

FOCUS SU EFFICACIA ED EFFICIENZA DEI DISPOSITIVI ORTOPEDICI:

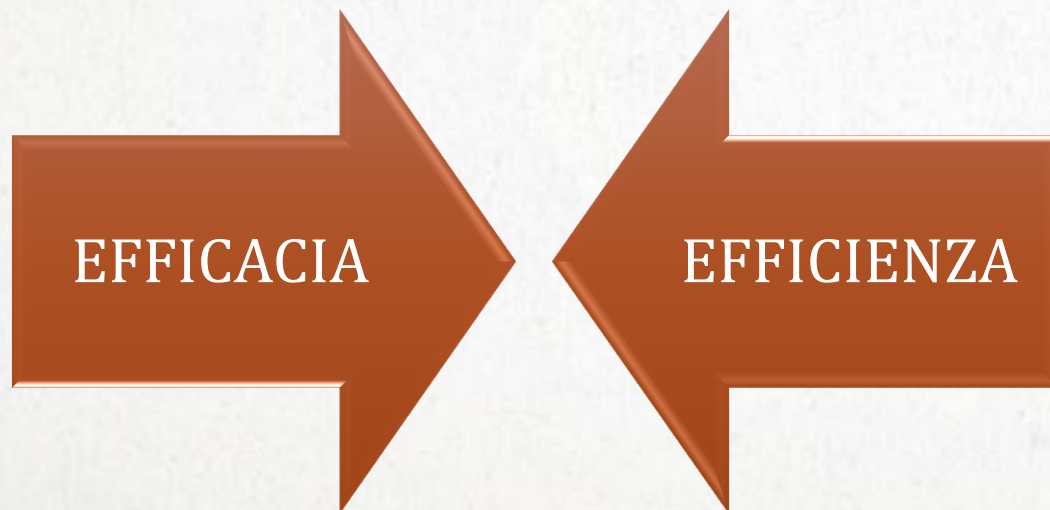
**IL DISPOSITIVO E' EFFICIENTE!
UNA LOCUZIONE SPENDIBILE
SULL'ALTARE DELL'EFFICACIA?
A QUALE PREZZO?**

SALVATORE SANTALUCIA

III° CONGRESSO CONGIUNTO DI ORTOPEDIA TECNICA

formazione - tecnologia - appropriatezza -
evidenze - prescrivibilità
- sicurezza - linee guida - mercato - tariffe:
le sfide del tecnico ortopedico moderno
Bologna 17/18/19 aprile 2018





EFFICACIA ED EFFICIENZA

UNICA PAROLA?

SINONIMI?

ETIMOLOGIA

Per evitare errori concettuali vediamo qual' è la differenza:

EFFICACE	EFFICIENTE
La parola «efficace» significa: – che produce l'effetto voluto; – incisivo, persuasivo	La parola «efficiente» significa: – che produce un effetto in un dato modo; – funzionante, che funziona bene.

A prima vista le differenze sembrano poche. Però non è proprio così.

ETIMOLOGIA

- Se due atleti si prefiggono di correre i 100 metri in meno di 10 secondi e riescono nel loro intento, sono entrambi efficaci; tra i due risulterà più efficiente quello che avrà raggiunto l'obiettivo con il minimo dispendio di risorse (tempo dedicato all'allenamento e costi per materiale tecnico, allenatore, nutrizionista, integratori ecc.).



DEFINIZIONE

L'efficacia indica la capacità di raggiungere l'obiettivo prefissato,

L'efficienza valuta l'abilità di farlo impiegando le risorse minime indispensabili.

Punto di partenza

Punto di arrivo



A. AZIONE EFFICACE MA NON EFFICIENTE

Punto di partenza

Punto di arrivo



B. AZIONE EFFICACE ED EFFICIENTE

EFFICACIA ED EFFICIENZA NEL SETTORE

Efficacia ed efficienza sono quindi legate fortemente tra loro in tutti i settori.

Nel settore delle tecniche ortopediche è parte integrante del **processo di fornitura di un dispositivo medico.**

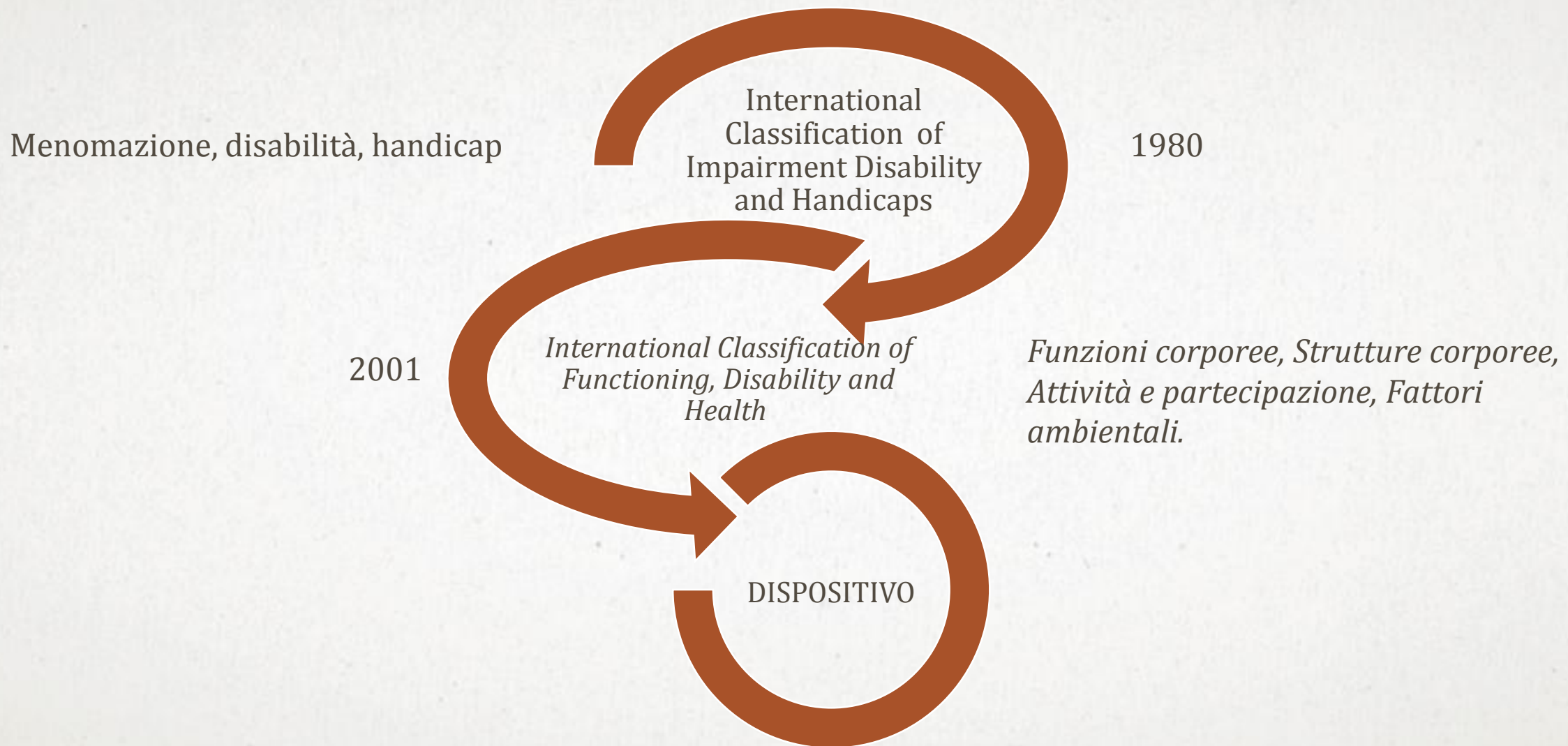
PROCESSO DI FORNITURA

DISPOSITIVO MEDICO

Definizioni (da ISO 9241/11)

- **EFFICACIA:** l'accuratezza e la completezza con la quale gli utilizzatori raggiungono specifici obiettivi.
- **EFFICIENZA:** le risorse spese in relazione all'accuratezza e alla completezza con la quale gli utilizzatori raggiungono i risultati (ossia all'efficacia).

