

Perché i pediatri non sono mai abbastanza?

Di Lucia Quaglinò

1. La tutela del posto di lavoro vs la tutela della salute del bambino

Oggi si dà per scontato che tutti i bambini siano curati e curabili da un medico pediatra,¹ eppure nei fatti non è sempre così ovvio.

L'organizzazione del servizio è infatti regolata da un convenzione, un contratto che disciplina il rapporto di lavoro tra il Ssn (Servizio Sanitario Nazionale) e il pediatra.

Ad oggi il pediatra convenzionato risulta essere una figura mista tra il medico dipendente e il libero professionista. È in corso un dibattito, non ancora concluso, se sia preferibile che i PLS (Pediatra di Libera Scelta, detto anche Pediatra di Famiglia – PdF) si trasformino in dipendenti pubblici – con orari, quantità e tipo di retribuzione del medico ospedaliero o dipendente ASL – oppure debbano mantenere l'attuale condizione. Nel primo caso, le prestazioni del medico dipendente sarebbero sottoposte a maggiori controlli da parte di superiori e, indipendentemente dagli esiti del suo operato, avrebbe occupazione e stipendio garantiti. Il medico convenzionato ha, invece, minori tutele retributive e giuridiche, senza godere dei margini di libertà professionale che avrebbe se fosse un vero e proprio libero professionista, i quali gli consentirebbero più facilmente di collegare alle proprie capacità e responsabilità la possibilità di attrarre pazienti. Inoltre, queste stesse regole riducono le possibilità di scelta dei genitori e, di conseguenza, disincentivano il medico a offrire cure qualitativamente migliori per aumentare la soddisfazione dei propri pazienti.

Nel prossimo paragrafo saranno approfonditi gli effetti della regolamentazione esistente, per comprendere come attualmente il servizio è organizzato, mentre in quello successivo si ipotizzeranno alcune soluzioni alternative orientate a ridurre e contenere gli effetti distorsivi dell'attuale sistema a vantaggio della qualità del servizio offerto.

In particolare, come si vedrà in modo più approfondito nel secondo paragrafo, il problema principale va ricondotto alla pianificazione dell'offerta: l'accesso alla professione pediatrica è infatti limitato e basato su criteri che l'Autorità

1 Il Pediatra di Famiglia (PdF) o di libera scelta (PLS) è un professionista che, in base a una "convenzione" rinnovata periodicamente tra i Sindacati di categoria maggiormente rappresentativi e il Servizio Sanitario Nazionale (Ssn), fornisce assistenza gratuita ai minori fino a 14 anni. In Italia, infatti, i bambini dalla nascita fino ai 6 anni devono essere obbligatoriamente iscritti e registrati con un pediatra. Dai 6 ai 14 anni compiuti i genitori possono scegliere se registrarli con un pediatra o con un Medico di Medicina Generale.

Antitrust² ha definito anti-concorrenziali, in quanto aumenta il numero di bambini che ogni professionista deve seguire, piuttosto che incrementare il numero di pediatri attivi. Si corre quindi il rischio di un peggioramento qualitativo delle cure offerte, se non di una vera e propria carenza di offerta.

La modalità retributiva, inoltre, è basata sul sistema a “quota capitaria”, in base a cui i pediatri ottengono uno stipendio base per numero di pazienti seguiti, indipendente dalla qualità delle prestazioni offerte.³ Lo svantaggio di un simile modello retributivo è che non consente di controllare il livello della prestazione offerta, né responsabilizza ad offrire cure di maggiore qualità.

Per questo sarebbe opportuno intervenire sia sul versante della pianificazione dell’offerta, che su quello del metodo di retribuzione (analizzati nel terzo paragrafo). Per quanto riguarda la prima, si ritiene il corso quinquennale di specializzazione una barriera all’ingresso sufficiente a garantire professionalità e prestazioni. Inoltre, l’ordine dei medici andrebbe riformato, in modo da creare una pluralità di ordini (associazioni) in competizione tra loro. Con riferimento alla remunerazione, si potrebbe adottare il modello olandese, che combina il sistema a tariffa con quello a prestazione, abbinato a delle forme di co-pagamento da parte della domanda, sul modello dei *ticket* del pronto soccorso.⁴

Di seguito si analizza com’è organizzato il sistema pediatrico e quali sono le cause di inefficienza: la stessa Antitrust – come accennato sopra – in una segnalazione del 2009⁵ sottolineava che l’attuale organizzazione del sistema pediatrico risulta essere inadeguata in quanto opera in senso anti-concorrenziale, dal momento che aumenta il numero di pazienti per ogni professionista, piuttosto che il numero di medici attivi. Il rischio è che, a fronte di un elevato numero di bambini da seguire, peggiori la qualità delle cure fornite. Un aumento del numero dei pediatri, invece, consentirebbe loro di seguire un numero minore di pazienti, a parità di spesa pubblica, dal momento che la loro remunerazione si basa sul numero di pazienti registrati.

In particolare, sono due gli aspetti che sarebbe necessario riformare: l’accesso al ruolo attraverso graduatorie e il salario a quota fissa per ogni paziente assistito.

Come si vedrà in modo più approfondito nei prossimi paragrafi, senza una riorganizzazione dell’accesso alla professione e del salario, si rischia di generare dei disincentivi che ostacolano una buona qualità delle cure, oltre a creare una carenza d’offerta, per cui i pazienti non ricevono un servizio adeguato.

Quello della carenza d’offerta è, tra l’altro, un problema che in futuro potrebbe ulteriormente aggravarsi: nel 2011 il numero di pediatri di libera scelta, pari a 7000 (su 14000 pediatri), risultava in linea con il fabbisogno di cure, ma in futuro ne saranno disponi-

2 Rif. AS641 decisione del 12/11/2009, pubblicata sul bollettino n. 45/2009, “Restrizioni all’accesso alla professione di Pediatra di libera scelta in Italia e nella Regione Lombardia”

3 Tale quota in alcuni casi viene aggiustata in base alle caratteristiche dei pazienti, come l’età e il genere, e adattata alla quantità di cure necessarie (si pensi ai malati cronici e agli anziani, che necessitano di una maggior quantità di cure).

