dei ricoveri ordinari; tuttavia, viene adoperando il livello di aggregazione della Categorie Diagnostiche Maggiori (MDC) per rappresentare e remunerare la casistica post-acuzie. Per il codice 56 è prevista una remunerazione per giornata che varia in base alla MDC di attribuzione del ricovero, mentre per i codici 75 e 28 è prevista una tariffa giornaliera fissa per la quale la logica MDC viene meno, trattandosi già di per sé di condizioni definite nell'inquadramento diagnostico e nell'afferenza anatomica (secondo la logica della maggior parte delle MDC) e che richiedono un alto contenuto specialistico.

Generalmente, per i ricoveri in codice 56 è previsto un abbattimento della tariffa giornaliera una volta superato un certo valore soglia della durata della degenza (es. abbattimento tariffario del 40% superato il 60° giorno di degenza in gran parte delle Regioni). Viceversa, in alcune Regioni la normativa prevede per alcune strutture un incentivo sul valore della produzione nel caso in cui la degenza media di ricoveri ordinari sia non superiore ad un certo valore (es. 5% in più sulla produzione totale se la degenza media non supera le 25 giornate).

Per la lungodegenza ospedaliera è previsto un pagamento a giornata indipendente dalla classificazione DRG/MDC; anche in questo caso, la tariffa è soggetta ad abbattimento oltre il valore soglia della degenza, ad eccezione dei ricoveri per i pazienti in stato vegetativo o in stato di minima coscienza.

### *Il pagamento prospettico*

Nei modelli di pagamento prospettico, viene fissata *ex-ante* una tariffa (o un budget) atta a rimborsare l'erogazione di servizi sanitari predefiniti con variabile livello di dettaglio; nell'ambito del servizio in oggetto, non sono quantificate esattamente le singole prestazioni che verranno garantire nel suo perimetro. Tra questi modelli rientrano i pagamenti "per caso", "per capite" e quelli basati sul "global budget".

### *Pagamento "per caso" e i DRG*

Nel pagamento per caso la struttura sanitarie viene pagata per ogni caso affrontato, in maniera relativamente indipendente dalle prestazioni erogate per quel caso o dai giorni di ricovero per quel caso. Come definire e classificare i casi è una problematica (soprattutto, dal numero delle prestazioni erogate) epidemiologica rilevante e senza dubbio la classificazione più nota ed adoperata al mondo è quella dei DRG.

È bene premettere che l'adozione di un qualsiasi sistema di finanziamento dell'attività ospedaliera attraverso un sistema "prospettico" con pagamento "per caso" (come il sistema DRG appunto), prevede un insieme complesso di elementi, tutti richiamati nel DM 15 aprile 1994 che dava attuazione al D.Lgs. n. 502/1992 (art. 8) attraverso il quale si introduceva nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) il nuovo sistema di pagamento degli erogatori per l'attività ospedaliera:

- l'individuazione di un sistema di classificazione dei pazienti (il sistema DRG per l'appunto);
- il calcolo di tariffe attraverso metodologie standardizzate e validate;
- l'individuazione di meccanismi e di regole per l'aggiornamento continuo delle tariffe in considerazione dell'evoluzione dei contesti economici (es. inflazione), delle innovazioni organizzative implementate e dell'innovazione tecnologica (si pensi al passaggio dalla chirurgia aperta a quella laparoscopica a quella robotica);
- la contestualizzazione del sistema delle tariffe alle realtà territoriali, considerando quelle nazionali come tariffe massime, da adattare da parte delle singole regioni in relazione alla struttura dei costi degli erogatori con l'intento di negoziare non solo i volumi ma anche i "prezzi";
- la definizione di sistemi di controlli "esterni" circa l'appropriatezza delle prestazioni rese dagli erogatori (pubblici o privati) attraverso enti "terzi" rispetto al terzo pagante.

I DRG sono un sistema di classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali per acuti sviluppano nella seconda metà del secolo scorso presso l'Università di Yale; negli Stati Uniti, sono utilizzati dal 1983 per il pagamento prospettico degli ospedali afferenti al programma Medicare. I DRG classificano i ricoveri in raggruppamenti omogenei sotto il profilo dell'assorbimento di risorse economiche (classificazione isorisorse); tuttavia, è limitativo riferirsi ai DRG per la sola finalità di mediare il finanziamento ospedaliero, perché in prima istanza essi permettono di definire, studiare e valutare la composizione della casistica ospedaliera<sup>2</sup>.

In Italia sono stati introdotti per la classificazione e tariffazione dei ricoveri ospedalieri con il D. Lgs n. 502/92 e si elaborano a partire dalla sottostante classificazione delle diagnosi e delle procedure ICD-9-CM (International Classification of Diseases-9th revision-Clinical Modification).

Le categorie del sistema DRG vengono elaborate seguendo alcuni criteri:

- Significatività clinica, per la quale i pazienti vengono raggruppati avendo problematiche analoghe; a questo scopo, alla base dei DRG si trovano 25 categorie macroaree diagnostiche (MDC), distinte soprattutto per organo/apparato o per eziologia (es. malattie infettive, tumori, traumi, ecc.).
- Omogeneità delle risorse assorbite durante il ricovero – e dunque omogeneità degli iter diagnostico-terapeutici.
- Esclusività - ogni ricovero è riconducibile ad uno ed un solo specifico DRG.
- Esaustività - i DRG sono in grado di rappresentare ogni possibile ricovero.
- Praticità gestionale (il numero di circa 500 DRG ne consente un impiego pratico).

Una volta definite le MDC, per costruire i DRG vengono individuate, nel perimetro di ciascuna MDC, quelle caratteristiche che generano differenze tra caso e caso in termini di processo diagnostico-terapeutici (es. presenza o meno di interventi chirurgici, variabili indipendenti), considerati in maniera tale da minimizzare la varianza della durata della degenza (variabile dipendente).

