

IL PRIORITY SETTING IN SANITA'

UNO STRUMENTO DI SUPPORTO DECISIONALE PER IL MEDICO DIRIGENTE

IL PRIORITY SETTING: IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

- IL PROBLEMA E' GLOBALE !
 - NELLA MAGGIOR PARTE DEI PAESI L'ASSISTENZA SANITARIA E' GESTITA DA ORGANIZZAZIONI CHE HANNO LA RESPONSABILITA' DI SODDISFARE NEL MIGLIOR MODO POSSIBILE (CON I FINANZIAMENTI DI CUI DISPONGONO) I BISOGNI DI SALUTE
 - TEMA CENTRALE: LA SCARSITA' DELLE RISORSE !
- QUALI INTERVENTI E SERVIZI FINANZIARE/EROGARE ?

LE RISORSE SCARSE

- In sanità il problema è “normalmente” più grave di quanto non accada in altri contesti perché:
 - Le informazioni sono limitate
 - Limitato impiego degli adeguati concetti economici ed etici
 - Gli stakeholder sono differenziati ed eterogenei
 - Il comportamento delle organizzazioni non sempre è razionale
 - Rilevanti pressioni dei media ed impatto “politico” delle decisioni/scelte

LE RISORSE SCARSE

- **LA SCARSITÀ DELLE RISORSE PONE LA NECESSITÀ' DI VALUTARE LE SCELTE IN CAMPO SANITARIO.**



- **DIVENTA QUINDI NECESSARIO INDIVIDUARE CRITERI CON CUI UTILIZZARE LE RISORSE SCARSE IN MODO DA SFRUTTARLE AL MEGLIO.**

Scopo e obiettivo della giornata

- A) conoscenza dei concetti soggiacenti al tema del priority setting,
- B) analisi dei diversi approcci al tema del priority setting,
- C) analisi di casi di studio,
- D) quali problemi permangono ?

Il priority setting

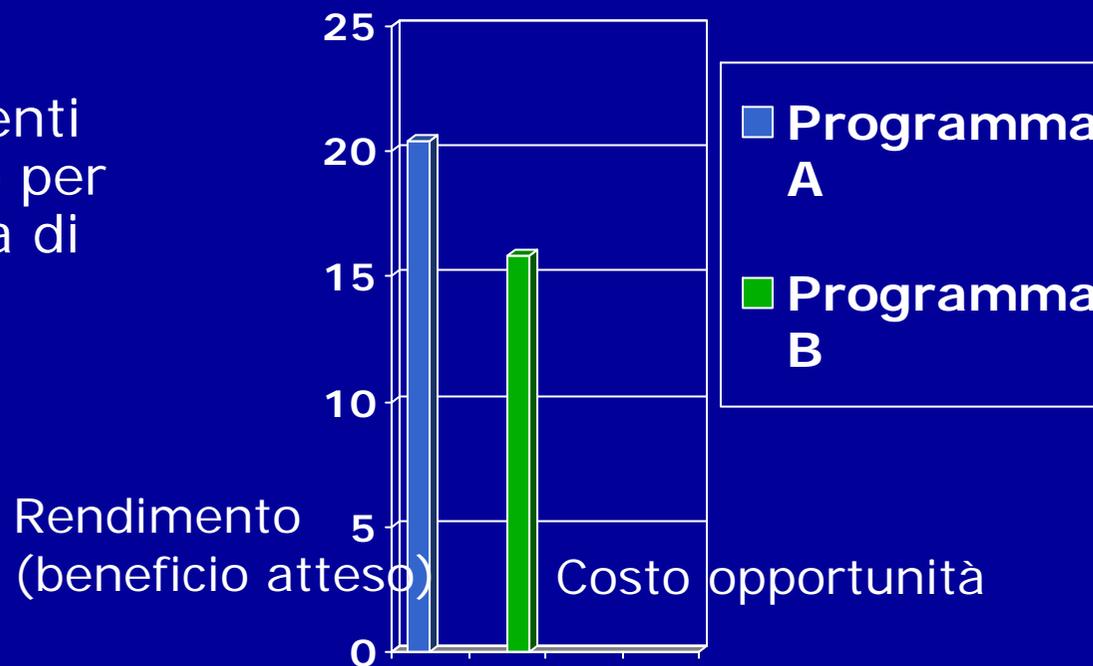
- Definizione:
 - determinazione di una scala di priorità sulla base dell'esperienza conseguita.
- Il discorso deve essere approcciato almeno secondo vari ordini di considerazioni:
 - A) Clinico sanitarie
 - B) Economiche
 - C) Etiche
 - D) Organizzative

