

Verso un nuovo sistema di finanziamento dei servizi psichiatrici

Towards a new funding system for psychiatric services

FRANCESCO AMADDEO, PAOLA BONIZZATO

INTRODUZIONE

La valutazione economica in campo psichiatrico ha storia recente, e deve la sua nascita — almeno in parte — alla crescente consapevolezza che l'assistenza psichiatrica, considerata come una componente fondamentale del Servizio Sanitario Nazionale, è chiamata a misurarsi con la scarsità delle risorse e con la necessità di elaborare nuove strategie allocative e gestionali. In questo settore della ricerca convergono aree di interesse diverse: dall'analisi dei costi dei servizi e dei trattamenti alle ricerche strettamente legate allo studio del rapporto costo/efficacia dei servizi, dalla psicofarmacoeconomia fino agli studi più evoluti di costi/utilità. Per una più dettagliata descrizione delle tecniche di valutazione economica rimandiamo ad Amaddeo *et al.*, 1997a.

Più recentemente, l'attenzione di molti gruppi di lavoro si è rivolta anche a studi in grado di individuare possibili sistemi di finanziamento alternativi a quelli esistenti, e di valutarne l'effetto sul funzionamento dei servizi psichiatrici stessi. Questi argomenti sono stati sinora esclusivo appannaggio di legislatori

ed amministratori: oggi ciò non è più possibile, dato che le competenze necessarie per affrontare questi problemi richiedono nuove e sempre più complesse sinergie, che si realizzano solo con la collaborazione tra professionalità diverse. Ecco allora che, nei gruppi di ricerca che si occupano di questi temi, sono presenti psichiatri, epidemiologi, statistici, sociologi, economisti ed econometristi.

Il problema di contenere i costi sanitari e quello di garantire, allo stesso tempo, un elevato standard assistenziale rappresentano ormai, anche in Italia, una sfida per gli operatori dei servizi, obbligati a *fare i conti* anche con le nuove normative e le linee guida espresse sia dal nuovo Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 che dal Progetto Obiettivo Salute Mentale, ancora in itinere.

Il processo di riforma delle politiche sanitarie, che coinvolge molti paesi del mondo sviluppato, è caratterizzato dall'intento di trasferire molte responsabilità dal settore pubblico a quello privato, incrementare la competizione e ridurre la regolamentazione, permettendo così al mercato di decidere le priorità, il *mix* di servizi da erogare e di influenzare i gusti degli utenti. Queste scelte, comuni a molti paesi, sono sorprendenti, se si considera che le evidenze empiriche dicono che un'economia di mercato in sanità non produce maggior efficienza e, soprattutto, mina profondamente il principio di equità (Twaddle, 1996).

Indirizzo per la corrispondenza: Dr. F. Amaddeo, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona, Ospedale Policlinico, 37134 Verona.

Fax + 39-045-585.871.

E-mail: netfra@borgoroma.univr.it

Possiamo dire, quindi, che ci troviamo in una fase di passaggio che ci porterà ad una vera e propria rivoluzione del sistema di finanziamento dei servizi sanitari pubblici; è iniziato cioè un percorso verso la definizione di un sistema di tipo prospettico volto a soppiantare le vecchie logiche di pagamento «a piè di lista» o di copertura dei deficit.

Pur considerando i limiti ed i vantaggi di questi cambiamenti, dobbiamo in ogni caso comprenderli meglio ed impegnarci affinché essi possano andare incontro ai bisogni dei nostri pazienti e migliorare la qualità dell'assistenza fornita.

I SISTEMI DI FINANZIAMENTO

Il compito principale di un sistema di finanziamento è quello di trasferire, nel modo migliore, le risorse, allocandole in maniera efficiente; in ambito sanitario, inoltre, esso non deve influenzare, e tantomeno spostare, l'interesse degli operatori su aspetti che non siano la cura del paziente.

