- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.1 Sun, 13 Jul 2025, 09:46:11

Quali percorsi di comparabilità? Strumenti ed indicatori per misurare e valutare efficienza ed equità

COSTI STANDARD: CHE SONO E A COSA POSSONO SERVIRE

C. Cislaghi
Economia Sanitaria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Milano e Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Roma.

Parlando di costi standard è innanzitutto importante definire cosa si intende per «costo» perché non lo si confonda, come nel gergo comune, con il concetto di prezzo. Prezzo è la ragione di scambio di due beni, cioè quanto di un bene si sacrifica per ottenere un'altra quantità di un altro bene, ad esempio sacrifico 100 euro per ottenere 20 pillole di un certo farmaco: il prezzo è di 5 euro a pillola. Il costo invece è la somma di tutte le risorse, quantificabili in senso monetario e no, che si sacrificano per ottenere un bene; nel caso di un acquisto il costo è dato dal prezzo che si è pagato più il valore del tempo per acquistarlo o magari anche di quanto è costato avere l'informazione giusta su cosa era opportuno acquistare. Nel caso della produzione di un bene il costo è la somma delle risorse consumate per produrlo: materie prime, lavoro, capitale investito ecc.

Il concetto di spesa, invece è solitamente riferito all'esborso monetario sostenuto in prossimità dell'acquisto o della produzione di un bene e non contiene normalmente i costi non monetizzabili e i costi remoti quali ad esempio i costi dei macchinari o del capitale; quando comunque si parla di spesa è sempre bene cercare di capire quali costi essa comprenda.

Il prezzo è stabilito dal mercato e può essere anche molto difforme dal costo e addirittura inferiore a questo nei casi appunto di vendite «sotto-costo», il costo invece dipende dalle capacità del produttore di ottenere un prodotto di una certa qualità utilizzando una certa quantità di risorse: più queste sono minori più la produzione è stata efficiente, chiaramente a parità di quantità e di qualità del prodotto. Nel caso degli acquisti l'efficienza è data dal valore del prezzo che sono riuscito a contrattare: più il prezzo è basso più l'acquisto è stato economicamente efficiente.

Un caso particolare di produzione è l'assistenza medica ed in questo caso il costo standard può essere definito come il costo per intervenire su una determinata e specifica condizione (sia sana che patologica) per ottenere un certo vantaggio in termini di salute (attuale o futura, effettiva o probabile). Il costo ottimale corrisponde ad una situazione di appropriatezza clinica ma è chiaro che tutto dipende dalle specificità della condizione, dell'intervento e del risultato ottenuto; specificità che sono tutt'altro che semplici da definire e misurare. Se è difficile controllare l'efficienza produttiva è quasi del tutto impossibile valutare l'efficienza clinica e si rischia di ragionare solo in termini di costi e non di risultati.

La situazione diventa poi del tutto problematica se si vuole cercare di definire il bisogno standard da applicare a qualsiasi popolazione od anche ad un suo sottogruppo individuato in base a determinati fattori di rischio. La variabilità dei bisogni è tale, vuoi in termini di tipologia vuoi in termini di intensità, che è impossibile pensare di poter calcolare il fabbisogno standard come sommatoria dei prodotti tra bisogni presenti e costi assistenziali appropriati. È anche necessario osservare come il concetto stesso di bisogno da soddisfare sia del tutto imprecisato e dipenda dalle condizioni culturali ma ancor più economiche della popolazione. Se la sanità fosse un bene primario indispensabile si dovrebbe osservare che ad essa viene dedicata una quota di PIL maggiore al decrescere dei valori assoluti dei PIL; nella realtà internazionale è invece vero l'opposto. Meno una nazione è ricca e meno percentualmente spende per la sanità, esattamente come accade per i beni voluttuari! Il valore che si dà al soddisfacimento di un bisogno dipende da tantissimi fattori: in Italia si dà alla sanità circa il 9% della ricchezza disponibile e di questa il 6.5% è data dalla sanità pubblica e il 2,5% dai consumi privati. Se diminuisce, come in questi mesi, la ricchezza disponibile non solo diminuirà la spesa sanitaria in termini assoluti, soprattutto nel breve quella privata, ma lo sarà anche in termini percentuali.

