

Elementi dell'analisi

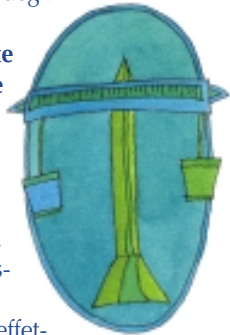
Le scelte circa l'utilizzazione delle risorse per la cura della salute sono state influenzate in maniera consistente dal nuovo sistema di finanziamento. Basti pensare alla diminuzione delle giornate di degenza o alla separazione delle cure secondo l'intensità assistenziale (ricovero ordinario, day hospital, assistenza domiciliare...). Tuttavia, gli effetti del nuovo sistema di finanziamento non sempre sono stati in linea con le attese (riduzione del disagio provocato dalla malattia, riduzione delle liste di attesa, miglioramento della fruibilità dei servizi, standardizzazione della qualità...) e alcune volte si sono dimostrati perfino contrastanti (ricoveri ripetuti, frammentazione del percorso assistenziale...).

I risvolti delle riforme della sanità intervenute nel corso degli anni Novanta sono numerosi e richiedono il passaggio dalla logica dell'atto amministrativo (atto dovuto) ad una logica di valutazione e programmazione delle forme e dei modi di utilizzazione delle risorse in funzione degli obiettivi da raggiungere.

Come in ogni famiglia, **anche nelle aziende sanitarie esiste un vincolo di bilancio, che si concretizza nel fatto che non è possibile spendere più di quanto si è in grado di acquisire con le prestazioni effettuate.** La possibilità di acquisire nuove tecnologie e nuove risorse è collegata, infatti, alla capacità dell'organizzazione di autofinanziare l'acquisto delle risorse sulla base del programma di attività che il reparto, il dipartimento e l'azienda nel suo complesso si prefiggono come obiettivo.

I fondi per l'assistenza sono commisurati alle prestazioni effettuate, così i DRG stabiliscono le tariffe per i ricoveri ordinari, mentre per la lungodegenza, l'assistenza domiciliare, le cure intensive sono stabilite tariffe in funzione di obiettivi condivisi fra le Regioni, lo Stato e gli enti erogatori di prestazioni.

L'acquisizione di disponibilità finanziarie è direttamente correlata ai volumi di attività della struttura sanitaria, ma viene anche influenzata dalle valutazioni che i professionisti della salute effettuano ogni giorno nella scelta fra percorsi di cura alternativi (ad es., ricovero ordinario vs day hospital) ed in modo ancora più tangibile da una miriade di scelte operative apparentemente innocue. Per dare un'idea, basti pensare all'utilizzo di tecnologie dell'informazione per la registrazione dei referti di laboratorio e della diagnostica per immagini. La



manca di un sistema informativo centralizzato (che pure ha un costo) richiede che vi siano in ogni reparto delle persone addette alla logistica dei documenti.³ L'implementazione di un sistema automatizzato permetterebbe di migliorare il grado di fruibilità dell'informazione (informazione disponibile in tempo reale) ed allo stesso tempo di liberare risorse per svolgere altre attività di cura (linea verde telefonica per i pazienti, riduzione delle code per i Centri Unici di Prenotazione - CUP...) che dimostrano una carenza cronica di personale.

Dato il vincolo di bilancio, le valutazioni economiche mettono a disposizione dei soggetti decisori quelle informazioni utili per migliorare i risultati dell'attività produttiva, con riferimento a:

- volumi di produzione;
- qualità del servizio;
- soddisfazione del bisogno clinico di salute;
- recupero di funzionalità del paziente.

La prospettiva economica si concentra sulla quantità delle risorse utilizzate da una prestazione e sulle conseguenze quantificabili. Tuttavia, è riduttivo considerare che le valutazioni economiche in sanità mirano a ridurre i costi.⁴ Chiunque viene a contatto con il settore sanitario si rende subito conto che le risorse a disposizione non sono modificabili a "piacimento"; infatti, nel breve periodo, le risorse sono da considerarsi per lo più fisse:⁵ circa il 60-70% consiste in risorse destinate alla remunerazione del personale, mentre la restante parte rappresenta costi fissi di funzionamento (pulizie, elettricità, manutenzioni ...) e solo in minima parte (5-10%) si può parlare di costi variabili. Inoltre, definire la prospettiva economica solo in termini di minimizzazione dei costi significa trascurarne **il principio più importante**, ossia che **le risorse assorbite**

3. La logistica dei documenti assorbe una quantità rilevante di risorse, basti pensare al compito dei portantini che si occupano di prelevare i referti dai laboratori di analisi e di portarli nei reparti, di fare le fotocopie delle cartelle cliniche per i pazienti, oppure di effettuare ricerche di cartelle cliniche negli archivi. Le cartelle cliniche a volte sono composte di fogli non spillati che devono quindi essere numerati onde evitarne lo smarrimento.

