

Organizzare e gestire le Aziende Sanitarie oggi: spendere meno o spendere meglio?

INTRODUZIONE

Nel nostro Paese è in corso un ampio confronto riguardo alla sostenibilità dei costi del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali e alla necessità di riorganizzare l'offerta alla luce dei vincoli di finanza pubblica.

Il dibattito si concentra in modo particolare sulla garanzia della sostenibilità economica del settore da una parte e sullo sviluppo del sistema di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione per il miglioramento della salute complessiva dall'altra.

In realtà è fondamentale anche domandarsi se sono solo necessarie più risorse o se l'attenzione va posta anche alla loro migliore gestione. Ossia: spendere meno o spendere meglio?

Queste considerazioni sono da riportare a livello 'micro' sulle Aziende Sanitarie e rappresentano altrettanti campi di confronto per la componente manageriale e la componente professionale. Pertanto ogni Azienda Sanitaria si deve dotare di un 'percorso' di riferimento esplicito, affinché i diversi interventi sviluppati siano integrati tra loro, in una logica di sistema.

L'ASL TO4 è Azienda Territoriale dell'area torinese, cui afferisce una popolazione di circa 520.000 abitanti; sono presenti 5 ospedali per acuti per un totale di 980 posti letto, con DEA di primo livello, e 5 Distretti Sanitari.

In tale ambito verosimilmente è da ripensare radicalmente un concetto basato solo sulla riduzione dei costi in modo lineare a favore dello sviluppo di un modello di analisi ed intervento maggiormente strutturato e più attento al miglioramento della salute.

Nell'esperienza attuale dell'ASL TO4 il percorso si sta concretizzando su azioni specifiche, che hanno alla base alcune 'prospettive' fondamentali:

- la ricerca delle prove di efficacia e la selezione delle priorità;
- la definizione di obiettivi di attività, costo e qualità;
- la valutazione e miglioramento delle performance con metodologie strutturate.

RICERCA DELLE PROVE DI EFFICACIA E SELEZIONE DELLE PRIORITÀ

Nel contesto di riferimento attuale nelle Aziende Sanitarie diversi 'interessi', tutti più o meno legittimi, sono in competizione tra loro nel contendersi le risorse sanitarie; in presenza di attenzioni specifiche e preordinate, la domanda va governata con criteri

espliciti verso la ricerca di un compiuto equilibrio tra le diverse componenti.

L'applicazione delle metodologie delle prove di efficacia per la presa delle decisioni anche in ambito manageriale e del *priority setting* può consentire alle organizzazioni sanitarie di trovare riferimenti logici e di superare criteri di allocazione delle risorse meno robusti dal punto di vista metodologico.

Secondo Muir Gray è necessario ricercare sistematicamente, valutare e rendere disponibili le migliori evidenze scientifiche per pianificare le decisioni (e gli investimenti) che riguardano la salute di una popolazione. Nell'*evidence-based health care* (EBHC), rispetto all'*evidence-based medicine*, rimane costante il riferimento alle evidenze scientifiche, ma le preferenze del singolo paziente vengono sostituite dai 'values', un complesso mix di determinanti sociali, politici e culturali; compaiono anche come criteri di scelta le risorse economiche.

Anche se i manager hanno esortato i professionisti ad adottare un approccio *evidence-based*, gli stessi sono stati meno attenti ad applicare le stesse logiche per la propria pratica. Eppure i medesimi problemi (sottoutilizzo di interventi efficaci ed uso eccessivo di quelli inefficaci) sono diffusi a livello della gestione aziendale come nella pratica clinica. Peraltro, va anche riconosciuto che la produzione di prove di efficacia in ambito gestionale costa e non sempre è di immediata formulazione.

Sul versante più specifico del *priority setting*, i criteri che possono orientare le scelte aziendali si dovrebbero basare, tra l'altro, sulle logiche del costo-opportunità e dell'analisi marginale.

Il concetto economico di costo-opportunità nasce proprio dalla consapevolezza che le risorse sono limitate; questo comporta che siano effettuate delle scelte, ma scegliendo un'opzione si rinuncia contestualmente al beneficio associato all'alternativa sacrificata.

I benefici perduti associati alle opportunità di cui si accetta di privarsi rappresentano i costi-opportunità. Ad esempio, l'apertura di un nuovo ambulatorio pediatrico rappresenta contestualmente un'opportunità perduta di potenziare un servizio di assistenza agli anziani, quando le risorse sono sufficienti per uno solo degli interventi.

È chiaro che, per applicare in modo corretto questa logica, è importante che siano conosciute sia le risorse da utilizzare sia i benefici associati alle diverse alternative. Pertanto è necessario che venga eseguita una corretta misurazione dei costi e benefici associati all'intervento sanitario.

