

PRESENTAZIONE DELL'EDIZIONE ITALIANA

Analisi economica e innovazione tecnologica

L'innovazione, tecnologica e organizzativa, è sempre più frequentemente ed esplicitamente riconosciuta come una necessità inderogabile di qualsiasi sistema sanitario. Se esistono solide evidenze empiriche che una nuova tecnologia (intesa nel senso più ampio: procedure diagnostiche, farmaci, interventi, assetti organizzativi ecc.) offre un qualche vantaggio per il paziente (per effetti diretti sulla sua salute in termini di maggiore efficacia e/o sicurezza ovvero come riduzione o rimozione di qualche inconveniente nell'accesso o nell'uso di servizi sanitari) ne deve essere considerata una sua tempestiva introduzione nella pratica, affinché diventi eventualmente parte del funzionamento ordinario del sistema sanitario. Un sistema sanitario che non sia pronto ad acquisire le innovazioni tecnologiche e organizzative che l'avanzamento delle conoscenze mette continuamente a disposizione delude i suoi destinatari, che finirebbero per rivolgersi altrove, e demoralizza i suoi operatori, che si sentono frustrati nella propria professionalità, non essendo messi in condizione di maturare ed esprimere in pratica le proprie competenze professionali.

L'obiettivo di facilitare l'introduzione nel sistema sanitario e di favorire l'adozione tempestiva da parte delle sue organizzazioni di programmi, interventi, servizi e prestazioni che presentano solide evidenze empiriche di un qualche vantaggio per il paziente e per la popolazione deve essere però perseguito in modo giudizioso e selettivo.

La prima e fondamentale domanda è se i vantaggi aggiuntivi recati dalla nuova tecnologia e/o promessi dall'espansione nell'uso di una preesistente giustificano i costi aggiuntivi che dovranno essere necessariamente sostenuti. Questo richiede un'analisi «ai margini» dell'im-

patto sui costi per l'amministrazione e sui benefici per la popolazione del cambiamento nel profilo complessivo dell'offerta di servizi. D'altro canto, distrarre risorse da interventi di provata efficacia (siano essi preesistenti o innovativi) per introdurre o espandere interventi di dubbia o inferiore utilità complessiva significa rinunciare a benefici che si sarebbero potuti ottenere con scelte diverse.

L'offerta sul mercato dei beni sanitari di tecnologie largamente «incomplete» quanto a informazioni disponibili sulla loro efficacia e sicurezza, per non parlare della perdurante rarità della loro valutazione economica,¹ comporta problemi metodologici rilevanti.² Ma, soprattutto, il riconoscimento della necessità di un continuo e tempestivo aggiornamento del profilo organizzativo e tecnologico dell'offerta di servizi sanitari aggiunge ulteriori dimensioni al tradizionale problema della sostenibilità economica dei sistemi sanitari, che non si limitano al tema classico del contenimento dei costi.

Qualunque sia l'ammontare del finanziamento e indipendentemente dal fatto che questo sia considerato più o meno adeguato rispetto al fabbisogno, comunque definito, in sanità (come altrove) devono essere continuamente fatte, a ogni livello, delle scelte (generalmente in condizioni di incertezza rispetto ai loro costi e ai loro effetti intermedi e finali) relativamente all'impiego ottimale delle risorse disponibili fra tutti gli innumerevoli interventi che sarebbe possibile o desiderabile fare per produrre una qualche forma di beneficio alla salute dei singoli e della popolazione.

Il libro di Mitton e Donaldson cerca di aiutare coloro che devono assumere decisioni di questo tipo, individuando principi, fornendo criteri di valutazione e formalizzando procedure, in modo che queste decisioni siano efficienti, eque, trasparenti e partecipate da medici, amministratori e pazienti. Malgrado il titolo, non si tratta di un manuale di strumenti e procedure: non ci sono ricette, ma riflessioni e proposte ispirate da una robusta teoria; l'approccio presentato non è «la» soluzione finale né definitiva, ma è comunque pragmatico e ricco di buon senso.