I sistemi di finanziamento (Lehman, 1987) possono essere classificati a seconda che il pagamento avvenga prima o dopo l'erogazione del servizio. Il pagamento pro-capite (*capitation*) è un esempio di pagamento prospettico, mentre il pagamento a prestazione e il pagamento a «piè di lista» sono comunemente dei pagamenti *post-service*. Una seconda classificazione può essere fatta a seconda della finalità del sistema nel coprire l'erogazione di servizi: un primo livello identificato dalle singole prestazioni; un secondo livello per gli episodi di cura; ciò avviene ad esempio per il sistema dei *Diagnosis Related Groups* (DRG), in cui il fornitore dei servizi conosce a priori i limiti entro i quali sarà rimborsato per un episodio all'interno di un certo gruppo diagnostico, ma il rimborso avviene dopo l'erogazione del servizio. Il terzo livello è quello del pagamento pro-capite o *capitation*, nel quale il fornitore riceve il pagamento in anticipo per fornire tutta l'assistenza necessaria (pacchetto di prestazioni) ad un individuo per un determinato periodo di tempo (di solito un anno).

Le *Health Maintenance Organizations* (HMO), molto diffuse negli Stati Uniti, rappresentano una delle forme di assistenza medica finanziate con pagamento pro-capite; si tratta di imprese sanitarie che forniscono una vasta gamma di prestazioni, dalla medicina di base alle attività ospedaliere, utilizzando una quota capitaria annuale pagata direttamente dai clienti o dalle loro assicurazioni.

Il nostro paese è, attualmente, nella fase di più intensa trasformazione dei servizi sanitari, dopo quella in cui avvenne la riforma del 1978 che portò all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Allora la

trasformazione fu caratterizzata dai processi di unificazione, ora essa è caratterizzata dal mutamento dei concetti gestionali: la parola chiave di quest'ultima fase è *aziendalizzazione* (Veronesi & Montesanti, 1997).

Le nuove normative (Decreto Legislativo del 30 dicembre 1992, n 502 e Decreto Legislativo del 7 dicembre 1993 n 517) hanno puntato principalmente alla riorganizzazione, sul piano delle politiche economiche, prevedendo la trasformazione in aziende delle USL e degli Ospedali. Il sistema di finanziamento da esse delineato ha essenzialmente due obiettivi: permettere un miglior controllo della spesa sanitaria, introducendo incentivi specifici per l'efficienza tecnica nella produzione dell'assistenza e garantire equità distributiva nella allocazione delle risorse finanziarie complessive assegnate, in particolare al settore ospedaliero.

Tali obiettivi dovrebbero essere raggiunti grazie al sistema degli incentivi, implicito nel nuovo sistema, che prevede il finanziamento degli ospedali in base al numero e alla complessità dei ricoveri effettuati; inoltre, le tariffe associate a ciascuna categoria di ricoveri sono definite in anticipo e sono indipendenti dai costi di produzione effettivamente sostenuti dal singolo ospedale; infine, ciascun ospedale deve far fronte agli eventuali margini negativi, e può trattenere gli eventuali margini positivi.

In realtà, problemi di equità distributiva, possibilità di comportamenti opportunistici e di manipolazione del sistema sono tipici di tutti i tipi di finanziamento basati su sistemi di classificazione dei pazienti trattati o delle prestazioni rese, in quanto qualsiasi tassonomia presenta un certo grado di variabilità residua entro le sue classi finali; inoltre, altre possibili fonti di variabilità possono essere ricondotte a fattori come: la variabilità nella pratica professionale; la variabilità nella qualità e nella completezza della codifica; i limiti del sistema di classificazione, per inadeguata considerazione della gravità clinica o della complessità assistenziale. Infatti, la scarsa sensibilità dei DRG alla gravità clinica dei pazienti ricoverati penalizza selettivamente gli ospedali che ricoverano principalmente i soggetti più gravi ed affetti da patologie più complesse.