La logica economica: i concetti di base

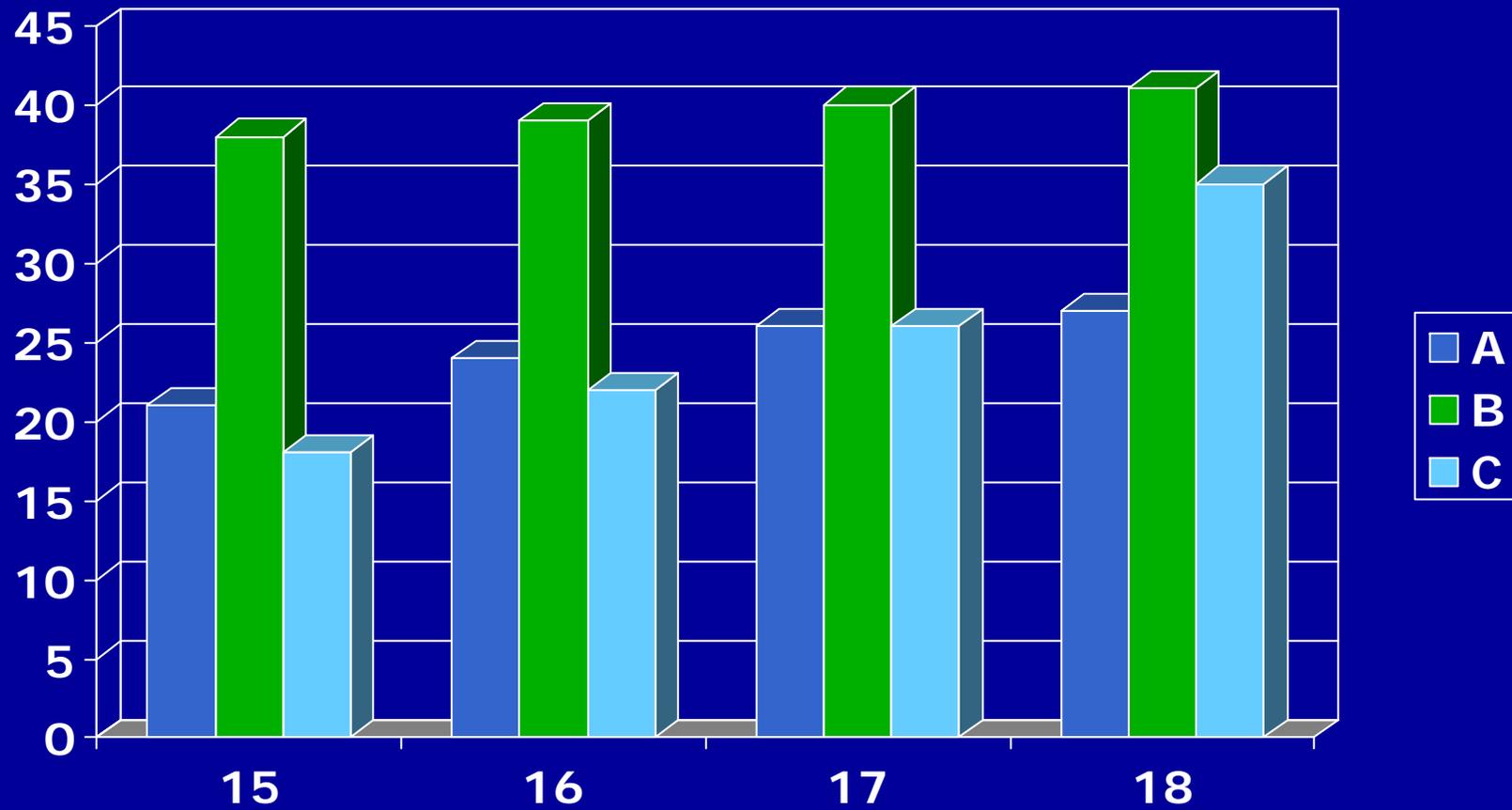
- Costo opportunità
 - Dato che le risorse sono scarse, ogni volta che si compie una scelta tra due o più alternative si rinuncia ad un beneficio perché non sono più disponibili risorse per attuare le altre opzioni. Il beneficio perduto è il costo opportunità della scelta
- Margine
 - È il beneficio guadagnato o perduto addizionando o sottraendo la stessa unità di risorse per un dato programma. Il guadagno o la perdita incrementale

