

Ridefinizione dei criteri di allocazione delle risorse

Ezio Degli Esposti *

Unità di Valutazione della Efficacia Clinica, Direzione Aziendale Policlinico "Umberto I", Roma

PAROLE CHIAVE

Economia sanitaria
Farmacoeconomia
Governare clinico
Valutazione di esito

Sommario

Le risorse destinate ai servizi sanitari, in Italia come in altri Paesi, risultano non sufficienti a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari e sociali dei cittadini, nonostante la loro significativa crescita negli anni. Questa realtà ha portato molti Paesi a effettuare periodiche rivalutazioni della propria politica sanitaria per cercare di ottimizzare l'uso delle risorse.

L'evoluzione dei sistemi sanitari può essere schematizzata in tre fasi: l'era dell'espansione, l'era del contenimento dei costi, l'era della misurazione e della valutazione. Quest'ultima fase è orientata al principio dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi sanitari, in base al quale le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta dalle evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.

Per raggiungere tale obiettivo non è sufficiente una redistribuzione delle competenze giuridico-amministrative fra enti, ma deve essere attuato un processo di responsabilizzazione dei dirigenti e dei medici su ruoli e precisi obiettivi di gestione.

L'ottimizzazione dell'uso delle risorse per il singolo paziente, e di conseguenza per la popolazione, richiede che a un approccio gestionale di tipo allocativo verticale si associ un approccio fondato su una gestione orizzontale dei processi sanitari, al fine di realizzare una gestione integrata della salute.

Introduzione

La domanda di salute (quantitativa e/o qualitativa? appropriata e/o inappropriata?) è in continua crescita in ogni parte del mondo, mentre le risorse finanziarie destinate ai servizi sanitari, disponibili in quantità definita, tendono a essere sempre più carenti rispetto alla domanda. Questa realtà ha portato molti Paesi a effettuare periodiche rivalutazioni della propria politica sanitaria per cercare di ottimizzare l'uso delle risorse.

L'Italia non è al di fuori di tale fenomeno, prova ne sia che nell'arco di pochi anni si sono succeduti almeno tre riordini legislativi per tentare di contenere la spesa sanitaria mantenendo un'adeguata risposta alla domanda di salute. I dati della Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) consentono di avere una dimensione quantitativa dell'impegno finanziario in campo sanitario in diversi Paesi, di effettuare comparazioni e di valutare l'evoluzione della spesa nel tempo.

Spesa sanitaria

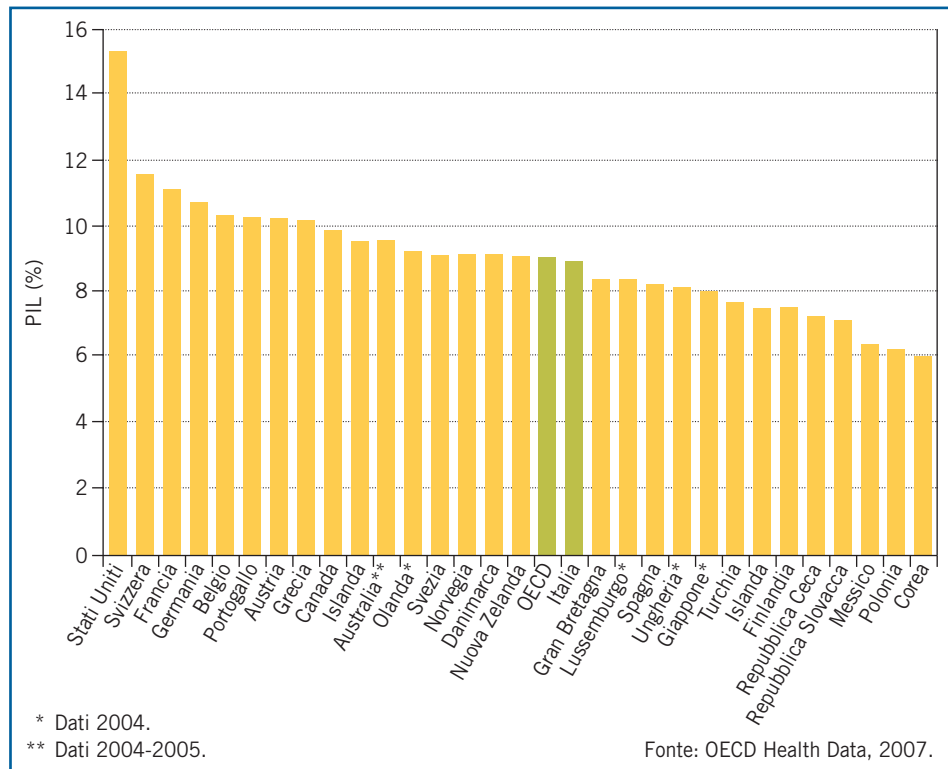
Negli Stati aderenti all'OECD, la spesa sanitaria totale di ogni singolo Paese in rapporto al proprio prodotto interno lordo (PIL) nel 2005 è stata in media del 9% (Fig. 1). L'allocazione finanziaria più elevata è stata effettuata dagli Stati Uniti con il 15,3% del PIL, seguiti da Svizzera (11,6%), Francia (11,1%) e Germania (10,7%), mentre la più bassa è stata effettuata da Polonia (6,2%) e Corea (6,0%).