IL DISPOSITIVO E LA DISABILITA' - OMS



IL DISPOSITIVO E LA DISABILITA' - OMS

ICIDH	ICF
la <i>menomazione</i> è il danno biologico che una persona riporta a seguito di una malattia (congenita o meno) o di un incidente;	“Le <i>funzioni corporee</i> ” sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei, incluse le funzioni psicologiche
la <i>disabilità</i> è l’incapacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana a seguito della menomazione;	Le <i>“strutture corporee”</i> sono parti anatomiche del corpo come organi, arti e loro componenti
l’ <i>handicap</i> è lo svantaggio sociale che deriva dall’aver una disabilità.	“ <i>Attività</i> ” è l’esecuzione di un compito o di un’azione da parte di un individuo
Mentre per un individuo la menomazione ha carattere permanente, la disabilità dipende dalla attività che egli deve esercitare e l’handicap esprime lo svantaggio che ha nei riguardi di altri individui (i cosiddetti <i>normodotati</i>)	“ <i>Partecipazione</i> ” è il coinvolgimento di un individuo in una situazione di vita
	I <i>“fattori ambientali”</i> sono caratteristiche – del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti –, che possono avere impatto sulle prestazioni di un individuo in un determinato contesto

IL DISPOSITIVO E LA DISABILITA' - OMS

- Il documento ICF copre tutti gli aspetti della salute umana, raggruppandoli nel dominio della salute (*health domain*, che comprende il vedere, udire, camminare, imparare e ricordare) e in quelli “collegati” alla salute (*health-related domains*, che includono mobilità, istruzione, partecipazione alla vita sociale e simili).
- Ha il vantaggio rispetto alla classificazione ICIDH di non aver l’obbligo di dover specificare le cause di una menomazione o disabilità, ma solo di indicarne gli effetti.
- Estende il concetto di disabilità anche alla partecipazione alla vita collettiva e inserisce nel modello concettuale fattori contestuali, vale a dire i fattori ambientali e i fattori personali. Con l’ICF **non si valuta più quello che una persona non può fare**, ma quello che sa fare (**attività**); non si considera più quanto un individuo è svantaggiato, ma quanto riesce a prendere parte alla vita della società (**partecipazione**); l’inclusione sociale non dipende più solo dagli sforzi di un individuo per adattarsi all’ambiente, ma da quanto l’ambiente è accogliente nei suoi confronti (**fattori ambientali**)

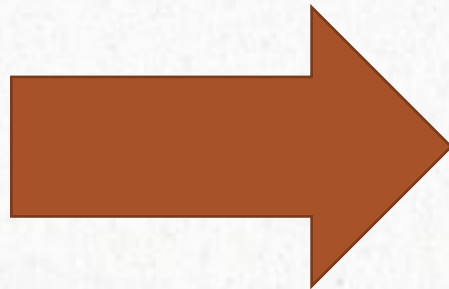
N.B. il termine “handicap” è stato abbandonato e che il termine disabilità è stato esteso fino a ricoprire sia la restrizione di attività che la limitazione di partecipazione

IL DISPOSITIVO - DEFINIZIONI

- Prodotto ad avente diritto ?
- qualsiasi prodotto atto a prevenire, compensare, tenere sotto controllo, alleviare o eliminare menomazioni,

limitazioni nelle attività o ostacoli alla partecipazione alle attività quotidiane ed alla vita sociale
- idee, accorgimenti, attrezzature, apparecchiature che consentono alla persona disabile di attivare o potenziare un percorso di "autonomia" (Andrich)
- facilitatore ambientale (ICF, 2001)

EFFICIENZA DEL DISPOSITIVO E DEL PROCESSO



E' stato fornito il dispositivo giusto?
Il risultato giustifica la spesa?



Il processo è stato efficiente?
Sono stati conseguiti gli obiettivi facendo un uso ottimale delle risorse?

EFFICIENZA COME ANALISI ECONOMICA E FINANZIARIA

ECONOMIA

uso delle “risorse”
per conseguire dei “beni”

- “costo”: concetto attinente
l’economia

FINANZA

uso del “denaro” per acquisire
delle “risorse”

- “spesa”: concetto attinente la
finanza

EFFICIENZA = MINOR PREZZO ?



Il PREZZO di acquisto

In realtà rappresenta solo una parte dell'investimento richiesto da una fornitura ed è metodologicamente errato assumerlo come **unico parametro di scelta**.

IL COSTO DI UN 'FACILITATORE'

Il prezzo di acquisto è solo un componente del costo dell'intervento complessivo associato al dispositivo

È necessario:

- costituire una base per un ragionamento critico e considerare gli ausili nei **percorsi di vita** delle persone con disabilità, rispetto all'**impatto sociale** di questi interventi ed infine rispetto al ruolo degli Enti erogatori.
- acquisire la consapevolezza che **i costi devono essere misurati nel tempo** (tanto il prodotto quanto il progetto legato alla fornitura hanno un ciclo di vita)

IL COSTO DI UN 'FACILITATORE'

- Il tema della valutazione dei costi appare cruciale in questa fase di drastico ridimensionamento delle risorse economiche pubbliche e private.
- Oggi più che mai vale la pena di verificare su campo quanto altri hanno già sperimentato e quanto il buon senso invita a ritenere valido

la consapevolezza che gli ausili per l'autonomia, a fronte di un costo iniziale, sono affiancati da una serie di costi cosiddetti di processo, può comportare significativi risparmi per gli enti erogatori.

CHE FARE?



L'attuale sistema nazionale di assistenza protesica non è in grado al momento di rilevare e quantificare questo tipo di economie

la visione frammentata dei diversi servizi di fornitura non solo provoca disagi e minore efficacia degli interventi sociosanitari ,ma a livello di contabilità il costo dell'ausilio viene monitorato su altri capitoli di spesa rispetto alle diverse componenti dell'intervento e quindi si trova a sottostare a logiche di controllo e di contenimento dei costi in una vera e propria **“gara al ribasso”** nelle procedure d'acquisto dove immancabilmente viene svilita la componente qualitativa a favore di quella del prezzo.

MODELLI PER L'ANALISI DEI COSTI DEI DISPOSITIVI

Il modello ImEcAP (Impatto Economico dell'Assistenza Protesica)

Fondazione Don Gnocchi - Centro Ricerche e Studi in Management Sanitario
dell'Università Cattolica di Milano - Specialisti esterni



Il modello di calcolo permette di valutare i costi ascrivibili all'ausilio in sé (costi di prodotto) e quelli ascrivibili al percorso che porta all'acquisizione e all'uso dell'ausilio da parte dell'utente (costi di percorso)

=

modello matematico per il calcolo del costo sociale degli ausili

SCAI (SIVA COST ANALYSIS INSTRUMENT),

Lo strumento SCAI sviluppato dall'IRCCS S.Maria Nascente della Fondazione Don Gnocchi nell'ambito di una ricerca finalizzata del Ministero della Salute, e successivamente perfezionato in varie versioni, consente la stima dei **costi complessivi** dei facilitatori ambientali (ausili tecnici, assistenza personale, adattamenti ambientali).

