

✖ Milena Vainieri e Sabina Nuti

La parola *appropriatezza*, che poteva essere associata ad un uso più razionale delle risorse, è stata sostituita dalla parola *selettività*, che invece è associata al razionamento delle risorse. Si torna a parlare di una ridefinizione dei LEA e quindi di nuove scelte. Un metodo per supportare le decisioni: Socio-Technical Allocation of Resources.

Razionamento. Le ultime manovre e rimbalsi fra governo centrale e locale sembrano proprio andare in questa direzione, anche (o forse soprattutto) per la sanità.

Si continua a dire che c'è ancora spazio per una razionalizzazione della spesa attraverso monitoraggi più stringenti degli acquisti ma si parla anche di selettività. Infatti l'ultimo rapporto sanità del Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in sanità, si intitola "Investimenti, Innovazione e Selettività: scelte obbligate per il futuro del SSN". La parola *appropriatezza*, che poteva essere associata ad un uso più razionale delle risorse, è stata sostituita dalla parola *selettività*, che invece è associata al razionamento delle risorse. Si torna a parlare di una ridefinizione dei LEA e quindi di nuove scelte. Scelte su quali servizi investire e su quali invece bisognerà disinvestire o lasciare che le regioni investano con risorse aggiuntive.

Sebbene vi siano ancora spazi per recuperare risorse in termini di risparmi o maggiore efficienza che possono essere individuati dal confronto delle performance anche in regioni virtuose (si vedano ad esempio le simulazioni fatte da Nuti e Vainieri, 2011), **la situazione attuale di riduzione del finanziamento potrebbe imporre in modo esplicito (eliminazione di servizi extra-lea) o implicito (attraverso l'introduzione di ticket) anche una riduzione dei servizi offerti.**

In una ridefinizione a ribasso dei livelli essenziali di assistenza, o in generale dei servizi offerti, quali servizi devono essere tagliati? Cos'è più importante mantenere aperto il

servizio A oppure B? È una questione di priorità.

Chi decide quali sono le priorità? E come?

Può sembrare strano, ma decidere quale servizio eliminare o ridurre richiede che vengano effettuati passaggi simili a quelli necessari per decidere dove allocare nuove risorse. In entrambi i casi è necessario capire quali sono le priorità di intervento.

La definizione delle priorità di intervento a livello regionale e locale presenta criticità di natura politica ed etica e deve perciò basarsi su criteri condivisi, razionali e di provata efficacia per non acuire la variabilità e le disuguaglianze. Proprio per questo la scelta del taglio o l'attivazione di un servizio non può essere lasciata nelle mani di un solo portatore di interesse, ne' può basarsi su un solo criterio (ad esempio il costo, l'equità...). **Per essere accettata, questa decisione deve essere condivisa (o meglio partecipata) da diverse figure (cittadino, professionista, paziente, manager...) e deve considerare diversi aspetti.** Spesso deve tener conto di fattori che difficilmente sono misurabili in tempi brevi. Inoltre, in molti casi, non vi sono proprio le evidenze scientifiche relative all'efficacia dei trattamenti erogati (*Clinical Evidence*) e gli studi clinici randomizzati sono effettuati su pazienti selezionati che non sempre corrispondono all'utente medio dei servizi. E quindi come fare a considerare dati provenienti da più fonti con valore e significato diversi?

Non sono domande nuove infatti sono più di 30 anni che si parla della tecnica di Program Budgeting Marginal Analysis (PBMA) proposta da Mitton e Donaldson. Questa tecnica è stata applicata in diversi paesi angloamericani ed europei. Il PBMA è un metodo che ha il pregio di coinvolgere vari attori del sistema tracciando il processo da seguire ma lasciando liberi i decisori locali nello scegliere le misure per valutare l'efficacia e nella scelta dei metodi di valutazione degli stessi. Diverse sono tuttavia le critiche mosse a questo tipo di metodo: richiede tempi lunghi, risulta a volte poco chiaro, è più efficace in situazioni di investimento di risorse.


Questi limiti sembrano essere superati da un nuovo metodo sviluppato dalla London School of Economics (LSE): Socio-Technical Allocation of Resources (STAR). I ricercatori della LSE, finanziati dalla Health Foundation, hanno ideato una tecnica che abbina ai tradizionali elementi di valutazione come il costo efficacia anche supporti visivi, i triangoli, che risultano essere particolarmente efficaci nella condivisione delle scelte fra diversi attori (l'aspetto sociale del metodo).

Al [link The Star tool](#) può essere scaricato gratuitamente un simulatore in excel (da aprire su una versione precedente di windows 8) ed una guida per poter applicare il metodo basato sui triangoli nelle scelte decisionali di definizione delle priorità di intervento (Vedi Risorse).