Tutti i dati necessari alla determinazione del DRG sono desumibili dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), istituita per la raccolta e la codifica sistematica delle informazioni contenute nella cartella clinica del ricovero, essendo sintesi fedele di quest'ultima (una cartella clinica, una SDO, un DRG). Le informazioni della SDO vengono elaborate da un software (*DRG-grouper*) che elabora per ogni ricovero una specifica MDC e, all'interno di questa, uno specifico DRG. La diagnosi principale di dimissione (al momento codificata con ICD-9-CM) determina l'attribuzione ad una MDC e da lì in poi le altre informazioni disponibili (diagnosi secondarie, genere, età, stato alla dimissione e soprattutto procedure) determinano l'attribuzione ad uno specifico DRG; l'algoritmo alla base della logica del *grouper* è illustrato in [Figura 13.1](#).

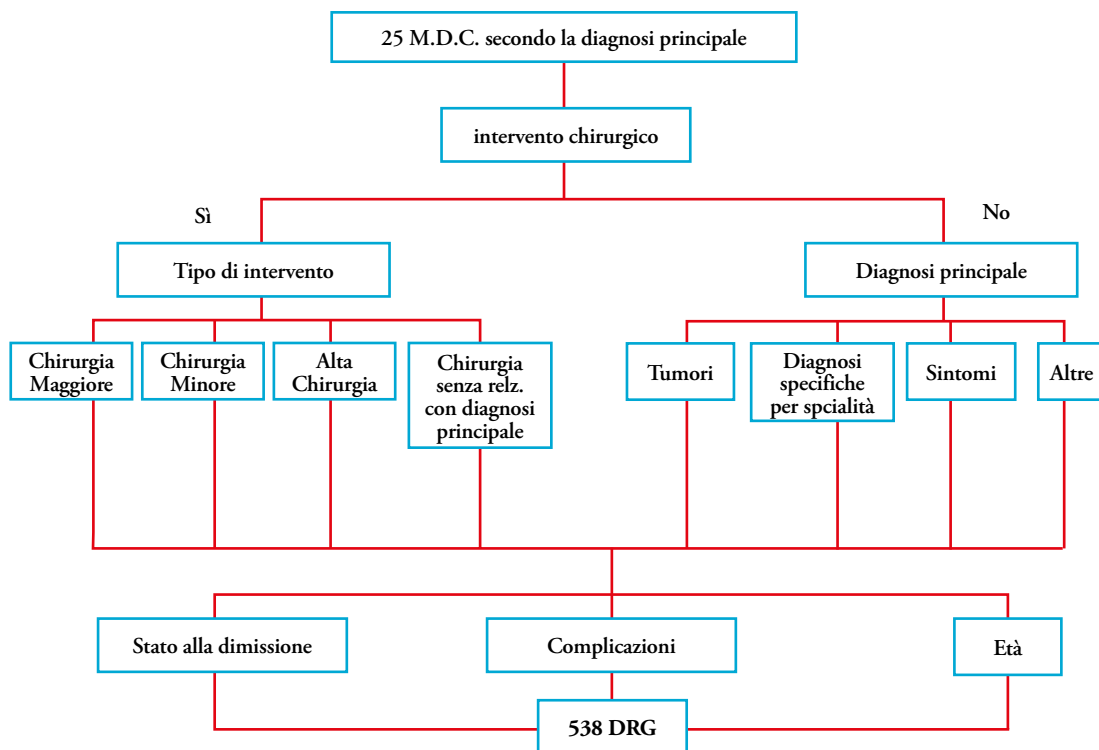
È importante ribadire che i DRG, prima che un sistema di tariffazione, sono un sistema di classificazione che permette di catalogare il prodotto dell'ospedale: un sistema di classificazione funzionale è assolutamente indispensabile per poter governare la sanità in generale e la dimensione ospedaliera in particolare; costituisce il fondamento su cui poter definire la casistica e dunque ogni specifico rimborso per tipologia di caso *ex-ante*. È quindi di assoluta importanza, per poter adeguatamente classificare i casi e per poterne ricostruire i costi in modo da definire congrui rimborsi, provvedere ad un periodico aggiornamento sia delle classificazioni che delle tariffe, anche in maniera tale da poter seguire le innovazioni sia dal punto di vista tecnologico che da quello dell'evidenza scientifica. Alcuni autori riportano infatti come il mancato recepimento dell'innovazione nelle classificazioni e nelle tariffe vada a costituire un problema di sostenibilità delle buone pratiche, sia scoraggiandone l'adozione, sia incoraggiando, d'altro canto, comportamenti opportunistici.

La tariffa per ogni DRG atto a rimborsare un ricovero è onnicomprensiva, è cioè atta a remunerare tutte le prestazioni ed i servizi offerti al paziente durante il ricovero (e, nel caso di accesso da Pronto Soccorso, va a rimborsare anche il singolo accesso di Pronto Soccorso collegato al ricovero).