Un problema ulteriore, legato a questo sistema di finanziamento, è dato dalla necessità di prevenire lo sviluppo di comportamenti opportunistici o di vere e proprie frodi da parte degli ospedali, con lo scopo di aggirare il rischio finanziario cui sono esposti. Per quanto riguarda il primo aspetto, vanno ricordati i rischi per la qualità e i costi dell'assistenza ospeda-

liera, come la dimissione troppo precoce dei pazienti per una «eccessiva» riduzione della durata di degenza; un aumento del numero dei ricoveri per le categorie di pazienti le cui tariffe sono superiori al costo marginale di produzione, con un conseguente aumento dei ricoveri inappropriati; ed infine, la possibilità di selezionare, entro ciascun DRG, pazienti che presentano costi inferiori alla tariffa stabilita, con la creazione di problemi di accessibilità e una conseguente riduzione dell'equità del sistema (Taroni, 1996).

In effetti, tutte le trasformazioni organizzative e gestionali avviate nel nostro paese hanno totalmente preceduto la produzione di evidenze scientifiche (fattibilità, impatto, ecc.) di supporto ai cambiamenti. Nella letteratura italiana, anche quella più strettamente aziendalistica, mancano evidenze di efficacia ed economicità a sostegno delle scelte strategiche di accorpamento delle USL, di aziendalizzazione di USL ed ospedali e di finanziamento degli ospedali attraverso il sistema dei DRGs, soprattutto in relazione ad un possibile effetto positivo sull'equità — tra gruppi sociali e/o aree geografiche — da parte di questi provvedimenti.

Inoltre, un problema generale alla base dell'applicazione del Decreto Legislativo 502/92 riguarda il rapporto esistente tra i cambiamenti istituzionali ed amministrativi da una parte, e le trasformazioni culturali dall'altra, soprattutto in relazione alla diversa velocità con la quale tali processi si sviluppano nelle eterogenee aree geografiche del nostro paese. La praticabilità di sperimentare e valutare la riforma a livello regionale e locale, oltre che la fattibilità di applicarla amministrativamente, dipende dal grado di sensibilizzazione culturale e di coinvolgimento metodologico al quale sono esposti gli operatori sanitari, i manager e gli amministratori responsabili delle scelte decisionali (Vitullo *et al.*, 1997).

Per quanto riguarda i servizi psichiatrici, un'ulteriore ed importante trasformazione è rappresentata dall'introduzione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) messa in atto con il Progetto Obiettivo 1994-1996 e riaffermata dal Progetto Obiettivo 1998-2000. I DSM sono stati definiti come strutture organizzative che comprendono, al loro interno, i servizi territoriali, ospedalieri, le strutture semi-residenziali e residenziali, col compito di garantire, tra le altre funzioni, «l'unitarietà della programmazione delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché l'unitarietà del controllo della gestione economica». Uno degli innegabili vantaggi derivante dall'organizzazione dei servizi in DSM dovrebbe es-

sere quello di garantire la continuità dell'assistenza ed il coordinamento con i servizi sociali per l'utilizzo delle risorse non sanitarie.

Ecco quindi come un tipo di finanziamento a quota-capitaria ben sembra adattarsi ad un'organizzazione di tipo dipartimentale dei servizi, allineandosi al tempo stesso con le linee-guida delineate dal Progetto Obiettivo.

LA RICERCA SUI SISTEMI DI FINANZIAMENTO

Le riviste scientifiche, anche le più autorevoli, danno sempre più spazio ad articoli che si occupano di proporre e/o valutare l'effetto di nuovi sistemi di finanziamento. Non potendo essere esaustivi, considereremo qui solo alcuni esempi di lavori pubblicati sull'argomento e significativi dei principali indirizzi di ricerca in questo settore.

La maggior parte di questi studi provengono dagli Stati Uniti, dove il particolare assetto organizzativo della sanità ha focalizzato l'interesse dei ricercatori su questo argomento.