Non si può allora pensare di determinare il fabbisogno per via analitica dai singoli bisogni e dai singoli costi di assistenza e a loro volta dai costi di produzione; il fabbisogno standard può essere definito solo in senso opposto, partendo dalle risorse complessive disponibili determinate con criteri macro-economici e suddividendole tra la popolazione in modo proporzionale ai costi reali osservati in funzione delle situazioni differenti di rischio. Per questa operazione si dimostra che i valori relativi non cambiano praticamente mai sia se si considerano le situazioni di elevata, media o bassa efficienza, per cui tanto vale la pena considerare i costi medi per persone della stessa condizione di rischio.

Se i costi standard non possono dare alcun contributo alla definizione del fabbisogno complessivo e neppure alla ripartizione delle stesso, invece possono diventare uno strumento quasi indispensabile per il controllo di gestione e per valutare appunto se l'attività produttiva si sta svolgendo in condizioni di efficienza e se l'erogazione assistenziale sta rispettando criteri di appropriatezza.

Per quanto riguarda i farmaci la necessità di valutare l'efficienza produttiva è prevalentemente interesse delle case farmaceutiche; a livello di SSN vi è però l'interesse a valutare l'efficienza

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.1 Sun, 13 Jul 2025, 09:46:11

dell'organizzazione del servizio farmaceutico sia extra che intra murario. Sarebbe invece molto più importante poter valutare l'appropriatezza clinica anche in termini di costi ma per far ciò servirebbe conoscere con sufficiente precisione e analiticità quali sono le condizioni patologiche degli assistiti e quali sono i farmaci prescritti per risolvere al meglio le condizioni stesse. Per questo motivo, oltre che per altre ragioni, sarebbe essenziale che sulle prescrizioni farmacologiche fosse segnata la condizione dell'assistito, ma il pericolo è che questa venga segnata per ottemperare un obbligo burocratico e non per favorire una valutazione dell'adeguatezza delle prescrizioni.
Si è incominciato a parlare molto di costi standard in occasione dei progetti di federalismo pensando che questi fossero la soluzione che lo rendeva possibile; non è così per la sanità. I costi standard possono essere molto utili all'interno delle aziende per valutare i singoli processi produttivi e/o assistenziali ma non per distribuire in maniera equa le risorse tra le Regioni. E di questo oggi anche il Governo si sta accorgendo.