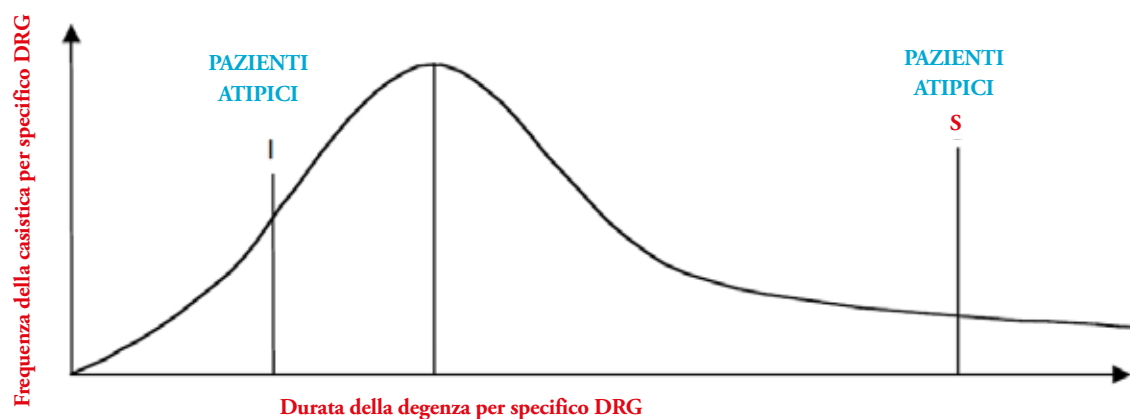
La logica per caso dei DRG viene successivamente integrata da una logica "*per diem*" per i valori di degenza sopra soglia. Per ogni DRG esiste infatti una distribuzione della frequenza delle durate della degenza che ha l'andamento riportato in figura; i pazienti atipici sono quelli inferiori al valore I e superiori al valore S (non esiste un limite teorico alla durata della degenza); per questi si introduce una tariffa aggiuntiva "per giornata" ([Figura 13.2](#)).

Il sistema di pagamento per caso costituisce un'ottima mediazione tra necessità di efficientamento e garanzia di adeguati livelli di produzione, il che ne ha costituito ovviamente una delle ragioni dell'indiscusso

<sup>2</sup> I sistemi di classificazione dei pazienti acuti in ospedale si dividono tra sistemi iso-risorse (DRG e PMC, *Patient Management Categories*) e sistemi iso-gravità (come il *Disease Staging e Computerized Severity Index*).



**Figura 13.1** Schema per la determinazione dei DRG. Modificato da Vanini G Ed Anno 2000 – *Igiene e Sanità Pubblica*, 1998.



**Figura 13.2** Distribuzione di frequenza della durata della degenza per specifico DRG. Modificato da Vanini G. Ed Anno 2000 – *Igiene e Sanità Pubblica*, 1998.

successo e della conseguente universale diffusione (DRG), tuttavia rimane carente nella valorizzazione delle misure di qualità (in primis clinica, ma non esclusivamente), ponendo come principale *proxy* di qualità clinica la durata della degenza (ed in alcune analisi lo stato alla dimissione o post-dimissione).



**QR-Code 13.1** Il Nomenclatore DRG di riferimento Nazionale (2012).

Come si può evincere dal pdf in **QR-Code13.1**, il nomenclatore nazionale DRG fissa una tariffa di riferimento per ogni ricovero ordinario con almeno due giorni di degenza ed entro un certo numero di giornate di degenza (valore soglia); fissa inoltre la tariffe per i ricoveri ordinari di massimo un giorno e per i ricoveri diurni (per episodio di ricovero, se considerati i Day Surgery ovvero per singolo accesso, se trattasi di un DH medico); infine, fissa una tariffa giornaliera, aggiuntiva rispetto alla tariffa di riferimento, per ogni giornata di degenza in più rispetto al valore soglia della degenza. In questo senso, il finanziamento per giornata va a integrare, seppur in maniera decisamente minoritaria, il pagamento per caso tipico del DRG.

La normativa nazionale consente alle Regioni in equilibrio economico-finanziario di ritoccare i DRG di riferimento (la cui ultima pubblicazione risale al 2012). Il confronto tra nomenclatori DRG differenti pone interessanti punti di riflessione sulle potenzialità del sistema, soprattutto per tutti i casi per i quali sono state introdotte delle specifiche sub-categorie associate a procedure definite nell'ambito di singoli DRG.

Un chiaro esempio di questo si può trovare nel nomenclatore della Regione Lombardia, dove si può notare come, in corrispondenza di alcuni DRG, siano state introdotte delle sub-categorie che discriminano la tariffa sulla base della presenza di specifiche procedure (**Figura 13.3**); in tal modo, pur con un numero di DRG che tecnicamente rimane statico, l'introduzione di precisazioni procedurali espande il catalogo tariffario.

In alcune Regioni come la Lombardia è stata altresì espressamente enfatizzata la “deospedalizzazione” che ha visto un graduale passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e da lì ad un “ricovero ambulatoriale”, soprattutto in corrispondenza di quelle procedure per le quali il pernottamento in ospedale può essere più necessario per monitoraggio e osservazione che per effettiva assistenza. Sulla base di questa tendenza è stata introdotta la macroattività ospedaliera denominata “Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa e assistenziale”, ovvero BIC. Per quest'ultima sono riservati posti letto “tecnici” (che non vengono conteggiati tra i posti letto di degenza) e viene individuata una tariffa specifica, parametrata sul costo delle procedure influenzanti l'attribuzione del DRG (MPR, *Major Procedure Related*) se effettuate in regime di ricovero.

Le attività BIC vengono però rendicontate (e quindi fatturate) adoperando il Flusso Informativo Ambulatoriale sia per casi diurni sia per i casi che rimangono in osservazione una notte presso l'ospedale; vengono ancora considerate in regime di ricovero (e come tali rendicontate) se con almeno due giorni di degenza. Dal momento che i DRG di riferimento possono generarsi anche in corrispondenza di procedure non comprese nelle attività BIC, il nomenclatore tariffario ha previsto anche in questo caso delle sottocategorie specifiche in relazione ai BIC (**Figura 13.3**).

L'aggiornamento delle tariffe solo su base regionale (e non nazionale) può porre problematiche sull'equità di accesso e sulla sostenibilità di talune procedure in taluni contesti, essendo molto spesso il nomenclatore superato dalle linee guida mediche in taluni ambiti, nonché sulla mobilità inter-regionale.

Un altro modello incentrato sulla modulazione tariffaria come strumento di governo atto a incentivare l'appropriatezza e la riduzione delle ospedalizzazioni non necessarie è la metodologia APPRO 3 (adottata dalla Regione Lazio).