L'Italia ha effettuato un investimento finanziario nell'assistenza sanitaria pari all'8,9% del PIL, valore appena al di sotto della percentuale media di investimento dei 30 Sta-

* Corrispondenza:

Ezio Degli Esposti, Direzione Aziendale Policlinico Umberto I, viale del Policlinico 155, 00161 Roma, e-mail: edegliesposti@tiscali.it

Figura 1
Spesa sanitaria totale
in rapporto al prodotto
interno lordo (PIL)
per Paese aderente all'OECD,
anno 2005

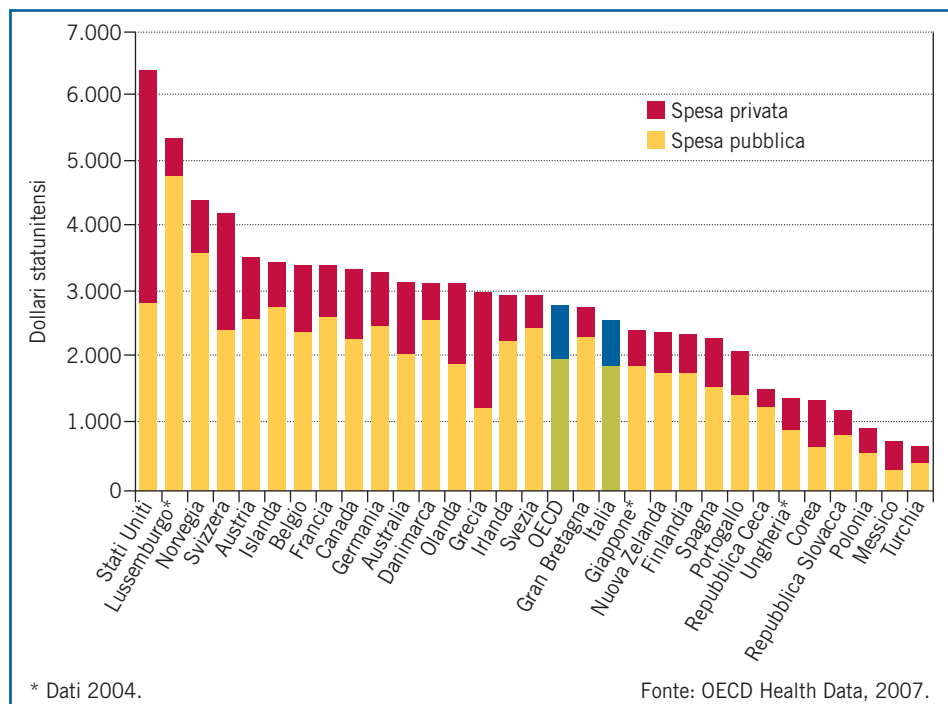


Rispetto al 1995, la spesa sanitaria in rapporto al PIL è cresciuta in Italia del 21,9%, negli Stati Uniti del 15,0%, in Svizzera del 19,6%, in Francia del 12,1% e in Germania del 5,9%.

ti aderenti all'Organizzazione. Rispetto al 1995, la spesa sanitaria in rapporto al PIL è cresciuta in Italia del 21,9%, negli Stati Uniti del 15,0%, in Svizzera del 19,6%, in Francia del 12,1% e in Germania del 5,9%.

La spesa media pro capite complessiva (pubblica + privata) nei Paesi aderenti all'OECD è stata in media di 2.759 dollari statunitensi (USD) (Fig. 2). La spesa complessiva pro capite più elevata si è avuta negli Stati Uniti (6.401 USD), in Lussemburgo (5.352 USD), in Norvegia (4.364 USD) e in Svizzera (4.177 USD), mentre la più bassa si è avuta in Messico (675 USD) e in Turchia (586 USD). In Italia la spesa complessiva pro

Figura 2
Spesa sanitaria pro capite
totale (pubblica + privata).
I dati sono espressi in dollari
statunitensi corretti
per equilibrio di potere
d'acquisto (quota di
conversione monetaria
che equipara il costo di una
determinata quantità di merci
nei diversi Paesi)



capite è stata di 2.352 USD, leggermente al di sotto della media di tutti i Paesi dell'Organizzazione, con un contributo pubblico pari al 76,6%. Il contributo percentuale della spesa pubblica rispetto al totale è variato nei diversi Stati da un minimo del 42,8% della Grecia a un massimo del 90,7% del Lussemburgo.

Rispetto al 1995, la spesa totale sanitaria pro capite è cresciuta in Italia del 50,1%, negli Stati Uniti del 75,0%, in Svizzera del 62,5%, in Francia del 63,4% e in Germania del 47,8%.