4 Esiste anche il pronto soccorso pediatrico, ad esempio nell’AUSL di Ravenna, che offre un servizio di emergenza per i bambini di età inferiore a 14 anni. Per regolare e stabilire la priorità di accesso agli ambulatori si usano i codici colore, attribuiti in uscita dagli infermieri del “triage infermieristico”, come per il pronto soccorso per gli adulti: rosso, giallo, verde e bianco, in ordine di criticità e priorità decrescente. Il *ticket* è pagato solo dai codici bianchi, ossia coloro che si sono presentati al pronto soccorso per motivi inappropriati, in quanto non urgenti. http://www.informafamiglie.it/emiliaromagna/lugo/salute-bambini/il-pronto-soccorso-Pediatico/pronto-soccorso-Pediatico/user_view

5 Restrizioni all’accesso alla professione di Pediatra di libera scelta in Italia e nella Regione Lombardia

bili sempre meno. La presidenza della Fimp (Federazione Italiana Medici Pediatri) ha stimato che, nel 2020 (le previsioni tengono conto dell'andamento demografico), la quantità di pediatri si ridurrà a circa 6000, come conseguenza dello squilibrio tra quelli che andranno in pensione (circa 400-600 ogni anno) e i nuovi specialisti.⁶ Secondo la Fimp, il problema risiede nel numero di accessi alle scuole di specialità, che dovrebbe aumentare del 25%. In tal caso, sarebbe necessario incrementare il numero delle borse ministeriali da 212 alle 282 annue previste dal ministero della Salute.⁷

Risorse che, data l'attuale situazione finanziaria, sarà difficile reperire: è quindi necessaria una riorganizzazione dell'assistenza pediatrica, finalizzata a garantire un'assistenza di qualità e omogenea sul territorio nazionale.

È quindi evidente che è quanto mai urgente un ripensamento dell'organizzazione del sistema pediatrico.

Prima di descrivere alcune proposte finalizzate a rendere il sistema più efficiente, di seguito si analizza com'è organizzato l'accesso alla professione e qual è la modalità retributiva, per evidenziare i principali problemi.

2. La disciplina della professione pediatrica

2.1 La convenzione

La convenzione disciplina il rapporto di lavoro tra Pediatri e Asl: è valida a livello nazionale, ma in certi aspetti può essere parzialmente modificata a livello regionale.

È nella convenzione che si stabilisce l'orario di attività: si prevede, infatti, che i medici garantiscano la loro presenza in studio per un certo numero di giorni a settimana, con "orario congruo", una definizione evidentemente aleatoria e soggetta a interpretazioni soggettive. Inoltre, tale convenzione prevede che la regolarità dello studio medico debba essere approvata dall'Asl; per quanto riguarda le visite ambulatoriali, si stabilisce che possono essere fissati degli appuntamenti; le visite domiciliari, svolte solo nel caso in cui il bambino "non possa essere trasportabile", vengono fatte in giornata dal lunedì al sabato, se la chiamata arriva entro le ore 10 del mattino, oppure entro le 12 del giorno dopo nel caso in cui il medico sia avvisato oltre tale limite orario.

Sebbene la convenzione contenga norme finalizzate a garantire un certo servizio a beneficio dei pazienti, tuttavia alcune di queste regole non sempre vengono rispettate e il loro *enforcement* è quasi impossibile da verificare: ad esempio, in un'inchiesta di Altroconsumo sui pediatri del Servizio Sanitario Nazionale⁸ è stato rilevato che molti medici sono riluttanti a fare le visite a domicilio, in contrasto con l'articolo 46 della convenzione che prevede la visita domiciliare tra le mansioni del medico. Del resto, non conviene loro dedicare tempo alle visite a domicilio,⁹ per cui non riceverebbero un ulteriore beneficio economico, mentre a loro costano tempo e spese di trasporto.

6 I calcoli di proiezione tengono conto delle previsioni Istat di crescita della popolazione, delle leggi, degli accordi collettivi nazionali, dei piani sanitari nazionale e regionali, del progetto obiettivo materno-infantile.

7 Sanità in cifre, "Pediatri: sono sempre meno. Se non si agisce, nel 2030 dimezzati", 2011, <http://www.sanitaincifre.it/2011/05/pediatri-sono-sempre-meno-se-non-si-agisce-nel-2030-dimezzati/>

8 Altroconsumo, "Inchiesta: i pediatri del Servizio sanitario nazionale", 2008, <http://www.altroconsumo.it/salute/diritti-del-malato/articoli/inchiesta-i-pediatri-del-servizio-sanitario-nazionale-test-salute-73>

9 D'altra parte è pur vero che i pazienti, soprattutto a fronte di un servizio offerto gratuitamente, tendono ad abusare delle visite a domicilio. Tuttavia, questa distorsione, come si vedrà in modo più approfondito nel paragrafo dedicato alle soluzioni, potrebbe essere attenuata facendo pagare per il servizio un

È innegabile che simili regole siano necessarie in un contesto non pienamente concorrenziale e, quindi, poco trasparente, dove, a fronte di clienti e stipendio assicurati a priori, i medici non hanno incentivi a garantire un servizio adeguato. Tali norme, tuttavia, non sembrano essere efficaci, come si vedrà nei prossimi paragrafi.

2.2 L'accesso alla professione

L'accesso alla professione pediatrica è limitato: si può entrare in seguito al corso di specializzazione quinquennale, successivamente al conseguimento della laurea in medicina e al superamento dell'esame di abilitazione professionale, necessario per entrare a far parte dell'Ordine dei medici.