GLI INDICATORI FARMACEUTICI

M. De Rosa
Sistemi Informativi e Servizi per la Sanità, CINECA - Consorzio Interuniversitario - Casalecchio di Reno (BO)

I processi di programmazione sanitaria necessitano di strumenti ed indicatori capaci di misurare le dimensioni del servizio erogato e valutarne l'efficienza.
Gli indicatori farmaceutici consentono di misurare il consumo, l'esposizione, l'intensità d'uso e i costi dell'assistenza sanitaria e si basano principalmente su 2 tipi di fonti di dati: la prima è rappresentata dalle banche dati amministrative che, nonostante il loro obiettivo di tipo prevalentemente contabile, si sono rivelate le migliori fonti disponibili soprattutto per quanto riguarda gli aspetti di accessibilità e completezza. La seconda è costituita dai sistemi ottenuti tramite studi specifici, trasversali o longitudinali, organizzati da autorità sanitarie o gruppi di ricerca.
Focalizzando l'attenzione sui data base amministrativi, gli indicatori farmaceutici sono legati a diverse tipologie di assistenza: farmaceutica convenzionata, farmaceutica ospedaliera, distribuzione diretta e DPC che sono caratterizzate da una grande disponibilità di dati con aggiornamento periodico.
Tuttavia, solo attraverso l'integrazione di questi archivi con i dati anagrafici di popolazione e con altri descrittori di prestazioni sanitarie (es. ricoveri ospedalieri, prestazioni specialistiche) ed utilizzando opportuni indicatori (es. trattati) è possibile ottenere una valutazione del peso e della verifica delle prestazioni e la misurazione della qualità.
In tal modo si può passare da una visione puramente descrittiva a una visione epidemiologica, in cui il paziente è al centro dello studio con la possibilità di individuare popolazioni di riferimento. La presenza dell'informazione sul paziente consente inoltre di ottenere misure di valutazione dell'appropriatezza e continuità di trattamento.
L'omogeneità , la disponibilità e la qualità delle fonti dei dati rappresentano un punto cruciale nella costruzione di indicatori e percorsi di comparabilità: i dati relativi alle prescrizioni farmaceutiche dei pazienti sono presenti all'interno delle strutture sanitarie, ma spesso risiedono frammentati in data base separati, con informazioni non omogenee e con un livello di aggiornamento non uniforme e possono anche essere resi disponibili con diverse modalità e differenti canali di distribuzione. Al momento del confronto tra le aree territoriali, si evidenziano problematiche legate alle differenti politiche regionali di erogazione del farmaco, alla diversità dei flussi e alla grande quantità di informazioni che possono inficiare la qualità e la comparabilità degli indicatori.
Pertanto è necessario disporre di strumenti in grado di misurare e valutare efficienza ed equità in una salute federale, attraverso indicatori il più possibile omogenei, standardizzati e confrontabili, che permettano anche di effettuare confronti nello spazio attraverso l'utilizzo di variabili che non siano influenzate dalla diversa struttura demografica della popolazione, come ad esempio indicatori sulla popolazione pesata.
Un esempio di data base che consente una lettura integrata dei dati delle prestazioni sanitarie è l'Osservatorio ARNO del Cineca costituito da un network di 32 ASL convenzionate. Attivo da oltre vent'anni, l'Osservatorio registra e monitorizza le prestazioni sanitarie del Sistema Sanitario Nazionale di una popolazione di 10,5 milioni di abitanti, integra i flussi informativi disponibili e crea dei percorsi di comparabilità, a livello di ASL/distretti/medici, applicando standard di riferimento ed indicatori comuni a tutte le strutture partecipanti.
I dati nell'Osservatorio ARNO sono integrati per singolo paziente e, in base alla normativa sulla privacy, sono visibili integralmente solo alle ASL partecipanti per analisi di tipo epidemiologico/clinico, economico ed amministrativo. Per il profilo di accesso regionale/globale le informazioni sono disponibili a livello aggregato (senza il dettaglio del paziente/medico) per studi di farmacoepidemiologia o farmacoeconomia e per il confronto degli indicatori tra le unità territoriali.
Nel corso del tempo, all'interno dell'Osservatorio ARNO, sono stati sperimentati diversi modelli di analisi per lo studio di specifiche patologie, tra cui il diabete e le malattie cardiovascolari, dove il paziente è al centro del processo informativo e dove si utilizza il farmaco come tracciante di patologia.
Nella relazione saranno presentati alcuni esempi di utilizzo di indicatori farmaceutici nel diabete e nelle patologie cardiovascolari con i dati dell'Osservatorio ARNO, con particolare attenzione alla comparabilità tra aree territoriali. Analizzando i dati dell'Osservatorio ARNO emerge infatti una notevole variabilità tra le ASL partecipanti al progetto sia per quanto riguarda la prevalenza d'uso dei farmaci che per quanto concerne la spesa. Ad esempio, per quanto riguarda l'utilizzo di farmaci cardiovascolari nel 2009 la prevalenza media è pari al 29% con un minimo di 24% e un massimo di 34%, mentre la spesa media per trattato è 285€ con un minimo di 256€ e un massimo di 335€.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.1 Sun, 13 Jul 2025, 09:46:11

Per concludere, gli indicatori farmaceutici si pongono l'obiettivo di:

- fornire un quadro complessivo sul monitoraggio della spesa e dei consumi farmaceutici
- valutare l'efficacia e l'appropriatezza dei farmaci erogati
- essere strumenti di ausilio per programmare e pianificare l'attività di assistenza sanitaria farmaceutica
- monitorare e misurare concretamente nel tempo l'efficacia delle misure di miglioramento adottate
- verificare l'aderenza a linee guida e protocolli di Disease Management;
- monitorare complessivamente l'erogazione dei servizi e adeguare gli stessi al continuo evolversi della domanda;
- evidenziare popolazioni (bambini, anziani, donne, diabetici ecc…) da seguire, sorvegliare, valutare e coinvolgere nel contesto di programmi di intervento:
- controllare, verificare e misurare nel tempo l'impatto degli interventi sulla qualità e sui costi dell'assistenza;
- valutare, in accordo con gruppi di medici e/o di loro rappresentanze culturali, i problemi presenti nella pratica dei singoli medici (omogeneità/eterogeneità, carichi assistenziali, strategie terapeutiche, linee guida, …);
- essere utilizzati come strumento per la formazione (Audit Clinico) per i medici.