In questo paese, la logica del sistema prospettico prevede il pagamento di una quota, differenziata a seconda delle caratteristiche individuali, per ogni paziente preso in carico; la maggior parte degli studi si sono quindi occupati di indagare le relazioni tra le caratteristiche individuali dei pazienti e l'utilizzazione dei servizi.

Uno degli esperimenti di pagamento prospettico realizzati negli USA è il *Monroe-Livingstone Capitation System*, descritto da Babigian *et al.* (1991); questo progetto, avviato nel gennaio del 1987, è stato condotto in due contee dello Stato di New York con l'obiettivo di porre rimedio a problemi strutturali dovuti all'inefficienza, alla sovrapposizione dei programmi terapeutici, all'inadeguata assistenza rivolta ai pazienti psichiatrici cronici ed alla carente informazione sulle risorse. Il disegno dello studio consisteva nel confrontare gli effetti del nuovo sistema di finanziamento col sistema di pagamento a prestazione, assegnando i pazienti a due gruppi in maniera randomizzata. La quota capitaria era fissata sulla base della utilizzazione dei servizi nei tre anni precedenti: un primo gruppo era costituito dai soggetti che avevano avuto più di 270 giorni di ospedalizzazione; un secondo gruppo da pazienti che avevano avuto da 45 a 270 giorni di ricovero; un terzo gruppo era formato da pazienti ambulatoriali (*outpatient*) con più di 25 contatti.

Gli effetti dell'implementazione di questo nuovo sistema sono stati analizzati, per quanto riguarda il rapporto costo-benefici e l'esito, in due articoli successivi apparsi nel 1994 su *Hospital and Community Psychiatry*, rivista che ha poi chiamato nome e che attualmente si chiama *Psychiatric Services* (Cole *et al.*, 1994; Reed *et al.*, 1994). Il *capitation system* si è rivelato efficace nell'evitare le ospedalizzazioni; inoltre, esso permetteva una migliore gestione dei pazienti cronici a livello territoriale, ma non aveva alcun effetto sul funzionamento globale — misurato con la *Global Assessment Scale* (GAS) — e sul decorso dei sintomi, valutati con la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) e con la *Schedule for the Assessment of Negative Symptoms* (SANS).

Un altro esempio è il sistema di *capitation* adottato in Colorado, i cui risultati preliminari, per quanto riguarda le implicazioni sui costi e sull'esito, sembrano confermare quelli del *Monroe-Livingstone Capitation System* (Bloom *et al.*, 1998). Lo studio, recentemente pubblicato, ha messo a confronto il classico sistema di pagamento a prestazione con due diversi modelli di finanziamento a quota capitaria: il primo di questi prevedeva che l'autorità statale per la salute mentale contrattasse la quota di finanziamento direttamente con i servizi di salute mentale territoriali, il cui compito era sia pianificare sia fornire l'assistenza; nel secondo modello, invece, lo stato contrattava con un'organizzazione *for-profit* che pianificava l'assistenza successivamente fornita dai servizi psichiatrici territoriali.

L'obiettivo era quello di analizzare l'utilizzazione dei servizi, i costi e l'esito di un campione randomizzato di 513 utenti; i risultati preliminari hanno indicato l'efficacia del sistema di finanziamento a quota capitaria nella riduzione sia delle ospedalizzazioni che dei contatti ambulatoriali, e confermato invece l'assenza di modificazioni nelle misure di *outcome* adottate (per lo stato di salute generale: MOS SF-36; per i sintomi: BPRS; per il funzionamento globale: *Global Assessment of Functioning*; per la qualità della vita: *Quality of Life Interview*; per la soddisfazione degli utenti: *Colorado's Consumer Satisfaction Survey*).