4. Secondo Maynard (1987), l'efficienza non può identificarsi con il contenimento dei costi. Se così fosse, la massima efficienza coinciderebbe col far niente che, appunto ha un costo minimo.

5. Le risorse nel settore sanitario sono da considerarsi fisse sia in relazione all'impossibilità di aumentarle, sia in relazione alla impossibilità di ridurle. Mentre con i sistemi di finanziamento retrospettivi i costi erano coperti e l'acquisizione di risorse era libera, con effetti diretti sul debito pubblico, con i sistemi di finanziamento prospettico resta fissa la struttura dei costi, mentre varia la capacità di acquisire risorse in funzione diretta dei volumi di produzione. Gli effetti di una tale situazione sono notevoli soprattutto nei casi in cui la struttura sanitaria non è in grado di "produrre" un volume sufficiente di prestazioni tale da coprire i costi generati dalla struttura.

da una prestazione non sono più disponibili per altri usi alternativi (vedi oltre "costo-opportunità").

In una valutazione economica è molto importante precisare il punto di vista prescelto per effettuare l'analisi. In effetti ciò che è ritenuto generatore di benefici per l'intera comunità, può essere considerato in maniera differente dal paziente, dal singolo professionista della salute, dall'azienda sanitaria, dal "terzo pagante", dall'ambiente.

Il punto di vista prescelto, soprattutto a causa delle numerose **esternalità**⁶ connesse con gli interventi sanitari, spesso coincide con il punto di vista del sistema considerato nel suo complesso. Basti pensare ad un problema classico nell'individuazione degli obiettivi di produzione delle diverse unità organizzative all'interno di una struttura di ricovero. Ogni unità organizzativa cercherà di scegliere quei programmi che massimizzano il valore per la singola unità organizzativa ma, così facendo, proprio a causa delle esternalità, della caratteristica di beni pubblici e dell'asimmetria informativa interna all'organizzazione, si verificheranno anomalie che pregiudicheranno il raggiungimento degli obiettivi generali dell'organizzazione.

Il punto di vista alla base della valutazione economica deve mirare al raggiungimento di sinergie di relazione piuttosto che all'implementazione di programmi che massimizzano il valore di un'unità operativa a scapito del raggiungimento di sinergie per l'intera organizzazione.

Un'altra questione di notevole rilevanza ai fini della valutazione economica riguarda l'**esplicitazione di tutti i costi e di tutti i benefici**, indipendentemente da chi sopporta i costi o da chi acquisisce i benefici.

Nella tabella 1 sono classificati i costi ed i benefici in base alle categorie "diretto/indiretto", "tangibile/intangibile".

- **Costi diretti/indiretti.** Questa categoria riflette l'utilizzo di risorse per le attività che si intendono valutare. Accanto ai costi diretti vanno identificati

6. Le esternalità sono quegli effetti positivi e negativi, prodotti in via indiretta rispetto all'evento oggetto di valutazione, che in genere non vengono valutati in quanto di difficile determinazione. Per esempio l'effetto esternalità positiva di un programma di vaccinazione è quello di ridurre il rischio di contagio anche per le persone che non si sono sottoposte al vaccino. L'effetto esternalità negativa della riduzione della degenza media per un paziente può essere quello di aver bisogno di acquistare assistenza infermieristica a seguito di un intervento.

TABELLA 1. CLASSIFICAZIONE DEI COSTI E DEI BENEFICI DI UN PROGRAMMA DI PREVENZIONE

Diretti	Tangibili	Intangibili
	Costo della prestazione (farmaci, esami diagnostici, personale di supporto...)	Disagio e tempo perso per la partecipazione al programma
	Costi evitati per adozione programma sanitario, riduzione liste di attesa ...	Qualità della vita di chi non contrae la malattia (disagi e sofferenze evitate)
Indiretti	Costi infezioni iatrogene ed effetti collaterali ...	Disagio e tempo perso dai familiari della persona che aderisce al programma
	Remunerazione recuperata grazie all'evento di malattia evitato	Disagio dei familiari evitato grazie alla diminuzione dell'incidenza della malattia

e calcolati anche i costi indiretti, vale a dire quei costi da chiunque sopportati quale conseguenza dell'attività sanitaria svolta.