Lo SCAI permette di condurre analisi economiche di **programmi individuali di facilitazione ambientale**, ossia di interventi individualizzati di sostegno all'autonomia che comportino tecnologie di ausilio o altre soluzioni ad esse assimilabili (adattamenti della casa, del luogo di lavoro, dell'ambiente scolastico; assistenza personale per le attività quotidiane, ecc.)

*Stabilisce che l'indicatore più appropriato è il **costo sociale** generato dall'ausilio sul medio o lungo termine, che va relativizzato ai risultati ottenuti.*

*Esso va confrontato in primo luogo con i costi del "**non ausilio**", ossia con il costo sociale cui si andrebbe incontro nello stesso periodo nel caso si decidesse di rinunciare all'ausilio".*

Utente

Quadro clinico

--

Anamnesi personale e familiare

--

Obiettivi del programma

--

Evoluzione probabile in assenza di interventi

--

Risultati previsti a livello individuale

--

Risultati previsti a livello della famiglia o della rete primaria

--

Risultati previsti a livello degli operatori

--

Risultati previsti a livello della comunità

--

Utente **0**

Orizzonte temporale anni (Specificare se misurato in anni oppure in mesi)

Parametri per la valorizzazione dei costi di assistenza
 Livello A (non richiede qualificazione né prestazione fisica)
 Livello B (non richiede qualificazione ma richiede prestazione fisica)
 Livello C (richiede specifica qualificazione professionale)

costo orario	spesa oraria

Eventuali enti che sostengono o partecipano alla spesa

1° ente partecipante	ente1
2° ente partecipante	ente2

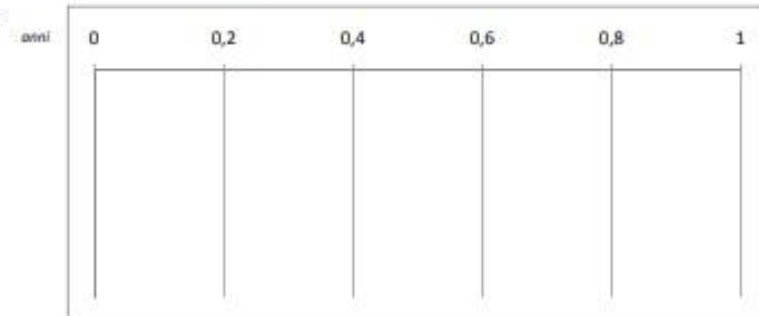
Analisi economica

problema	soluzione	anno inizio	costo acquisto	costo sociale	valore residuo
0					
0					
0					
0					
0					
0					
0					
0					
0					
0					
totale					

Analisi finanziaria

problema	soluzione	anno inizio	spesa utente	spesa ente1	spesa ente2
0					
0					
0					
0					
0					
0					
0					
0					
0					
0					
totale					

Diagramma temporale



Foglio 3_1 - Analisi dei costi del primo intervento

Utente

Problema

anno inizio durata clinica anni anni effettivi
0

	Soluzione 1	Soluzione 2	Soluzione 3	Soluzione 4	Soluzione 5 non intervento
Parametri					
Durato tecnico anni					
Riciclabile ? (1>SI 0>NO)					
Riutilizzabile ? (1>SI 0>NO)					
Investimento					
Costo complessivo					
% speso utente	100%	100%	100%	100%	
% speso ente1					
% speso ente2					
Esercizio					
Costo annuo					
% speso utente	100%	100%	100%	100%	
% speso ente1					
% speso ente2					
Servizi					
Costo annuo					
% speso utente	100%	100%	100%	100%	
% speso ente1					
% speso ente2					
Assistenza liv 1					
azioni/mese					
minuti/azione (+ attesa)					
% speso utente	100%	100%	100%	100%	100%
% speso ente1					
% speso ente2					
Assistenza liv 2					
azioni/mese					
minuti/azione (+ attesa)					
% speso utente	100%	100%	100%	100%	100%
% speso ente1					
% speso ente2					
Assistenza liv 3					
azioni/mese					
minuti/azione (+ attesa)					
% speso utente	100%	100%	100%	100%	100%
% speso ente1					
% speso ente2					
Costo investimento					
- Valore residuo					
+ Costo esercizio					
+ Costo servizi					
+ Valorizzazione assistenza					
= Costo sociale					
Speso utente					
speso ente1					
speso ente2					
Costo Sociale Aggiuntivo					

IL COSTO SOCIALE

E' definito come una somma dei costi sostenuti da tutti gli attori della situazione, intesa come *spese* (esborso monetario) o valorizzazione economica di *risorse impiegate* per:

- ausilio (acquisto, leasing, noleggio...);
 - costi di processo (valutazione ausili, training, ...);
 - manutenzione/esercizio;
- SPESE**
-
- servizi correlati all'utilizzo dell'ausilio da parte dell'utente;
 - assistenza umana (valutata su diversi livelli di specializzazione del care-giver): spese sostenute da un ente (si fa riferimento ai costi lordi ricavati dai contratti standard degli operatori) o ricavato valorizzando ai valori delle retribuzioni contrattuali di riferimento l'intervento assistenziale dei care giver familiari
- COSTI**

IL COSTO SOCIALE

La sommatoria di *tutte le risorse* usate da *tutti gli attori*

Costi diretti: costi sociali che si possono riconoscere come direttamente legati a tale programma individuale (costo dell'ausilio e l'assistenza umana necessaria per l'uso dello stesso)

- **costi marginali:** costi conseguenti alla scelta di *quello specifico ausilio* (acquisto di quello specifico ausilio, training all'uso, manutenzione ecc.)
- **costi fissi:** costi che comunque si devono sostenere indipendentemente dalla scelta o non scelta (l'impegno dedicato dal prescrittore e dal team riabilitativo nelle valutazioni)

Costi indiretti: risorse non prodotte a causa della patologia, sia da parte dei pazienti che dei famigliari (giornate di lavoro perse)



Concetto di "costo sociale dell'intervento« (Andrich, 2007)

DAL COSTO SOCIALE AL COSTO SOCIALE AGGIUNTIVO

Quando adottiamo un nuovo ausilio, non soltanto *investiamo nuove risorse*, ma apportiamo anche *un cambiamento nelle risorse che già usavamo prima*. L'ausilio modifica lo stile di vita. (una carrozzina elettronica può eliminare la necessità di assistenza personale per gli spostamenti)

Nel passaggio dalla vecchia condizione alla nuova che si valuteranno i *risultati* ottenuti.

Ne consegue che il costo sociale aggiuntivo di un intervento può essere:

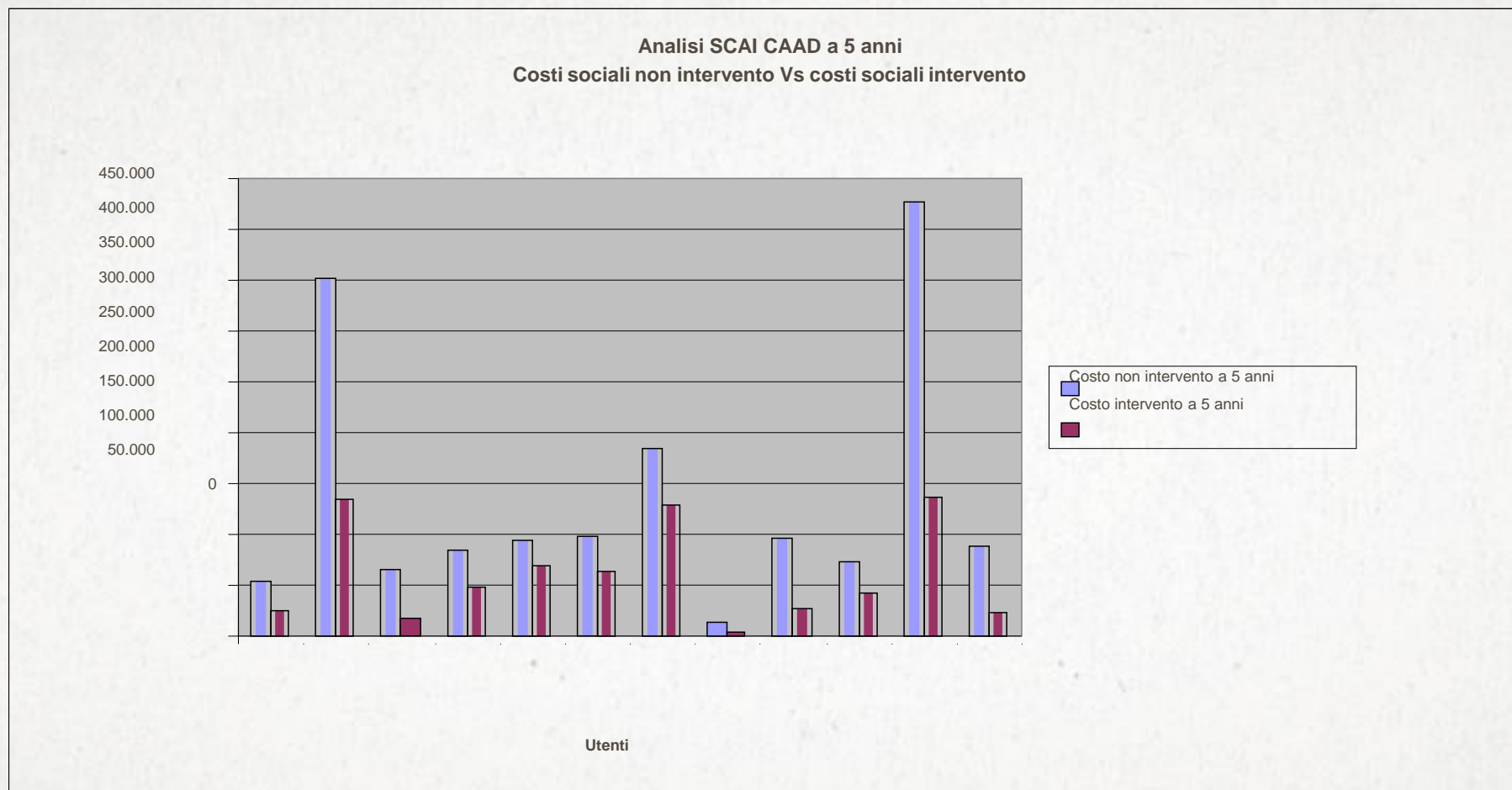
- maggiore di zero, se richiede maggiori risorse rispetto alla situazione preesistente (*investimento*);
- nullo, se mobilita più o meno la stessa quantità di risorse (*ridistribuzione*);
- minore di zero, se mobilita risorse inferiori (*risparmio*).

IL NON INTERVENTO SCAI

OSSIA IL COSTO CHE COMUNQUE SI SOSTERREBBE SE SI RINUNCIASSE ALL'INTERVENTO

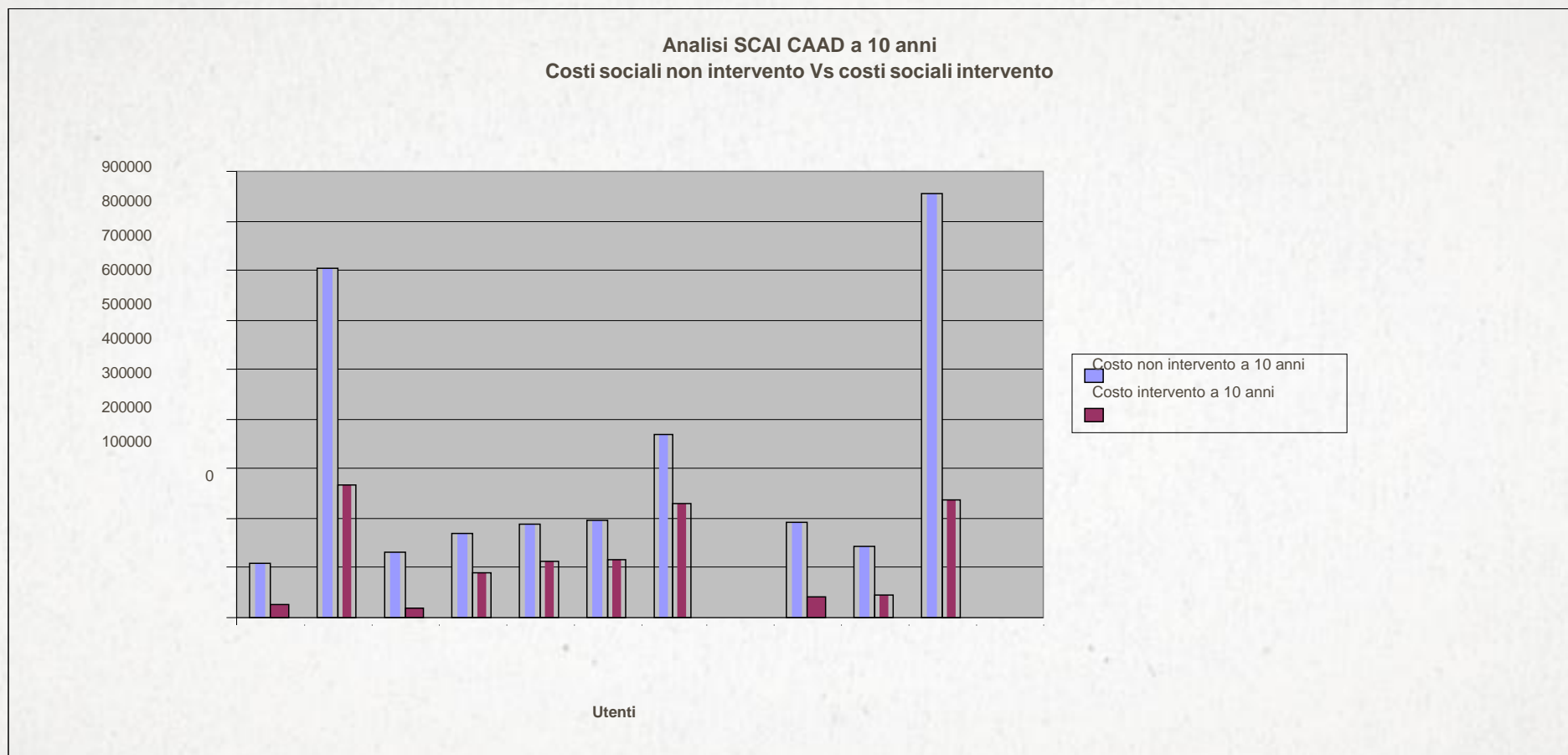
- *Esempio carrozzina verticalizzante.*
Magari si spenderà una notevole cifra nell'acquisto dell'ausilio, ma sarà anche vero anche che si libereranno ore mensili del tempo di un familiare. Se l'ausilio funzionerà bene ad es. per cinque anni (***durata tecnica***) prima di richiedere la sostituzione o radicali riparazioni, potrò fare un bilancio tra i costi sostenuti (acquisto, installazione, manutenzione ecc..) e le circa 1800 ore-uomo risparmiate (30 ore/mese x 12 mesi x 5 anni).
- La stima del valore economico di queste ore di assistenza (***valorizzazione***) consentirà di misurare l'entità del NON INTERVENTO in termini di risparmio conseguito.