Quindi, coloro che presentano domanda entrano a far parte di una graduatoria dei pediatri di base, basata sui titoli di studio (corsi, votazione, specializzazione ecc.) e professionali (turni, guardie ecc.). Quando si liberano dei posti, le ASL attingono a tale graduatoria per inserire negli elenchi i pediatri idonei per ciascun ambito territoriale.

Il numero di pediatri di base attivi in un certo ambito territoriale è basato sul cosiddetto rapporto ottimale, calcolato, a livello nazionale, come un pediatra di base per ogni 600 residenti di età compresa tra 0 e 6 anni. Tuttavia i pediatri seguono anche i bambini di età 6-14 anni: i genitori, infatti, al compimento del sesto anno di età del figlio, possono scegliere se iscriverlo presso il medico generale o presso il pediatra, ma quasi tutti preferiscono l'ultima opzione.

In base a questo meccanismo insorge una carenza di offerta, perché il numero di pediatri è stabilito su una porzione ristretta rispetto a tutti i pazienti che deve in realtà curare e, di conseguenza, una parte della domanda non trova adeguata copertura. Ciononostante, lo stesso meccanismo di calcolo del rapporto ottimale impedisce a nuovi pediatri di accedere alla professione. Questo potrebbe creare un eccesso di domanda, con un conseguente incremento del carico di assistiti per ciascun medico e, quindi, il rischio di un peggioramento della qualità delle cure fornite.

Per evitare che uno stesso medico assista un numero eccessivo di bambini è previsto un massimale, il numero massimo di bambini che ciascun pediatra può seguire. Quest'ultimo viene fissato, in base all'articolo 38 dell'Accordo collettivo nazionale, a 800 unità. Tuttavia, a fronte delle carenze, capita che tale limite sia esteso: è quanto accaduto in Lombardia dove, per far fronte alla carenza di offerta, anziché far entrare nuovi professionisti, il massimale è stato ampliato a 1400 unità, vincolando 600 posti ai bambini tra gli 0 e i 6 anni. Con riferimento alla scelta lombarda, l'Antitrust¹⁰ sottolinea come "Ciò non permette, in altri termini, l'entrata nel mercato di nuovi professionisti, ma incrementa il numero di assistiti in carico ai pochi pediatri di base già attivi": tuttavia, se aumentano i bambini a carico di ogni medico, si riduce il tempo da dedicare a ciascuno di loro, quindi, anche supponendo costante la produttività del medico (ma pure immaginandola in aumento, nei periodi dei picchi influenzali sarebbe molto complesso mantenere un elevato standard del servizio), o vengono curati meno bambini, o si riduce la qualità dell'assistenza.

Si noti che questo accade a causa della pianificazione dell'offerta e non per mancanza di pediatri, in quanto – sempre secondo l'Antitrust – “le graduatorie, alle quali ciascuna Asl può attingere per l'inserimento dei pediatri negli elenchi dei pediatri e per il con-

ticket, come si fa in pronto soccorso, nel caso in cui sia rilevata la non urgenza.

¹⁰ Rif. AS641 decisione del 12/11/2009, pubblicata sul bollettino n. 45/2009, “Restrizioni all'accesso alla professione di Pediatra di libera scelta in Italia e nella Regione Lombardia”.

venzionamento degli stessi necessario per l'esercizio della professione in questione, contengono una lista cospicua di professionisti.”

Peraltro, nonostante la definizione di un massimale, c'è comunque il rischio che lo stesso pediatra arrivi a seguire molti più pazienti. La convenzione prevede infatti che il professionista, qualora cessi temporaneamente la propria attività per ferie o malattia, debba indicare un suo sostituto, della cui remunerazione sarà direttamente responsabile. Per limitare le spese relative alla remunerazione, soprattutto nei centri molto abitati e ad alta concentrazione abitativa, sovente i pediatri si sostituiscono a vicenda “a compensazione”. Un pediatra potrebbe quindi arrivare ad assistere anche 2000 – 2400 bambini (ovvero, i propri pazienti sommati a quelli del collega in ferie), con conseguente possibilità di scadimento della qualità dell'assistenza.

È quindi evidente che il meccanismo di calcolo del numero di pediatri basato sul rapporto ottimale e del massimale non sia idoneo a garantire un adeguato servizio all'utenza. Tale sistema, infatti – come sottolinea l'Antitrust nella decisione di cui sopra – induce le Asl a procedere “in senso anticoncorrenziale, a un ampliamento del numero di assistiti da parte dello stesso numero di professionisti già attivi”, piuttosto che preferire un incremento del “numero dei professionisti attivi che dovrebbero seguire un numero minore di assistiti, con sicuro miglioramento della qualità dei servizi resi, a parità di spesa sanitaria pubblica (dato che la remunerazione dei pediatri di base si basa sul numero di assistiti in carico)”.

Ci si scontra quindi con un settore, quello della pediatria, non idoneo a fornire un servizio adeguato, ma non a causa di elementi strutturali: le carenze, infatti, esistono sebbene non manchino i pediatri che potrebbero supplirvi. Ci sono medici che dispongono dei titoli di studio richiesti e sono iscritti alle graduatorie regionali, e che tuttavia si vedono ostacolare l'accesso alla professione, in base a quel rapporto, cosiddetto ottimale, che non pare effettivamente esserlo.

Un'indagine di Altroconsumo ha evidenziato come a Milano, Napoli, Firenze e Bologna i pediatri con posti liberi sono pochissimi,¹¹ proprio a causa del fatto che le carenze sono calcolate sui bambini tra 0 e 6 anni, ma i pazienti dei pediatri sono in realtà di più, poiché sono inclusi i bambini fino ai 14 anni, per cui molti pediatri hanno già un numero di pazienti vicino, se non oltre, il massimale.