Diversità a confronto: esperienze-modelli di percorsi assistenziali a partire dalla farmaceutica

IL POLIAMBULATORIO DI PALERMO: ACCESSO A CURE GRATUITE E PUNTO DI OSSERVAZIONE DEI NUOVI FLUSSI MIGRATORI NEL BACINO MEDITERRANEO

S. Cammarata; C. Gatti; F. Mercadante ; A. Romano; G. Strada
Emergency NGO

Premessa ed obiettivi. La netta trasformazione che l'Italia ha subito negli ultimi anni, da Paese di emigrazione a Paese di immigrazione, ha richiesto un susseguirsi di normative sfociate a livello nazionale nel «Testo Unico sull'immigrazione» (D. Lgs 286/98) che prevede l'iscrizione al Servizio Sanitario nazionale, per tutti gli stranieri presenti regolarmente e l'assistenza agli immigrati in condizione di irregolarità (STP). Ma, sebbene la normativa preveda il diritto all'assistenza sanitaria per l'intera popolazione (coerente con l'art.32 della Costituzione), nella pratica clinica si registra diseguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari tra la popolazione italiana e migranti. A maggior ragione, dopo che recentemente, la legge n. 94 (15/07/2009) recante «Disposizioni in materia di sicurezza pubblica», introducendo il reato di ingresso e soggiorno illegale, ha generato un clima di disorientamento sia da parte degli stessi immigrati sia da parte degli operatori sanitari operanti nei centri erogatori dei servizi. Molte Regioni hanno provveduto ad emanare circolari chiarificatrici , risolutive nell'informare i dipendenti del sistema pubblico, ma che non hanno avuto del tutto effetto nel rassicurare gli immigrati irregolari che continuano a temere l'accesso alle strutture del Servizio sanitario nazionale.
Nell'Aprile 2006 l'ONG Emergency, ha inaugurato l'apertura del poliambulatorio a Palermo, usufruendo della collaborazione della direzione generale dell'Azienda unità sanitaria locale di Palermo, che ha ristrutturato e messo a disposizione i locali per la conduzione delle attività. Il poliambulatorio opera in autonomia, in regime di reciproca collaborazione con la Asl e ha disponibilità del ricettario regionale (prescrizione di farmaci, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici). L'area di intervento è stata definita insieme alle autorità sanitarie e con la consulenza di operatori esperti di Medicina dell'immigrazione. Ad oggi i servizi disponibili sono: medicina di base, odontoiatria, oculistica, pediatria,ostetricia e ginecologia, cardiologia e patologie del metabolismo, supporto psicologico-neuropsichiatrico, otorinolaringoiatria,dermatologia, infettivologia, orientamento socio-sanitario.
Obiettivo della presente relazione è evidenziare l'importanza del Poliambulatorio di Palermo, oggi più che mai, come punto di osservazione privilegiato nella valutazione della situazione sanitaria degli immigrati nella Regione Sicilia, oltre che nella valutazione dei «nuovi» flussi migratori verso la Sicilia stessa.

Materiali e Metodi. È stata condotta una analisi dei dati contenuti nel database del Centro dall'anno di apertura ad oggi.

Risultati. Da aprile 2006 a marzo 2010 il poliambulatorio ha effettuato 13.702 visite odontoiatriche; 1.375 oculistiche; 8.845 interventi di medicina generale; 1738 visite ginecologiche; 4.044 visite per altre specialità e 3694 interventi di assistenza amministrativa. Il 96% sono pazienti extracomunitari (79% irregolari), il 3% pazienti comunitari e 1% italiani. Da una analisi dei dati relativi all'anno 2009 emerge che sono state effettuate circa 8200 visite: il 6% pediatriche; 36% odontoiatriche; 6 % oculistiche; 11% ginecologiche ed il44 % medicina generale e visite specialistiche. I pazienti registrati, provengono da oltre 60 stati. Suddivisi in fasce di età da 0 ad oltre 51 anni, con permesso di soggiorno e non, hanno avuto accesso al poliambulatorio usufruendo di cure gratuite, farmaci, protesi e tutto il necessario ad assicurare un buonostato di salute.

Conclusioni. Al Poliambulatorio di Palermo, un costante monitoraggio della situazione viene effettuato in quanto tutti gli accessi sono regolarmente registrati , il poliambulatorio pertanto già rappresenta un punto di osservazione da non sottovalutare , considerando che la salute degli immigrati riguarda l'intera collettività.