



1 nov 2018



AZIENDE E REGIONI

L'applicazione del Time-Driven Activity-Based Costing a patologie croniche

di Antonella Cifalinò *, Luciano Ferrari **, Andrea Mariani ***, Giuliana Monolo ***,
Giuseppina Rossi , Paola Sacco ***, Marco Ventura §





La sanità degli ultimi decenni si è caratterizzata per una crescente attenzione al controllo dei costi e al rispetto dei vincoli di bilancio. Tenuto conto che tale esigenza si pone in un contesto di domanda crescente di servizi sanitari e socio-sanitari, sotto il profilo quantitativo e qualitativo, nonché di marcate innovazioni nei progressi scientifici e tecnologici, il tema della sostenibilità del servizio sanitario è ormai divenuto centrale per le istituzioni, i professionisti e i cittadini. Si tratta, evidentemente, di un dibattito multi-dimensionale, in cui le questioni di sostenibilità economica non possono che intrecciarsi strettamente con considerazioni di ampio respiro, quali l'efficacia clinico-assistenziale dei servizi offerti, l'appropriatezza prescrittiva (nella duplice accezione di riduzione sia dell'over treatment sia dell'under treatment), l'appropriatezza dei setting assistenziali, la sicurezza delle cure e l'equità sociale di accesso ai servizi. Nell'ambito di tale dibattito, tanto la letteratura scientifica quanto la prassi aziendale hanno messo in luce la necessità di sperimentare metodologie innovative di misurazione dei costi che, ponendosi in una prospettiva di supporto ai processi decisionali, siano in grado di elevare il potenziale delle

informazioni prodotte da impiegare nell'ambito di virtuosi processi di governo delle risorse. Come conseguenza, diversi contributi hanno evidenziato la possibilità e l'utilità di applicare ai processi clinico-assistenziali sistemi innovativi di misurazione dei costi orientati alle attività (cd. Activity-based Costing), focalizzandosi prevalentemente nei setting ospedalieri.

Muovendo da queste sintetiche premesse, il Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario (Cerismas) ha condotto una ricerca-azione finalizzata a valutare l'applicabilità di una versione semplificata della metodologia di misurazione dei costi Activity Based Costing (Abc), denominata Time Driven Activity Based Costing (Tdabc), ad un ciclo completo di cure di pazienti cronici arruolati nell'ambito dell'assistenza primaria. L'innovazione proposta riguarda non solo le tecniche di calcolo dei costi ma, soprattutto, l'oggetto di misurazione, che si identifica con il percorso di presa in carico del paziente cronico. Tale prospettiva di analisi, focalizzata sul percorso del paziente, è particolarmente utile in quanto consente di disporre di informazioni di costo che possono essere utilizzate congiuntamente ad altre misure di carattere clinico-assistenziale (es. indicatori di appropriatezza e di esito) nell'identificare azioni di miglioramento dei processi.

La ricerca è stata realizzata in collaborazione con l'Azienda Usl di Parma, che ha attivamente sostenuto il progetto, valutato come coerente con la propria strategia di integrazione dell'assistenza territoriale che, in linea con le policy regionali, prevede anche l'attivazione e lo sviluppo delle Case della Salute. L'Azienda Usl di Parma ha come riferimento il territorio della provincia di Parma con una popolazione di 448.207 abitanti distribuiti in 4 Distretti in cui insistono 2 ospedali e un'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Nel contesto aziendale sono già state attivate 17 Case della Salute (su 27 programmate) con la finalità, tra l'altro, di organizzare in logica multiprofessionale la presa in carico dei pazienti con patologie croniche e di valutarne efficacia e sostenibilità dei percorsi.

Per testare il modello di calcolo dei costi in analisi, è stata scelta come patologia cronica il diabete di tipo 2, in quanto presenta una elevata prevalenza ed incidenza tanto nella popolazione mondiale quanto nel nostro paese. In Italia, in particolare, secondo i dati riportati nell'annuario statistico ISTAT 2016, la prevalenza della malattia era del 5,3%. Nel contesto dell'Azienda Usl di Parma la prevalenza dei cittadini con patologia diabetica è pari al 6,8% e si colloca al di sopra del dato nazionale, evidenziando una importante pressione della domanda rispetto ai servizi ambulatoriali: questi pazienti sono presi in carico prevalentemente negli ambulatori specialistici delle Case della Salute (Day Service, in particolare) e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria o, con minore consistenza, in forma integrata tra medico di medicina generale e servizi ambulatoriali.