È quindi evidente che questa pianificazione dell'offerta non consente di coprire tutta la domanda, né è in grado di rivelare quale sia il numero ideale di pediatri necessario in un certo ambito territoriale: da una parte ci sono dei pazienti che non trovano un medico, dall'altra dei pediatri che, pur iscritti alle liste, non riescono ad accedere alla professione.

Questo meccanismo non permette all'offerta di adattarsi alle esigenze della domanda e, anzi, consente ai professionisti già attivi di consolidare sempre di più la loro posizione sul mercato, a scapito della qualità del servizio e della possibilità di scelta dei genitori, limitata tra i medici disponibili in un certo territorio che hanno ancora dei posti liberi.

Considerando che i pediatri più richiesti, quindi già occupati, idealmente saranno quelli che forniscono le cure migliori, è lecito supporre che i posti liberi si troveranno tra i più giovani e/o meno esperti e/o meno bravi. In altre parole, la scelta è limitata tra i soli medici che hanno un posto garantito – indipendentemente dal livello delle cure fornito -, piuttosto che tra quelli che, a fronte di una maggior domanda, si sono messi sul

¹¹ Altroconsumo, “Alla ricerca del Pediatra”, 2011, <http://www.altroconsumo.it/salute/nc/news/alla-ricerca-del-Pediatra-test-salute-90>

mercato e competono tra loro sulla qualità del servizio per attrarre il maggior numero di pazienti.

Non solo: anche dopo aver trovato un posto, vi è poi la difficoltà – talvolta impossibilità – di cambiare medico nel caso in cui questo non fosse all'altezza delle proprie esigenze, oppure semplicemente si cambiasse idea o preferenza rispetto al pediatra scelto.

È pur vero che in, alternativa, ci si potrebbe rivolgere al pediatra di un territorio confinante, ma è una soluzione di *second best*, per il disagio legato alla mobilità.

Da questo punto di vista, l'impossibilità di sancire l'"inidoneità" di un pediatra ostacola il processo di miglioramento del servizio offerto.

Resta, poi, per i genitori, il problema di come scegliere il medico curante. Dove, infatti, non vi è alcun meccanismo concorrenziale a segnalare quali siano i professionisti migliori, aumenta l'asimmetria informativa tra medico e paziente. La convenzione dichiara che "le Aziende devono provvedere a informare adeguatamente i cittadini sul curriculum formativo e professionale del pediatra, e sulle caratteristiche dell'attività professionale (ubicazione e orario dello studio, aderenza a forme associative, utilizzo di procedure informatiche, disponibilità telefonica, disponibilità del personale di studio, caratteristiche strutturali e strumentali, ecc.)". I cittadini possono accedere alle informazioni sopra elencate allo sportello "scelta e revoca del medico e del pediatra" delle Asl. Secondo un'indagine di Altroconsumo¹², su 40 Asl di 9 città (Milano, Torino, Napoli, Roma, Genova, Bari, Firenze, Bologna e Palermo), in 26 l'elenco è appeso alla parete o è in un faldone consultabile, mentre in 12 è necessario perdere tempo per fare la coda e richiederlo all'impiegato. Tuttavia, a volte gli impiegati non forniscono le informazioni per inconsistenti "motivi di privacy" (Asl di Bari), oppure gli elenchi non sono aggiornati (Asl di Genova) e, quindi, sono inutili. A Palermo è addirittura pubblicato solo il nome, ma non la data di nascita – per valutarne la longevità – né gli orari, né se riceva su appuntamento o libero accesso.

I genitori, quindi, oltre ad avere poche possibilità di scelta, spesso non possono neanche avere agevole accesso a quelle informazioni minime necessarie per decidere quale sia il professionista più adatto alle loro esigenze.

Esiste, in effetti, un'alternativa ai Pdf, rappresentata dai liberi professionisti privati (in molti casi, il pediatra "privato" è lo stesso che i genitori avrebbero voluto scegliere, ma che non aveva più posti disponibili nella parte "regolamentata" della sua attività), che dovranno ovviamente remunerare. Ciò potrebbe scoraggiare molti genitori a scegliere il libero professionista: quest'ultimo, quindi, sarà sfavorito rispetto ai Pdf, ostacolando quel minimo di stimolo competitivo che invece si sarebbe potuto realizzare.

È pur vero che in Italia i pediatri liberi professionisti sono molto pochi: la maggior parte dei laureati in pediatria preferisce convenzionarsi con il sistema pubblico. Così facendo ha garantito un certo numero di pazienti (si è visto sopra che la domanda è superiore all'offerta) e una retribuzione (come si vedrà nel prossimo paragrafo, i pediatri di famiglia ricevono uno stipendio in base al numero di mutui e non di prestazioni eseguite). Inoltre, ha la possibilità – consentita dalla convenzione – di svolgere anche la libera professione (spesso in un'altra città o quartiere), ossia di curare altri bambini oltre a quelli assegnati, così da incrementare le proprie entrate.¹³

¹² Altroconsumo, "Alla ricerca del Pediatra", 2011, <http://www.altroconsumo.it/salute/nc/news/alla-ricerca-del-Pediatra-test-salute-90>

¹³ In tal caso, avendo comunque uno stipendio di base garantito come Pdf, il rischio è che i pediatri possano ridurre la qualità delle prestazioni offerte nello svolgere la professione "regolata", per dedicare più tempo a quella libera e incrementare così gli introiti. Questo rischio sarebbe più contenuto se la

Il libero professionista non è dunque un privato che compete ad armi pari con il pubblico, ma gioca unicamente un ruolo residuale e/o complementare a una professione pubblica sostanzialmente tutelata e garantita e, in quanto tale, dotata di maggior potere di mercato. Questo indebolisce lo stimolo concorrenziale e rafforza la posizione del PdF, a scapito della possibilità di scelta dei pazienti e del livello delle prestazioni fornite.