IL NON-INTERVENTO



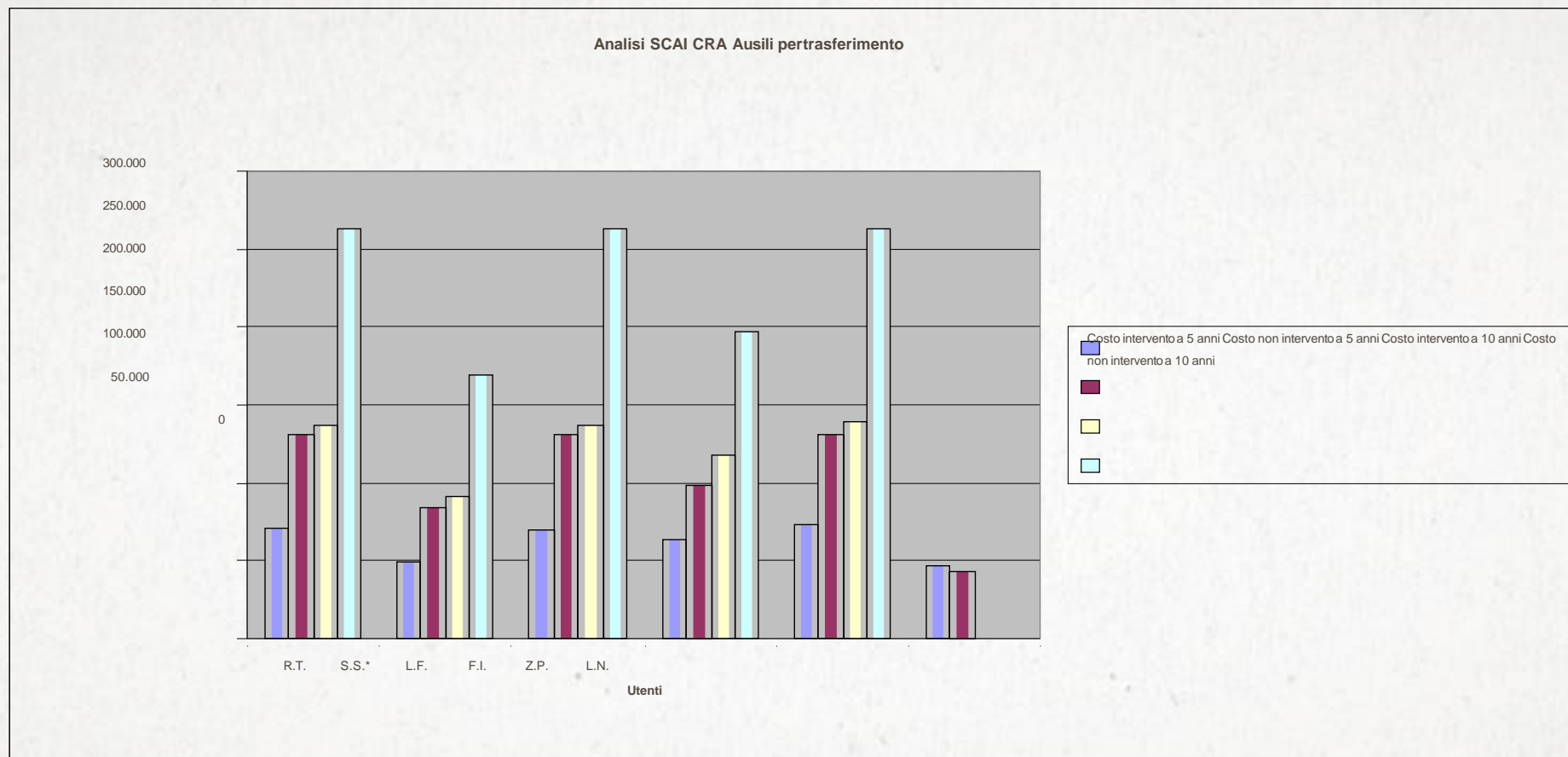
Centro Regionale Ausili, Centro Ausili Tecnologici, Centro Adattamento Ambiente Domestico di Corte Roncati Asl di Bologna

IL NON-INTERVENTO



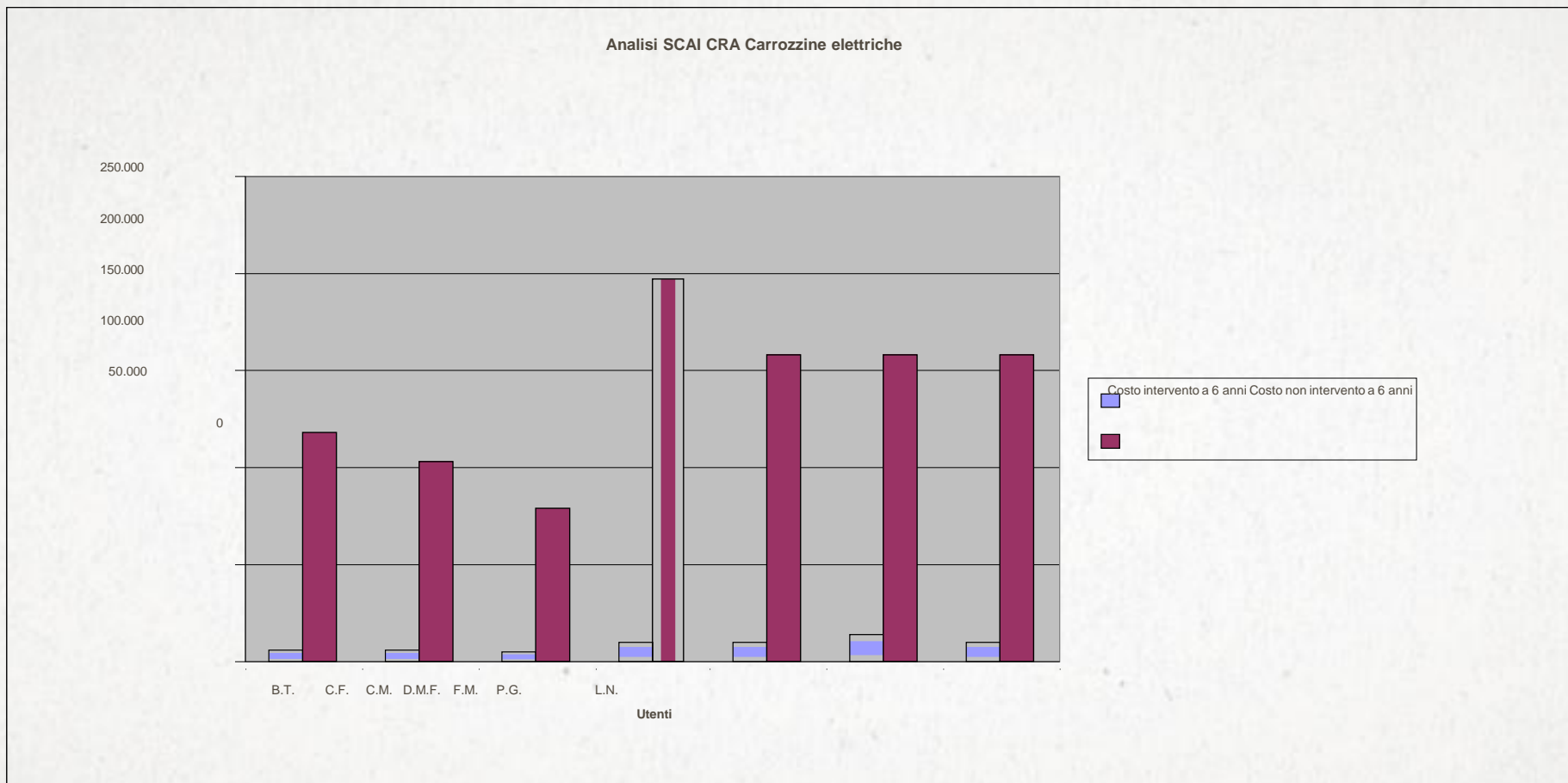
Centro Regionale Ausili, Centro Ausili Tecnologici, Centro Adattamento Ambiente Domestico di Corte Roncati Asl di Bologna