In campo sanitario è diffuso un approccio spesso parziale: considerare il costo totale dell'intervento sanitario, ossia i costi associati al conseguimento di una specifica attività assistenziale. Tuttavia nel processo decisionale non sono solo i costi totali che dovrebbero essere considerati, bensì i costi marginali.

Il margine ha a che fare con il beneficio guadagnato o perduto aggiungendo o sottraendo la successiva unità di risorse per un dato programma. In ambito sanitario questo significa che se si rendesse disponibile un dollaro addizionale, questo dovrebbe essere investito idealmente nell'area in cui si guadagnerà il massimo beneficio. Viceversa, se le risorse vengono a ridursi di un dollaro, questo dovrebbe essere prelevato teoricamente dall'area dove comporterà la perdita del minimo beneficio.

La traduzione operativa di questi principi non è spesso semplice nell'attività quotidiana di un'Azienda Sanitaria, ma è importante comunque utilizzare criteri espliciti come supporto alle decisioni gestionali. EBHC e *priority setting* hanno rappresentato metodologie di supporto per l'analisi interna e sono stati utilizzati in forma compiuta nel percorso di ridefinizione della rete ospedaliera nell'ASL TO4 negli anni 2012-2013, anche come ausilio alla ritatura progressiva delle prime ipotesi operative.

DEFINIZIONE DI OBIETTIVI ESPlicitI DI ATTIVITÀ, COSTO E QUALITÀ

Le logiche delle EBHC e del *priority setting*, ovviamente, non devono far dimenticare modelli più tradizionali e consolidati, a cominciare dal sistema di budget.

In tale ambito è necessario porre in essere interventi di programmazione e controllo che individuino i parametri attesi in proiezione per centri di responsabilità e pongano sotto controllo

con sistematicità i risultati ottenuti. Peraltro, è essenziale applicare modelli di lavoro condivisi tra direzione e componente professionale, in funzione della progressiva ricerca del contenimento dei costi sui parametri di budget stabiliti.

Peraltro l'ASL TO4 ha progressivamente sviluppato il proprio sistema di budget con una evoluzione da un modello tradizionale, che ha come riferimento la spesa storica ed eventualmente la determinazione dei 'tetti lineari' verso il concetto del 'costo standard', inteso come costo di 'consumo' per unità di prodotto finale.

L'impostazione generale del sistema nell'ASL TO4 prevede in primo luogo la determinazione del budget a livello dei grandi ordinatori di spesa, tra cui le direzioni mediche di presidio ospedaliero, i distretti, le farmacie, il provveditorato; il budget viene poi rideterminato sui diversi centri di responsabilità clinico-professionali.

Il modello basato sui costi standard introdotto a partire dall'anno 2013 consiste, in pratica, nell'individuazione di un consumo atteso per unità di prodotto e nella previsione di una allocazione di risorse coerente con l'attività effettivamente erogata a livello dei diversi centri di responsabilità.

Sono stati pertanto focalizzati alcuni specifici costi standard, tra cui il consumo di farmaci e dispositivi per punto DRG per le strutture con attività di ricovero. Sulla base dei costi standard per unità di prodotto finale sono formulati i parametri di budget

HTA: indirizzo nazionale e realtà regionali

Una guida multimediale fra esperienze e progetti



HTA: indirizzo nazionale e realtà regionali Una guida multimediale fra esperienze e progetti

Questa guida multimediale offre una panoramica dello stato dell'arte dell'health technology assessment in Italia, approfondendo le esperienze delle diverse realtà regionali senza perdere di vista il confronto con le linee di indirizzo nazionali. Arricchiscono la guida le videointerviste agli esponenti più rappresentativi a livello nazionale e regionale in questo ambito, scaturite da una serie di workshop di introduzione all'Health Technology Assessment realizzati dal Pensiero Scientifico Editore in collaborazione con la Fondazione MSD.

Accedi alla **Guida multimediale** da careonline.it

per i centri di responsabilità per l'anno di esercizio, secondo un modello di allocazione delle risorse sicuramente più 'equo'.

Nel contesto di riferimento si apre anche l'esigenza di essere attenti maggiormente al vissuto dei professionisti. Nel corso dell'anno 2012 è stata attivata la campagna *Choosing Wisely* (scegliere con saggezza) da parte dell'American Board of Internal Medicine Foundation. Alcune società scientifiche (ed altre hanno poi annunciato il loro apporto) hanno individuato le "*Five things physicians and patients should question*", invitando pazienti e medici a discutere sull'appropriatezza di indagini diagnostiche o di trattamenti terapeutici.

L'invito a scegliere saggiamente è stato 'accolto' anche dalla ASL TO4. Pertanto gli obiettivi per la retribuzione di risultato per l'anno 2013 hanno contemplato, per tutte le strutture, l'analisi e revisione di profili di richiesta degli esami laboratoristi e strumentali. I profili sono da sviluppare ed implementare in forma integrata tra le Unità Operative affini e complementari, verso un modello comune e condiviso a livello aziendale. In sintesi, il razionale è di controllare i costi con un approccio tipicamente professionale.