Già nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) emanati del 2001 venivano indicate prestazioni che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato in regime di ricovero, per le quali occorre



DRG	TpTar_SDO	MDC	DeSDRG	TarFord	TarUno	ValSOA	TarSOA	ValSONC	TarSONC	ValSO TG	TarOH
001		01	Craniotomia età > 17 anni, con CC	13.970	10.028	26	556	-	-	-	10.028
002		01	Craniotomia età > 17 anni, senza CC	11.799	8.849	39	347	-	-	-	8.849
003		01	Craniotomia età < 18 anni	10.351	7.763	60	329	-	-	-	7.763
006		01	Decompressione del tunnel carpale	820	820	4	105	-	-	-	820
006		01	Decompressione del tunnel carpale (in Chir. a bassa complessità BIC; MPR: 0443)	899	899	4	-	-	-	-	899
007		01	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	8.413	6.310	40	262	-	-	-	6.310
008		01	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	1.812	1.812	14	213	-	-	-	1.812
008		01	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC (Con cod. di interv. principale 9231 o 9232 o 9233 "Radiocirurgia...")	6.596	6.596	40	254	-	-	-	6.596
009		01	Malattie e traumi del midollo spinale	3.589	254	31	206	-	-	-	254
010		01	Necrosi del sistema nervoso con CC	3.806	225	16	168	6	3.135	-	225
011		01	Necrosi del sistema nervoso senza CC	3.135	225	26	148	-	-	-	225
012		01	Malattie degenerative del sistema nervoso	3.061	209	23	134	-	-	-	209
013		01	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	2.633	215	20	137	-	-	4	215
014		01	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	3.891	222	30	160	-	-	-	222
015		01	Vasculopatie cerebrali acute aspecifiche e occlusioni precerebrali senza infarto	2.949	168	30	117	-	-	-	168
016		01	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	2.952	191	13	152	6	2.435	-	191
017		01	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	2.435	191	20	106	-	-	-	191
018		01	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	1.878	148	13	134	5	1.210	-	148
019		01	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	1.210	148	22	64	-	-	5	148
021		01	Meningite virale	4.066	296	20	303	-	-	-	296
022		01	Encefalopatia ipertensiva	2.490	227	27	138	-	-	-	227
023		01	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	2.625	148	24	137	-	-	-	148
026		01	Convulsioni e cefalea età < 18 anni	2.924	410	11	361	-	-	-	410
027		01	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	4.950	285	31	179	-	-	-	285
028		01	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	3.561	270	14	267	4	2.400	-	270
029		01	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	2.400	270	18	217	-	-	-	270
030		01	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	1.288	271	4	214	-	-	-	271
031		01	Commosione cerebrale, età > 17 anni con CC	2.268	220	8	218	2	1.524	-	220
032		01	Commosione cerebrale, età > 17 anni senza CC	1.524	220	10	183	-	-	-	220
033		01	Commosione cerebrale, età < 18 anni	1.071	262	4	129	-	-	-	262
034		01	Altre malattie del sistema nervoso, con CC	2.678	184	10	141	3	2.062	-	184
035		01	Altre malattie del sistema nervoso, senza CC	2.062	184	20	115	-	-	-	184
036		02	Interventi sulla retina	2.123	2.123	12	146	-	-	-	2.123
037		02	Interventi sull'orbita	2.601	1.951	20	202	-	-	-	1.951
038		02	Interventi primari sull'iride	1.269	1.269	16	130	-	-	-	1.269
039		02	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	895	895	4	90	-	-	-	895
039		02	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia (in Chir. a bassa complessità BIC; MPR: 1341)	941	941	4	-	-	-	-	941
040		02	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	1.281	1.281	4	115	-	-	-	1.281
040		02	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni (in Chir. a bassa complessità BIC; MPR: 0838, 0872, 0874)	1.168	1.168	4	-	-	-	-	1.168
041		02	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	841	841	4	121	-	-	-	841

Figura 13.3 Il Nomenclatore DRG della Regione Lombardia (2015). Si possono notare i DRG compresi nella attività BIC (es. DRG 6 o DRG 39), per i quali esistono due versioni in base alla afferenza ai BIC o meno, determinata dalla presenza delle procedure specifiche ed i DRG per i quali vengono introdotte delle sottocategorie comunque legate alla presenza di determinate procedure (es. DRG 8).

individuare modalità più appropriato del ricovero ordinario (Allegato 2C, un elenco di 43 DRG); per tali prestazioni viene indicato un valore percentuale di ammissibilità in regime di ricovero ordinario. Su queste basi, la metodologia APPRO 3, introdotta nella Regione Lazio nel 2009, intende valutare gli episodi di ricovero con severità minima di malattia attribuiti ai DRG a bassa complessità assistenziale.

La metodologia utilizza le categorie ed i pesi relativi delle sottoclassi di gravità del sistema APR-DRG (v. 20.0, basato essenzialmente sulla codifica delle diagnosi - principale e secondarie) per selezionare le sottoclassi di gravità potenzialmente inappropriate per l'assistenza in ricovero<sup>3</sup>. Per la determinazione del valore soglia (*cut-off*) con cui individuare i casi e le sottoclassi a bassa complessità da considerare a rischio di inappropriatezza è stato scelto il 70° percentile della distribuzione dei pesi relativi dei DRG specifici dei ricoveri regionali effettuati nel corso dell'anno 2007. Il valore soglia del peso relativo individuato è 0,78.

La metodologia APPRO 3 seleziona i ricoveri tra quelli attribuiti ai DRG inclusi tra quelli ad alto rischio di inappropriatezza in ricovero ordinario (attualmente nella Regione Lazio sono 119: 78 medici e 41 chirurgici) ed esclude:

- Ricovero con peso relativo uguale o superiore a 0,78.
- Ricovero con tipo di dimissione = decesso.
- Ricoveri con durata di degenza sopra-soglia.