Naturalmente, i sistemi di finanziamento di tipo prospettico richiedono che il finanziatore si assuma almeno qualche rischio finanziario per i costi dell'assistenza (Schreter, 1997), e ciò può essere fatto solo conoscendo la relazione che lega i bisogni dell'utente con il suo successivo uso delle risorse. Sharfstein (1991) ha identificato i vantaggi di tale sistema di finanziamento nel fatto che esso fornisce gli

incentivi necessari per incrementare la flessibilità del sistema ed incoraggiare un intervento rapido in grado di prevenire più costose ospedalizzazioni. Inoltre, esso permette un approccio diversificato e multidisciplinare ai problemi dei pazienti e risolve il problema di finanziare la varietà di prestazioni offerte dai servizi territoriali.

A differenza del sistema americano, in quello inglese la quota viene calcolata sulla base dei bisogni presenti nella popolazione residente nell'area in cui il servizio opera.

Nel giugno del 1993, il *National Health Service* inglese ha commissionato uno studio (Smith, *et al.*, 1996), coordinato dal *Centre for Health Economics* dell'Università di York, per valutare la possibilità di migliorare l'allocazione delle risorse ai servizi psichiatrici. La ricerca ha utilizzato sia variabili relative all'offerta di servizi nell'area, sia indicatori di bisogni della popolazione residente nell'area stessa. Tra tutte le variabili testate, sei hanno dimostrato un buon potere predittivo sulla successiva utilizzazione dei servizi, e sono state inserite in una formula (*capitation formula*), che ha permesso di calcolare un *indice del bisogno* di servizi psichiatrici della popolazione. In particolare, le sei variabili inserite nella formula erano il tasso di famiglie monoparentali, il tasso di persone non autosufficienti, il tasso di soggetti nati nel New Commonwealth, il tasso di persone sole in età pensionabile, il tasso standardizzato di mortalità per le età da 0 a 74 anni e la proporzione di adulti con patologie croniche. Dall'aprile del 1995, la *capitation formula* è stata adottata per il finanziamento di molti servizi psichiatrici inglesi. Due sono i limiti principali di questo studio: il primo è dovuto all'uso combinato di indicatori di offerta e di bisogno, mentre sappiamo che l'offerta condiziona l'utilizzazione dei servizi; l'altro è rappresentato dal fatto che le variabili predittive si riferiscono all'area invece che ai singoli individui.

Un altro paese particolarmente attivo nella ricerca sui sistemi di finanziamento per i servizi psichiatrici è l'Australia, dove attualmente sono in vigore tre modelli: il finanziamento basato sulle caratteristiche della popolazione, quello basato sulla spesa dell'anno precedente ed il finanziamento a prestazione. I tre modelli non sono mutuamente esclusivi e in alcuni servizi possono coesistere. Un progetto del Ministero della Sanità australiano, chiamato *MH-CASC Project*, è attualmente in corso con lo scopo di sviluppare una classificazione di tipo *case-mix* per finanziare i servizi psichiatrici pubblici, che permetta di comprendere le tre principali componen-

ti dei servizi stessi: il ricovero, l'inserimento in strutture residenziali riabilitativo-terapeutico e l'attività territoriale. La classificazione, negli intenti dei ricercatori, dovrebbe basarsi sulle caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti.

Per quanto riguarda il finanziamento dell'attività ospedaliera, anche l'Australia, come il nostro paese, ha adottato i DRG, sviluppati alla fine degli anni '60 negli Stati Uniti con l'intento di limitare l'aumento dei costi ospedalieri. Preso atto del fatto che i DRG non predicano in maniera accurata il costo dell'assistenza dei pazienti psichiatrici e che, al contrario, inducono un perverso incentivo a fornire assistenza ospedaliera in quei casi in cui il trattamento territoriale sarebbe più appropriato, il governo australiano, agli inizi degli anni '90, ha affidato appunto al *MH-CASC Project* anche il compito di trovare un'alternativa ai DRG (Mental Health Branch, 1997).

