

# Un approccio economico al priority setting sanitario

Per ripartire le limitate risorse disponibili e per fare la cosa giusta

**I punto di partenza** per il priority setting nell'assistenza sanitaria è il riconoscimento del fatto che le risorse sono scarse per finanziare tutte le richieste, quindi si deve scegliere tra ciò che si può finanziare e ciò che non si deve finanziare. Poiché l'economia sanitaria è lo studio della scelta, è plausibile che un approccio al priority setting basato su un "modo di pensare economico" possa servire da base ragionevole per procedere e per aiutare a rispondere alle domande di cosa fare nonché di come farlo meglio per ottenere il massimo dalle risorse disponibili.

La valutazione economica comprende una serie di tecniche che permettono di misurare i costi insieme ai benefici nella valutazione dell'impatto potenziale delle prestazioni dell'assistenza sanitaria. Generalmente considerano i costi marginali e i benefici marginali e includono anche il concetto di costo-opportunità. Però, dato che questi studi richiedono tempi lunghi e sono costosi, di norma è impossibile usare la valutazione economica per informare il priority setting routinario nell'assistenza sanitaria, a parte la considerazione di interventi specifici. È probabile che sia più utile racchiuderli in un più ampio quadro di priority setting.

Un utile metodo per il priority setting che è ampiamente usato da una quarantina d'anni a livello internazionale, in particolare in Canada e Gran Bretagna, è il Pbma (*Program budgeting and marginal analysis*, elaborazione dei budget di programma e analisi marginale) che permette di basare il processo decisionale sulle migliori evidenze disponibili e di migliorare le opzioni di prestazione di servizi entro il vincolo delle risorse limitate, considerando i costi-opportunità al margine e allo stesso tempo tenendo conto delle complessità del processo decisionale sanitario. Tale metodo può essere impiegato a diversi livelli: micro (entro i programmi di assistenza sanitaria), meso (tra servizi entro la stessa area generale di assistenza sanitaria), macro (fra tutte le aree di programmi entro una singola organizzazione sanitaria). Concettualmente, la riflessione potrebbe svolgersi anche a livello di pubblica amministrazione, nella programmazione tra organizzazioni sanitarie finanziate, o anche intersettorialmente, tra dipartimenti della pubblica amministrazione quali i servizi sanitari, educativi e sociali.

## I concetti base del Pbma

Il punto di partenza del Pbma consiste nell'esaminare, ponendosi cinque domande chiave (vedi lista pag. 9), come le risorse vengano spese attualmente prima di concentrarsi sui benefici marginali e sui costi marginali delle variazioni di quella spesa.

I concetti economici alla base del Pbma sono in realtà piuttosto semplici. Il concetto iniziale è quello di costo-opportunità, che implica la comprensione del fatto che, quando si investono risorse in un'area, si perda qualche opportunità di beneficio che si ot-



**Craig Mitton**

Centre for clinical epidemiology and evaluation  
School of population and public health  
University of British Columbia, Canada

**Cam Donaldson**

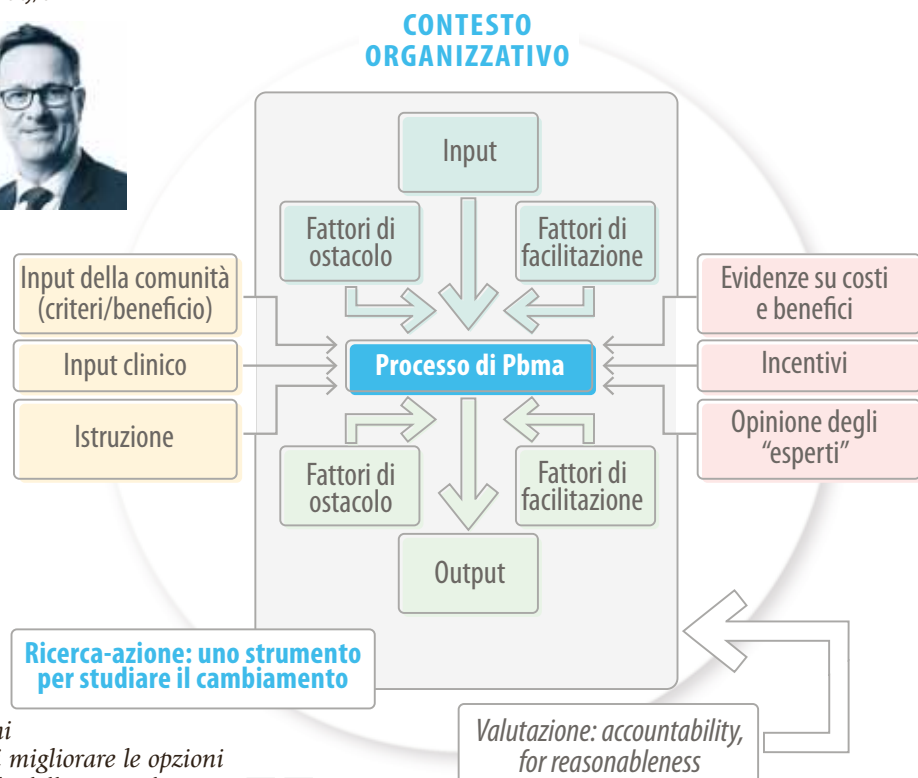
Yunus Chair in social business & health  
Glasgow Caledonian university, UK