La regolazione dell'accesso alla professione si rivela quindi inadeguata a garantire un buon livello di prestazioni, mentre limita la libertà di scelta dei pazienti e, nello stesso tempo, il libero accesso alla professione da parte dei pediatri.

2.3 La retribuzione

La retribuzione del pediatra è rappresentata, oltre che da quote variabili in base al raggiungimento degli obiettivi previsti dalla programmazione nazionale, regionale e aziendale, anche da una quota fissa per ogni paziente assistito: in base a tale “quota capitaria”, i pediatri ottengono uno stipendio base che è indipendente dalle prestazioni effettivamente offerte ai loro ‘assistiti’.

Tale modalità retributiva ha il vantaggio di assicurare il servizio di pediatria a prescindere dalle esigenze terapeutiche (evitando così che i pediatri selezionino i pazienti che rendono di più, a parità di cure fornite) e garantire un miglior controllo dei costi da parte del Sistema Sanitario pubblico.

Vi è però anche il rovescio della medaglia: dal momento che i medici ricevono una quota fissa – dato il numero di pazienti, indipendentemente dal numero e dalla qualità delle prestazioni – e non sono soggetti a controlli stringenti, potrebbero essere tentati di ridurre la loro attività lavorativa, sia quantitativamente che qualitativamente, per limitare l'onere finanziario che ne deriva e per aumentare il loro tempo a disposizione.

Questo sistema non garantisce quindi il miglioramento del livello di cura garantito, né permette che vi sia un controllo sull'operato, come accade in ospedale, dove c'è un primario responsabile addetto a tale compito, o come avviene in un libero mercato, dove le scelte dei consumatori e i prezzi segnalano la qualità dei servizi forniti.

Una simile modalità retributiva non consente dunque né di incentivare né di controllare la qualità dell'assistenza, non lasciando così che emerga il livello della prestazione fornita. Se si considera, come evidenziato nel paragrafo precedente, che sono difficilmente accessibili anche le informazioni utili a compiere la scelta del pediatra, si capisce quanto questo ampli l'asimmetria informativa a scapito dei pazienti.

Del resto, è molto complesso disegnare un adeguato meccanismo retributivo: ogni metodo di pagamento è infatti associato a differenti incentivi e, quindi, può influenzare il comportamento dei medici.

I due metodi più diffusi nei sistemi sanitari pubblici sono quelli a quota capitaria per paziente registrato (*capitation fee per registered patient*) – qual è il modello adottato per la remunerazione dei pediatri – e quello a prestazione (*fee-for-service*, FFS), basato sul numero di prestazioni effettivamente fornite.

Il FFS, tipico dei sistemi finanziati tramite assicurazione privata, remunera il servizio fornito (visita, prescrizione di una ricetta, ecc.): l'ammontare della quota, spesso nego-

remunerazione e, quindi, il profitto dei medici, fosse invece più legata a criteri qualitativi in un contesto concorrenziale: in tal caso, infatti, il pediatra che prediligesse il numero di pazienti visitati – e paganti – alla qualità delle prestazioni, rischierebbe di essere sostituito da un altro medico.

ziato con il Ministero della salute, dipende dal numero e tipo di servizi forniti. Il medico è quindi incentivato a non tagliare i servizi offerti, a gestire in modo efficace il suo tempo e a contenere i costi, così da massimizzare rispettivamente la propria produttività¹⁴ e la differenza tra i ricavi (la *fee*) e i costi unitari. Tenderà inoltre a garantire una maggior continuità di cure, soprattutto ai malati cronici, e avrà minori incentivi a stabilire ricoveri ospedalieri non opportuni.¹⁵

Entrambe le opzioni sono soggette a possibili inefficienze.

Ad esempio, nei sistemi a quota capitaria i medici, essendo pagati in base al numero di pazienti e non di cure fornite, possono essere più facilmente indotti a spostare i pazienti verso altri specialisti o negli ospedali, riducendo così la loro attività; potrebbero poi visitare i pazienti il minor tempo e/o numero di volte possibili (per esempio, non facendoli tornare per un controllo). Inoltre, potrebbero essere indotti a limitare l'accesso ai pazienti (cosiddetto *cream skimming*)¹⁶ con maggior bisogno di cure (tra cui i malati cronici e gli anziani), per massimizzare il loro reddito netto.¹⁷

Il FFS può invece spingere i medici a concentrarsi solo sui servizi a pagamento e, quindi, ad allungare gli orari di lavoro complessivi, riducendo però il tempo di visita per paziente, anche a scapito della qualità delle cure, così da incrementare il numero di *fees* per ora.¹⁸ Tuttavia questo disincentivo, in un contesto di libero mercato, è limitato dal fatto che, se riduce troppo la qualità del servizio, i pazienti potrebbero rivolgersi a un altro pediatra.

Si riscontra inoltre il rischio di un aumento della domanda indotto dall'offerta che, quindi, farebbe incrementare la richiesta di cure e servizi non necessari. Dal momento che i medici tenderanno a massimizzare i loro ricavi fornendo più cure, potrebbero sfruttare le asimmetrie informative per indurre i pazienti a richiedere e consumare più servizi di salute di quanto avrebbero fatto se pienamente informati (effetto Sid – *Supply Induced Demand*).

Alla luce dei diversi *trade-off* sopra descritti che caratterizzano ogni modello, è quindi auspicabile un sistema misto, come conferma anche la letteratura,¹⁹ che consenta di mitigare gli incentivi perversi di un modello con quelli di un altro, consentendo così il raggiungimento di un buon equilibrio di incentivi finanziari. Una simile proposta sarà analizzata in modo più approfondito nei paragrafi seguenti.