A questo punto, avendo un paniere di ricoveri di peso relativo inferiore a 0,78, su questi opera il seguente calcolo per ottenere la soglia interna (della struttura ospedaliera) DRG specifica:

$$\frac{N^{\circ} \text{ di ricoveri ordinari di almeno 2 giornate}}{N^{\circ} \text{ totale ricoveri (ordinari e diurni)}} \times 100$$

Calcola quindi la quota eccedente percentuale: Valore soglia interna - valore soglia regionale; da qui calcola il numero dei ricoveri inappropriati riportando la percentuale della quota eccedente al numero totale dei ricoveri (ordinari e diurni) per quel DRG.

I ricoveri ritenuti inappropriati secondo la metodologia APPRO 3 subiscono un abbattimento tariffario che dal valore del rimborso accordato per i ricoveri ordinari li fa scendere al valore del rimborso accordato ai ricoveri in regime diurno. In altre parole, la struttura ospedaliera riceve il rimborso riservato al regime diurno per tutti i ricoveri ordinari considerati nella quota eccedente secondo APPRO 3.

La metodologia APPRO 3 incoraggia quindi il ricorso al regime diurno penalizzando il ricovero ordinario inappropriato, per tutte le condizioni con complessità APR <0,78. Per consolidare il processo di miglioramento dell'appropriatezza, il legislatore ha progressivamente indicato anche quali procedure ICD-9-CM sono indicative di appropriatezza del ricorso al regime diurno (circa 1120 codici di procedura ICD-9-CM). Nel far ciò non ha inteso includere quelle procedure che ha le quali ha ritenuto di privilegiare l'assistenza in regime ambulatoriale (l'accordo Stato-Regioni sul DH del 2009; la Direttiva ASP del 23 settembre 2005; la Direttiva ASP del 21 aprile 2006; la direttiva ASP del 6 dicembre 2006; la direttiva ASP del 18 dicembre 2006).

Oltre agli abbattimenti tariffari, i controlli sull'attività sanitaria, in particolari degli ospedali privati accreditati, possono portare anche a delle sanzioni che vanno a impattare sul finanziamento complessivamente riconosciuto all'ospedale.

Cartelle cliniche, SDO e relativi DRG sono oggetto di controllo da parte delle Aziende Sanitarie Locali. Alcuni controlli sono automatici (tra cui appunto quelli compresi nella metodologia APPRO 3, ricoveri ripetuti, fratture del femore), altri sono eseguiti a campione (campionamento mirato e casuale) su almeno il 12,5% della produzione di ogni erogatore (cartelle cliniche e corrispondenti SDO, DM 10 dicembre 2009) - estesa al 100% in caso di riscontro di anomalie rilevanti. La normativa regionale individua un set di eventi mirati da sottoporre a controllo, tra cui DRG incoerenti (quali ad esempio il DRG di intervento chirurgico

<sup>3</sup> Gli APR-DRG espandono la struttura DRG di base aggiungendo quattro sottoclassi a ciascun DRG. L'aggiunta delle quattro sottoclassi affronta le differenze dei pazienti relative alla gravità della malattia e al rischio di mortalità. La gravità della malattia e il rischio di mortalità si riferiscono a caratteristiche distinte del paziente (Fonte: Manuale APR-DRG v.20.0).



esteso non correlato con la diagnosi principale), i DRG complicati (nel rischio che le diagnosi complicanti vengano inserite inopportuno allo scopo di ottenere un rimborso maggiore, DRG ad alto rischio di incongruità (traumatismo), DRG di parto cesareo, esclusioni da APPRO 3, ricoveri con alto valore tariffario, ricoveri con specifiche diagnosi (es. 518.81) e procedure (es. lisi di aderenze). Le risultanze dei controlli incidono sul budget e sulla produzione e le sanzioni si applicano mediante una rideterminazione delle fatture emesse dalle Aziende Ospedaliere.

Per i ricoveri appartenenti alla selezione casuale e risultati incongrui o inappropriati si introduce, in aggiunta al calcolo della differente remunerazione sul singolo ricovero prevista per l'incongruità o per l'inappropriatezza su singola cartella, una sanzione amministrativa calcolata sulla percentuale di incongruità opportunistica e di non appropriatezza rilevata sui controlli estratti con criterio casuale. Le sanzioni amministrative per ciascuna tipologia di controllo sono ottenute applicando alla differenza di remunerazione calcolata sui singoli ricoveri estratti con criterio casuale, il valore del moltiplicatore corrispondente allo scaglione di incongruità e inappropriatezza rilevata sul campione casuale secondo valori tabellati.

### *Pagamento "per capite"*

In questo modello il pagante finanzia gli erogatori secondo una periodicità prestabilita con una quota fissa per ogni assistito; si intende quindi coprire i costi sanitari stimati per ogni singolo assistito in un determinato lasso di tempo, ottimizzando l'erogazione dei servizi offrendo interventi *cost-effective*; le possibili distorsioni di questo modello riguardano la selezione in ingresso degli assistiti (in mancanza di adeguati sistemi di profilatura e conseguente pesatura dell'utenza, come ad esempio gli ACG) e la riduzione in quantità e soprattutto in qualità dei servizi offerti allo scopo di minimizzare i costi a fronte di un finanziamento che non guarda in prima istanza né a quantità né qualità, ma solo al numero degli assistiti.

Nell'assistenza ospedaliera questo modello di pagamento si può trovare quando enti territoriali stabiliscono il budget dell'erogatore ospedaliero di riferimento per una certa area geografica in base al numero degli assistiti in essa presenti.

### *Il Global Budget*

Con questo modello di finanziamento si intendono coprire anticipatamente i costi totali corrispondenti ai servizi erogabili in un certo periodo di tempo; generalmente l'entità del budget viene determinata sulla base della serie storica dei costi reali consuntivati e delle stime realizzabili sui costi richiesti per mantenere attiva l'offerta di un servizio con un certo standard.