Ogni intervento o programma che si vuole valutare è espresso da un triangolo rettangolo (Figura 1). Il lato orizzontale del triangolo è il costo dell'intervento mentre **quello verticale** è il beneficio di salute, entrambi si riferiscono alla popolazione target ossia delle persone che possono beneficiare dell'azione da introdurre/estendere oppure da eliminare/ridurre. **L'ipotenusa** del triangolo rappresenta il *value for money* dell'intervento. In questo modo triangoli che presentano alla base angoli ampi (e quindi il triangolo presenta un'ipotenusa con un'inclinazione più ripida) presentano alti rapporti fra benefici e costi.

La parte più interessante è data dalla frontiera di efficienza, che ordina i triangoli in base al loro *value for money* partendo da quello con l'ipotenusa più ripida a quello con l'ipotenusa più piatta. L'idea di fondo è di massimizzare l'impatto sulla salute della popolazione per ogni livello di risorse disponibili. In questo modo, fissando il vincolo di spesa/finanziamento sull'asse delle ascisse, saranno rappresentati graficamente i triangoli (e quindi le iniziative) da mantenere in una fase di riduzione delle risorse e quelli da ridurre o eliminare.

Figura 1

 Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Il processo sociale si basa sulla simulazione continua dei dati fino a quando non si raggiunge un accordo. Il processo iterativo avviene in questo modo: si crea un primo modello e si generano i primi risultati avvalendosi dei triangoli e delle frontiere; questi risultati vengono discussi e i dati, quelli di costo, quelli di beneficio (in particolare se espresso in modo soggettivo) e gli altri elementi che si vogliono introdurre (ad esempio la probabilità di successo dell'intervento oppure gli aspetti legati all'equità) vengono modificati creando un nuovo modello (e quindi modificando i triangoli), fino a che le modifiche suggerite dai partecipanti non generano nuove intuizioni sul miglior modo di riallocare le risorse. Gli ausili visivi utilizzati nella discussione giocano un ruolo cruciale nell'avvicinare i partecipanti ai principi fondamentali dell'analisi di costo-efficacia aiutando gli stakeholder a confrontare gli interventi e a confrontarsi seguendo alcune regole.

Le sue prime applicazioni sono state effettuate con successo nei Primary Care Trusts (PCT) dell'Isola di Wight e di Sheffield negli anni 2008 e 2009 (Airoldi e Bevan 2010; Airoldi et al. 2014) e negli anni 2009-2011 in Toscana nelle Asl di Pisa e Empoli (Nutti e Vainieri, 2013).

Queste applicazioni hanno evidenziato i punti di forza del metodo ossia la comprensibilità, il suo utilizzo quale strumento per superare l'autoreferenzialità e per far ragionare i professionisti sanitari in termini di operatori di sanità pubblica, responsabili non solo della salute dei propri pazienti ma dell'utilizzo delle risorse comuni a favore della popolazione servita. Il metodo infatti è semplice ed efficace, agevola la comunicazione sia tra professionisti, sia tra professionisti e manager sanitari, fornendo loro un linguaggio comune necessario per supportare il processo di decision making.

Il metodo chiaramente supporta ma non sostituisce il ruolo di guida dei policy makers che sono chiamati a rispondere adeguatamente a tutti i portatori di interesse del sistema sanitario dell'utilizzo e del valore aggiunto creato per la popolazione delle risorse finanziarie che hanno avuto l'onore di gestire da parte della collettività.

Milena Vainieri e Sabina Nutti, Laboratorio Management e Sanità. Scuola Superiore S. Anna, Pisa.

Risorse

- [STAR. Socio-technical Allocation of Resources](#) [PDF: 2,3 Mb]

Bibliografia

1. Sito [Health Foundation](#)
2. Airoldi M, Bevan G. [Improvement in Practice: Commissioning with the community](#) [PDF: 849 Kb]. London: The Health Foundation, 2010. Data di consultazione: 24 Luglio 2014.
3. Airoldi M, Morton A, Smith JAE, Bevan G (2014) . STAR - People-Powered Prioritisation: A 21st-Century Solution to Allocation Headaches, Medical Decision Making, 08.
4. Nuti S., Vainieri M. (a cura di) . Priority setting in sanità: l'esperienza del percorso scompenso cardiaco e diabete mellito di tipo 2. Il Mulino, 2013.
5. Mitton C, Donaldson. Come stabilire le priorità in sanità. Il Pensiero Scientifico Editore, 2006.
6. Sito [Clinical Evidence](#)
7. Nuti S, Vainieri M. Federalismo fiscale e riqualificazione del Servizio Sanitario Nazionale. Un binomio possibile. Il Mulino, 2011.