I dati riportati sono sicuramente utili per dimensionare l'entità dell'investimento nei servizi sanitari e per comprendere come esso si rapporta, attraverso il valore medio pro capite, alla popolazione afferente a quel sistema sanitario; tuttavia, essi non permettono certo di trarre informazioni sulla qualità e sull'appropriatezza dei servizi sanitari forniti e sui risultati ottenuti in termini di salute individuale e collettiva. In termini economici, l'entità della spesa rappresenta un valore nominale, mentre il valore reale è dato dal potere di acquisto di quella somma, ovvero, in ultima analisi, dallo stato di salute che ha prodotto nella popolazione afferente. Va considerato, inoltre, che sullo stato di salute di una popolazione incidono anche investimenti effettuati al di fuori del sistema sanitario, come quelli che riguardano l'ambiente, la sicurezza del lavoro ecc.

Analizzando più in dettaglio la spesa sanitaria pubblica in Italia (Tab. 1), essa è suddivisa in due principali capitoli di spesa: spesa per servizi sanitari a gestione diretta e spesa per prestazioni sociali. A loro volta i due capitoli di spesa sono suddivisi rispettivamente in tre e sei voci economiche. Mettendo a confronto la spesa pubblica del 2006 con quella del 1998 (nella tabella sono riportati anche i valori di spesa relativi all'anno 2002), l'incremento è stato di 42.746 milioni di euro (pari a un incremento del 75,3%, con un aumento della spesa per i servizi sanitari a gestione diretta del 70,4% e per le prestazioni sociali dell'83,0%). Inoltre, la percentuale di spesa per i servizi sanitari a gestione diretta è passata dal 62,7% al 60,9%, mentre la spesa per prestazioni sociali è passata dal 37,3% al 39,1%.

Questi dati evidenziano come l'allocazione delle risorse venga effettuata con un metodo che identifica vari settori sanitari e poi valutata separatamente, in contrasto con la realtà sociale e clinica in cui le attività considerate spesso si aggregano nello stesso soggetto o nella stessa situazione clinica o bisogno sociale, determinando l'efficacia e/o l'efficienza dell'intervento sanitario e il grado di soddisfazione del cittadino per la prestazione ricevuta.

Di fatto, le risorse destinate al Servizio Sanitario, in Italia come negli altri Paesi aderenti all'OECD, risultano non sufficienti a garantire il soddisfacimento di tutti i bisogni sanitari e sociali dei cittadini, nonostante la loro significativa crescita negli anni, docu-

Questi dati evidenziano come l'allocazione delle risorse venga effettuata con un metodo che identifica vari settori sanitari e poi valutata separatamente.

Tabella 1
Spesa pubblica per servizi e prestazioni sanitarie in Italia, per tipo e voce economica (in milioni di euro correnti)

Servizi sanitari a gestione diretta	1998	2002	2006
Servizi amministrativi ^a	2.998	3.855	4.792
Assistenza ospedaliera	25.999	33.437	43.617
Altri servizi sanitari ^b	6.607	9.335	12.353
Totale servizi	35.604	46.627	60.762
Prestazioni sociali			
Farmaci	6.628	11.723	12.333
Assistenza medica generica	3.485	4.613	6.066
Assistenza medica specialistica	3.003	2.569	3.468
Assistenza ospedaliera case di cura private	4.331	6.298	8.679
Assistenza protesica e biotermale	3.143	3.612	4.211
Altra assistenza	579	2.448	4.000
Totale prestazioni	21.169	31.263	38.757
Totale servizi sanitari a gestione diretta + prestazioni sociali	56.773	77.890	99.519

^a Spesa per il personale e consumi intermedi.
^b Prevenzione, profilassi e vigilanza igienica, distribuzione sangue e trasporto malati, consultori familiari e altri servizi sanitari.

Fonte: ISTAT, Contabilità nazionale.

mentata dall'incremento rispetto al PIL. Quale debba essere l'entità degli investimenti in sanità è sicuramente un problema di alta complessità, che richiede un'analisi approfondita da molti punti di vista e una programmazione che tenga conto della sostenibilità economica degli obiettivi di salute che si vogliono raggiungere.

È comunque interessante segnalare che recenti studi hanno evidenziato l'importanza di effettuare investimenti per migliorare lo stato di salute della popolazione come strumento per promuovere lo sviluppo economico: se l'obiettivo dell'economia è ottimizzare il benessere sociale e non solo produrre merci e servizi, poiché un migliore stato di salute è una componente del benessere sociale, il suo valore dovrebbe essere incluso nelle valutazioni del progresso economico [1,2].

Evoluzione dei sistemi sanitari

Le trasformazioni avvenute nei sistemi sanitari negli ultimi decenni in ogni parte del mondo sono state paragonate a un'epidemia planetaria [3]. Ciò che ha portato Paesi fra loro diversi, a livello sia di sviluppo economico sia di organizzazione sociale, a ristrutturare i rispettivi sistemi sanitari è stata la necessità di far fronte al cospicuo incremento dei costi della sanità conseguente all'estensione del diritto di accesso ai servizi sanitari a un numero crescente di individui, al progressivo invecchiamento della popolazione con il prevalere delle patologie cronico-degenerative sulle patologie acute [4,5], all'introduzione di nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche con allargamento delle indicazioni al loro uso.