Anche il nostro gruppo (Amaddeo *et al.*, 1997b) ha condotto uno studio per stabilire quali siano le variabili socio-demografiche in grado di spiegare il successivo consumo di risorse. In un altro studio abbiamo considerato anche variabili cliniche, oltre che variabili socio-demografiche, allo scopo di aumentare il potere predittivo (Amaddeo *et al.*, 1999). I risultati hanno dimostrato che sarebbe possibile costruire un modello capace di descrivere, con poche variabili, l'utilizzazione dei servizi da parte degli utenti.

CONCLUSIONI

Il passaggio ad un tipo di pagamento prospettico presenta, per i diversi attori coinvolti nel processo assistenziale, sia vantaggi che svantaggi.

I vantaggi per il paziente sono rappresentati da un facilitato accesso ai servizi, sia in termini di prevenzione e di mantenimento che di trattamento precoce della fase acuta; infatti il paziente può presentarsi al servizio all'esordio di una crisi o, nei periodi di benessere, alle visite di controllo, senza complicazioni burocratiche, perché le prestazioni sono pre-pagate.

Per le agenzie psichiatriche, inoltre, questo sistema comporta una maggiore semplicità nel coordinare servizi diversi, offrendo un duplice beneficio: aumentare l'efficienza e poter fornire una più ampia gamma di trattamenti; a ciò va aggiunta l'eliminazione della maggior parte della documentazione cartacea richiesta dal pagamento a prestazione.

Il vantaggio per la società, infine, è rappresentato dal fatto che il pagamento per quota capitaria favor-

isce l'utilizzazione, sia da parte dei pazienti che dei servizi, di interventi preventivi o precoci in *setting* non ospedalieri; ciò da una parte migliora la salute della popolazione e dall'altra contribuisce a controllare in maniera efficace la crescita dei costi sanitari.

Gli svantaggi per i pazienti, in questo sistema, derivano dalla possibile difficoltà ad ottenere l'erogazione di quei servizi più costosi particolarmente necessari per i pazienti gravi, cronici, o con problemi medici invalidanti. Inoltre, un potenziale problema per i servizi potrebbe essere rappresentato dall'aumento della richiesta di prestazioni da parte dei pazienti presi in carico, fino al superamento della quota pro-capite prefissata. Tale situazione, oltre alle difficoltà finanziarie che potrebbe produrre, porrebbe agli operatori il dilemma etico demoralizzante di dover scegliere tra la perdita finanziaria ed un'ineadeguata assistenza al paziente.

L'esperienza, fatta nei paesi dove il sistema di pagamento pro-capite esiste, ha dimostrato che, piuttosto di avere una quota fissa per tutte le persone prese in carico, è più efficace poter disporre di quote differenziate, basate sullo stato di salute del paziente o su altri fattori di rischio. Ciò è vero, in particolare, per i pazienti più gravi per i quali è necessario garantire risorse adeguate a far fronte ai loro bisogni e che permettano di prevenire i costi devastanti della disabilità e della cronicità. L'obiettivo delle ricerche attualmente in corso, anche nella nostra unità di ricerca a Verona, è quello di sviluppare un sistema che tenga conto di questi fattori.

In Italia, un'innovazione necessaria sarebbe il superamento di quei vincoli e di quelle limitazioni che l'attuale sistema, basato sul nomenclatore tariffario per le prestazioni specialistiche e sulle tariffe DRG per l'assistenza ospedaliera, comporta; infatti, il tariffario riconosce solo un numero limitato di prestazioni che certamente mal definiscono la complessità del concetto di *presa in carico* di una persona con problemi psichiatrici.

Siamo inoltre convinti che i sistemi di pagamento pro-capite possano influenzare positivamente l'operatività dei servizi, in particolare di quelli territoriali, incrementandone la flessibilità, garantendo una migliore integrazione e coordinazione, evitando le possibili sovrapposizioni tra diverse agenzie e incoraggiando l'intervento precoce in caso di crisi. Tale integrazione, ovviamente, dovrebbe rivolgersi in particolare al rapporto tra servizi psichiatrici e servizi sociali, con l'obiettivo di realizzare una unitarietà non solo gestionale, ma anche finanziaria. Appare chiaro come la riforma dei sistemi di finanziamento

rappresenti un ingrediente essenziale del processo stesso di riorganizzazione dei servizi.