IL NON-INTERVENTO



Centro Regionale Ausili, Centro Ausili Tecnologici, Centro Adattamento Ambiente Domestico di Corte Roncati Asl di Bologna

IL NON-INTERVENTO



Centro Regionale Ausili, Centro Ausili Tecnologici, Centro Adattamento Ambiente Domestico di Corte Roncati Asl di Bologna

TABELLA RISULTATI SCAI

	Caso B.F.	Caso C.F.	Caso F.I.	Caso L.N.	Caso L.F.	Caso R.D.	Caso S.S.	Caso T.R.	Caso R.D.	Caso Z.P.
Età	18	54	27	78	16	13	24	45	13	29
Diagnosi	emiplegia	Sd. Di Guillan-Barrè	Amiotrofi a spinale	SLA	Distrofia muscolare di Duchenne	Esiti di neoplasia cerebrale	PCI	Sclerosi Multipla	Tetra paresi distonico-atetoide	Distrofia muscolare
Interventi CRA	1 consulenza	2 consulenze	1 consulenza	5 consulenze	1 consulenza	1 consulenza	1 consulenza	5 consulenze		1 consulenza
Soluzioni individuate	Ausili vita quotidiana: cura del sé, mangiare	Ausili vita quotidiana: cura del sé, mangiare	Sollevatore a binario	Montascale	Sollevatore a binario	Ausili vita quotidiana: cura del sé, mangiare	Sollevatore e sedia doccia-wc	Sollevatore	-Sedia doccia-wc	Sollevatore
Risparmio costo sociale a 5 anni	65.450 €	64.300 €	35.126 €	-2.530 € (11.700 € val. residuo)	61.300 €	63.600 €	35.673 €	61.145 €	13.040 €	58.279 €
Risparmio costo sociale a 10 anni	131.150 €	129.100 €	79.556 €	-	126.250 €	128.400 €	77.883 €	126.095 €	-	123.229 €

STUDIO OSSERVAZIONALE SUL GINOCCHIO ELETTRONICO

Gerzoli S., Torbica A., Fattori G., CER GAS (2008): *Cost utility analysis of knee prosthesis with complete microprocessor control (C-leg) compared with mechanical technology in trans-femoral amputees*, European Journal Health Economy.

Per verificare scientificamente l'effettivo miglioramento della vita dei pazienti dotati di queste tecnologie avanzate, è stata realizzata una ricerca sulla qualità della vita dei pazienti amputati d'arto. Lo studio osservazionale e retrospettivo ha valutato il rapporto di costo/efficacia, rispetto alla protesi tradizionale, del ginocchio elettronico (C-leg).

365 giorni di analisi, 100 pazienti partecipanti ed altrettanto personale medico e paramedico coinvolto, hanno testimoniato la straordinaria efficacia delle protesi di più recente generazione, confermando che a parità di costo per il SSN, la qualità della vita per il paziente trattato con protesi hi-tech è nettamente più elevata in termini di capacità di movimento, cura della persona e proseguimento delle abituali attività.

Quasi il 65% delle persone con "ginocchio elettronico" non ha nessuna difficoltà nel camminare e svolgere le consuete attività rispetto al 44% delle persone con la protesi meccanica. La ricerca ha stabilito anche che il costo sociale annuale per persona è più elevato nel gruppo con tecnologia tradizionale: quasi 13.000 Euro rispetto ai circa 9.600 Euro del gruppo dotato di "ginocchio elettronico".

STUDIO OSSERVAZIONALE SUL GINOCCHIO ELETTRONICO

Gerzoli S., Torbica A., Fattori G., CERGAS (2008): *Cost utility analysis of knee prosthesis with complete microprocessor control (C-leg) compared with mechanical technology in trans-femoral amputees*, European Journal Health Economy.

Questa differenza è imputabile ai maggiori costi associati alla perdita di produttività (riduzione permanente della propria attività lavorativa o perdita di giorni lavorativi) ed alla maggior difficoltà nel mantenere e svolgere il proprio lavoro negli individui con protesi meccanica. Quasi il 40% di questi ultimi ha abbandonato definitivamente il proprio lavoro a causa dell'amputazione, rispetto al 26% del gruppo con protesi hi-tech.

Si rende pertanto necessario riconoscere e stimare l'impatto della “mancata o scarsa qualità”, - attraverso il calcolo dei costi diretti, indiretti legati ai costi sociali - al fine di evidenziare come il raggiungimento di risparmi per il sistema sanitario nel breve periodo (sia per il mancato aggiornamento delle tariffe, che per l'attivazione di procedure di gara aggiudicate al minor prezzo) si traduca in maggiori costi nel medio-lungo periodo, andando a minare l'equilibrio e la sostenibilità del sistema sanitario stesso.

IL NON INTERVENTO E L'INTERVENTO INEFFICIENTE

QUALI SONO LE CONSEGUENZE ?



OGGI NE TENIAMO CONTO? ESISTONO SISTEMI OGGETTIVI PER LA MISURAZIONE?