terrebbe investendo quelle risorse altrove. Quindi nella determinazione delle priorità la chiave è misurare o ponderare i costi e i benefici derivanti dal fare una cosa a fronte del farne un'altra. L'altro concetto è quello di margine, che attiene al trasferimento di risorse o alla variazione del mix di risorse. Se il budget aumentasse, ci si potrebbe chiedere come si dovrebbero spendere nel modo migliore le risorse addizionali. Viceversa, se il budget diminuisse, si vorrebbe probabilmente prelevare risorse dalle aree che producono il beneficio minimo. Se invece il budget non aumentasse né diminuisse, ossia rimanesse invariato, resterebbe la questione se le risorse vadano riallocate in modo da aumentare il beneficio per la popolazione servita. In linea di principio, il processo di trasferimento di risorse tra le principali aree di servizi, o tra programmi entro le aree di servizi, dovrebbe essere effettuato finché non si è equalizzato il rapporto tra costo marginale e beneficio marginale di ciascuno dei servizi o dei programmi. In pratica, è improbabile che questo trasferimento sia fondamentale per la sopravvivenza a lungo termine e la sostenibilità finale della propria organizzazione sanitaria.

Mediante l'impiego di un advisory panel, il Pbma esamina come si possano allocare nel modo migliore le risorse a vari livelli entro le organizzazioni sanitarie. La dimensione e la costituzione del panel dipenderanno dall'ambito (*scope*) dell'applicazione

e si possono acquisire evidenze in differenti forme a supporto del processo decisionale. Il Pbma è pragmatico perché, quando sono disponibili evidenze e queste sono localmente pertinenti, può essere impiegato, ma, quando le evidenze non sono disponibili, si deve fare maggiore affidamento sulla "competenza" dei membri dell'advisory panel. Il valore aggiunto del Pbma, in particolare in confronto con i processi di allocazione storica, sta nel fatto che le decisioni siano basate esplicitamente su criteri predefiniti, nel fatto che sia i costi sia i benefici delle opzioni di trattamento siano valutati al margine e nel fatto che le decisioni di investimento e di disinvestimento siano considerate abbinate. Con riferimento ai criteri, o principi, su cui si baserà il priority setting, la chiave è che siano pertinenti localmente ed enunciati esplicitamente. Questi criteri possono rispecchiare i valori dell'organizzazione, del sistema sanitario o, più in generale, dell'intera società. Il problema è stabilire chi siano coloro i cui valori contano e come si ottengano questi valori. Se si deve assumere un punto di vista sociale, i membri del pubblico possono assumere un ruolo consultivo, fornendo input nello sviluppo dei criteri. I decisori sono allora in grado di prendere decisioni sulla prestazione di servizi specifici basandosi su questi criteri. Poiché questa attività richiede risorse addizionali, può essere che le organizzazioni sanitarie preferiscano sviluppare i criteri decisionali senza ricorrere a una con-



Il Pbma permette di basare le decisioni sulle migliori evidenze disponibili e di migliorare le opzioni di prestazione di servizi entro il vincolo delle risorse limitate.

sultazione più ampia. Entrambi gli approcci hanno pro e contro, ma, stabilendo esplicitamente quali sono i criteri e come devono essere sviluppati, si attenuerà probabilmente la maggior parte dei problemi.

