



Via Icilio 7, Roma - www.fnob.it
Tel. 06 57090200 - mail: protocollo@cert.fnob.it

Roma, 12 novembre 2024

Caro Presidente D'Anna,

accolgo con piacere l'invito che mia hai formulato perché mi esprimessi sul tenore del nuovo Nomenclatore Tariffario per la remunerazione delle prestazioni di laboratorio proposto dal Ministero della Salute e dal MEF, che dovrebbe andare in vigore dal 1° dicembre 2024.

Saluti cordiali

Mario Plebani

Oggetto: Le tariffe e la medicina basata sul valore

Mentre i sistemi sanitari e il mondo della professione abbracciano il progetto di trasformazione della medicina passando da una visione basata sui volumi a quella basata sul valore, in Italia escono dopo un tormentato cammino le tariffe relative alle prestazioni di assistenza specialistica con un decreto del Ministero della Salute che, non a caso, viene presentato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF).

Il riferimento alla medicina basata sul valore, in questo contesto, appare di assoluta rilevanza perché uno dei pilastri del cambiamento per permettere ai sistemi sanitari di rispondere alla sfida “diminuire i costi migliorando gli esiti clinici” è modificare i sistemi di rimborso delle prestazioni. In particolare, lo sforzo è passare dal pagamento “fee for service”, ossia il rimborso della singola prestazione, che valorizza i volumi di attività, ad un rimborso basato sul reale valore per il paziente (ed il cittadino) della prestazione complessiva erogata. In altre parole, rimborsare i costi complessivi per diagnosticare e monitorare una condizione morbosa, piuttosto che ricompensare i singoli esami richiesti e spesso premiare l’inappropriatezza della richiesta. Qualcuno potrebbe obiettare che si vuole fare della filosofia all’interno di un serio problema di sostenibilità economica del Sistema Sanitario Nazionale. In effetti, invece, nel nostro Paese questa valorizzazione complessiva dell’attività è stata introdotta a partire dal 1997 per le prestazioni erogate in ambito ospedaliero con il sistema chiamato “DRG” ossia Raggruppamento omogeneo di diagnosi (Diagnosis Related Group, DRG). Non è questa la sede opportuna per una discussione sulla validità del sistema dei DRG o di come siano stati introdotti nel nostro Paese, ma certamente oggi in Italia il sistema di remunerazione delle prestazioni avviene seguendo un doppio binario che, nonostante gli insegnamenti provenienti dalla pandemia COVID-19, mantiene separati e divisi il mondo ambulatoriale da quello ospedaliero.

Il primo tema in discussione, quindi, è cosa dovrebbe essere e a cosa serve il tariffario nazionale, anche a fronte di un nomenclatore obsoleto, che ha avuto una gestazione paragonabile a quella degli elefanti africani, ossia la più lunga nel mondo dei mammiferi, con carenza di esami innovativi e clinicamente utili, a fronte della persistenza di esami desueti e inutili.

Il secondo tema è che per i Ministeri le tariffe sono viste solo ed esclusivamente per rimborsare il privato accreditato e, forse oggi, i grandi gruppi di laboratori privati,

valorizzando gli esami più semplici e richiesti con maggior frequenza e penalizzando l'erogazione di esami ad elevata complessità che poi, con il sistema del service, possono essere reindirizzati verso i laboratori pubblici. Invece che studiare la tariffazione con i sistemi "activity-based cost", la valorizzazione è stata calcolata in modo top down con statistiche allocative: in altre parole con metodi "da dilettanti".

Inoltre, questo avviene all'interno di un sistema di regole basate sul rispetto di ormai assurdi volumi di attività, senza alcun riferimento alla qualità erogata, alla risposta ai bisogni dei diversi bacini di utenti e con sistemi di accreditamento disomogenei nel territorio nazionale. In poche parole, la qualità delle prestazioni di laboratorio è ancora diversa e dipendente dal codice postale, invece che ai diversi bisogni di salute che ovviamente risentono di età, genere e condizioni geografiche differenti. Ed invece sarebbe fondamentale collegare le prestazioni erogate dai vari servizi con la relativa utenza in un approccio "patient-based" coniugando indicatori di prestazione sanitaria con costi di produzione e di esito.

In terzo luogo, le tariffe attuali sono state partorite basandosi su superficiali visioni della riduzione dei costi garantite dall'automazione e dal consolidamento dei laboratori, senza analizzare tutti gli altri elementi che compongono il "servizio" offerto dai professionisti del laboratorio clinico, la qualità complessiva dell'informazione e non solo del "dato grezzo" e la consulenza interpretativa. Premiare i volumi e modelli basati sulle economie di scala, omettendo la centralità dei bisogni di salute e la qualità del servizio è un errore che è destinato non solo a diminuire la qualità dell'assistenza, ma come già dimostrato, porterà ad aumentare i costi complessivi, mantenendo un sistema inefficiente ed inefficace.

Infine, le tariffe sono state pensate con mentalità ragionieristica senza considerare minimamente la necessità di prevedere margini per il rinnovamento delle tecnologie, l'introduzione di sistemi più qualificati per il controllo e l'assicurazione di

qualità e la formazione del personale. Dimenticare la risorsa più importante del sistema, ossia le persone ed i professionisti, non è solamente un errore ma una colpa grave.

Dott. Mario Plebani

Professore Onorario di Biochimica Clinica e Biologia Molecolare Clinica

Università di Padova

Professore Aggiunto, Dipartimento di Patologia

Università del Texas, Galveston-USA