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLE PERFORMANCE CON METODOLOGIE STRUTTURATE

Secondo Donald Berwick, le diverse categorie di 'sprechi' possono ammontare per il sistema sanitario degli Stati Uniti ad una cifra di almeno 558 miliardi di dollari per anno che, riportati al contesto di un'Azienda Sanitaria come l'ASL TO4, potrebbero significare una riserva di potenziale intervento del 20%, comunque ragguardevole.

In tale ambito è abbastanza frequente che le azioni di miglioramento delle performance e di riduzione degli sprechi siano messe in atto in forma episodica, con metodologie diversificate che non permettono una chiara lettura ed interpretazione degli interventi, anche per quanto riguarda la loro efficacia.

Nell'ASL TO4 le azioni di valutazione e di miglioramento strutturate prevedono l'implementazione di metodologie di lavoro specifiche, secondo i modelli del lean six sigma e dell'audit clinico utilizzati in forma integrata.

Dal punto di vista operativo il lean six sigma è un'applicazione di tecniche statistiche e principi di qualità fortemente orientati al miglioramento dei processi, a partire dall'analisi sistematica dei dati e della loro deviazione rispetto alla norma. L'audit clinico invece si caratterizza nello sviluppo del tipico ciclo della qualità, su problemi di carattere tecnico-professionale.

I due modelli sono stati applicati nell'ASL TO4 in forma parallela ed integrata con la definizione dei problemi di potenziale 'spreco' (per esempio, inappropriata nel consumo dei farmaci e dispositivi), la declinazione di criteri indicatori e standard e la misurazione, l'analisi degli scostamenti/deviazioni tra standard e valori osservati, la messa in atto dell'intervento correttivo, la rimisurazione post-intervento.

Le azioni sul campo sono state condotte con una filosofia di gruppo alla presenza di *controller*, metodologi esperti di organizzazione e qualità, farmacisti, clinici ed infermieri e si sono caratterizzate per una fattiva collaborazione degli attori in funzione degli obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza e di controllo dei costi, peraltro previsti dal sistema premiante aziendale.

RISULTATI E CONCLUSIONI

Il contenimento della spesa sanitaria pubblica rappresenta oggi una delle sfide più urgenti per i Paesi industrializzati. La logica che sembra più corretta a livello aziendale è quella di attivare una valida progettazione che comporti un risultato ragionevole, senza 'togliere', ma anzi 'aggiungendo' una migliore assistenza sanitaria.

La delicata questione dei costi deve essere affrontata pertanto con una revisione critica dei meccanismi operativi aziendali, attraverso un impegno tanto maggiore alla luce del progresso tecnologico e dell'invecchiamento della popolazione.

Si tratta in definitiva di un preciso obbligo etico e deontologico sia per la componente manageriale sia per la componente professionale, che insieme devono lavorare per la sostenibilità del sistema e il miglioramento della salute.

Franco Ripa* e Flavio Boraso**

**Direttore Medico Struttura Complessa Programmazione e Controllo di Gestione, ASL Torino 4, Regione Piemonte*

***Direttore Generale, ASL Torino 4, Regione Piemonte*

BIBLIOGRAFIA

- Berwick DM, Hackbarth AD: Eliminating waste in US health care. *JAMA* 2012; 307: 1513-1516.
- Brody H: Medicine's ethical responsibility for health care reform. The top five list. *N Engl J Med* 2010; 362: 283-285.
- Daniels N, Sabin J: Setting limits fairly: can we learn to share medical resources? Oxford: Oxford University Press, 2002.
- Donaldson C, Bate A, Mitton C, Peacock S, Ruta D: Priority setting in the public sector: turning economics into a management process. In: Hartley J et al (Eds), *Managing improvement in public service delivery: progress and challenges*. London: Nuffield Trust, 2005.
- Gibson JL, Mitton C, Martin DK, Donaldson C, Singer PA: Ethics & economics: does program budgeting and marginal analysis contribute to fair priority setting? *J Health Serv Res Policy* 2006; 11 (1): 32-37.
- Palfrey S: Daring to practice low-cost medicine in a high-tech era. *N Engl J Med* 2011; 364: e21.
- Peacock S, Ruta D, Mitton C, Donaldson C, Bate A, Murtagh M: Using economics for pragmatic and ethical priority setting: two checklists for doctors and managers. *BMJ* 2006; 332: 482-485.
- Ruta D, Mitton C, Bate A, Donaldson C: Programme budgeting and marginal analysis (PBMA): a common resource management framework for doctors and managers? *BMJ* 2005; 330: 1501-1503.
- Walshe K, Randall TG: Evidence-based management: from theory to practice in health care. *Milbank Q* 2001; 79 (3): 429-57, IV-V.