14 J. Brennan – E. Fennessy – D. Moran, “The financing of primary health care”, Ireland: The Society of Actuaries, 2000.

15 B. Rosen, “Professional reimbursement and professional behavior: emerging issues and research challenges”, *Social Science and Medicine*, 29, (3), 455-462, 1989.

16 M. Matsaganis – H. Glennerster, “The threat of ‘cream skimming’ in the post-reform”, *NHS Journal of Health Economics*, 1994.

17 Questo problema potrebbe essere mitigato regolando la quota capitaria, ad esempio, per età e sesso. Tuttavia, sembrerebbe che la regolazione del rischio con caratteristiche osservabili come l'età abbiano solo lievi effetti. J. Newhouse, “Patients at risk: health reform and risk adjustment”, *Health Affairs*, 13, (1), 132-146, 1994.

18 T. Gosden – F. Forland- I. Kristiansen – M. Sutton – B. Leese – A. Giuffrida – M. Sergison – L. Pedersen, “Impact of payment method on behavior of primary care physicians: a systematic review”, *Journal of Health Services Research & Policy*, 6, (1), 44-55, 2001.

19 Tra gli altri, K. Eggleston, “Multitasking and mixed systems for provider payment”, *Journal of Health Economics*, 24,(1), 211-223, 2005; B. Mariño – I. Jelovac, “GPs’ payment contracts and their referral practice”, *Journal of Health Economics*, 22, (4), 617-635, 2003; A. Scott, “For love or money? Alternative methods of paying physicians”, Paper presented to conference on ‘Sustaining Prosperity: New Reform Opportunities for Australia’, Melbourne, 31st March to 1st April, 2005.

3. Proposte di riforma

L'analisi svolta nei precedenti paragrafi conferma quanto sottolineato dall'Antitrust: l'attuale organizzazione del sistema pediatrico è inadeguata, in quanto non consente di soddisfare i bisogni dei pazienti a causa di fattori strutturali, non di una carenza di medici. È quindi necessario ripensare questa inefficiente pianificazione centralizzata dell'offerta in senso più concorrenziale: senza stravolgere l'attuale modello, sono tuttavia necessarie alcune riforme che consentano ai pediatri di essere liberi di entrare nel mercato e poter svolgere la libera professione una volta passato l'esame di specializzazione.

Per risolvere i problemi di asimmetria informativa e garantire una buona qualità del servizio, piuttosto che regolamentare eccessivamente il settore, è preferibile un sistema di incentivi più equilibrato, garantito tramite un contesto concorrenziale e un meccanismo retributivo più efficace.

3.1 Il libero accesso alla professione

Si ritiene che una barriera all'ingresso sufficiente a garantire professionalità e prestazioni adeguate sia rappresentata dal corso quinquennale di specializzazione. Una volta conseguita la specializzazione, i pediatri potrebbero essere lasciati liberi di svolgere la professione: così facendo, non è necessario definire nella convenzione un rapporto ottimale per l'ingresso di nuovi pediatri, mentre la quantità adeguata emergerà spontaneamente in base all'incontro tra la domanda e l'offerta.

Quello del rapporto ottimale è infatti un criterio inadeguato: la stessa Antitrust ha dichiarato che andrebbe ripensato a livello nazionale, dal momento che non è coerente con il numero di bambini che necessitano di assistenza. Per evitare che la domanda non trovi adeguata copertura, è quindi auspicabile eliminare tale condizione: una volta assicurato il libero ingresso, i pediatri che non hanno un numero sufficiente di assistiti tenderanno a spostarsi dove ce n'è di più, arrivando così a garantire un miglior equilibrio tra domanda e offerta.

Di conseguenza, il rapporto tra SSN e pediatri, e tra pediatri e cittadini, seppur all'interno di un servizio sanitario nazionale pubblico, non dovrebbe più necessariamente essere regolamentato, ma sarebbe di natura contrattuale, con la possibilità di scelta per i pediatri di fornire il servizio in ospedale, in uno studio singolo, o in uno studio condiviso con altri colleghi. Contratto, sia tra pediatri e ospedali che tra pediatri e pazienti, che possa essere risolto se non si rispettano i requisiti minimi di qualità dell'offerta.

Così facendo si consentirebbe ai pazienti di scegliere e cambiare agevolmente il pediatra, incentivando così quest'ultimo a migliorare la qualità delle cure offerte.

Per agevolare ulteriormente l'ingresso di nuovi pediatri, l'ordine professionale andrebbe riformato,²⁰ in modo da evitare il monopolio di iscrizione, che non lascia scelta ai medici che non volessero accettarne le regole imposte.

In particolare, sarebbe auspicabile uno statuto unico per una pluralità di associazioni professionali non obbligatorie, accreditate dal Ministero della Sanità. Così facen-

²⁰ Già nel 2007 l'Autorità Antitrust, in un'indagine sugli ordini professionali, aveva evidenziato che emergeva "una scarsa propensione delle categorie, sia pur con positive eccezioni, ad accogliere nei codici deontologici quelle innovazioni necessarie per aumentare la spinta competitiva all'interno dei singoli comparti". AGCM, "IC34 - Indagine conoscitiva riguardante il settore degli ordini professionali (Chiusura indagine conoscitiva)", 2009, <http://www.agcm.it/stampa/news/3466-ic34-indagine-conoscitiva-riguardante-il-settore-degli-ordini-professionali-chiusura-indagine-conoscitiva.html>

do si lascia la possibilità ai pediatri di scegliere a quale associazione aderire. Non solo concorrenza tra i professionisti, dunque, ma anche tra le associazioni, che sarebbero così indotte a trovare, innovandole se necessario, quelle regole e caratteristiche che consentono di attirare più iscritti e, nello stesso tempo, di mantenere il loro prestigio. L'esistenza di una pluralità di associazioni consente di introdurre e rispettare i principi del libero mercato garantendo, allo stesso tempo, la pubblicità informativa a vantaggio dei pazienti.²¹

Il sistema appena descritto, basato sulla libera professione, consentirebbe a domanda e offerta di incontrarsi, incentivando i medici a non far scadere il livello delle prestazioni – quindi, anche a non prendersi in carico un numero eccessivo di pazienti, per cui il contingentamento numerico *ex lege* non sarebbe più necessario -, e assicurando ai genitori sia la possibilità di scegliere il pediatra più adatto alle loro esigenze, sia di cambiarlo agevolmente in caso di insoddisfazione.

