

Modello di analisi decisionale della gestione terapeutica della polmonite acquisita in comunità e creazione di valore

Giorgio Donna[¥], Salvatore Nieddu[¥], Daniele Allara



ABSTRACT

The pharmaco-economical analysis of the strategies in the disease management of the Community-Acquired Pneumonia (CAP) is a very good starting point for considering the value creation utility.

The value creation represents a basic target for the health area, both in short term management and in strategic management: in fact, creating value means to satisfy people health interests and needs.

The cost-benefit analysis (CBA) is the more functional economic valuation method, fitting the value creation model in the best possible way. In fact it examines the greatest number of variables that generates costs and benefits, having an influence on the value creation.

In the CAP specific case, the question is if it's possible to reduce the average days of stay and/or to reduce the admissions to hospital, considering if this changes can generate a health value creation by causing more benefits than costs.

This study presents data and values related to infectious disease hospitalization to analyse the resources economy from days of stay cutback and admission to hospital number.

Farmeconomia e percorsi terapeutici 2001; 2 (2): 109-114

INTRODUZIONE

L'analisi farmaco-economica effettuata sul caso della polmonite acquisita in comunità può essere un ottimo spunto per fare alcune osservazioni riguardo l'utilità di questo tipo di studi, e di quello sulla CAP in particolare, al fine della creazione di valore sanitario. Questo può essere considerato l'obiettivo fondamentale che il settore sanitario si deve porre sia per la gestione di breve periodo che per quella strategica, in quanto creare valore significa soddisfare gli interessi e i bisogni di salute dell'utenza.

Nell'analisi del sistema sanitario la valutazione economica dei diversi atti che sostanziano le prestazioni erogate è diventata, in misura sempre maggiore, una componente obbligatoria ai fini di un approccio razionale che contemperi da un lato l'esigenza di rispondere nel modo migliore possibile ai crescenti bisogni di assistenza della popolazione, e dall'altro la mancata disponibilità di un parallelo incremento delle risorse disponibili. Le risorse scarse a disposizione del sistema sanitario, e più in particolare di un'azienda sanitaria, presentano una pluralità di utilizzi, ognuno dei quali è in grado di generare valore. Il management sanitario, quindi, si trova di fronte ad un insieme di risorse che deve impiegare in modo tale da creare il maggior valore possibile.

Si tratta, dunque, di un problema di allocazione. Il fatto è che nel sistema sanitario, così come in

tutto il settore pubblico, manca un meccanismo simile a quello di mercato che consenta alle imprese private un certo automatismo per le scelte di allocazione. L'esigenza di elaborare metodi di analisi utili a tale scopo si è imposta poiché quasi sempre le spese sanitarie (e quelle pubbliche, in generale) si svolgono al di fuori dei meccanismi normali dell'economia di mercato e, quindi, non ci si può riferire a valutazioni di mercato, relative ai ricavi del sistema sanitario per stimare i benefici degli interventi.

Le tecniche di valutazione economica possono venire utilizzate per diversi scopi ed in particolare:

- valutare la convenienza di un determinato progetto di investimento in rapporto alle risorse che esso richiede;
- definire una priorità riguardo al perseguimento di differenti obiettivi;
- stabilire quale "tecnologia" sia preferibile fra quelle che permettono di raggiungere un determinato obiettivo.

Se non si sviluppano corretti strumenti analitici per attuare questi confronti, si corre il rischio (che molte volte è purtroppo una dura realtà) di volere idealisticamente o velleitariamente aumentare il benessere della collettività e il valore generabile dal sistema sanitario, ma poi di compiere delle scelte che vanno a detrimento di tale benessere e valore o che non li accrescono nella misura massima possibile date certe disponibilità di mezzi esistenti. I metodi di valutazione economica, e

[¥] *Università di Torino e Nagima Divisione Sanità di Torino*

forse più di tutti quello costo-beneficio, rappresentano strumenti per migliorare le scelte del management sanitario, per ridurre il più possibile gli elementi arbitrari e accrescerne il più possibile gli elementi di informazione e di analisi per il miglior conseguimento degli obiettivi, a parità di costi, e per la riduzione al minimo possibile dei costi a parità di conseguimento di obiettivi.