- **Costi tangibili/intangibili.** Si definiscono tangibili quei costi per i quali è possibile effettuare una quantificazione in termini monetari. Tutti gli altri sono considerati intangibili.

I criteri applicati per la classificazione dei costi sono anche utilizzati per la classificazione dei benefici e questo al fine di disporre di un metro comune di misurazione, da poter essere utilizzato nel corso della valutazione.

Anche se la distinzione fra costi/benefici tangibili ed intangibili non è sempre chiara ed agevole, risulta importante poter disporre di una elencazione quanto più possibile completa di tutti i costi e di tutti i benefici.

Un'ulteriore distinzione può essere effettuata fra **costi e benefici sanitari e non sanitari**. Questa distinzione permette di allargare l'analisi a settori contigui dell'economia. Un esempio può chiarire la rilevanza del fenomeno. La decisione di ammettere alle gare di appalto per la fornitura dei servizi solo ditte certificate secondo le norme ISO produce effetti diretti sulle forniture (maggiore standardizzazione delle forniture rispetto alle richieste dell'azienda sanitaria) ma anche sui fornitori (si sviluppa un settore che riguarda la consulenza per la certificazione ISO dei processi di fornitura). Naturalmente, all'inizio la certificazione interesserà un numero ristretto di fornitori e questo si rifletterà sull'aumento dei prezzi.

Un'attenzione a sé merita la categoria del **costo-opportunità**, definito come l'ammontare di benefici che una data risorsa può generare nel suo migliore uso alternativo. Il concetto di **costo-opportunità** acquista rilievo in considerazione della scarsità delle risorse e della possibilità di impieghi in usi alternati-

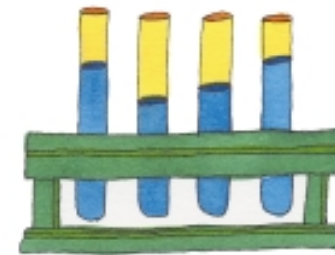
vi. Impiegare le risorse per curare i pazienti con una casistica X implica che le medesime risorse non potranno essere utilizzate per curare i pazienti con una casistica diversa Y. Ciò non è detto che pregiudichi la possibilità per l'organizzazione di acquisire nuove risorse da dedicare alla casistica Y, ma indica che l'utilizzo delle risorse deve essere effettuato anche tenendo conto di possibili usi alternativi.

Al fine di introdurre le tecniche di valutazione economica, è necessario richiamare alcuni importanti elementi concettuali, in particolare:

- la produttività;
- i prodotti intermedi;
- i percorsi diagnostico-terapeutici;
- gli outcome.

Produttività. Rapporto fra i fattori della produzione (le risorse utilizzate direttamente ed indirettamente) ed i risultati ottenuti. L'analisi della produttività acquista particolare importanza proprio in relazione al vincolo di bilancio in quanto, prendendo in considerazione i fattori della produzione ed i processi produttivi, fornisce preziose indicazioni circa le leve strategiche per migliorare la produttività delle risorse a disposizione.

La produzione può essere definita come il risultato di attività produttive che, attraverso la combinazione delle risorse, permettono di definire i **prodotti intermedi** (analisi di laboratorio, diagnostica per immagini, visite specialistiche, CUP, interventi chirurgici, chemioterapia, radioterapia...) che sono alla base del **percorso di cura del paziente**.



Outcome. Risultati dell'attività sanitaria intesi in un'accezione ampia, includendo, oltre ai classici elementi costo e risultato clinico, anche altri elementi quali il recupero di funzionalità (il paziente è in grado di salire le scale dopo un intervento di protesi d'anca...) o la soddisfazione intesa come misura del raggiungimento degli obiettivi rilevati nel corso del percorso di cura del paziente. In genere, la scelta degli outcome da misurare e studiare viene effettuata in funzione di specifiche esigenze di lavoro (studio), pertanto gli outcome possono variare da struttura a struttura e nell'ambito della medesima struttura nel tempo. L'outcome research, lo studio degli outcome, è alla base dei sistemi per il miglioramento continuo dell'attività sanitaria e risponde ad una

logica di programmazione e controllo che considera l'attività di cura in un'ottica multidimensionale e multidisciplinare.