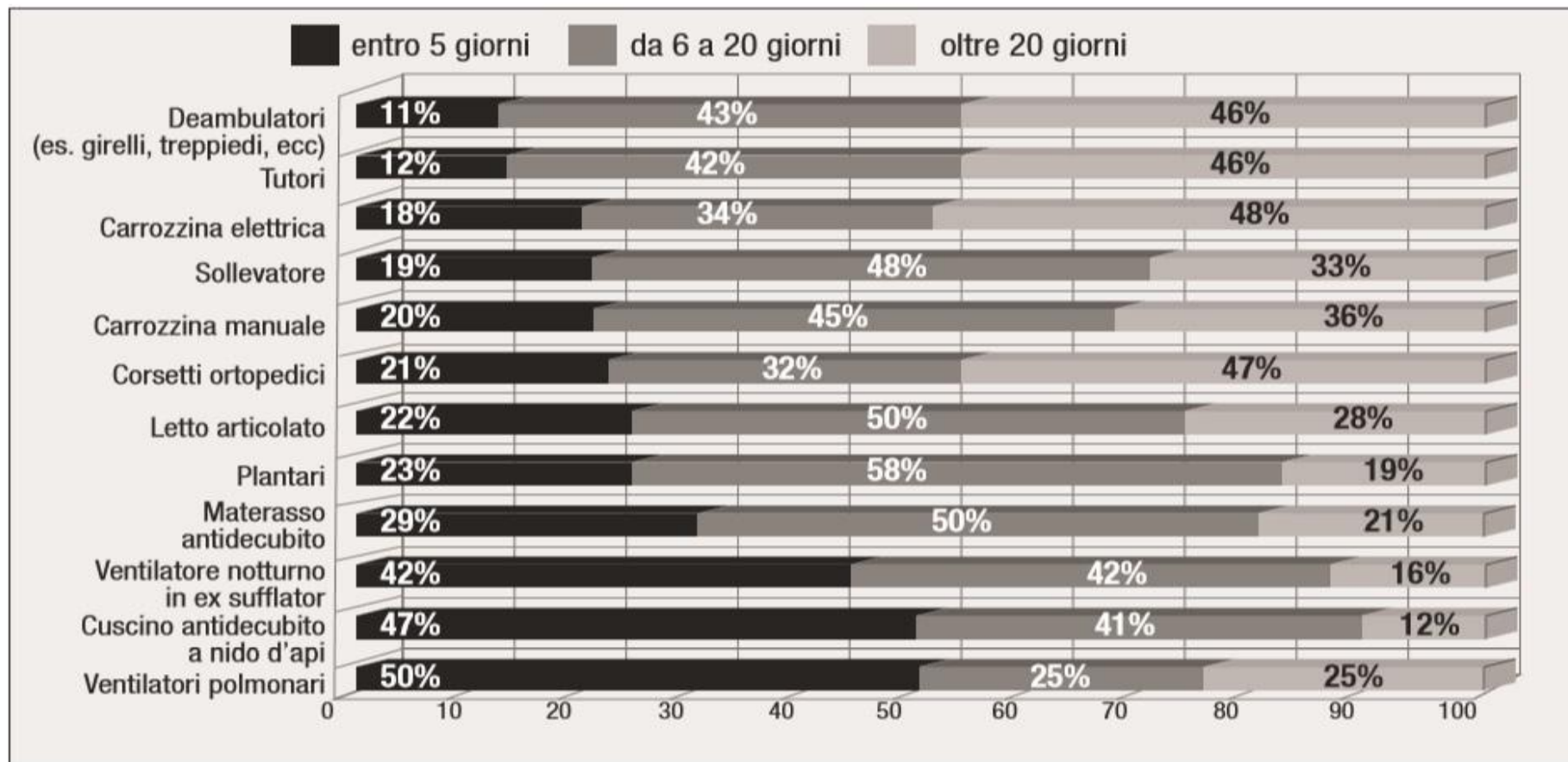


L'IMPORTANZA DELLA VALIDAZIONE DEI RISULTATI

IL RUOLO DELLE SOCIETA' SCIENTIFICHE E DEI PROTOCOLLI DI RICERCA

EFFICIENZA DEL PROCESSO DI EROGAZIONE

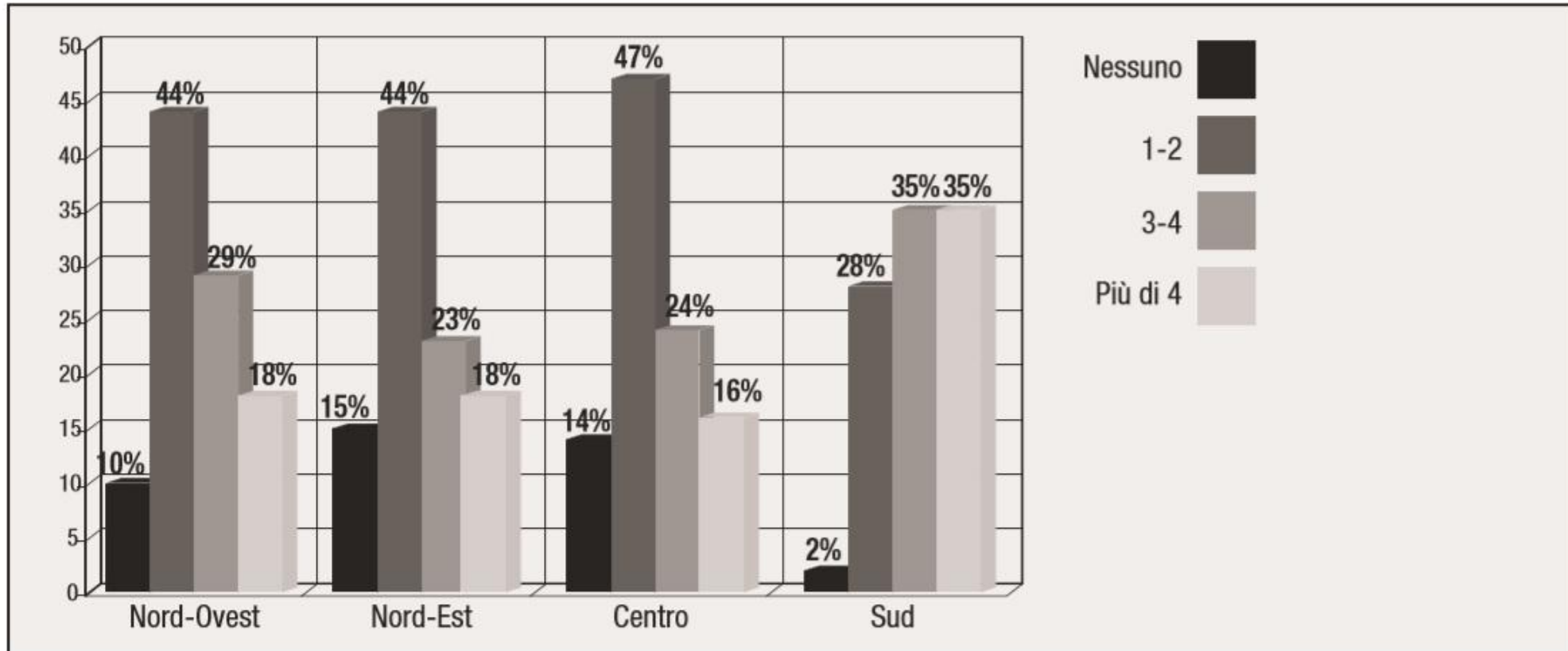
Fig. 6 – Attesa per il rilascio dell'autorizzazione all'assistenza per dispositivo



Fonte: Cittadinanzattiva – I Rapporto sull'Assistenza protesica e integrativa, luglio 2011

EFFICIENZA DEL PROCESSO DI EROGAZIONE

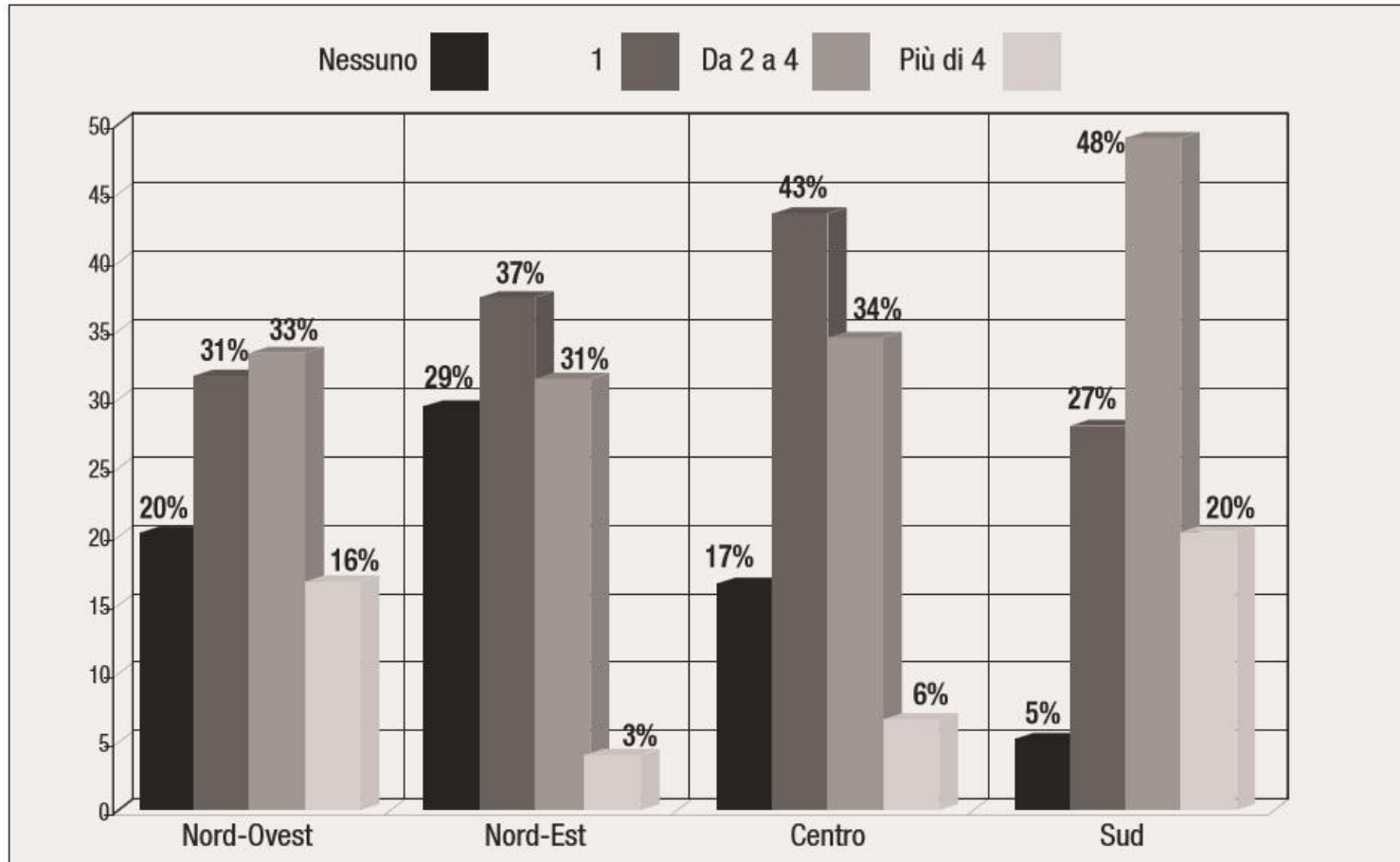
Fig. 3 – Numero di passaggi presso uffici amministrativi della Asl per il rilascio dell'autorizzazione per ripartizione geografica