Il modello della creazione di valore, per poter passare dalla teoria alla pratica, necessita che l'insieme degli operatori sanitari, innanzitutto, acquisisca le competenze economiche fondamentali per gestire al meglio le risorse, ma soprattutto non alzi più barriere invalicabili verso l'approccio economico; si deve realizzare una forma di integrazione reale fra cultori e professionisti di discipline diverse, con la trasformazione di una coabitazione fastidiosa e poco accettata in un'occasione di crescita, in modo da favorire il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento dello stato di salute e di crescita della società civile. In tal senso, l'analisi dei costi e conseguenze e le metodologie di analisi decisionale che supportano la scelta razionale ed equa tra le possibili alternative terapeutiche forniscono un importante contributo nel processo di creazione di valore. Infatti, la realizzazione di una valutazione economica necessita della partecipazione di culture e competenze multiple e complementari, in modo particolare quelle degli economisti e degli addetti all'assistenza sanitaria (medici e altri operatori sanitari).

Una funzione fondamentale dei metodi di valutazione economica è, dunque, quella di fornire a tutti gli operatori sanitari, nonché ai decisori istituzionali, elementi conoscitivi e metodologie

di analisi che permettano loro di predisporre il miglior percorso diagnostico-terapeutico per ogni singolo paziente, con il conseguimento del risultato più efficiente possibile nel rispetto dei vincoli sociali, etici ed organizzativi. L'utilizzo di questi strumenti, aggiungendo la razionalità economica a quella medico-scientifica, contribuisce a risolvere con un maggiore grado di uniformità e oggettività certi problemi di tutela della salute: si pensi, per esempio, alla costruzione e gestione di protocolli, al calcolo dei costi dei diversi interventi, alla necessità di motivare le decisioni sulla base del rapporto benefici-costi. Tutto ciò dà la possibilità alle persone di impiegare il loro tempo, le loro energie, le loro intelligenze, i loro valori per affrontare problemi di "ordine superiore".

Lo strumento di valutazione economica che presenta le caratteristiche più complete è certamente la CBA, cioè l'analisi costo-beneficio. Essa, infatti, prende in considerazione tutti gli aspetti derivanti dall'applicazione di un determinato intervento, approfondendo in particolare il discorso sui benefici. Senza dubbio, l'analisi CBA è quella che meglio si adatta al modello della creazione di valore, proprio perché si pone l'obiettivo di prendere in considerazione il maggior numero di variabili in grado di generare costi e benefici, e quindi di influenzare il valore.

Il caso della CAP

Nel caso specifico dell'analisi economica effettuata sulla polmonite acquisita in comunità, affinché si possa arrivare ad una gestione efficiente ed eticamente compatibile dei casi di CAP, risulta necessario che il medico sia in grado di assumere una serie successiva di decisioni fon-