Nel contesto italiano, il *Global Budget* nell'ambito ospedaliero si può ritrovare nel finanziamento a funzione; questo tipo di finanziamento rappresenta di fatto un correttivo ed un complementare, rispetto ai finanziamenti per caso, che viene tipicamente riservato a settori critici e generalmente incompressibili dell'ospedale (su tutti il Pronto Soccorso e la Terapia Intensiva), associati alla generazione di maggiori costi per la struttura o perfino a notevoli esternalità positive (es. trapianti di organi e tessuti).

L'applicazione del finanziamento a funzione è stabilita dalla Regione che lo adopera come strumento di governo, scegliendo in autonomia quali attività finanziare, quanto finanziare ed i criteri con i quali individuare le strutture destinatarie di tali finanziamenti.

Il finanziamento "per capite" e il *Global Budget* per l'intera produzione ospedaliera sono talora ipotizzabili anche in alcuni contesti (es. alcuni Presidi Ospedalieri nel perimetro di Aziende Sanitarie Territoriali che assicurano assistenza ospedaliera ad un certo numero di assistiti) in cui gli ospedali sono generalmente pagati secondo un modello per caso (DRG, soprattutto per le Aziende Ospedaliere); tuttavia, dal momento che tutti gli ospedali sono soggetti a sistemi di classificazione della produzione (una cartella, una SDO, un DRG), finiscono per ricadere nel sistema di tariffazione per caso, seppur indirettamente e senza un effettivo riscontro sulla sostenibilità dell'assistenza ospedaliera.

### *Il finanziamento a funzione: i maggiori costi ed i costi di attesa*

La normativa stabilisce le caratteristiche generali per la definizione delle funzioni assistenziali in corrispondenza delle quali riconoscere un finanziamento all'ospedale. In riferimento all'ospedale, meritano una menzione le attività con rilevanti costi di attesa, ivi compresa il sistema di allarme sanitario e il trasporto in emergenza.

Nell'assistenza ospedaliera, soprattutto in relazione alle condizioni di emergenza/urgenza e a quelle legate ad un elevato impegno professionale e/o tecnologico (condizioni per le quali le dotazioni sono difficilmente scalabili in tempi rapidi e che seguono caratteristici andamenti a ondate) viene generalmente prevista una dotazione strutturale che garantisce la capacità recettiva per fronteggiarle. Per questa ragione, si ammette la possibilità che alcune aree critiche dell'ospedale (Pronto Soccorso, Terapie Intensive) non siano costantemente saturate alla massima capacità produttiva, ma che anzi mantengano una riserva operativa per fronteggiare fisiologici picchi di domanda che si avrebbe difficoltà a gestire altrimenti (si pensi alla difficoltà di creare all'improvviso, se non già disponibile, un posto letto di Terapia Intensiva indispensabile per la sopravvivenza stessa del paziente, con tutto quello che comporta in termini di personale e tecnologia); per queste ragioni, alcune funzioni dell'ospedale, oltre ad un rimborso "per caso" che viene assicurato tramite i DRG (ma che ovviamente valorizza la struttura solo per i casi effettivamente trattati) vengono valorizzate anche tramite un separato budget (per l'appunto, il finanziamento "a funzione") il cui razionale ultimo è di garantire la sostenibilità di un servizio auspicandone un impiego sub-ottimale per ragioni di sicurezza: l'organizzazione preferisce pagare il costo di un posto letto di Terapia Intensiva che rimane "in attesa" e pronto ad accogliere un paziente, piuttosto che rischiare di non avere più la possibilità di assistere i pazienti per saturazione delle risorse; questo è tanto più vero per i pazienti critici.

Nel finanziamento a funzione tipico di alcune attività ospedaliera, in ultima analisi si intende garantire la sostenibilità economica di un servizio in maniera relativamente indipendente dal volume dei casi trattati.

Oltre ai maggiori costi dei costi di attesa, il finanziamento a funzione ha anche lo scopo di coprire le maggiori spese derivanti dall'offrire servizi di area critica; la maggior quota di questi costi sono imputabili alle risorse umane necessarie alla terapia intensiva, tuttavia è stato ricostruito nella letteratura di settore come (soprattutto nei primi giorni di degenza intensiva) l'assorbimento di notevoli risorse diagnostiche, terapeutiche e assistenziali porti una decisa perdita economica per l'erogatore ospedaliero se non adeguatamente rimborsato.

### **Il Pronto Soccorso**

Il Pronto Soccorso assorbe generalmente il 4,5% delle risorse complessive dell'ospedale ed i maggiori costi per le attività con rilevanti costi di attesa legate all'emergenza-urgenza vengono rimborsati con un finanziamento a funzione. La tariffa DRG associata ad un ricovero è concepita per coprire anche l'eventuale provenienza da Pronto Soccorso, mentre invece per gli accessi non seguiti da ricovero (ma per i quali si prevede in ogni caso un impegno assistenziale, soprattutto sulla parte diagnostica) si prevede una tariffa di rimborso per le strutture di accesso, generalmente graduata sulla base del livello del Pronto Soccorso nella rete dell'emergenza-urgenza (Pronto Soccorso, DEA di primo livello, DEA di secondo livello). Infine, per gli accessi di Pronto Soccorso che ricadono nel minore livello di gravità la normativa prevede che venga richiesto all'utente il pagamento di un ticket, salvo i casi di esenzione; per tutti gli altri casi l'accesso al Pronto Soccorso è gratuito per il paziente.