Il concetto di costo opportunità

- Due programmi alternativi che producono differenti livelli di beneficio per la stessa quantità di risorse



Il concetto di margine



Il concetto di margine

- L'importanza del margine deriva dalla possibilità di modificare le situazioni in modo da migliorarle.
- Si tratta di aumentare i benefici ottenibili da risorse limitate. Ovvero di ricercare una maggiore efficacia ed efficienza

L'analisi marginale

- Con questa tecnica si parte da una particolare combinazione (mix) di servizi e si analizzano le variazioni di questo mix.
- Si valuta la possibilità di trasferire risorse per generare benefici maggiori
- Il punto non è tanto quello di introdurre/eliminare un servizio quanto quello di decidere se incrementarlo o ridurlo.
- L'esame delle variazioni al margine permette di aumentare il beneficio complessivo nell'ambito del vincolo finanziario esistente.
- L'analisi marginale riguarda l'ultima unità di produzione di due programmi. Si esaminano i costi e i benefici al margine delle diverse opzioni.

Gli scopi chiave del Priority Setting

- L'efficienza (ed efficacia)
 - Allocativa (aumento dei costi e aumento dell'outcome)
 - Tecnica (riduzione dei costi con lo stesso outcome)
- L'equità
 - Orizzontale (trattamento uguale degli uguali)
 - Verticale (trattamento equo dei disuguali)
 - Esempio quali implicazioni in termini di accessibilità connesse a servizi sanitari centralizzati ?
 - Possibili definizioni: uguaglianza di spesa pro-capite, di input pro-capite, di input a parità di bisogno, di utilizzazione a parità di bisogno, di bisogno soddisfatto, di salute. (Fonte Mooney 1986)

LA PROSPETTIVA DELL'ANALISI

L'analisi può essere condotta dal punto di vista di:

1. singolo paziente,
2. di un'azienda di servizi sanitari,
3. del SSR/N,
4. della società in generale.

- In funzione della prospettiva il giudizio su un programma/progetto di intervento può essere capovolto
- La prospettiva utilizzata influenza anche la metodologia di determinazione dei costi
- Necessità di un approccio integrato e multistakeholder

Il quadro degli stakeholder



LA PROSPETTIVA DELL'ANALISI

Box 1 Diverse prospettive nell'analisi

Prospettiva	Tipologie di costi
Sistema sanitario	Servizi ospedalieri, test diagnostici, farmaci, visite mediche ambulatoriali
Servizi sociali	Assistenza sociale domiciliare, strutture per anziani
Sistema giudiziario	Costi giudiziari per pazienti psicotici o tossicodipendenti
Delle famiglie	Spese dirette per servizi sanitari e ad altri beni per l'assistenza della persona malata; perdita di lavoro e di produttività
Sociale	Qualsiasi costo sopportato all'interno della società (somma delle precedenti prospettive)

L'OGGETTO DELL'ANALISI

I COSTI E LE CONSEGUENZE (BENEFICI)
DEI PROGRAMMI E DEI SERVIZI CHE SI
INTENDONO VALUTARE.

L'OGGETTO DELL'ANALISI

Analisi economica

=

Analisi comparativa in termini di costi e conseguenze delle azioni generate da scelte alternative in Sanità



Adozione del farmaco x
versus farmaco y



Ricovero *versus* programma
di assistenza domiciliare



Scelta tra strumenti
diagnostici alternativi
(es. TAC *versus* RM)

LE CONSEGUENZE

DUE CATEGORIE DI CONSEGUENZE:

***A) VARIAZIONI NELLE CONDIZIONI
FUNZIONALI DEI SOGGETTI O
CONSEGUENZE "FISICHE" (EFFICACIA)***

Variazioni nelle funzioni organiche, sociali e psicologiche dei soggetti, indotte dal programma oggetto dell'analisi.