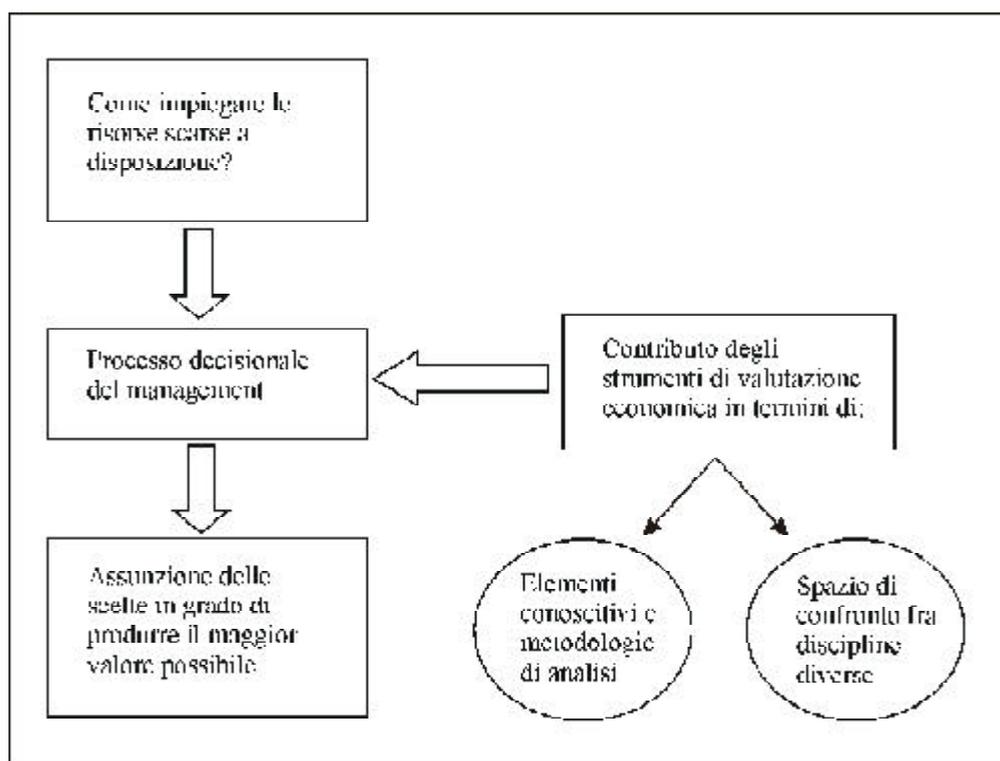


Figura 1
Il contributo della valutazione economica alla creazione di valore.

damentali, le cui conseguenze vanno a ricadere in maniera determinante sull'evoluzione delle condizioni cliniche del paziente e sul bilancio economico del SSN, dell'ospedale, della società ed anche del paziente (figura 2).

Una delle scelte più importanti in grado di generare conseguenze anche in termini di creazione di valore risulta essere quella del ricovero o della deospedalizzazione del paziente affetto da CAP. In ambito infettivologico la necessità di ricoverare un paziente diventa sempre meno frequente e si restringe per lo più ai casi gravi. L'ospedale come ambito di diagnosi, cura e riabilitazione ad alto contenuto tecnologico, per i suoi costi elevati e per la bassa qualità di vita imposta ai pazienti ed ai familiari, deve essere considerato come un'opportunità da riservare in modo sempre più selettivo ai pazienti che ne hanno realmente e specificatamente bisogno e come struttura da occupare per il minimo tempo necessario.

Fattori non solo economici ma anche di altra natura influenzano le attitudini dei pazienti nei confronti delle diverse soluzioni offerte per gestire i problemi sanitari. È prioritario, quindi, capire se la deospedalizzazione o il trattamento in strutture extra-ospedaliere siano una soluzione gradita per i pazienti italiani, cioè siano in grado di creare valore per l'utenza. In linea generale si può ritenere che anche il paziente italiano preferisca evitare l'ospedale, quando solo sia possibile, e che sia ben felice di rimanere ricoverato il minimo indispensabile. Vi sono, tuttavia, alcune condizioni sociali e alcuni vissuti soggettivi di malattia che portano molti pazienti a preferire il ricovero anche quando le condizioni cliniche non lo richiederebbero. L'ospedale, nell'immaginario del paziente, è ancora considerato un asilo che facilita la cura e dona sicurezza, anche se comporta disagi.

Quello che interessa capire è se sia possibile, nel caso della CAP, ridurre il numero medio di giornate di degenza e/o ridurre il numero di ricoveri, ed in particolare se il raggiungimento di tali obiettivi possa portare ad una creazione di valore sanitario, cioè possa generare più benefici che costi (intesi entrambi in termini ampi).

Si può ritenere che in una buona percentuale dei casi il paziente rimanga in ospedale solo o principalmente per effettuare o completare la terapia antibiotica iniettiva: se questi pazienti venissero dimessi prima e potessero continuare la terapia antibiotica iniettiva a domicilio, o in altre apposite strutture extra-ospedaliere, l'ospedale, remunerato col sistema tariffario dei DRG, ne trarrebbe sicuramente un notevole vantaggio economico. È, infatti, interesse dell'ospedale sfruttare al massimo il valore del DRG, cioè ridurre i costi di produzione del servizio, ed uno dei metodi più semplici è quello di ridurre le giornate di degenza del paziente, ossia di favorire i ricoveri brevi.