### **I modelli di pagamento emergenti**

Il più antico sistema di pagamento per gli ospedali è stato naturalmente il pagamento *fee-for-service* (FFS), tradizionalmente scollegato dagli outcome del paziente. Storicamente, questo ha portato ad identificare tutti gli altri modelli di pagamento immaginati ed introdotti nel corso dell'evoluzione dei sistemi sanitari come modelli di pagamento alternativi (APM, *alternative-payment-model*), soprattutto nella letteratura statunitense. Negli Stati Uniti, la sezione 3021 dell'Affordable Care Act (ACA) ha istituito il Center for Medicare and Medicaid Innovation (CMMI), al quale è stato affidato il compito di progettare, implementare e testare nuovi modelli di pagamento concepiti per ridurre i costi, mantenendo o migliorando la qualità delle cure erogate; dal 2011 in poi, il CMMI ha lanciato oltre 40 modelli APM. Gli ovvi limiti dal punto di vista della qualità e della sostenibilità dell'assistenza tipici dei modelli FFS hanno generato un indiscusso successo degli APM, portando ad una loro enorme diffusione: nel 2015, gli APM rappresentavano circa il 38% dei pagamenti negli Stati Uniti, nel 2018 circa il 60%.

Un'altra sezione dell'Affordable Care Act ha istituito il Programma di Riduzione delle Riammissioni Ospedaliere (*Hospital Readmissions Reduction Program*), il primo e spesso più importante indicatore della qualità

dell'assistenza ospedaliera. L'obiettivo dichiarato dell'amministrazione è stato collegare al valore il 50% dei pagamenti di Medicare entro il 2050.

Gli obiettivi degli APM sono infatti:

- Qualità.
- Quantità.
- Appropriatezza.

Tali obiettivi vengono perseguiti essenzialmente collegando il valore dei pagamenti a misure di processo e di esito, oltre che alla stima dei costi medi per episodio assistenziale o condizione clinica.

In questo ambito si inquadra concettualmente l'approccio *value-based Healthcare* che mira a promuovere la qualità dell'assistenza e i suoi esiti (il "valore") generando incentivi economico-finanziari per gli erogatori. Il modello value based, quindi, concepisce il valore secondo quattro dimensioni:

1. migliorare la qualità dell'assistenza e la salute della popolazione;
2. migliorare l'esperienza del paziente;
3. migliorare l'esperienza degli operatori;
4. ridurre i costi.

Su queste basi, le questioni che possono trasdurre la rilevanza clinica di un modello finanziario sono le seguenti:

- Qual è la popolazione target (prospettiva epidemiologica)?
- Quali sono i principali fattori di spesa nella popolazione target (prospettiva economico-manageriale)?
- Le fonti di variabilità possono essere affrontate con un intervento (prospettiva clinico-manageriale)?

Sulla base delle valutazioni che vengono effettuate partendo da questi interrogativi e adoperando diverse prospettive, la costruzione degli APM è un processo multidisciplinare che in ultima analisi si pone l'obiettivo di investigare il processo sanitario considerando i costi e andando ad individuare le leve economiche in grado di indirizzarne e sostenerne il miglioramento continuo.

I più elementari APM *pay-for-performance* semplicemente riconoscono un bonus ad una prestazione quando viene raggiunto un certo obiettivo.

Altri sistemi trasferiscono una quota maggiore di incertezza al fornitore, come nel caso dei pagamenti prospettici, che in generale non tengono conto del reale consumo di risorse sanitarie dovuto ai singoli casi. Questa incertezza è maggiore nei sistemi pro-capite rispetto ai sistemi per caso come i DRG, che si applicano solo ad alcuni gruppi di pazienti per un determinato periodo di tempo (quello del ricovero). L'estensione del periodo di tempo e della definizione di "caso assistenziale" porta il modello DRG a singolo erogatore verso il modello *bundled* a erogatore multiplo.

### *I modelli bundled*

In questo modello di finanziamento, il pagante finanzia per un determinato importo un "Provider Gestore", al fine di consentire a quest'ultimo di governare la produzione di servizi da parte dei propri professionisti e di altre di parte di altri provider che concorrono all'erogazione. Rientra tra i modelli prospettici e costituisce un ampliamento del finanziamento "per caso", che nel modello *bundled* non si limita più ad essere il caso trattato da un singolo erogatore, ma richiede una più ampia definizione di "episodio di assistenza" attraverso più erogatori. Per questa ragione, in un modello *bundled*, il finanziamento della prestazione ospedaliera non si limita al DRG connesso alla SDO del ricovero per acuti, ma si amplia per comprendere il percorso post-dimissione (ricovero di riabilitazione o di lungodegenza, l'assistenza extra-ospedaliera) che l'erogatore dell'assistenza per acuti coordina in collaborazione con altri erogatori. L'orizzonte temporale tipico dei pagamenti *bundled* è di 90 giorni, ma esistono esperienze che spaziano dai 30 giorni all'anno.

La finalità di ricomporre i finanziamenti è ovviamente quella di indirizzare l'integrazione tra diversi erogatori in diversi *setting* e favorire quindi una gestione globale e multidisciplinare del paziente, in una logica di percorso: un unico finanziamento per diversi erogatori tra loro coordinati intende superare una logica incardinata sull'idea che gli erogatori, pur per uno stesso paziente, agiscano come unità produttive finanziariamente indipendenti e, viceversa, valorizzare il percorso del paziente, che è unico, pur attraverso erogatori e contesti diversi.

Come è facile comprendere, mentre per il sistema DRG è immediatamente possibile classificare (e quindi tariffare) un episodio di assistenza che ha come naturale perimetro l'inizio e la fine della degenza ospedaliera, per un sistema *bundled* la definizione dell'episodio di assistenza è complessa e le dimensioni sono potenzial-

mente scalabili in maniera bidirezionale (da un lato verso la prevenzione e dall'altro verso la gestione dell'*end of life*), tenendo sempre al centro le acuzie e le prestazioni che richiedono il coinvolgimento delle professionalità e della tecnologia disponibile in ospedale.