- * anni di vita guadagnati grazie al farmaco oncologico oggetto d'analisi;**
- * numero di morti evitate grazie al programma di prevenzione oggetto d'analisi;**
- * numero di giorni liberi da malattia grazie alla terapia anti-asma oggetto d'analisi.**

LE CONSEGUENZE

DUE CATEGORIE DI CONSEGUENZE:

- b) VARIAZIONI NELLA QUALITÀ DELLA VITA.***
beneficio espresso in termini di miglioramento della qualità della vita, percepito dal paziente e/o dai suoi familiari e attribuibile al programma sanitario oggetto d'analisi.
La misurazione non è agevole. E' necessario rilevare le preferenze dei singoli individui rispetto a scenari che implicano livelli di qualità della vita differenti per loro.

I COSTI

Costi diretti e perdite di produttività negli studi di valutazione economica

Costi diretti sanitari	Prestazioni di diagnostica strumentale Esami di laboratori Visite specialistiche Terapie farmacologiche Degenza ospedaliera Prestazioni riabilitative
Costi diretti non sanitari	Trasporti Diete particolari Servizi sociali Costi giudiziari
Perdite di produttività	Tempo di lavoro perso dal paziente a causa della malattia

Una prima applicazione: la matrice costo efficacia

Efficacia decrescente

	1	2	3
A	SI	SI	?
B	SI	Indifferente	NO
C	?	NO	NO

Legenda: 1 = maggiore outcome
2 = outcome invariato
3 = minore outcome

Legenda: A = riduzione dei costi
B = invarianza dei costi
C = incremento dei costi

Caratteristiche degli approcci al Priority Setting

- Equità ed efficienza
- Apertura e trasparenza
- Coinvolgimento degli stakeholder
- Basati sull'evidenza e sulle priorità locali e di sistema

Alcuni casi di studio

Analisi marginale di un solo programma

Il caso del sesto test sulle feci – un classico dell'economia sanitaria metà anni '70

I costi totali e medi connessi all'effettuazione del test

Numero di test	Casi totali identificati	Costi totali (dollari USA)	Costi medi (dollari USA)
1	65,9	77.511	1.175
2	71,4	107.690	1.507
3	71,90	130.199	1.811
4	71,93	148.116	2.059
5	71,94	163.141	2.268
6	71,94	176.331	2.451

Alcuni casi di studio

Analisi marginale di un solo programma

Il caso del sixth stool guaiac

I costi ed i benefici marginali all'effettuazione del test

Numero di test	Benefici marginali (Casi identificati)	Costi Marginali (dollari USA)	Rapporto Costi/benefici
1	65,9	77.511	1.175
2	5,4	30.179	5,492
3	0,458	22.509	49.150
4	0,0382	17.917	469.534
5	0,0032	15.024	4.724.695
6	0,0003	13.190	47.107.214

Alcuni casi di studio

Analisi marginale di due programmi

Allocazione di risorse tra due sottoprogrammi

Nell'ambito di un programma di trattamento sanitario

I dati relativi al programma A

Unita'	Costi marginali (dollari USA)	Costi Totali (dollari USA)	Benefici Marginali (dollari USA)	Benefici totali (dollari USA)
1	10	10	35	35
2	10	20	30	65
3	10	30	25	90
4	10	40	20	110
5	10	50	15	125
6	10	60	10	135
7	10	70	5	140
8	10	80	0	140

Alcuni casi di studio

Analisi marginale di due programmi
Allocazione di risorse tra due sottoprogrammi
Nell'ambito di un programma di trattamento sanitario

I dati relativi al programma B

Unita'	Costi marginali (dollari USA)	Costi Totali (dollari USA)	Benefici Marginali (dollari USA)	Benefici totali (dollari USA)
1	20	20	60	60
2	20	40	50	110
3	20	60	40	150
4	20	80	30	180
5	20	100	20	200
6	20	120	10	210
7	20	140	0	210
8	20	160	0	210

Alcuni casi di studio

Analisi marginale di due programmi

Allocazione di risorse tra due sottoprogrammi

Nell'ambito di un programma di trattamento sanitario

Come allochiamo un budget complessivamente pari a 100 tra i due programmi ?