### I potenziali problemi

Per svolgere l'attività di priority setting sono necessari i dati pertinenti e, inoltre, questa attività richiede tempo. Il problema dei dati sta in parte nella loro inserzione in un budget di programma, l'elaborazione del quale in passato è stata messa in dubbio. Può anche accadere che la liberazione (de-allocazione) di risorse sia molto difficile, in particolare in assenza di incentivi al cambiamento, quali la pressione e le informazioni fiscali. Inoltre, può anche essere difficile valutare il beneficio dei servizi, in particolare quando si determinano le priorità tra ampie aree di servizi. Quali siano le informazioni pertinenti da ottenere dal pubblico e quale sia il modo migliore di acquisirle costituiscono un altro problema che deve essere preso in debita considerazione quando si determinano le priorità sanitarie. È importante tenere presente che tutti questi problemi possono essere risolti.

Per andare avanti è essenziale quello che può essere l'aspetto più stimolante della determinazione delle priorità nell'assistenza sanitaria: il comportamento organizzativo. Usare i dati, trovare il tempo, liberare risorse, mappare la spesa, cogliere il beneficio e coinvolgere il pubblico sono attività influenzate dal contesto organizzativo e dalle interazioni interpersonali. Nel considerare i vari fattori di ostacolo e di facilitazione di un processo di priority setting, i decisori devono pensare se nella propria organizzazione siano presenti i fattori giusti per intraprendere un processo di priority setting allo stesso tempo esplicito e informato. È probabile che gli incentivi

personali e organizzativi contribuiscano a promuovere un ambiente in cui la riallocazione delle risorse entra a far parte della programmazione routinaria e vari stakeholder, compresi i medici, partecipano direttamente. Il Pbma è una ragionevole *way forward* per il priority setting, ma l'attuazione del cambiamento e l'esecuzione delle raccomandazioni si basano in ultima analisi su chi ha il compito di prendere le decisioni difficili.

### Alcune raccomandazioni

Si dovrebbe sottolineare che le organizzazioni saranno probabilmente servite meglio se si conduce l'attività di priority setting sulla base di un processo in via di sviluppo e che soltanto nel corso del tempo ci si possono attendere guadagni misurabili per la salute della popolazione. Sono quindi di grande importanza il monitoraggio e la valutazione delle decisioni di priority setting. Inoltre, se in un certo momento del futuro ci si renderà conto che sono state compiute scelte meno che ottimali si potranno sempre riallocare le risorse altrove. Il consolidamento dei servizi deve diventare un metodo del passato e lo si deve abbandonare per andare dove le risorse sono allocate nel modo migliore possibile. Fare affidamento unicamente su risorse nuove è problematico; la soluzione è, almeno in parte, la riallocazione delle risorse. Si pensa che attraverso l'applicazione dei concetti base del Pbma si riesca a ridurre al minimo l'input diretto dagli accademici nei processi di priority setting. Attendere le evidenze perfette o l'approccio ottimo non servirà né agli scopi di oggi né a quelli di domani per il priority setting. La raccomandazione chiave a questo riguardo è quella di svolgere in modo esplicito il compito di determinazione delle priorità, notando che possono insorgere costi di transazione e che verranno commessi sbagli.

### Saper valutare e saper legare tutto

Si potrebbe considerare il Pbma come il "pacchetto base" (*core package*) attorno a cui si basano vari aspetti del priority setting, come illustrato in figura, che attira l'attenzione su una serie di strumenti per promuovere l'avanzamento e contribuire ad assicurare che il processo sia condotto in modo trasparente.

Per avere successo, il Pbma deve essere condotto efficacemente e inoltre deve essere collocato nel contesto organizzativo in cui viene applicato prendendo in considerazione vari fattori di ostacolo e fattori di facilitazione della conduzione del priority setting.

Un veicolo per il cambiamento è la *participatory action research* (ricerca-azione partecipativa), che ha al centro il coinvolgimento degli stakeholder e l'attuazione di nuovi processi per fare avanzare un'organizzazione verso gli scopi soggiacenti. Lo scopo primario è quello di indurre il cambiamento entro un'organizzazione.

Nell'ambito del coinvolgimento degli stakeholder e della pratica di remunerazione saranno probabilmente necessari incentivi e nell'avanzamento del cambiamento la chiave sarà la formazione dei differenti attori.

Inoltre, per supportare l'attività di priority setting sono necessarie evidenze sia sui costi sia sui benefici, notando che le evidenze possono presentarsi in varie forme e, in alcuni casi, si può fare maggiore affidamento sulle opinioni dei membri dell'advisory panel. Si può desiderare anche l'input della comunità attraverso lo sviluppo dei criteri su cui si baseranno i processi decisionali e

## Il priority setting richiede dati pertinenti e tempo.

potenzialmente attraverso l'elicitazione delle preferenze per gli stati di salute. Ogni processo dovrebbe anche cercare di coinvolgere in qualche modo i medici e altri membri del personale clinico.