Naturalmente, qualsiasi sistema di finanziamento, quello prospettico incluso, non protegge in alcun modo da alcuni problemi strutturali dei servizi, come l'incapacità di offrire un'efficace copertura del territorio, la mancata o insufficiente coordinazione con la medicina di base o le difficoltà determinate dall'inadeguatezza degli organici, sia per quanto riguarda la loro numerosità che la loro composizione professionale.

La necessità di affrontare questi problemi nella quotidianità non dovrebbe impedire, agli operatori degli servizi e a coloro che si occupano di ricerca, di offrire il loro contributo all'emergente dibattito sorto intorno alla necessità di modificare i sistemi di finanziamento per la psichiatria.

BIBLIOGRAFIA

- Amaddeo F., Bonizzato P. & Tansella M. (1997a). *Valutare i Costi in Psichiatria. L'Analisi Economica per Migliorare l'Assistenza*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Amaddeo F., Beecham J., Bonizzato P., Fenyo A., Tansella M. & Knapp M. (1997b). The use of a case-register to evaluate the costs of psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 95, 159-198.
- Amaddeo F., Bisoffi G., Bonizzato P., Chisholm D., Dall'Agnola R., Knapp M., Ruggeri M. & Tansella M. (1999). Clinical and social variables as predictors of costs (in preparazione).
- Babigian H.M., Cole R.E., Reed S.K., Brown S.W. & Lehman A.F. (1991). Methodology for evaluating the Monroe-Livingston Capitation System. *Hospital and Community Psychiatry* 42, 913-919.
- Bloom J.R., Hu T.W., Wallace N., Cuffel B., Hausmann J. & Scheffer R. (1998). Mental health costs and outcomes under alternative capitation system in Colorado: early results. *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 1, 3-13.
- Cole R.E., Reed S.K., Babigian H.M., Brown S.W. & Fray J. (1994). A mental health capitation program: I. Patient outcomes. *Hospital and Community Psychiatry* 45, 1090-1096.
- Lehman A.F. (1987). Capitation payment and mental health care: a review of the opportunities and risks. *Hospital and Community Psychiatry* 38, 31-38.
- Mental Health Branch (1997). *National Mental Health Report 1996: Fourth Annual Report, Changes in Australia's Mental Health Services under the National Mental Health Strategy 1995-96*. Commonwealth Department of Health and Family Services: Canberra.
- Reed S.K., Hennessy K.D., Mitchell O. & Babigian H.M. (1994). A mental health capitation program: II. Cost-benefit analysis. *Hospital and Community Psychiatry* 45, 1097-1103.
- Schreter R.K. (1997). Psychiatric care for the 21st century. *Psychiatric Services* 48, 1245-1246.
- Sharfstein S.S. (1991). Prospective cost allocation for the schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin* 17, 395-400.
- Smith P., Sheldon T.A. & Martin S. (1996). An index of need for psychiatric services based on in-patient utilisation. *British Journal of Psychiatry* 169, 308-316.
- Taroni F. (1996). *DRG/ROD e Nuovo Sistema di Finanziamento degli Ospedali*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Twaddle A.C. (1996). Health system reform. Toward a framework for international comparisons. *Social Science and Medicine* 43, 637-654.
- Veronesi E. & Montesanti F. (1997). La trasformazione della sanità in aziende. In *La Salute in Italia. Rapporto 1997* (a cura di M. Geddes M. e G. Berlinguer). Ediesse: Roma.
- Vitullo F., Carinci F., Lepore V. & Tognoni G. (1997). *Aziende Sanitarie e Modelli di Uso dei DRG*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.