L'argomentazione logica è serrata quanto ovvia: malgrado l'aumento pressoché costante della spesa sanitaria, le risorse disponibili sono sempre relativamente scarse rispetto al fabbisogno percepito. In presenza di un vincolo di bilancio rigido, le risorse per lo sviluppo e l'innovazione del sistema sanitario non possono che venire da una riconfigurazione del profilo dell'offerta e dei consumi dei servizi esistenti, che permetta di adottare le innovazioni tecnologiche e organiz-

zative che vengono continuamente proposte dallo sviluppo delle conoscenze.

Il Program Budgeting and Marginal Analysis (PBMA) ha esattamente questo obiettivo: analizzare i costi e i benefici «ai margini» di tutti i programmi presenti e di quelli che vengono proposti per verificare se l'incremento di un'unità elementare di un determinato servizio produce costi e benefici in misura superiore, uguale o inferiore alla corrispondente riduzione di un'unità di qualche altro servizio, puntualmente identificato. L'analisi degli effetti della redistribuzione nei profili dell'offerta e del consumo dei servizi si basa su due principi dell'analisi economica tanto fondamentali quanto tradizionalmente trascurati: il concetto di costo-opportunità e il concetto di analisi marginale.³

Il costo-opportunità corrisponde semplicemente ai benefici non goduti che sarebbero potuti derivare dalle scelte che non sono state fatte, perché altre opzioni sono state preferite. L'analisi «al margine» si basa invece sul principio che un determinato servizio dovrebbe essere fornito fino al punto in cui le quantità utilizzate sono tali da rendere i benefici aggiuntivi procurati pari ai loro costi aggiuntivi; oltre questo punto di equilibrio, le risorse utilizzate nella produzione di unità di servizio ulteriori sono meglio spese in altri servizi. In particolare, se il beneficio marginale (in termini ad esempio di anni di vita vissuti) per ciascun euro speso in un programma di trapianto cardiaco è maggiore di quello derivante da un'analoga espansione del programma di trapianto di fegato, allora le risorse finanziarie dovrebbero essere destinate al primo e sottratte al secondo. Questo processo di riallocazione di risorse «al margine» fra tutti i programmi, esistenti o di nuova istituzione, dovrebbe continuare finché i rapporti fra il beneficio marginale e il costo marginale di tutti i programmi si equivalgono, massimizzando i benefici complessivi per la popolazione derivanti da tutti i programmi. Il mix ottimale di servizi, in termini di tipologia e di quantità, si raggiunge quando i rapporti fra il costo marginale e i benefici marginali di tutti i servizi si equivalgono.

Il PBMA non è quindi un metodo di razionamento dei servizi (voluti cioè a eliminare alcune prestazioni o servizi di qualche utilità in favore di altri di maggiore utilità o con un miglior rapporto fra costi e benefici) ma piuttosto uno strumento per riequilibrare il profilo delle risorse utilizzate per tutti i diversi servizi presenti, siano essi preesistenti o di nuova istituzione.

Esso può essere utilizzato a livello micro (per operare scelte fra singole prestazioni, entro il medesimo programma di assistenza, o fra mo-

di diversi per erogare la medesima prestazione, come ad esempio per riequilibrare il volume di assistenza in degenza con quello in day hospital); a livello meso (ad esempio nella scelta fra programmi alternativi entro il settore dell'assistenza sanitaria, come ad esempio lo sviluppo dei trapianti ovvero l'espansione dell'assistenza farmaceutica); a livello macro, fra settori di intervento diversi ma rilevanti per la salute della popolazione, come, ad esempio, l'espansione del budget per l'assistenza sanitaria rispetto ad interventi per gli alloggi.

Il suo limite operativo fondamentale è nella confrontabilità degli esiti di programmi diversi. La sua importanza e la grande rilevanza pratica derivano dal fatto che raramente nella programmazione sanitaria, e mai nella gestione, il cambiamento è drastico e immediato: in genere, le scelte gestionali riguardano l'opportunità di modificare in modo incrementale il profilo generale dei servizi preesistenti per adottare nuovi programmi, sostitutivi o semplicemente aggiuntivi di quelli già presenti, ovvero per riadeguare i programmi in corso a nuovi livelli di utilizzo, a nuovi valori di costo, ecc.