La Casa della Salute selezionata come contesto organizzativo in cui realizzare la sperimentazione adotta un PDTA per il trattamento del diabete di tipo 2 codificato e consolidato (Day Service) e dispone di una cartella clinica informatizzata sufficientemente completa ed affidabile per testare il modello oggetto di studio. Per poter sviluppare l'analisi su un numero significativo di pazienti, l'osservazione ha coinvolto un campione di 191 pazienti affetti da diabete di tipo 2 che sono stati arruolati in una Casa della Salute (CDS) afferente al territorio della AUSL nel corso di un biennio (dall'inizio del primo anno considerato alla conclusione del successivo).

La scelta di applicare il TDABC è sembrata particolarmente appropriata in quanto, rispetto alle metodologie di misurazione tradizionali che impiegano i centri di costo come unità di rilevazione e di aggregazione delle informazioni economiche, il TDABC assegna le risorse utilizzate (personale, tecnologie, strutture, ecc.) - e i relativi costi - ai diversi processi ed

attività elementari in cui si articola la produzione e l'erogazione di un servizio. Il TDABC è in grado, quindi, di offrire una maggiore visibilità delle modalità di assorbimento dei costi in relazione all'attività fornita nel tempo ai pazienti cronici nei loro articolati cicli di cura ed assistenza. Il TDABC, inoltre, consente di beneficiare dei vantaggi legati ad una relativa semplicità e flessibilità del modello di calcolo dei costi, sia nella fase di sviluppo che di successivo aggiornamento.

Sotto il profilo metodologico, il TDABC richiede una mappatura di tutte le attività che compongono il processo da misurare e una valorizzazione dei tempi e delle risorse progressivamente impiegate. Più nello specifico, la metodologia si articola in due fasi successive. Nella prima fase, il TDABC calcola innanzitutto il costo indiretto complessivo delle risorse impiegate (personale, attrezzature, tecnologie, ecc.) in un determinato setting organizzativo. Successivamente, identifica la capacità pratica utilizzata, che rappresenta il valore delle risorse disponibili espresso in unità di tempo, escludendo dal calcolo il tempo inutilizzato. La capacità pratica è spesso calcolata come percentuale (80% oppure 85%) della capacità teorica e consente di escludere dal calcolo il tempo dedicato alle pause oppure ad attività come la formazione del personale. Il costo unitario della capacità pratica utilizzata (capacity cost rate), che si ottiene dividendo il costo complessivo delle risorse indirette impiegate per la capacità pratica, esprime, infine, il costo indiretto sostenuto per realizzare un'attività, in una unità di tempo, in un determinato setting organizzativo.

Nella seconda fase, il costo unitario della capacità pratica viene impiegato per allocare il costo delle risorse indirette agli oggetti di costo (nel caso considerato, il ciclo di cura ed assistenza erogato al paziente cronico), attraverso la stima del fabbisogno di risorse - espresso sempre in unità di tempo - richiesto per svolgere ciascuna attività a favore degli oggetti di costo. In altre parole, i costi indiretti vengono assegnati agli oggetti di costo moltiplicando il costo unitario della capacità pratica utilizzata per il tempo richiesto dall'oggetto di costo per lo svolgimento di ciascuna attività nel setting considerato. Il TDABC impiega il tempo assoluto dedicato a ciascuna attività, a differenza del tradizionale modello ABC che si basa su quote percentuali di allocazione del tempo complessivo. Per aggiornare il modello non è necessario, quindi, intervistare nuovamente il personale, ma è sufficiente stimare il tempo unitario richiesto per ogni nuova attività.

L'utilizzo del percorso come oggetto di calcolo richiede l'interazione di differenti professionalità; elemento chiave del progetto è stata, quindi, la costituzione un gruppo di ricerca multidisciplinare – composto da due medici (un medico di medicina generale e un diabetologo), un infermiere di comunità e tre esperti amministrativi. Tale gruppo, guidato da tre ricercatori universitari, ha individuato le soluzioni metodologiche più adatte a risolvere le problematiche di misurazione poste dalla specificità della patologia cronica studiata. In particolare, due sono state le questioni metodologiche più rilevanti affrontate e risolte dal gruppo di ricerca (si vedano le fasi 1 e 2 della figura 1): a) l'identificazione della popolazione rispetto alla quale misurare il costo complessivo del ciclo di cure (che ha portato alla selezione del campione di 191 pazienti) e b) la definizione del periodo di tempo più appropriato lungo il quale modellare l'intero ciclo di cure dei pazienti cronici con diabete di tipo 2. La soluzione si è articolata in tre passaggi logici.