Tuttavia, per non vanificare i benefici concorrenziali, è fondamentale anche correggere l'attuale meccanismo retributivo con uno più efficace nel fornire il giusto mix di incentivi.

3.2 Il sistema retributivo

Appare molto interessante la soluzione adottata in Olanda per i medici di base, introdotta nel 2006 dopo una negoziazione tra le diverse parti coinvolte (il Ministero della sanità, del benessere e dello sport, l'Associazione olandese delle assicurazioni sanitarie e l'Associazione olandese dei Medici di famiglia).

Tale modello combina il sistema a tariffa con quello a prestazione.

Il medico riceve infatti la quota capitaria per ogni paziente registrato (52 euro all'anno) ogni tre mesi. È più alta per i pazienti anziani (maggiori di 65 anni) e per gli abitanti di quartieri disagiati (ossia quelli più costosi), così da mitigare il rischio di *cream-skimming*.²²

Consulenze, visite e prescrizioni ripetute sono invece remunerate secondo la modalità FFS (consultazione breve e lunga: rispettivamente 9 e 18 euro; visita breve e lunga: rispettivamente 13,50 e 22,50 euro; consultazione telefonica e via e-mail: 4,50 euro; prescrizione ripetuta: 4,50 euro; vaccinazione: 4,50 euro).

Esistono poi alcuni servizi per cui possono richiedere una tariffa addizionale (ad esempio per l'assistenza e le cure nell'arco della gravidanza e dopo la nascita).²³ Quest'ul-

21 Per ulteriori approfondimenti sulla riforma degli ordini professionali, si veda S. Boccalatte, "Le professioni intellettuali. Una soluzione unitaria per una questione complessa", IBL Focus no. 184, 2011, http://brunoleonimedia.servingfreedom.net/Focus/IBL_Focus_184_Boccalatte.pdf

22 A questa, se l'assicuratore è d'accordo, si aggiungono tre forme di compensazione supplementare: "Compensazione legata al *background* della popolazione" (*Population background related compensation*, massimo 1,5 euro per paziente), "Supporto alla pratica Medica" (*Practice support GPs*, massimo 1,5 euro per paziente) e "Modernità e innovazione" (*Modernization and innovation*).

23 European Commission – Directorate General for Economic and Financial Affairs, "Joint Report on Health Systems", prepared by the European Commission and the Economic Policy Committee (AWG), European Economy, Occasional Papers 74, 2000, http://europa.eu/epc/pdf/joint_healthcare_report_en.pdf; European Observatory on Health Systems and Policies Series, "Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care", Edited by R. B. Saltman, – A. Rico – W. Boerma, 2006; R. Fujisawa – G. Lafortune, "The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD Countries: what are the factors influencing variations across countries?", Organisation for Economic Co-operation and Development, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee, Paris, 2008, <http://www.oecd.org/health/health-systems/41925333.pdf>; Meridiano Sanità, "Le coordinate

tima rappresenta un sistema di pagamento integrativo a *performance* o bonus, tipico dei sistemi a quota capitaria, che consente di migliorare ulteriormente l'equilibrio tra gli incentivi. Mettendo a pagamento dei servizi addizionali, come nel caso di deleghe di compiti ad altri esperti o l'assistenza durante e dopo la gravidanza, i medici sono indotti a fornirli.

Questo sistema misto consente il giusto rapporto tra incentivi all'efficienza e alla qualità delle cure e controllo dei costi.²⁴

La letteratura sulla remunerazioni dei medici, propone ulteriori integrazioni a quelle previste dal sistema olandese. Ad esempio, per minimizzare ulteriormente le distorsioni, i sistemi a quota capitaria e FFS potrebbero essere integrati da un sistema di pagamento a obiettivo: in tal caso, il costo del pediatra viene legato a una finalità ritenuta finanziariamente e socialmente desiderabile. Al raggiungimento di tale traguardo, ad esempio una certa percentuale di popolazione vaccinata contro una malattia, il medico riceve una somma di denaro. Per massimizzare il proprio reddito netto, a fronte di un pagamento fisso, il professionista sarà incentivato a limitare i costi, senza però essere indotto a fornire servizi aggiuntivi, essendo remunerato solo per gli obiettivi prefissati. In tal caso, si potrebbe pensare a un pagamento addizionale per ogni paziente in più vaccinato. La remunerazione dell'obiettivo deve essere almeno pari al costo dello stesso: se, infatti, i traguardi sono troppo difficili o improbabili da raggiungere (ossia, il loro costo è troppo elevato), il medico non avrà alcun incentivo a impegnarsi.

In alternativa, si potrebbe pensare a un'ulteriore quota per l'assistenza oltre gli orari di cura, oppure pagamenti "a pacchetto" per le malattie croniche e le forme di disabilità più gravi che richiedono molte cure.²⁵

Tuttavia, bisogna tener conto del fatto che introdurre queste forme di pagamento – che pur tendono a equilibrare al meglio gli incentivi dei diversi sistemi di remunerazione – può richiedere degli oneri burocratici significativi, con conseguenti costi potenzialmente maggiori rispetto ai benefici che garantiscono.