Di conseguenza, in un sistema sanitario in cui l'entità delle risorse è "limitata" e il principio di equità è considerato determinante per l'accesso alle prestazioni sanitarie, la presenza di meccanismi di valutazione dell'appropriata allocazione delle risorse, ovvero il porre in relazione le risorse con le necessità sanitarie della popolazione e con i risultati ottenuti attraverso il loro impiego, è essenziale.

L'evoluzione dei sistemi sanitari ha evidenziato profonde analogie tra i diversi Paesi del mondo occidentale e può essere schematizzata in tre fasi [6]:

- *l'era dell'espansione*, caratterizzata dalla crescita dei finanziamenti al sistema salute, dall'incremento del numero di medici e altri operatori sanitari, dalla costruzione di nuovi ospedali, dall'introduzione di nuove tecnologie, dallo sviluppo della medicina specialistica e dalla pianificazione di programmi pubblici di assistenza sanitaria;
- *l'era del contenimento dei costi*, caratterizzata da azioni finalizzate al controllo della spesa sanitaria. I due aspetti più rilevanti sono stati l'introduzione dei sistemi di remunerazione a tariffa e la gestione della sanità secondo logica di azienda;
- *l'era della misurazione e della valutazione*, nella quale l'obiettivo non è un cieco contenimento della spesa, ma il raggiungimento di risultati di salute predefiniti, compatibili con le risorse disponibili.

La gestione sanitaria basata sulla misurazione e valutazione degli interventi a supporto dell'attività decisionale è considerata uno strumento idoneo per cercare di risolvere i problemi che hanno afflitto le precedenti fasi dell'evoluzione sanitaria [7,8].

Questa metodologia si dovrebbe concretizzare nella valutazione delle prestazioni assistenziali e, sulla base degli esiti raggiunti, nella discussione dell'allocazione delle risorse [9-11].

La gestione sanitaria basata sulla misurazione e valutazione degli interventi a supporto dell'attività decisionale è considerata uno strumento idoneo per cercare di risolvere i problemi che hanno afflitto le precedenti fasi dell'evoluzione sanitaria.

Evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano

Fino al 1978, l'assistenza sanitaria in Italia era garantita da un sistema mutualistico formato da enti diversi, ognuno dei quali era caratterizzato da un proprio ordinamento. Tale sistema non garantiva il diritto soggettivo alla salute, aveva una scarsa sostenibilità finanziaria e presentava importanti criticità gestionali.

Il SSN è stato istituito nel 1978 (Legge 23 dicembre 1978, n. 833, *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*). La struttura formale del nuovo ordinamento prevedeva l'articolazione in tre livelli: lo Stato, le Regioni e le Unità Sanitarie Locali (USL). In sintesi, il SSN si caratterizzava per la centralizzazione delle attività nevralgiche – pianificazione sanitaria e finanziamento del sistema – e per la localizzazione periferica delle attività operative. Nel primo periodo di applicazione, anni Ottanta e inizio anni Novanta, si

sono evidenziati alcuni limiti del nuovo apparato, fra cui i criteri di ripartizione dei fondi destinati dallo Stato alle Regioni e da queste alle USL, l'assenza di una chiara definizione dei livelli di responsabilità tra funzione centrale e regionale, e l'indebitamento della finanza pubblica, che ha aggravato i problemi della gestione sanitaria giustificando la messa in opera di correttivi indirizzati sia all'incremento delle entrate (compartecipazione degli utenti alla spesa farmaceutica, riduzione delle agevolazioni fiscali ecc.) sia al contenimento delle uscite (riduzione dei posti letto, blocco delle assunzioni ecc.). La successiva riforma è stata attuata nel 1992 con l'emanazione del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 (*Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421*), successivamente modificato e integrato dal D.Lgs 7 dicembre 1993, n. 517. Questo ordinamento, noto anche come "riforma della riforma", aveva come obiettivo principale il concetto di sostenibilità economica del sistema e orientava a una gestione finanziaria (aziendalizzazione) potenzialmente capace di ridurre gli sprechi, minimizzare i costi e massimizzare i risultati. Ne sono esempi: la separazione fra chi domanda e chi offre le prestazioni assistenziali; la fissazione di un prezzo di mercato (tariffa) a cui le prestazioni vengono scambiate; la responsabilizzazione delle Regioni alla copertura del proprio fabbisogno sanitario qualora eccedesse il finanziamento; la responsabilizzazione delle Aziende Sanitarie al risultato economico di gestione; la decentralizzazione verso le autonomie regionali di competenze direzionali e fiscali.

Nell'applicazione pratica, tuttavia, la riforma ha presentato alcuni problemi, fra cui il modello generale di organizzazione del SSN e il rapporto fra Stato e Regioni.