Innanzitutto, è stato identificato un gruppo omogeneo di pazienti affetti dalla patologia oggetto dello studio, includendo i soggetti affetti dalle più comuni comorbidità (vascolari, renali e a carico della retina) ed escludendo quelli con complicanze acute (per esempio, il

piede diabetico). Per arrivare a questa soluzione, il gruppo di ricerca ha assunto come ipotesi di lavoro di voler “intercettare” il target di pazienti presi in carico in assistenza primaria secondo il modello della medicina di iniziativa, che attraverso interventi attivi e coordinati consente di ridurre il ricorso all’ospedalizzazione dovuta all’insorgere di episodi acuti.

In secondo luogo, il periodo di tempo più appropriato per definire il ciclo completo di cure dei pazienti arruolati in un biennio è stato circoscritto al periodo di tempo più breve rispetto al quale ricorreva un modello uniforme di cura ed assistenza, che ha coinciso, secondo l’analisi delle attività effettuate ai 191 pazienti osservati, con una periodicità di 3 anni.

In terzo luogo, è stato adottato un approccio “scorrevole” al fine di considerare la circostanza che i pazienti iniziano i propri cicli di cura ed assistenza di durata triennale in giorni diversi nel corso del biennio di osservazione. Come conseguenza, la raccolta dei dati aventi per oggetto il percorso triennale dei 191 pazienti arruolati è stata estesa su di un arco temporale di 5 anni. Stante la durata triennale del ciclo di cura ed assistenza, si è reso necessario raccogliere i dati a partire dal primo gennaio del primo anno di osservazione (per i pazienti arruolati all’inizio del biennio di osservazione) e concludere l’osservazione dopo un triennio dal termine del secondo anno di osservazione (per i pazienti arruolati al termine del biennio di osservazione).

Al termine del progetto di ricerca, durato circa un anno, è stato possibile misurare il costo medio complessivo di un ciclo di cura ed assistenza del paziente affetto dal diabete di tipo 2 utilizzando sostanzialmente le informazioni già disponibili nei sistemi informativi della Casa della salute considerata. Dall’esperienza di lavoro, il gruppo di ricerca ha potuto trarre alcune implicazioni per la pratica, la cui validità può essere estesa anche ad altre aziende sanitarie.

Innanzitutto, l’analiticità delle informazioni di costo prodotte con il metodo Tdabc consente di realizzare accurate attività di benchmarking tra diverse Cds, sia all’interno della stessa Ausl che nel confronto con altre Ausl, e di “isolare” le determinanti di eventuali differenze di costo. Confrontando le mappe delle attività e i costi delle risorse impiegate per rispondere alle medesime condizioni cliniche, è possibile, infatti, determinare l’ammontare di eventuali differenze di costo imputabili alla variabilità dei processi, dei protocolli e della produttività, nonché la quota corrispondente attribuibile alle diverse risorse impiegate (personale, attrezzature, ecc.).

In secondo luogo, il metodo proposto è un valido supporto nel definire eventuali iniziative volte ad ottimizzare l’organizzazione del lavoro e l’allocazione delle risorse. A tale riguardo, i professionisti coinvolti nella mappatura del ciclo di cure hanno osservato la possibilità di ri-valutare i tempi necessari per svolgere le diverse attività ambulatoriali, attraverso: a) una definizione più efficiente dell’agenda del personale e, quindi, una migliore allocazione del personale; b) una riduzione dei tempi di attesa dei pazienti e, quindi, un miglioramento della qualità del servizio offerto; c) una razionalizzazione degli orari di apertura del servizio diurno, che consente di ottimizzare l’allocazione degli spazi tra i diversi servizi offerti dalla Cds. Inoltre, è stato osservato come la metodologia proposta, se applicata a tutte le patologie trattate nella Cds, ha il potenziale di fornire il costo della capacità produttiva inutilizzata, che è un’informazione fondamentale per supportare le decisioni di riallocazione delle risorse dai servizi in cui sono in eccesso verso le aree in cui risultano insufficienti. Da ultimo, questa tecnica può contribuire al miglioramento del processo di

budget articolato sui percorsi di cura dei pazienti cronici, a partire dai principali Pdta implementati in azienda, nell'ottica di arrivare ad un budget delle Cds.

* Vicedirettore Cerismas, ** già Direttore Sviluppo Organizzativo e Formazione, Azienda Usl di Parma, *** Ricercatore Cerismas, ° Direttore Dipartimento Valutazione e Controllo, Azienda Usl di Parma, *** Ricercatore Cerismas, § Referente sistema informativo, Dipartimento Valutazione e controllo, Ausl di Parma

© RIPRODUZIONE RISERVATA