Alcuni casi di studio

Analisi marginale di due programmi

Allocazione di risorse tra due sottoprogrammi

Nell'ambito di un programma di trattamento sanitario

Sottoprogramma A		Sottoprogramma B		Programma totale	
Unita'	Beneficio (dollari USA)	Unita'	Beneficio (dollari USA)	Costo Totale	BeneficioTot ale
8	140	1	60	100	200
6	135	2	110	100	245
4	110	3	150	100	260
2	65	4	180	100	245
0	0	5	200	100	200

LE TECNICHE NON ECONOMICHE

Allocazione storica

Aggiustata in base a predefiniti parametri ed esigenze finanziarie
Approccio condizionato in modo forte da aspetti politici e di
consenso

Valutazione dei bisogni

Approccio più strettamente clinico

Definizione del core service

Molti esempi nei contesti anglosassoni (NZL e UK)

Si definisce un set di servizi finanziati con soldi pubblici per gli altri

Si responsabilizzano i cittadini

LE TECNICHE ECONOMICHE

ANALISI COSTI - EFFICACIA (ACE)

ANALISI COSTI - UTILITÀ (ACU)

ANALISI COSTI - BENEFICI (ACB)

PBMA (Programme Budgeting and Marginal Analysis)

LE TECNICHE

ANALISI COSTI-EFFICACIA

Confronta due programmi di azione alternativi caratterizzati per un livello di efficacia esprimibile con la stessa unità di misura (es. anni di vita guadagnati) e da diversi livelli di efficacia.

Nell'ACE l'effetto considerato viene misurato in unità fisiche (es. anni di vita guadagnati, giorni di malattia evitati, numero di casi diagnosticati).

LE TECNICHE

ANALISI COSTI-EFFICACIA

Esempi di misure di efficacia

Fonte dello studio	Ambito clinico	Misura dell'efficacia
Logan et al. (1981)	Trattamento dell'ipertensione	Riduzione della pressione del sangue in mmHg
Schulman et al. (1980)	Trattamento dell'ipercolesterolemia	Riduzione percentuale del colesterolo
Hull et al. (1981)	Diagnosi della tromboflebite venosa	Casi di tromboflebite scoperti
Sculpher e Buxton (1993)	Asma	Giorni liberi da episodi
Mark et al. (1995)	Trombolisi	Anni di vita guadagnati

LE TECNICHE

ANALISI COSTI-EFFICACIA

IL RAPPORTO COSTI-EFFICACIA

Confronto tra due programmi alternativi

Casi	Costo	Efficacia	Soluzioni
1	$B > A$	$B < A$	B dominato
2	$B < A$	$B > A$	B cost saving
3	$B > A$	$B > A$	C/E ratios
4	$B < A$	$B < A$	C/E ratios

LE TECNICHE

ANALISI COSTI-EFFICACIA

CASO 2: "COST SAVING"

SI PENSI, AD ESEMPIO, AD UN PROGRAMMA DI ASSISTENZA DOMICILARE (B) CHE COMPORTI MINORI COSTI RISPETTO ALLA DEGENZA OSPEDALIERA (A) E CHE RIESCA, ALLO STESSO TEMPO, A RAGGIUNGERE LIVELLI DI EFFICIENZA MAGGIORI.

CASO 3 e 4: Cost/effectiveness ratios

SI PENSI, AD ESEMPIO, AD UNA NUOVA STRATEGIA PER LA DIAGNOSI DEI TUMORI (B) CHE COMPORTI DA UN LATO MAGGIORI COSTI, E CONSENTA, DALL'ALTRO, DI OTTENERE UNA DIAGNOSI PIÙ PRECISA RISPETTO ALLA STRATEGIA "TRADIZIONALE" (A). IN QUESTO CASO IL RISULTATO DEL CONFRONTO NON È IMMEDIATO.

LE TECNICHE

ANALISI COSTI-UTILITA'

□ Tecnica impiegata laddove i programmi o i servizi, oggetto dell'indagine, hanno una efficacia esprimibile solo in termini di variazione nella qualità della vita.

La misura più utilizzata è un indice, il QALY (quality adjusted life years), che determina gli anni di vita guadagnati grazie al programma sanitario corretti per la qualità della vita ad essi associata.

LE TECNICHE

ANALISI COSTI-BENEFICI

□ Tecnica impiegata laddove i programmi o i servizi, oggetto dell'indagine, sono così diversi da consentire, ai fini del confronto, la sola quantificazione monetaria.

□ La metodologia può essere usata per la valutazione di programmi di natura diversa (sanitari e non sanitari) altrimenti non confrontabili.