Nell'applicazione pratica, tuttavia, la riforma ha presentato alcuni problemi, fra cui il modello generale di organizzazione del SSN e il rapporto fra Stato e Regioni. Nel 1999 è stato approvato con D.Lgs 19 giugno 1999, n. 229 (*Razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale*) un nuovo ordinamento per la "razionalizzazione del SSN", noto come "terza riforma del SSN". La definitiva razionalizzazione del SSN, la definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociale come garanzia di un trattamento uniforme e certo per tutti nel rispetto delle compatibilità economiche, il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi, in base al quale le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta dalle evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio, il sistema di accreditamento, il bilanciamento fra autonomia centrale e locale, la suddivisione delle prestazioni in relazione all'onere finanziario sono alcuni dei temi cruciali della riforma.

Allo stato attuale, l'evoluzione legislativa ha portato a una regionalizzazione della sanità così caratterizzata:

- *dal punto di vista politico*, le Regioni sono diventate responsabili dell'attuazione di una politica sanitaria strutturata in linea con le direttive fissate dal Piano Sanitario Nazionale;
- *dal punto di vista istituzionale*, alle Regioni sono state trasferite le competenze per la definizione sia del numero di Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere sia del modello organizzativo e remunerativo di riferimento;
- *dal punto di vista organizzativo*, le Regioni sono quindi responsabili della definizione, dell'implementazione e del controllo del funzionamento delle strutture sanitarie del loro territorio, soggetti con propria personalità giuridica;
- *dal punto di vista dell'aziendalizzazione*, si ha una direzione generale fondata su un'unica persona, scelta dalla Regione e ad essa legata da un contratto di diritto privato a durata determinata, con la possibilità di scegliere i propri collaboratori, in particolare il direttore sanitario e il direttore amministrativo;
- *dal punto di vista finanziario*, le Regioni sono state rese responsabili per la spesa eccedente il finanziamento centrale e spettano a loro l'eventuale reperimento delle risorse finanziarie mancanti e la definizione sia delle tariffe di remunerazione delle prestazioni sanitarie sia dei criteri di ponderazione della quota capitaria.

Le profonde innovazioni strutturali e gestionali apportate alla normativa in materia di sanità non sono state in grado di generare tutti i benefici attesi, in quanto non sono di per sé sufficienti a migliorare i livelli qualitativo e quantitativo dei servizi di cura per la salute. Tale miglioramento, infatti, non è solo funzione della redistribuzione delle competenze giuridico-amministrative fra enti, né del controllo sociale sulla gestione dei servizi sanitari, ma deve essere frutto di un processo di responsabilizzazione dei dirigenti

su ruoli e obiettivi precisi di gestione, condivisi ed espressi in termini sia di obiettivi sia di costi. Quest'ultima distinzione, che può apparire sorprendente in un ambito aziendale "convenzionale", lo è molto meno nel contesto sanitario, nel quale l'estrema variabilità (per non dire unicità) delle casistiche e le rilevanti asimmetrie informative non consentono di associare facilmente e univocamente i due indicatori di gestione.

Allocazione delle risorse

Non entrando nel merito di come venga definita da parte dello Stato la percentuale di PIL da destinare al finanziamento dei servizi sanitari, né delle modalità del contributo finanziario richiesto ai cittadini, la destinazione dei fondi (nazionali o regionali) alle Aziende Sanitarie Locali, che si pongono come il soggetto centrale del governo clinico, avviene attraverso un sistema di remunerazione a tariffa.

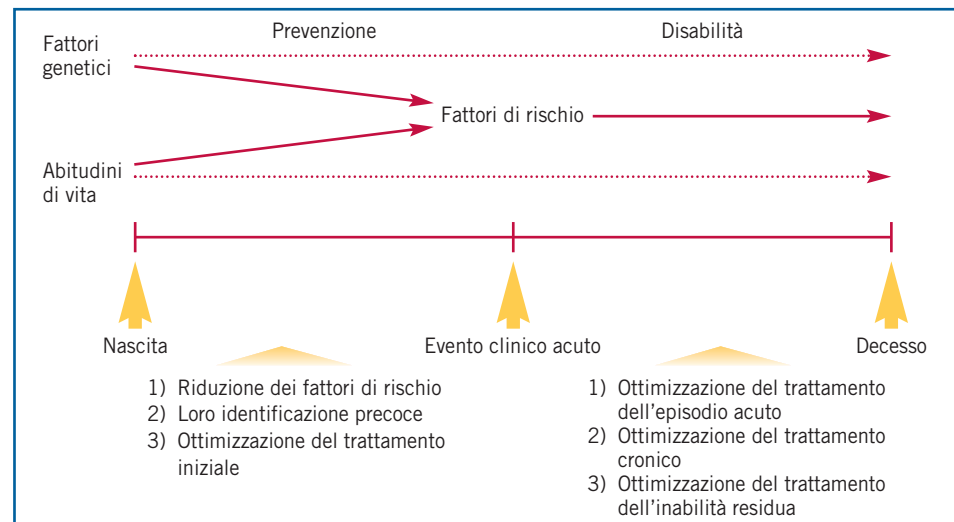
La normativa (art. 2-*sexies*, lettera d, D.Lgs 299/99) stabilisce che le Aziende Sanitarie vengano finanziate dalla Regione sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle seguenti caratteristiche:

- *demografiche* (densità e struttura della popolazione);
- *geografiche* (struttura del territorio);
- *condizioni socioeconomiche* (reddito, disoccupazione, affollamento alloggi);
- *caratteristiche dell'offerta* (posti letto, università o istituti a carattere scientifico, efficienza delle strutture);
- *stato di salute* (tasso standardizzato di mortalità, mortalità infantile e perinatale).