Per questo si ritiene che una soluzione equilibrata sia quella di abbinare al modello remunerativo olandese

delle forme di co-pagamento da parte della domanda, così da limitare le richieste di cure non necessarie e mitigare gli incentivi dei medici a espanderla. Per contenere un eventuale abuso di visite a domicilio, si potrebbe introdurre, come già accennato, il modello dei *ticket* del pronto soccorso:²⁶ se, al termine dell'accertamento, viene con-

della salute. Rapporto finale 2007", The European House Ambrosetti, 2007, <http://www.pfizer.it/cont/pfizer-italia-Meridiano-Sanita/0807/2400/meridiano-sanita-4129all1.pdf>; Nederlandse Zorgautoriteit, "An Optimal remuneration system for General Practitioners", Research Paper Series, n. 4, 2007, <http://www.nza.nl/104107/230942/Paper - An Optimal remunera1.pdf>

24 T. Gosden – F. Forland – I. Kristiansen – M. Sutton – B. Leese – A. Giuffrida – M. Sergison – L. Pedersen, "Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians", Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006; S. Simoons, J. Hurst, "The Supply of Physician Services in OECD Countries", OECD Health Working Papers No. 21, 2006, <http://www.oecd.org/dataoecd/27/22/35987490.pdf>

25 Iniziativa Ospedaliera, "Analisi dei sistemi sanitari nei 25 Paesi Ue", Anao Assomed, Anno XLVI Numero 1/2007; S. Thomson – R. Osborn – D. Squires – J. Miraya, "International Profiles of Health Care Systems, 2012", The Commonwealth Fund, 2012.

26 Esiste anche il pronto soccorso pediatrico, ad esempio nell'AUSL di Ravenna, che offre un servizio di emergenza per i bambini di età inferiore a 14 anni. Per regolare e stabilire la priorità di accesso agli ambulatori si usano i codici colore, attribuiti in uscita dagli infermieri del "triage infermieristico", come per il pronto soccorso per gli adulti: rosso, giallo, verde e bianco, in ordine di criticità e priorità decre-

fermata la non urgenza e non necessità del medico di recarsi a casa del paziente, è opportuno prevedere che quest'ultimo paghi un *ticket*.

Il mix di meccanismi tariffari previsto permetterebbe di remunerare i medici sia per le loro prestazioni che per eventuali servizi aggiuntivi, incentivandoli ad assicurare una maggiore efficienza e qualità delle cure fornite senza che sia necessario fissare e imporre regole di condotta.

4. Conclusioni

Il Ssn, con l'intento di assicurare il diritto alla salute a tutti i bambini, si impegna a garantire a tutti il Pediatra di Famiglia (PdF). Tuttavia, sebbene Pdf e Pdl siano considerati sinonimi, così non è: la cosiddetta libera scelta del pediatra per i propri figli è infatti piuttosto circoscritta, in quanto l'accesso limitato alla professione e il contingentamento del numero di bambini seguiti creano un eccesso di domanda insoddisfatta, quindi nei fatti i genitori hanno poche opzioni a loro disposizione. Inoltre, lo stipendio fisso per numero di pazienti disincentiva un miglioramento della qualità delle cure, per cui il diritto a cure appropriate è solo parzialmente assicurato. Infine, le norme che regolano i rapporti tra pediatri e Asl all'interno della convenzione sono facilmente eludibili e difficilmente controllabili.

Questo accade perché l'offerta è regolata e i medici sono trattati come dipendenti pubblici, anziché come liberi professionisti: lasciando invece ai pediatri la possibilità di operare quali liberi professionisti, pur all'interno di un sistema pubblico, e remunerandoli anche in base alle prestazioni fornite, è possibile soddisfare le esigenze della domanda incentivando il miglioramento dell'assistenza fornita.

A tal fine, è necessario lasciare che l'accesso alla professione sia libero, riformare la FIMP e sostituire la convenzione con un contratto di natura privatistica. I medici andrebbero poi remunerati in parte secondo il modello a quota capitaria e in parte secondo il FFS, integrando tale sistema con modalità di pagamento a obiettivo e *performance*.

Con una minore regolamentazione e il giusto mix di incentivi, è possibile mettere al centro del sistema sanitario non solo la tutela della professione pediatrica, ma anche la salute del bambino.

scente. Il *ticket* è pagato solo dai codici bianchi, ossia coloro che si sono presentati al pronto soccorso per motivi inappropriati, in quanto non urgenti. http://www.informafamiglie.it/emiliaromagna/lugo/salute-bambini/il-pronto-soccorso-Pediatico/pronto-soccorso-Pediatico/user_view

IBL Focus

CHI SIAMO

L'Istituto Bruno Leoni (IBL), intitolato al grande giurista e filosofo torinese, nasce con l'ambizione di stimolare il dibattito pubblico, in Italia, promuovendo in modo puntuale e rigoroso un punto di vista autenticamente liberale. L'IBL intende studiare, promuovere e diffondere gli ideali del mercato, della proprietà privata, e della libertà di scambio. Attraverso la pubblicazione di libri (sia di taglio accademico, sia divulgativi), l'organizzazione di convegni, la diffusione di articoli sulla stampa nazionale e internazionale, l'elaborazione di brevi studi e briefing papers, l'IBL mira ad orientare il processo decisionale, ad informare al meglio la pubblica opinione, a crescere una nuova generazione di intellettuali e studiosi sensibili alle ragioni della libertà.

COSA VOGLIAMO

La nostra filosofia è conosciuta sotto molte etichette: "liberale", "liberista", "individualista", "libertaria". I nomi non contano. Ciò che importa è che a orientare la nostra azione è la fedeltà a quello che Lord Acton ha definito "il fine politico supremo": la libertà individuale. In un'epoca nella quale i nemici della libertà sembrano acquistare nuovo vigore, l'IBL vuole promuovere le ragioni della libertà attraverso studi e ricerche puntuali e rigorosi, ma al contempo scevri da ogni tecnicismo.