Le risorse così risparmiate potrebbero essere utilmente impiegate dagli ospedali per migliorare le strutture, attuare nuovi investimenti, ottimizzare il grado di comfort dei pazienti, provvedere ad un più efficiente aggiornamento del personale. Si noti, tuttavia, come il risparmio attuato dagli ospedali non possa andare a beneficio diretto delle ASL paganti, dal momento che i ricoveri sono remunerati a tariffa forfettaria onnicomprensiva secondo il sistema dei DRG. Al contrario, dimettere precocemente un paziente significa caricare maggiori costi sul territorio e principalmente sulle ASL. Infatti, l'ASL deve sopportare comunque il costo del ricovero (valore del relativo DRG) e, qualora il paziente dimesso non sia totalmente guarito, deve sostenere anche i relativi costi aggiuntivi fino alla guarigione, come quelli di un

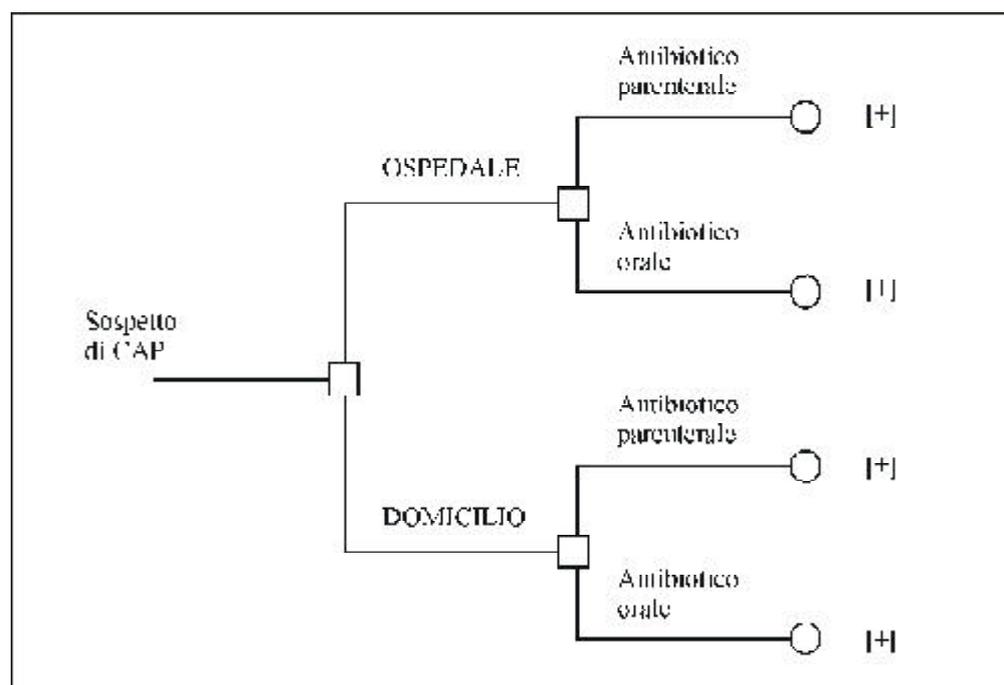


Figura 2
Nodi decisionali fondamentali nel percorso diagnostico-terapeutico della CAP.

eventuale ciclo di assistenza domiciliare.

Inoltre, con la dimissione precoce dall'ospedale, anche altri costi, oltre quelli a carico delle ASL, possono aumentare: rilevanti sono sicuramente gli incrementi possibili a carico del paziente e dei suoi familiari, costi talvolta scaricati su organizzazioni di volontariato. Tutti questi incrementi si accumulano globalmente a livello del costo sociale.