Fonte: Cittadinanzattiva – I Rapporto sull'Assistenza protesica e integrativa, luglio 2011

EFFICIENZA DEL PROCESSO DI EROGAZIONE

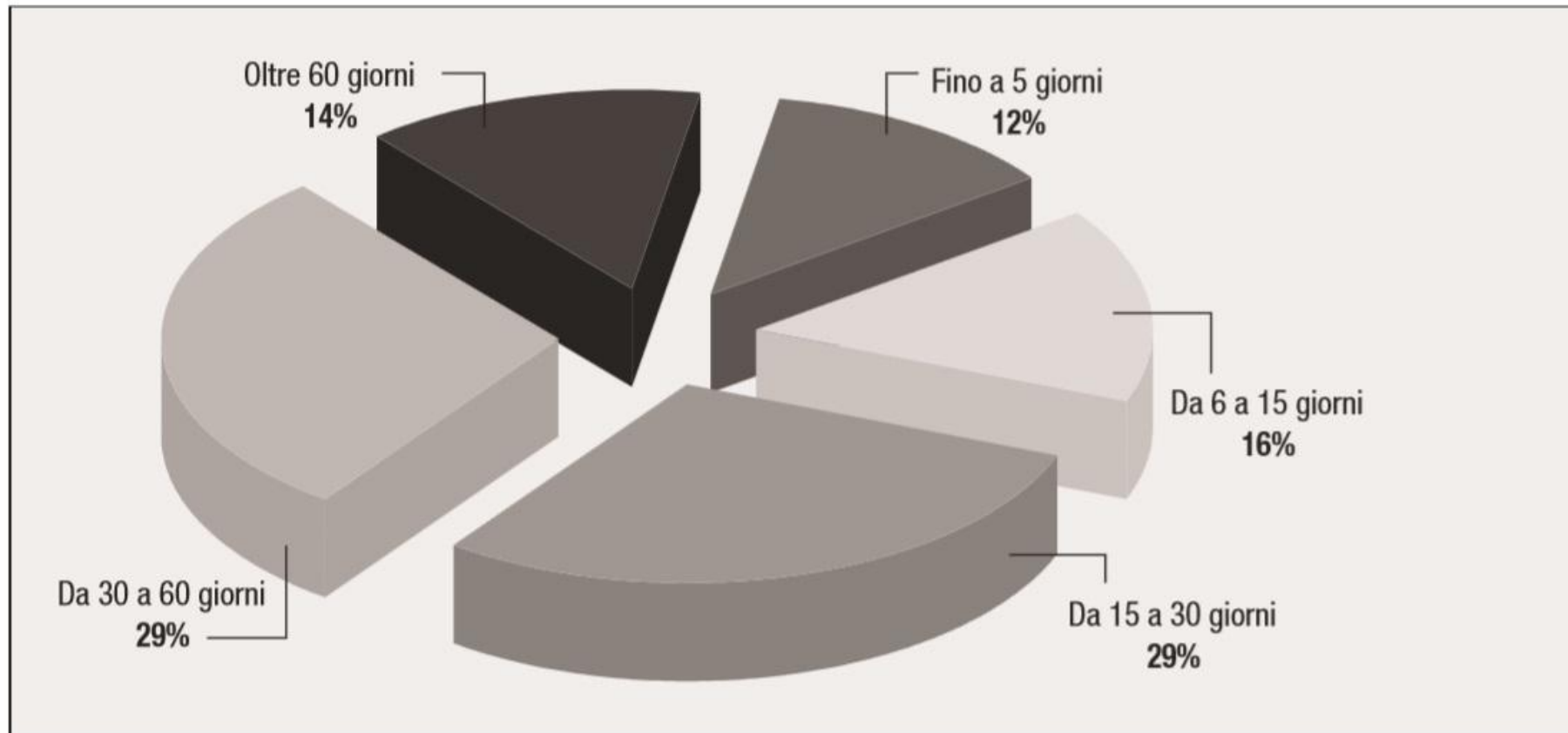
Fig. 5 - Numero di passaggi presso uffici amministrativi della Asl per il rinnovo dell'autorizzazione per ripartizione geografica



Fonte: Cittadinanzattiva - I Rapporto sull'Assistenza protesica e integrativa, luglio 2011

EFFICIENZA DEL PROCESSO DI EROGAZIONE

Fig. 7 – Attesa complessiva per la consegna dei dispositivi



Fonte: Cittadinanzattiva – I Rapporto sull'Assistenza protesica e integrativa, luglio 2011

CONCLUSIONI

E' opportuno riconoscere e stimare l'impatto della scarsa efficienza (intesa come mancata o scarsa qualità) attraverso il calcolo dei costi diretti, indiretti legati ai costi sociali.

Il fine è quello di evidenziare oggettivamente, con **protocolli di ricerca**, come il raggiungimento di risparmi per il sistema sanitario nel breve molto spesso si traduca in maggiori *costi nel medio-lungo periodo*, andando a minare l'equilibrio e la sostenibilità del sistema sanitario stesso.

Cambiare i criteri di valutazione esterna ed interna degli enti erogatori

Al fine di garantire al cittadino-utente e alla sanità pubblica un servizio di assistenza protesica che risponda a **criteri di efficienza e di sostenibilità economica** e nel contempo punti a valorizzare il territorio ed il suo tessuto economico, è il momento di prospettare un nuovo modello di assistenza protesica:

- Ottimizzazione e razionalizzazione – semplificazione delle procedure
- Un **“accordo quadro per le forniture”** tra parte pubblica ed associazioni delle imprese del settore nel settore dell'assistenza protesica , che preveda la statuizione di tariffe, le linee, le modalità e le azioni del percorso in attesa del repertorio dei dispositivi medici. Con l'obiettivo di garantire:
 - Sistemi tariffari capaci di promuovere l'innovazione di prodotto e servizio
 - Appropriata e competenze professionali nella valutazione
 - Libera scelta dell'assistito

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