Nel modello *bundled* originale, i fornitori continuano a essere rimborsati in base al modello *fee-for-service* durante tutto l'episodio, ma al termine dell'episodio i pagamenti per i servizi erogati vengono sommati e confrontati con un obiettivo finanziario. Se i pagamenti sono inferiori all'obiettivo, il fornitore collettore del pagamento *bundling* (ovvero i fornitori partecipanti) ha diritto a ricevere la differenza come risparmio. Tuttavia, se i pagamenti superano l'obiettivo, il fornitore collettore (ovvero i fornitori partecipanti) deve generalmente restituire la differenza al pagante come perdita. Questi tipi di modelli di pagamento incentivano i fornitori a cercare di gestire l'intera assistenza di un paziente nel tempo integrando diversi tipi di fornitori. Ovviamente, rispetto all'ideazione originaria, esistono oggi moltissime esperienze relative ai pagamenti *bundled*, che possono integrare vari modelli di pagamento oltre al FFS.

Al momento, la maggior parte dei modelli di pagamento *bundled* riguardano la chirurgia ortopedica, anche se ne esistono per diverse discipline (inclusa la patologia oncologica, cardiaca, il percorso nascita).

### Il finanziamento dei ricoveri in Attività Libero-Professionale Intramuraria (ALPI)

La normativa stabilisce (art. 28, Legge 488/99, Legge Finanziaria 2000) che per i ricoveri in ALPI *intramoenia* la Regione partecipi alla spesa per una quota variabile tra il 50% ed il 70% del valore del DRG (massimo al 25% per intramoenia allargata). Le altre voci di spesa, oltre ad una percentuale del valore del DRG tra il 30% ed il 50%, per i quali l'utente viene chiamato a finanziare il ricovero (più spesso un ricovero per procedura chirurgica/interventistica) potrebbero essere:

- L'onorario del primo operatore (il professionista referente del ricovero/della procedura principale).
- L'onorario del secondo/terzo operatore e/o dell'anestesista (in generale come percentuali della quota del primo operatore).
- Gli onorari di eventuali consulenti richiesti dal professionista referente o dal paziente.
- La quota per il fondo di perequazione (per i dirigenti dell'Azienda Sanitaria che operano in regime di esclusività e che, per via della disciplina di appartenenza, hanno limitata possibilità della libera professione).
- Il compenso per il personale di supporto diretto (generalmente ricondotto ai tempi standard della prestazione).
- Quota per i costi aziendali (spazi, servizi e beni aggiuntivi, costi organizzativi e di supporto all'ALPI).
- Costi di eventuali prestazioni aggiuntive rispetto al normale percorso diagnostico e terapeutico espressamente richieste dal paziente.
- Costi per il servizio alberghiero.
- Una quota del 5% vincolata ad interventi di prevenzione ovvero alla riduzione delle liste di attesa (DL 158 del 2012).
- Quota per gli oneri amministrativi (IRAP, contributi, ecc.).

Per l'attività di ricovero in ALPI, le normative stabiliscono un numero di posti letto dedicati, in genere tra il 5% ed il 10% dei posti letto totali dell'ospedale, che concorrono allo standard dei posti letto assegnati. Le normative, inoltre, introducono delle specifiche indicazioni la cui intenzione è evitare che l'ALPI diventi uno strumento per oltrepassare le liste di attesa, piuttosto che una maniera di garantire la possibilità di scelta del professionista. È in primo luogo, fatto divieto al professionista di svolgere un numero di prestazioni in ALPI superiore al numero di prestazioni che svolge in attività istituzionale; in aggiunta, la normativa, introducendo il concetto della "durata media della prestazione" e stabilendo che la durata media della prestazione ALPI deve essere compatibile con la durata media della prestazione istituzionale, intende evitare che il tempo-lavoro istituzionale e il tempo-lavoro ALPI del professionista assumano una qualità diversa. Nel poter garantire questo, la tempistica delle prestazioni, in qualunque modalità di pagamento esse siano rese, deve essere standardizzata sulla base di un sistema di classificazione aggiornato: si viene nuovamente a sottolineare la centralità dei sistemi di classificazione su ogni possibile sistema di finanziamento che intenda minimamente proporsi l'obiettivo della conoscenza e del governo, il perseguimento della qualità e, nell'ottica dell'ALPI, la garanzia sia dell'equità d'accesso che della libertà di scelta.

## Bibliografia

- Italia. Legge 23 dicembre 1978, n. 833. *Istituzione del servizio sanitario nazionale*. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale (Supplemento Ordinario) n. 360, 28 dicembre 1978.
- Damiani G, Specchia ML, Ricciardi W (a cura di). *Manuale di programmazione e organizzazione sanitaria*. (IV edizione). Napoli: Idelson-Gnocchi; 2022.
- Ricciardi G, Boccia S (a cura di). *Igiene, Medicina Preventiva, Sanità Pubblica*. (III edizione). Napoli: Idelson-Gnocchi; 2021.
- Chen LM, Ryan AM, Shih T, Thumma JR, Dimick JB. *Medicare's Acute Care Episode Demonstration: Effects of Bundled Payments on Costs and Quality of Surgical Care*. Health Serv Res. 2018 Apr;53(2):632-648. doi: 10.1111/1475-6773.12681. Epub 2017 Mar 28.
- Scott A, Liu M, Yong J. *Financial Incentives to Encourage Value-Based Health Care*. Med Care Res Rev. 2018 Feb;75(1):3-32. doi: 10.1177/1077558716676594. Epub 2016 Nov 4.

### Libero Accesso

Questo capitolo è concesso in licenza d'uso gratuita, consentendone l'utilizzo, la condivisione, l'adattamento, purché si dia credito adeguato all'autore originale e alla fonte.

Le immagini o altro materiale di terze parti in questo capitolo sono e restano di proprietà della casa editrice, salvo diversamente indicato.

L'uso del capitolo è quindi consentito all'interno delle norme di legge a tutela del detentore del copyright.

**La Edizioni Idelson Gnocchi 1908 si riserva comunque anche di mettere a stampa l'intera opera, offrendola al mercato a titolo oneroso, secondo i consueti canali di vendita sul territorio.**