Obiettivo principale di ogni innovazione organizzativa in campo sanitario è quello di rendere complessivamente più efficiente e maggiormente appetibile l'assistenza sanitaria, quindi migliore sul piano della qualità dei servizi, ma non necessariamente meno costosa. Per ottenere questo risultato i significativi risparmi che l'ospedale può ottenere con la dimissione precoce devono essere utilizzati dal SSN e dalla società per rendere più efficiente, moderna ed equa l'offerta complessiva dell'assistenza sanitaria.

In particolare, il risparmio delle giornate di degenza ottenibile con le dimissioni precoci dovrebbe essere utilizzato per consentire una significativa trasformazione della rete ospedaliera, mediante la riduzione del numero dei posti letto per acuti, l'aumento dei posti letto per lungo-degenti e per la riabilitazione, nonché la riqualificazione dei servizi ospedalieri per recepire le innovazioni tecnologiche valide.

Queste azioni di ristrutturazione non possono, però, essere effettuate senza una precisa logica che permetta di generare dei benefici netti effettivi. Non è infatti pensabile una riduzione dei posti letto "a campione" nei vari ospedali o nei vari reparti perché azioni di questo genere

non sarebbero in grado di generare una reale diminuzione di costi. Per gli ospedali, la struttura dei costi si presenta tipicamente in questo modo: circa il 65-70% consiste in costi fissi (personale, pulizia, riscaldamento, servizi tecnico-economici, manutenzioni, ecc.) e solo la restante parte sono costi variabili (prodotti farmaceutici, materiali diagnostici e sanitari, mensa degenti, prestazioni mediche, ecc.) influenzabili da un taglio dei posti letto. Affinché si possa ottenere una significativa riduzione dei costi che permetta di sfruttare tale risparmio per migliorare il servizio sanitario e quindi creare maggiore valore, risulterebbe necessario chiudere realmente dei presidi ospedalieri o dei reparti, concentrando la disponibilità di posti letto in strutture di più ampia portata in grado di meglio distribuire e coprire la percentuale dei costi fissi.

Scelte di questo tipo sono certamente di difficile attuazione, soprattutto nel breve periodo, ma permetterebbero una migliore gestione delle risorse a disposizione, scarse per definizione. La chiusura di un ospedale di piccole dimensioni determina una riduzione dei posti letto; questi, però, potrebbero essere facilmente gestiti e recuperati in una struttura vicina in termini di distanze geografiche, senza determinare un ampliamento al suo interno dei costi fissi, ma utilizzando in maniera più efficiente le risorse di personale e posti letto già a disposizione.

Il problema, dunque, non consiste nella componente medica, ma in quella sociale e politica. Chiudere un ospedale determinerebbe alcune implicazioni non trascurabili: innanzitutto, per la popolazione che si serviva di quella struttura au-

Tabella 1
Risparmio potenziale di letti per acuti ottenibile con la riduzione dell'1% dei giorni di degenza dei ricoverati per infezioni nell'ipotesi che il tasso di occupazione letti vari dal 70% al 90%.

			Risparmio potenziale di letti per acuti con la riduzione dell'1% dei giorni di degenza		
<i>Giorni degenza</i>			<i>Se tasso occupazione letti = 70%</i>	<i>Se tasso occupazione letti = 80%</i>	<i>Se tasso occupazione letti = 90%</i>
Infezioni	Cumulativi	%	N° Letti	N° Letti	N° Letti
Inf. Basse Vie Resp.	5.177.474	46,26	203	177	158
Inf. Vie Urinar.	1.763.851	15,76	69	60	54
Addominali	1.517.942	13,56	59	52	46
Cute e Tessuti Molli	698.552	6,24	27	24	21
Sepsi/Setticemia	574.514	5,13	22	20	17
Febbre Origine Sconosciuta	310.657	2,78	12	11	9
Tessuto Osseo	309.406	2,76	12	11	9
Meningite	156.370	1,40	6	5	5
Altre	682.573	6,10	27	23	21
Totale	11.191.339	100,00	438	383	341