Il limite del criterio allocativo capitario è imputabile a fattori non facilmente definibili in relazione all'assorbimento delle risorse (stato dell'offerta dei servizi in termini quantitativi e qualitativi, eterogeneità delle manifestazioni cliniche, variabilità dei comportamenti professionali ecc.).

L'ottimizzazione dell'uso delle risorse per il singolo paziente, e di conseguenza per la popolazione, richiede che a un approccio gestionale di tipo allocativo verticale si associ un approccio fondato su una gestione orizzontale dei processi sanitari, al fine di realizzare una gestione integrata della salute. Accanto, quindi, al criterio di tipo verticale che si esplica attraverso l'impatto che i processi politici e allocativi esercitano sull'attività di produzione di prestazioni sanitarie in termini di organizzazione, capacità, incentivazione alla qualità ecc., è indicato inserire un criterio di tipo longitudinale che si esplica lungo il percorso del paziente, in funzione della qualità e della quantità delle prestazioni erogate, dell'integrazione e del coordinamento esistenti tra i diversi operatori che intervengono in ciascun momento del percorso. Si tratta, pertanto, di una descrizione semplificata e standardizzata di "momenti di intervento dell'assistenza sanitaria" che si articolano nelle fasi di prevenzione, diagnosi, cura (domiciliare e ospedaliera) e lungodegenza/riabilitazione (**Fig. 3**).

Figura 3
Percorso del paziente:
fase di prevenzione del primo
evento di morbidità con tre
momenti di intervento;
fase di disabilità, nella quale
si inseriscono tre momenti
di intervento



La prevalenza di logiche di gestione verticali e orientate al breve termine non deve indurre a pensare che non esista una tendenza verso un approccio strategico longitudinale e orientato al medio-lungo termine.

In realtà, il percorso del paziente non costituisce una struttura di flusso univoca. In altri termini, sebbene esso rappresenti un percorso logico e completo, il modo in cui il paziente lo attraversa può essere totalmente diverso, e nella maggior parte dei casi lo è. In relazione alla patologia trattata e al modo di interagire del paziente con il sistema sanitario, possiamo avere pazienti che entrano direttamente, per esempio, nell'ambito della cura ospedaliera (emergenza), o che inizialmente vengono gestiti direttamente dal medico di medicina generale, che rappresenta la prima tappa di un percorso terapeutico potenzialmente più articolato.

La prevalenza di logiche di gestione verticali e orientate al breve termine non deve indurre a pensare che non esista una tendenza verso un approccio strategico longitudinale e orientato al medio-lungo termine. I diversi piani strategici di attività (Piano Sanitario Nazionale, Piani Regionali, vari piani attuativi locali) contengono tutti orientamenti improntati a una gestione integrata e a lungo termine di numerose "priorità sanitarie", nazionali o locali. Nella stessa logica, sono sempre più frequenti le iniziative locali (a livello regionale o a livello di Azienda Sanitaria Locale) destinate a migliorare la gestione orizzontale di determinati stati patologici individuati come prioritari (con il coinvolgimento dei diversi attori del percorso del paziente tipo), o a favorire l'integrazione tra l'attività sociale e l'attività sanitaria. Tuttavia, tali iniziative rimangono verosimilmente isolate, in quanto la diffusione di vere e proprie "strategie della salute" orizzontali/trasversali integrate si scontra con due ostacoli maggiori.

- Da un lato, la *mancaza di strutturazione dell'informazione*: una gestione trasversale delle patologie che si articolano lungo le diverse fasi del percorso del paziente (tipicamente le patologie cronico-degenerative) necessita di supporti informativi che permettano di condividere in maniera immediata e selettiva le informazioni sul paziente. Malgrado il valore dell'informazione sia stato sottolineato da tempo [12-14], e malgrado le recenti iniziative intraprese al fine di favorire sia la diffusione e condivisione dell'informazione (per esempio, le tessere magnetiche) sia la disponibilità di archivi e banche dati di notevole importanza all'interno delle strutture sanitarie, permangono forti lacune nell'archiviazione e diffusione fra strutture e operatori dei dati (patologici e non) del paziente.
- A fianco di tale aspetto definibile come "strutturale", è riscontrabile un ostacolo di tipo "politico", ovvero la *mancaza di incentivi che inducano gli operatori a impegnarsi in programmi di gestione sanitaria trasversali*; in particolare, esiste un forte conflitto tra l'orientamento prevalentemente a breve termine dell'attività e dei sistemi di responsabilizzazione, e la strutturale difficoltà per i programmi trasversali a produrre risultati tangibili nel breve periodo (per i tempi necessari alla raccolta e alla strutturazione dei dati e al loro sfruttamento in termini sanitari).