L'INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI

PER ORIENTARSI SUL "VALORE" DA ATTRIBUIRE AL COSTO INCREMENTALE PER UNITÀ DI BENEFICIO CHE LE ANALISI CI FORNISCONO, DUE SONO LE STRADE PERCORRIBILI:

Approccio 1: IL VALORE SOGLIA

In teoria è il valore in grado di indicare quali programmi (interventi, terapie, etc.) non sono razionali da un punto di vista economico. Gli interventi che si posizionano al di sopra di questa soglia dovrebbero essere considerati eccessivamente costosi per la società perché utilizzano troppe risorse rispetto ai miglioramenti dello stato di salute che sono in grado di produrre.

L'INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI

Approccio 2: IL CONFRONTO

Negli anni '90 e '00 sono stati pubblicati migliaia di studi di analisi costi-efficacia. E' possibile confrontare i rapporti incrementali costi-efficacia di programmi diversi.

In teoria è quindi possibile ordinare diversi interventi in modo da creare una classifica (*league table* nella terminologia inglese).

LE TECNICHE

L'INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI

ESEMPIO League table

TRATTAMENTO	COSTO PER VITA SALVATA (Euro)
Installazione di pace-maker	14.000
Installazione anca artificiale	15.000
By pass arterio-coronarico (ventricolo sinistro, angina grave)	25.000
Trapianto del fegato	55.000
Dialisi domiciliare	215.000
Dialisi ospedaliera	245.000
Trattamento con eritropoietina per anemia in pazienti dializzati	650.000
Intervento neurochirurgico per interventi interni al cranio	1.200.000
Trattamento con Zidovudina in pazienti con AIDS (scenario ottimista)	45.000
Trattamento con Zidovudina in pazienti con AIDS (scenario pessimista)	430.000

Il Program Budgeting and Marginal Analysis (PBMA)

- Tecnica più recente delle tecniche tradizionali di analisi economica
- E' sperimentata da circa 25 anni
- Si tratta di un approccio al priority setting coerente con il processo decisionale sanitario
- Il punto di partenza consiste nell'esame delle modalità attuali di impiego delle risorse prima di concentrarsi sui benefici e sui costi marginali

IL PBMA

- Può essere impiegato a diversi livelli:
 - Micro: entro i programmi di assistenza sanitaria (UU.OO.)
 - Meso: tra servizi entro la stessa area di assistenza
 - Macro: tra tutti i programmi nell'ambito di una azienda di servizi sanitari

LE DOMANDE CHIAVE DEL PBMA

- Quali sono le risorse totali a disposizione ?
- Per quali servizi sono spese attualmente ?
- Quali servizi sono candidati a ricevere risorse addizionali?
- Quali sono gli spazi di recupero di risorse (a parità di benefici) nell'ambito dei servizi esistenti ?

IL PBMA

- Si basa sui medesimi concetti delle analisi economiche "classiche"
- E' però un approccio più pragmatico in linea con la matrice costo efficacia
- Se il budget è fisso si utilizza a fini decisionali il costo opportunità. Le risorse per nuovi servizi sono disponibili solo "prelevandole" da altri impieghi.
- Se il budget è incrementale le risorse aggiuntive vengono allocate alle aree sulla base dell'analisi marginale

Il processo di PBMA

1. Definire a livello aziendale lo scopo e l'ambito di applicazione del priority setting
2. Compilare una mappa delle attività e della spesa corrente
3. Costituire un advisory panel
 - Quanti componenti ?
 - Quali componenti (clinici e manager più rappresentanti esterni)
4. Esplicitare i criteri decisionali pertinenti localmente
5. Identificare le aree di:
 1. Crescita dei servizi
 2. Deallocazione di risorse a parità di output e outcome
 3. Riduzione di risorse con riduzione di output e outcome
6. Formulazione di raccomandazioni in termini di intervento e di allocazione di risorse
7. Verifica delle raccomandazioni con gli stakeholder
8. Inserimento delle raccomandazioni recepite nel processo di budgeting annuale

I PROBLEMI DEL PBMA

- Il problema organizzativo.
 - Tende ad adattarsi alle caratteristiche dell'organizzazione (fit) che lo introduce
- Il problema dei dati
- Il problema del tempo
- Il problema del disinvestimento
 - L'approccio degli esperimenti mentali da usare all'inizio dei processi di priority setting
 - Il ballottaggio segreto
 - Le interviste individuali
- Il problema della formazione del budget di programma (mappa di attività e spesa)
- Il problema della misurazione e valutazione dei benefici
 - quality, disponibilità a pagare, entrambi
- Il problema del coinvolgimento del pubblico
- Il problema del comportamento organizzativo