mentano i problemi di spostamento (si pensi ad una moglie anziana che, per andare ad assistere il marito, debba prendere ogni giorno il treno per raggiungere l'ospedale); inoltre non bisogna dimenticare che intorno ad un presidio ospedaliero gravitano tutta una serie di attività commerciali che senza di esso non riuscirebbero più a sopravvivere (bar, servizi di ristorazione, lavanderie, ecc.). Una nuova strategia assistenziale, per essere adottata ed avere successo, deve essere accettata e condivisa dai pazienti ai quali è destinata, dagli operatori sanitari coinvolti nell'erogazione dell'assistenza, dalla classe politica e dai responsabili amministrativi delle aziende sanitarie coinvolte. In particolare, occorre considerare l'insorgenza di eventuali "anticorpi" sociali che possono essere indotti a vari livelli sotto lo stimolo "antigienico" dovuto alla modificazione di interessi particolari consolidati.

Una possibile soluzione potrebbe essere quella di utilizzare le grandi strutture per la gestione degli acuti (diminuendo la degenza media e l'intervallo di turnover ed aumentando l'indice di rotazione e il tasso di utilizzo dei posti letto) e destinare i piccoli presidi alla cura dei lungodegenti, magari affidandone la gestione a privati. In questo modo si aumenterebbe anche il livello di concorrenza fra strutture sanitarie, concetto introdotto negli ultimi anni, ma non realmente applicato.

Si può scendere più nel concreto presentando alcuni dati e valori relativi ai ricoveri per infezioni, in cui rientra anche la CAP, che permettono di rendersi conto quale può essere il risparmio di risorse derivante da una riduzione delle giornate di degenza e del numero dei ricoveri stessi ricor-

rendo alla deospedalizzazione e all'utilizzo di strutture extra-ospedaliere.

La riduzione di un punto percentuale delle giornate di degenza dei pazienti ricoverati per infezione può comportare la liberazione di un numero di posti letto oscillante tra circa 330 e circa 430, in funzione del tasso reale di occupazione dei letti tra il 90% ed il 70% (tabella 1).

Una stima analoga può essere effettuata ipotizzando di ridurre la degenza di ogni paziente di uno o più giorni (tabella 2).

Un risparmio netto per l'ASL può essere ottenuto riducendo il numero di ricoveri e quindi la spesa ospedaliera relativa. La disponibilità sul territorio di strutture extra-ospedaliere per la terapia antibiotica può favorire non solo la riduzione delle giornate di degenza, ma anche una certa riduzione del numero di ricoveri per infezioni. Sicuramente l'offerta di tali strutture potrebbe convincere molti pazienti e molti medici, che oggi scelgono la via del ricovero per motivi prevalentemente socio-culturali e medico-legali, ad evitare l'ospedale e a preferire un tipo di assistenza più umano e meno traumatizzante. Una stima realistica del numero di ricoveri per malattie infettive evitabili non è attuabile senza aver effettuato complesse valutazioni dei motivi che oggi portano al ricovero e aver discriminato le ragioni di salvaguardia (ad esempio il rischio di mortalità correlato alla gravità della CAP) da quelle puramente sociali e culturali. Tuttavia, una stima ipotetica approssimativa dei costi risparmiati dal SSN per ogni punto percentuale di ricoveri evitati è possibile in base al valore dei DRG.

Applicando il valore medio dei DRG si può stimare che i ricoveri per infezioni costino al SSN

Risparmio potenziale di letti ottenibile con la riduzione dei giorni di degenza/paziente (tasso di occupazione letti = 80%)						
	<i>Ricoveri annuali</i>	<i>Giorni degenza</i>	<i>- 1 g/paz</i>	<i>- 2 gg/paz</i>	<i>- 3 gg/paz</i>	<i>- 4 gg/paz</i>
	N°	(media)	N° Letti	N° Letti	N° Letti	N° Letti
Infezioni	448.987	11,5	1.538	3.075	4.613	6.151
IBVR	181.421	9,7	621	1.243	1.864	2.485
Addominali	169.693	8,9	581	1.162	1.743	2.324
Cute e Tessuti Molli	50.681	13,8	174	347	521	694
Sepsi/Setticemia	47.309	12,1	162	324	486	648
Febbre Origine Sconosciuta	28.545	10,9	98	196	293	391
Tessuto Osseo	17.861	17,3	61	122	184	245
Meningite	10.675	14,6	37	73	110	146
Altre	82.399	8,3	282	564	847	1.129
Totale	1.037.516	10,8	3.553	7.106	10.659	14.213

Tabella 2
Risparmio potenziale di letti per acuti ottenibile con la riduzione di uno o più giorni di degenza per ogni paziente ricoverato per infezioni.