Come già detto, un modello del genere potrebbe essere particolarmente indicato nella gestione delle patologie cronico-degenerative, che sono da considerarsi una vera priorità sociosanitaria. Croniche vengono definite «quelle malattie che presentano una o più delle seguenti caratteristiche: sono permanenti, causano e lasciano un'invalidità residua, sono causate da alterazioni patologiche non reversibili, richiedono un addestramento specifico del paziente per la riabilitazione, o possono richiedere un lungo periodo di osservazione, gestione e/o cura» [15]. I motivi che rendono le patologie croniche un elemento di estrema rilevanza per i gestori della sanità sono numerosi.

- L'*elevata prevalenza*: sono spesso correlate all'età e quindi determinate dal progressivo invecchiamento della popolazione.
- La *caratteristica di cronicità*: una volta comparse si mantengono e tendono ad aggravarsi nel tempo.
- La *frequente associazione con stili di vita non corretti*: vita sedentaria, errate abitudini alimentari, abitudine al fumo ecc.
- Il *coinvolgimento di tutti i livelli assistenziali*: dalla medicina del territorio (distretto) fino alla medicina ospedaliera e riabilitativa. Inoltre la mancanza, a volte, di integrazione fra i diversi livelli assistenziali comporta sovrapposizioni di interventi con possibile esecuzione di accertamenti non finalizzati all'esito del paziente e di trattamenti inappropriati.
- L'*impatto sulla qualità di vita*: possono indurre disabilità anche molto gravi, e quindi interferire in varia misura con la capacità lavorativa e la vita relazionale dei pazienti.

La maggioranza delle strutture sanitarie supporta la propria attività decisionale attraverso l'utilizzo di archivi amministrativi preposti alla misurazione degli interventi eseguiti.

- La *disponibilità di soluzioni terapeutiche efficaci* : sono necessari però trattamenti farmacologici di lungo periodo per ottenere sia l'efficacia clinica sia la costo-efficacia, con risultati a volte inferiori alle aspettative sia per una non corretta gestione del trattamento da parte del medico curante sia per la non appropriata aderenza al trattamento da parte dei pazienti.
- I *costi*: il trattamento farmacologico induce significativi costi diretti rappresentando un rilevante capitolo di spesa (**Tab. 1**), ma il giudizio economico andrebbe formulato valutando l'allocazione delle risorse in relazione ai costi evitati dalla riduzione della morbilità.
- La *gestione*: dal punto di vista del governo clinico in generale, la relativa brevità dei singoli mandati dei direttori generali, la contabilità per anno di esercizio, la valutazione del consumo di risorse per voce di costo (farmaci, ricoveri, riabilitazione ecc.) e non per paziente (o per gruppi di pazienti in relazione alle diverse patologie) inducono valutazioni finanziarie finalizzate alla determinazione dei volumi di spesa, e non economiche, orientate alla valutazione dei risultati ottenuti in relazione alle risorse impiegate.

La maggioranza delle strutture sanitarie supporta la propria attività decisionale attraverso l'utilizzo di archivi amministrativi preposti alla misurazione degli interventi eseguiti (per esempio, ricoveri per abitante) e alla contabilizzazione dei fattori di produzione impiegati (per esempio, spesa farmaceutica). Questi strumenti, pur contribuendo alla gestione finanziaria e amministrativa, risultano inadeguati per una valutazione dell'attività assistenziale in funzione dei propri obiettivi (qualità delle prestazioni e accessibilità del servizio) poiché non consentono di ricondurre lo stato di salute della popolazione assistita alle risorse investite per la prevenzione e il trattamento delle malattie. In altre parole, l'assenza di un sistema di attribuzione al paziente degli interventi (prescrizioni farmaceutiche) e delle risorse (spesa farmaceutica) impedisce di associare l'attività assistenziale agli esiti ottenuti (ricoveri ospedalieri) e, conseguentemente, condiziona la possibilità di effettuare una valutazione di appropriatezza dell'allocazione delle risorse, di efficienza dell'attività condotta e di correzione dei processi assistenziali sulla base dei risultati conseguiti. La diffusione di una cultura "trasversale" della salute presenta molteplici benefici per il paziente-cliente:

- tale approccio *pone il paziente al centro dei processi sanitari*. Non è in effetti concepibile parlare di programmi di gestione trasversali della salute senza che questi siano fondati su una dettagliata analisi della popolazione relativamente alle caratteristiche patologiche considerate. Tale approccio induce un'immediata maggiore attenzione sul soggetto "paziente", anche potenziale, con probabili ricadute indirette positive nei momenti specifici di interazione con il sistema sanitario e anche con strutture al di fuori di esso;
- una cultura trasversale della salute consente di *integrare nel momento specificamente "sanitario" i momenti sociali* che costituiscono il sottofondo dell'evoluzione patologica, favorendo così lo sviluppo di attività preventive, a monte, e di gestione della lungodegenza, a valle, integrate con il momento della cura.