Lavorando ai margini del profilo esistente di offerta e di consumi, il PBMA assume implicitamente che tale profilo sia sostanzialmente adeguato e necessiti soltanto di cambiamenti incrementali: si tratta evidentemente di un'assunzione forte, che deve sempre essere preliminarmente verificata. Il PBMA quindi è uno strumento essenzialmente gestionale, che permette di analizzare gli effetti di modifiche nell'equilibrio fra i diversi programmi e presenta differenze fondamentali rispetto alla produzione di linee-guida (nelle loro diverse e innumerevoli versioni) e non soltanto per la rilevanza dell'analisi economica. Mentre questa analisi adotta il punto di vista del sistema (e del suo finanziatore) per trovare l'allocazione efficiente di risorse limitate fra tutte le opzioni possibili entro un dato vincolo di bilancio, obiettivo delle linee-guida è di migliorare la pratica clinica attraverso la formulazione di raccomandazioni agli operatori relativamente alla selezione dei destinatari, agli schemi di assistenza ottimali e agli esiti attesi.

Il concetto di costo-opportunità dell'impiego marginale delle risorse è tuttavia decisivo soltanto nel caso in cui si assuma seriamente un vincolo di bilancio rigido, in quanto soltanto in questo caso un aumento della spesa per un programma (nuovo o preesistente) comporta necessariamente la riduzione di un altro. Se l'introduzione di un nuovo programma o l'espansione di uno già presente (non importa se soltanto efficaci o anche costo-efficaci) vengono finanziate attraverso la crea-

zione di deficit, è ovvio che questa analisi diventa totalmente superflua. Tale situazione non è infrequente, e non solamente per incapacità gestionale: inerzie istituzionali (dettate da fenomeni di dipendenza dello sviluppo dalle condizioni iniziali – la cosiddetta *path dependency* – o da investimenti non ancora adeguatamente remunerati e/o irreversibili – i cosiddetti *sunk cost*); interessi professionali, espressi da una burocrazia tesa ad ampliare sempre e comunque il budget controllato e/o da operatori sanitari interessati a conservare le proprie prerogative; gruppi di pazienti, talora organizzati in vere e proprie lobby specifiche a tutela dei «loro» servizi, non raramente dirette da qualche clinico non completamente disinteressato e/o finanziate da qualche produttore di tecnologie possono rendere del tutto inefficace il vincolo di bilancio e trasformare anche la più rigorosa delle analisi economiche (inclusa questa) in uno strumento di espansione della spesa.^{4 5} Se una debolezza deve essere segnalata, essa risiede nella forse eccessiva fiducia riposta dagli autori nell'azione di un'advisory panel composto da clinici, manager e pazienti cui è affidato il difficile compito di rendere compatibili gli interessi contrastanti.⁶ La cattura di questo organismo da parte di uno o più degli interessi in conflitto potrebbe rendere del tutto vano l'apparato concettuale e gli strumenti operativi elaborati ed elegantemente presentati. Ma questa analisi fa parte della fisiopatologia della gestione e dell'economia politica delle scelte,⁷ la cui complessità merita certamente un'analisi separata.

Francesco Taroni

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica
Università di Bologna

BIBLIOGRAFIA

1. Ramsey SD. Economic analyses and clinical practice guidelines. Why not a match made in heaven? *J General Internal Medicine* 2002;17:235-7.
2. Grilli R, Taroni F. Managing the introduction of expensive medical procedures: use of a registry. *J Health Service Research & Policy* 2006;11(2):89-93.
3. Donaldson C, Currie G, Mitton C. Cost effectiveness analysis in health care: contraindications. *BMJ* 2002;325:891-4.
4. Gafni A, Birch S. Guidelines for the adoption of new technologies: a prescription for uncontrolled growth in expenditures and how to avoid the problem. *CMAJ* 1993;148:913-7.

5. Gafni A, Birch S. Inclusion of drugs in provincial drug benefit programmes: should «reasonable decisions» lead to uncontrolled growth in expenditures? *CMAJ* 2003;168(7):849-51.
6. Ruta D, Mitton C, Bate A, Donaldson C. Programme budgeting and marginal analysis: bridging the divide between doctors and managers. 2005; 330:1501-3.
7. Klein R. Puzzling out priorities. Why we must acknowledge that rationing is a political process? *BMJ* 1998;317:958-60.