Tabella 3

Stima dei costi annuali a carico del SSN dovuti a ricoveri negli ospedali italiani di pazienti affetti da infezioni. I pesi ed i valori monetari di alcuni DRG sono approssimativi essendo le infezioni attribuibili a diversi DRG.

	Ricoveri Annuali (media aa 1993-95)		Valore DRG		Costi annuali per ricovero stimati a carico del SSN (miliardi Lire)		
	N°	Pesi	Lire	Basale	- 10%	+ 10%	
Infezioni							
IBVR	448.987	1,0655	5.327.500	2.392	2.153	2.631	
IVU	181.421	0,8400	4.200.000	762	686	838	
Addominali	169.693	1,5000	7.500.000	1.272	1.145	1.400	
Cute e Tessuti molli	50.681	0,6000	3.000.000	152	137	167	
Sepsi/Setticemia	47.309	2,0600	10.300.000	487	439	536	
Febbre Origine Sconosciuta	28.545	1,1912	5.956.000	170	153	187	
Tessuto Osseo	17.861	1,8000	9.000.000	161	145	177	
Meningite	10.675	2,0454	10.227.000	109	98	120	
Altre	82.399	1,5000	7.500.000	618	556	680	
Totale	1.037.516			6.123	5.511	6.736	

Tabella 4

Risparmio per il SSN ottenibile con la riduzione percentuale del numero di ricoveri.

	Risparmio potenziale per il SSN Ottenibile con la riduzione % di ricoveri					
	Ricoveri annuali N°	Costo per SSN Miliardi L.	- 1% Miliardi L.	- 5% Miliardi L.	- 10% Miliardi L.	- 20% Miliardi L.
Infezioni						
IBVR	448.987	2.392	24	120	239	478
IVU	181.421	762	8	38	76	152
Addominali	169.693	1.272	13	----	----	----
Cute e Tessuti Molli	50.681	152	2	----	----	----
Sepsi/Setticemia	47.309	487	5	----	----	----
Febbre Origine Sconosciuta	28.545	170	2	----	----	----
Tessuto Osseo	17.861	161	2	----	----	----
Meningite	10.675	109	1	----	----	----
Altre	82.399	618	6	----	----	----
Totale	1.037.516	6.123	61	158	315	631

oltre 6.000 miliardi all'anno (tabella 3). Si tratta di una stima conservativa ed imprecisa, ma comunque indicativa dell'entità dell'onere finanziario indotto sul SSN dalla scelta di ricoverare i pazienti affetti da infezioni.

Poiché ogni ricovero costa alcuni milioni di lire al SSN, è facile verificare quale sarebbe il risparmio se il numero di ricoveri diminuisse di un punto percentuale (tabella 4). Qualora la riduzione di un punto percentuale avvenisse uniformemente per ogni tipo di infezione, il risparmio annuale per il SSN sarebbe di circa 61 miliardi di lire. È logico ritenere, tuttavia, che la riduzione del numero di ricoveri non sia possibile per certe infezioni (quali la meningite) mentre può essere

prevista per le infezioni delle vie respiratorie (quali la CAP) e delle vie urinarie in percentuali anche notevolmente superiori al punto percentuale. La tabella 4 evidenzia questa ipotesi di risparmio per il SSN e dimostra come ridurre del 5% il numero di ricoveri di queste due infezioni indurrebbe un risparmio di oltre 158 miliardi di lire: risparmi proporzionalmente maggiori si avrebbero con riduzioni percentuali superiori.

Le stime discusse sono, come già accennato, molto approssimative e conservative, ma hanno lo scopo di rendere evidente come vi possa essere un'attraente interesse economico e funzionale a ridurre sia il numero di ricoveri sia la durata dei ricoveri per malattie infettive.