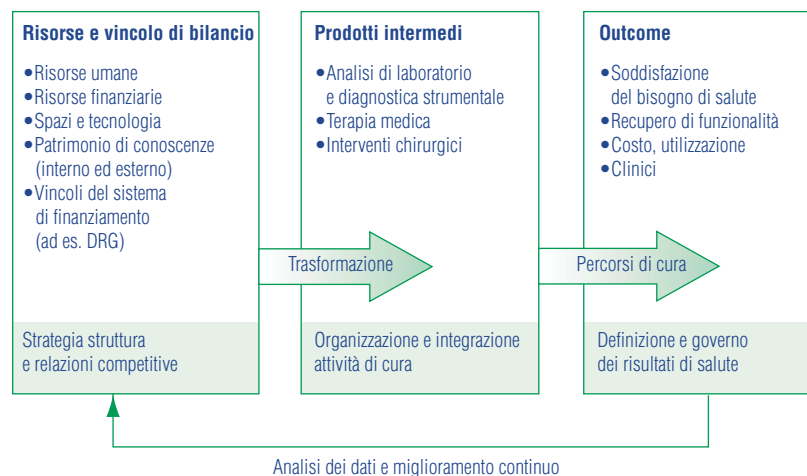
Nella figura 1 è schematizzato il rapporto esistente fra le risorse, i prodotti intermedi, gli outcome ed il sistema di programmazione e controllo per il miglioramento continuo dell'assistenza.

Le decisioni prese dai singoli professionisti della salute (medici, chirurghi, anestesisti, caposala, infermieri, assistenti, farmacisti, portantini, uscieri, telefonisti ...) interagiscono fra di loro e determinano il modo in cui le risorse vengono trasformate in prodotti intermedi e percorsi di cura per il paziente.

Ogni singola decisione, dalle più semplici (ad es., quelle prese dal telefonista che si occupa delle prenotazioni) alle più complesse (ad es., la decisione di un chirurgo nel corso di un intervento), dà luogo ad attività che, collegate, danno forma ai processi di cura.

Ad ulteriore conferma dell'importanza del punto di vista su cui basare la valutazione economica interviene la **logica di processo** che, secondo Davenport (Davenport, Stoddard, 1994), si manifesta con un insieme di attività interconnesse, delle quali nessuno è titolare esclusivo. Infatti, mentre per ogni singola attività (ad es., prenotazione, esami di laboratorio, intervento chirurgi-

FIGURA 1. PRODUZIONE SANITARIA E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA



Modificato da Fetter, Brand, Gamache, 1991

co, terapia medica...) esiste un soggetto responsabile, ciò non avviene per il processo. La cura del paziente dipende dai medici, ma anche dal personale infermieristico, da quello amministrativo ed in ultima analisi da tutte le persone direttamente ed indirettamente coinvolte nel sistema di cura della salute. Il titolare del processo, se mai se ne possa identificare uno, è l'organizzazione considerata nel suo complesso che, per l'appunto, prende in carico il paziente e, attraverso un insieme di attività, cerca di ripristinare lo stato di salute del paziente.

La valutazione economica in sanità si basa sulla capacità di misurare le risorse, i prodotti intermedi, i percorsi diagnostico-terapeutici e gli outcome per il paziente.

Gli indicatori utilizzati per effettuare le misure a base della valutazione economica includono:

- **indicatori di tipo monetario**, specie per i casi in cui esiste un mercato di riferimento per i costi o benefici che si intende misurare. Ne sono esempi i costi di trattamenti secondo il tariffario regionale o nazionale, il costo dell'assistenza infermieristica, il costo dei prodotti farmaceutici;
- **indicatori di utilità**, espressi in termini di anni di vita guadagnati pesati per la qualità della vita generata dagli interventi posti in essere (QALY, Qualità Adjusted Life Years);
- **indicatori espressi in termini fisici**, ne sono esempi il numero di infezioni ospedaliere, la mortalità intraospedaliera, le giornate di degenza, i valori della temperatura corporea e della pressione sanguigna;
- **indicatori di valore della salute**, espressi con indicatori di sintesi degli outcome relativi allo stato di funzionalità del paziente, alla soddisfazione del bisogno di cura ed in generale riconducibili alla definizione del concetto di salute.⁷ Le misure di questi valori sono espresse con riferimento a scale di valori del tipo SF-36, SF-12, Clinical Value Compass e simili.

