

PREFAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA

Le richieste di risorse sanitarie superano le risorse disponibili. Di conseguenza, i servizi da finanziare vengono individuati a scapito di altri. Anche se le riforme sanitarie vanno e vengono, il dilemma della scarsità esiste in ogni Paese. Cioè, indipendentemente dal mix di spesa privata e spesa pubblica o dall'«organizzazione» del sistema, ogni giorno i decisori razionano i servizi sanitari. Il Toolkit *Come stabilire le priorità in sanità* offre una serie di strumenti per permettere a chi deve prendere queste decisioni difficili di compiere le scelte migliori in un ambiente in cui scarseggiano non soltanto i fondi, ma anche le persone, il tempo e le informazioni.

È con vivo piacere che offriamo queste poche parole per introdurre l'edizione italiana del *Toolkit*. Come la maggior parte dei lettori saprà, il Servizio sanitario nazionale italiano è stato classificato al secondo posto su scala mondiale dall'Organizzazione mondiale della sanità (WHO) nel suo *performance report* del 2000.¹

È un risultato davvero eccellente. Ma non c'è spazio per l'autocompiacimento. In presenza di scarsità critiche di lavori su scala internazionale,² di bisogni urgenti continui riguardo alle malattie croniche,³ e, ovviamente, di costi farmaceutici in rapida crescita, la scarsità è un problema reale che deve essere affrontato direttamente e in maniera decisiva. La «soluzione», secondo noi, probabilmente non farà notizia nei media, ma è fondamentale per il successo di ogni sistema sanitario.

Come punto di partenza proponiamo di adottare – e di operationalizzare – i principi economici fondamentali del costo-opportunità e del margine attraverso l'applicazione di un approccio al priority setting (la determinazione di una scala di priorità sulla base dell'esperienza

conseguita) e all'allocazione delle risorse noto come PBMA (Program Budgeting and Marginal Analysis, elaborazione dei budget di programma e analisi marginale). Questo quadro è usato da oltre trent'anni in molti Paesi, principalmente a livello locale o regionale, per aiutare i decisori a decidere come ripartire una quota limitata di risorse. Agli inizi questo approccio era focalizzato su questioni prevalentemente tecniche, ma, in tempi più recenti, si è trasformato in un processo gestionale che ha esercitato un notevole fascino sui decisori.⁴

Dalla pubblicazione dell'edizione inglese del Toolkit nel 2004 sono stati compiuti, e riportati nella letteratura, numerosi progressi di fondamentale importanza. Anzitutto, sulla base di questo concetto di processo manageriale, è stata sviluppata una serie di linee-guida pragmatiche atte ad aiutare i decisori a implementare l'approccio PBMA.⁵ Ad esempio, si deve fare chiarezza sugli obiettivi di un'organizzazione prima di impegnarsi in un processo esplicito di priority setting e si rende necessaria una «flessibilità organizzativa» che consenta gli appropriati cambiamenti di cultura. Alcuni di questi concetti sono esaminati nel capitolo 12, ma la nostra esperienza indica che è necessario dedicare un'attenzione ancora maggiore al comportamento organizzativo.

Un altro progresso riguarda il coinvolgimento dei clinici nel processo di priority setting.⁶ Il punto essenziale a questo riguardo non è che prima non si sapesse che era importante la padronanza di un processo di priority setting da parte dei clinici, bensì è che un approccio esplicito al priority setting quale il PBMA può essere in effetti un veicolo o un meccanismo per realizzare questo coinvolgimento. Possono manifestarsi tensioni tra i medici e gli enti locali di erogazione dei servizi sanitari, ma il coinvolgimento diretto dei medici e degli altri clinici nel processo di programmazione ed elaborazione dei budget può contribuire in modo determinante ad attenuare i problemi futuri.

In terzo luogo, negli ultimi due anni due discipline caratterizzate da un acuto interesse per il priority setting in campo sanitario – l'economia e l'etica – sono confluite più direttamente in questo campo. È chiaro che le condizioni etiche adottate in quadri come Accountability for Reasonableness («responsabilità della ragionevolezza») possono contribuire ad assicurare che si usi un processo equo quando si tenta di riallocare le risorse disponibili per conseguire meglio una serie di obiettivi.⁷ Impiegando in tandem l'approccio economico e quello etico, secondo noi, si può istituire un approccio più generale al priority setting. Le ricerche iniziali in questo campo sono state condotte nell'Alberta (Canada),⁸ ma

speriamo che negli anni a venire potranno essere compiuti maggiori progressi.

Concludiamo con una sfida. Se, dopo avere letto il Toolkit, le idee ivi proposte vengono assorbite per breve tempo, ma poi accantonate insieme a molte altre «idee interessanti» in cui si imbatte un decisore sanitario, chiediamo semplicemente: «Qual è l'alternativa a un approccio come il PBMA?». La nostra esperienza indica che la forma più comune di priority setting è quella in cui dominano i pattern di allocazione storica e si perpetua l'intrusione politica. Secondo noi, le organizzazioni sanitarie che devono fronteggiare la scarsità dovrebbero invece adottare un approccio che si fondi su principi economici, si basi sulle evidenze come fonte di informazioni e includa condizioni etiche essenziali per migliorare la trasparenza e la legittimità. In definitiva, spetta agli addetti al servizio sanitario agire in conformità.

Giugno 2006

**Craig Mitton e
Cam Donaldson**

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. The world health report 2000 – health systems: improving performance. Ultimo accesso: giugno 2006, all'indirizzo: <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>
2. World Health Organization. The world health report 2006 – working together for health. Ultimo accesso: giugno 2006, all'indirizzo: <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>
3. Maio V, Manziol L. The Italian health care system: WHO ranking versus public perception. *P&T* 2002; 27(6): 301-8.
4. 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. (ed). *Managing improvement in public service delivery: progress and challenges*. London: Nuffield Trust, 2005.
5. 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. *British Medical Journal* 2006; 332: 482-5.
6. Ruta D, Mitton C, Bate A, Donaldson C. Programme Budgeting and Marginal Analysis (PBMA): a common resource management framework for doctors and managers? *British Medical Journal* 2005; 330: 1501-3.

7. Daniels N, Sabin J. Setting limits fairly: can we learn to share medical resources? Oxford: Oxford University Press, 2002.
8. Gibson JL, Mitton C, Martin DK, Donaldson C, Singer PA. 2005. «Ethics & economics: does program budgeting and marginal analysis contribute to fair priority setting?» *Journal of Health Services Research & Policy* 2006; 11(1): 32-37.