Infine, si deve intraprendere una valutazione per assicurare che i concetti economici di costo-opportunità e di margine siano stati osservati e che il processo scelto o l'approccio impiegato sia equo e trasparente. Per valutare in modo più formale l'equità dei processi di priority setting è stato sviluppato un quadro etico, chiamato *accountability for reasonableness* (responsabilità della ragionevolezza) secondo il quale le decisioni di priority setting di un'istituzione possono essere considerate eque se soddisfano quattro condizioni etiche: pubblicità (*publicity*), pertinenza (*relevance*), appellabilità (*appeal*) e applicazione (*enforcement*). La chiave sta nel riconoscere che questo tipo di quadro etico deve essere applicato per valutare un approccio specifico al priority setting: l'attenzione è concentrata non sul "come fare", bensì sul "grado di equità" del processo, non necessariamente dell'outcome. La conduzione di questa valutazione può quindi fornire importanti informazioni su come si possa migliorare il processo di priority setting stesso. Un beneficio secondario derivante da questo tipo di valutazione e dalla revisione del processo in conformità è il fatto che gli stakeholder chiave abbiano una tendenza molto maggiore a partecipare a un processo che sia risultato intrinsecamente "equo".

## Ogni processo dovrebbe cercare di coinvolgere in qualche modo i medici e altri membri del personale clinico.

### Conclusioni

Riconoscere che nell'assistenza sanitaria le richieste di risorse sono superiori alla disponibilità di risorse indica la necessità di stabilire priorità. L'introduzione di un "modo di pensare economico" nelle organizzazioni sanitarie, mediante un approccio quale il Pbma, dovrebbe servire ad aiutare i decisori nel compiere scelte difficili. I decisori possono trovare utile adottare un approccio pragmatico quando valutano richieste in competizione, in presenza di risorse limitate, in quanto le evidenze pertinenti tratte dalla letteratura e da altre fonti possono essere abbinate a dati locali e all'opinione di esperti per prendere decisioni. Queste decisioni dovrebbero essere prese al margine affinché i trasferimenti nell'impiego delle risorse siano esaminati e modificati a fronte di un miglioramento del beneficio complessivo. Pensare in questi termini può fare avanzare un'organizzazione sanitaria o una specifica area di programma verso il migliore raggiungimento dei suoi obiettivi predeterminati, siano essi in relazione con l'efficienza o con l'equità o con entrambe.

Le esperienze condotte in diversi contesti testimoniano che il Pbma è un approccio economico al priority setting in sanità pragmatico e sostenibile, che permette di trattare nello stesso modo le varie richieste di risorse sanitarie limitate e di sottoporle al processo appropriato, aumentando la responsabilità (*accountability*), l'efficienza e l'equità dell'organizzazione che l'adotta. F

## CINQUE DOMANDE PER OPERAZIONALIZZARE IL PBMA

1. Quali sono le risorse totali disponibili in una data area di servizi o in una data organizzazione sanitaria?
2. Per quali servizi sono spese attualmente queste risorse?
3. Quali servizi sono candidati a ricevere altre o nuove risorse (e quali sono i costi e i potenziali benefici derivanti dall'allocazione di risorse in queste aree di crescita)?
4. Possono i servizi esistenti essere forniti altrettanto efficacemente, ma con meno risorse, per liberare (deallocare) risorse al fine di finanziare voci sulla lista di crescita?
5. Se alcune aree di crescita continuano a non poter essere finanziate, esistono servizi che dovrebbero ricevere meno risorse, o anche essere soppressi, perché si otterrebbe un maggiore beneficio per ogni euro speso (o un maggiore adeguamento ad altri criteri definiti) finanziando l'opzione di crescita rispetto al servizio esistente?

- Mitton C, Donaldson C. Come stabilire le priorità in sanità. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2006.
- Smith N, Mitton C, Dowling L, et al. Introducing new priority setting and resource allocation processes in a Canadian healthcare organization: a case study analysis informed by multiple streams theory. *Int J Health Policy Manag* 2016;5:23-31.
- Cromwell I, Peacock SJ, Mitton C. "Real-world" health care priority setting using explicit decision criteria: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res* 2015;15:164.