Oltre alle **misure di risultato** vengono proposte **misure di processo**, che esprimono le relazioni di collegamento fra le diverse attività. La **misura dell'utilizzazione delle risorse** (analisi del percorso per ottenere un dato livello di

7. Nel 1978, in occasione della conferenza internazionale sui sistemi di cure primarie tenutasi ad Alma Ata (URSS), l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha affermato che il concetto di salute va ben oltre la mera assenza della malattia e comprende uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale. Nella stessa occasione l'OMS ha affermato che il diritto alla salute rientra fra i diritti fondamentali dell'uomo e che ad esso devono contribuire tutti i settori dell'economia.

outcome) si concretizza in un'analisi di produttività, che mette in relazione le risorse con gli esiti, evidenziando:

- **colli di bottiglia** (situazioni organizzative nelle quali si verificano tempi di attesa e perdita di risorse a causa del sottodimensionamento di alcune unità organizzative rispetto alle altre);
- **ripetizioni cicliche** (situazioni organizzative in cui alcune attività sono ripetute a causa di uno scarso coordinamento organizzativo);
- **anomalie di vario genere** (alta conflittualità, scarsa collaborazione, orientamento agli obiettivi dell'unità organizzativa a scapito degli obiettivi generali dell'organizzazione...) che influiscono sul potenziale produttivo dell'organizzazione.

Ai fini della valutazione economica acquista particolare rilievo la **misurazione delle criticità organizzative** (colli di bottiglia, ciclicità, orientamento strategico...) (Cicchetti, 2002) in quanto, la scelta di un'alternativa può avere effetti diretti sull'organizzazione ed indiretti sul vincolo di bilancio, basti pensare al dimensionamento di un servizio in funzione delle domande di utilizzazione dello stesso (sala operatoria rispetto ai posti letto, radiologia rispetto alla domanda di esami diagnostici).

Il **vincolo di bilancio**, che esprime l'ammontare di risorse a disposizione in un dato momento, può essere modificato (aumento o diminuzione delle risorse a disposizione) in relazione alle scelte operate dall'introduzione di un programma rispetto ad un altro (ad es., l'utilizzo di un protocollo informatico e di un sistema per l'archiviazione elettronica dei documenti può avere effetti diretti sulla riduzione dei carichi di lavoro del personale coinvolto e, allo stesso tempo, migliorare l'accessibilità dei documenti da parte delle persone autorizzate. Pur mantenendo fermo il vincolo di bilancio,⁸ l'adozione di una proce-

8. Il vincolo di bilancio è espresso dal fatturato della struttura sanitaria in generale e dal fatturato di ogni singola unità operativa nello specifico (ad es., dipartimenti). Il vincolo di bilancio cambia solo ed esclusivamente in relazione alle prestazioni erogate che vengono monetizzate dalla struttura (le visite di favore non rientrano nel fatturato se queste non seguono i percorsi istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale con le relative richieste, ticket e quant'altro). L'introduzione di una procedura automatizzata per il protocollo e per l'archiviazione dei documenti clinici ed amministrativi non è detto che abbia effetti di aumento del volume di pazienti trattati a parità di costi. Tuttavia, la procedura automatizzata produrrà economie di costo sull'utilizzo della carta, del toner per le stampanti e le fotocopiatrici, del tempo di straordinari pagati per la mole di lavoro in eccesso. In tal senso, pur mantenendo fisso il vincolo di bilancio, si avrà un aumento di produttività tale da giustificare l'acquisto della nuova procedura e la formazione del personale. Gli effetti ottenuti con l'introduzione della procedura automatizzata modificano l'allocazione del vincolo di bilancio permettendo di raggiungere, con le medesime risorse, risultati precedentemente non raggiungibili.

dura automatizzata permette di semplificare l'attività di numerosi uffici e di liberare risorse da utilizzare per coprire quelle attività che richiedono un maggior coinvolgimento umano).

L'applicazione di un metodo scientifico per la valutazione economica in sanità, si articola a partire da una serie di interrogativi:

1. quali sono i benefici che si intende ottenere (esplicitazione dei benefici);
2. come considerare i benefici (valorizzazione e quantificazione dei benefici);
3. quali sono i costi delle alternative (esplicitazione e quantificazione dei costi);
4. qual è il criterio di confronto fra le diverse alternative (quale metodologia applicare);
5. quale alternativa o combinazione di alternative risulta essere la più conveniente (scelta);
6. una volta scelta l'alternativa, qual è il modo migliore per porla in essere (ottimizzazione).

I riferimenti concettuali alla base della valutazione economica sono molteplici e devono essere presi in considerazione in maniera quanto più possibile completa. Indipendentemente dall'utilizzo della valutazione economica, si ritiene preferibile presentare l'analisi con tutte le categorie di costo e di risultato e ciò non soltanto per la completezza dell'analisi, ma anche per permettere l'impiego dello studio seguendo punti di vista differenti. Inoltre, in tal modo, viene soddisfatto il criterio proprio dell'economia del benessere che valuta il benessere secondo il punto di vista della società.