L'ultimo elemento che si vuole qui porre in risalto è l'effetto positivo, in termini di efficacia nell'attività corrente, di una maggiore comunicazione e integrazione tra i vari attori sanitari coinvolti in programmi trasversali. L'aziendalizzazione ha reso le relazioni fra direttori generali e clinici non sempre ottimali. Un'attività sanitaria equa ed efficiente in una realtà di risorse limitate dovrebbe indurre i medici a prestare attenzione nell'uso di risorse per il singolo paziente e a considerare le problematiche di popolazione, e i direttori generali a prestare attenzione al singolo paziente e agli esiti clinici, per operare insieme scelte motivate e appropriate per la domanda di salute. La presenza di una solida base conoscitiva dei bisogni della popolazione e dei risultati ottenuti con le risorse investite nell'ambito di un'Azienda Sanitaria potrebbe facilitare il dialogo, partendo dall'entità del budget e dalla sua allocazione nei vari servizi e valutando, alla luce delle priorità epidemiologiche ma anche dell'esperienza operativa locale dei vari professionisti attivi nei diversi servizi, quali benefici sanitari misurabili si possano conseguire aumentando, mantenendo, riducendo o riallocando le risorse disponibili nei servizi che compongono la struttura e l'organizzazione di un Servizio Sanitario (o eventualmente in nuovi servizi che devono essere resi operativi) [16,17].

Conclusioni

La ricerca del bilanciamento fra uno sviluppo ulteriore del SSN, che necessariamente comporta l'allargamento dei suoi obiettivi, e la contestuale esigenza di alleggerire l'onere finanziario che esso determina nel contesto macroeconomico nazionale appare quanto mai complessa e comporta scelte politiche difficili e controverse. Il cuore del problema, quindi, non consiste esclusivamente nella formula organizzativa e/o di remunerazione delle prestazioni, se non nella misura in cui la struttura influenza il comportamento e le logiche con cui il sistema viene gestito.

L'ottica vincente nella gestione dei processi di generazione del valore in sanità è strettamente connaturata a competenze e informazioni in grado di valutare il *trade off* fra diverse tipologie possibili di tecnologie sanitarie. La corretta valutazione del fabbisogno e lo spostamento delle risorse sulle fasi più efficaci del processo di generazione del valore non possono che basarsi su una profonda conoscenza delle esigenze della popolazione e degli esiti sanitari.

Bibliografia

- [1] Nordhouse W. The health of nations: the contribution of improved health to living standard. In: Moss M (ed). The measurement of economic and social performance. New York, NY: Columbia University Press for National Bureau of Economic Research, 2003.
- [2] Suhrcke M, McKee M, Sauto Arce R, Tselos S, Mortensen J. The contribution of health to the economy in the European Union. Brussels: European Commission, 2005.
- [3] Klein R. Big bang health care reform – does it work? The case of Britain's 1991 National Health Service reforms. *Milbank Q* 1995;73(3):299-337.
- [4] Linder FE, Grove RD. Vital statistic rates in the United States 1900-1940. Washington, DC: US Government Printing Office, 1943.
- [5] Peters KD, Kochanek KD, Murphy SL. Deaths: final data for 1996. *Natl Vital Stat Rep* 1998;47(9):1-100.
- [6] Relman AS. Assessment and accountability: the third revolution in medical care. *N Engl J Med* 1988;319(18):1220-2.
- [7] Epstein RS, Sherwood LM. From outcomes research to disease management: a guide for the perplexed. *Ann Intern Med* 1996; 124(9):832-7.
- [8] Roper WL, Winkenwerder W, Hackbarth GM, Krakauer H. Effectiveness in health care. An initiative to evaluate and improve medical practice. *N Engl J Med* 1988;319(18):1197-202.
- [9] Delamothe T. Using outcomes research in clinical practice. *BMJ* 1994;308(6944):1583-4.
- [10] Wennberg JE. Outcomes research, cost containment, and the fear of health care rationing. *N Engl J Med* 1990;323(17):1202-4.
- [11] Ellwood PM. Shattuck lecture – outcomes management. A technology of patient experience. *N Engl J Med* 1988;318(23): 1549-56.
- [12] Black N. Developing high quality clinical databases. *BMJ* 1997;315(7105):381-2.
- [13] Black N, Payne M. Improving the use of clinical databases. *BMJ* 2002;324(7347):1194.
- [14] Black N. High-quality clinical databases: breaking down barriers. *Lancet* 1999;353(9160):1205-6.
- [15] Dictionary of health services management. 2nd Ed. Owing Mills, MD: National Health Publishing, 1982.
- [16] Mitton C, Peacock S, Donaldson C, Bate A. Using PBMA in health care priority setting: description, challenges and experience. *Appl Health Econ Health Policy* 2003;2(3):121-7.
- [17] Ruta D, Mitton C, Bate A, Donaldson C. Programme budgeting and marginal analysis: bridging the divide between doctors and managers. *BMJ* 2005;330(7506):1501-3.