



Università  
Ca' Foscari  
Venezia

# Corso di Laurea magistrale in Economia e Gestione delle Aziende

Tesi di Laurea

—

Ca' Foscari  
Dorsoduro 3246  
30123 Venezia

## **Gli strumenti per il governo della domanda in sanità: verso un utilizzo più appropriato dei servizi sanitari**

### **Relatore**

Ch. Prof. Giuseppe Marcon

### **Laureando**

Mosè Mezzomo

Matricola n. 985797

### **Anno Accademico**

**2011 / 2012**

## Indice

Introduzione.....	4
Capitolo 1: DOMANDA E OFFERTA IN SANITÀ E SPESA SANITARIA .....	6
1.1 Premessa .....	6
1.2 La domanda in sanità .....	7
1.2.1 La domanda di servizi sanitari .....	7
1.2.2 Il governo della domanda.....	10
1.3 Modelli sanitari e andamento della spesa sanitaria nei paesi OCSE.....	12
1.3.1 Le tipologie di sistemi sanitari.....	12
1.3.2 Principali cause dell'aumento della spesa sanitaria.....	14
1.3.3 Tipologie di finanziamento della spesa sanitaria .....	16
1.3.4 Andamento spesa sanitaria e relativo finanziamento nei paesi OCSE .....	18
1.4 Conclusione .....	27
Capitolo 2 : GOVERNARE LA DOMANDA IN SANITA' : ALCUNI STRUMENTI .....	29
2.1 Premessa .....	29
2.2 L'utilizzo del Ticket nei sistemi sanitari .....	29
2.3 Ticket: la situazione Italiana .....	32
2.4 Liste e tempi di attesa: razionamento.....	34
2.5 Tempi e liste di attesa secondo criteri di priorità e appropriatezza prescrittiva .....	38
2.5.1 I criteri di priorità .....	38
2.5.2 Appropriatezza .....	41
2.6 Conclusione .....	43
Capitolo 3: UN CASO – L'AZIENDA ULSS 9 DI TREVISO.....	44
3.1 Panorama normativo regionale .....	44
3.2 Accesso alle prestazioni nell'Azienda Ulss 9 di Treviso .....	49
3.2.1 Gestione classi di priorità .....	49
3.2.2 Il tempo di attesa massimo garantito .....	50
3.3 Uno studio sull'andamento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali dell'Azienda Ulss 9 di Treviso.....	50
3.3.1 Obiettivo della ricerca .....	50
3.3.2 Metodo.....	57
3.3.3 Risultati.....	59

3.4 Andamento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in base ai costi dell'Azienda Ulss 9 di Treviso.....	69
3.5 Andamento risorse economiche destinate all' Azienda Ulss 9 da parte della Regione Veneto.....	70
3.6 Conclusione .....	71
BIBLIOGRAFIA.....	76

## Introduzione

Negli ultimi decenni si è assistito ad un incremento della spesa pubblica, riconducibile ad una combinazione di fattori quali quelli demografici (connessi all'invecchiamento della popolazione), tecnologici (derivanti dal progresso scientifico) ed economici (riferibili all'aumento del reddito pro capite).

Già dagli anni 80' si è tentato di individuare delle forme di controllo della spesa sanitaria che potessero incidere sia sulla domanda che sull'offerta. Gli strumenti diretti di governo della domanda sono rappresentati dalle forme di compartecipazione alla spesa (ticket sanitari), dal razionamento delle liste d'attesa e dei tempi d'attesa, dall'educazione sanitaria con particolare riferimento alla prevenzione sanitaria, alla correzione degli stili di vita dannosi, all'autogestione della salute da parte del paziente mediante il corretto uso dell'autodiagnosi e dell'automedicazione. Le forme più rilevanti di controllo indiretto della domanda sono il potenziamento della medicina territoriale, con la definizione di patti aziendali tra aziende sanitarie/ospedaliere e medici di medicina generale, la collaborazione tra quest'ultimi e il distretto, il potenziamento della capacità del medico – fornitore di assistenza – di indirizzare la domanda del consumatore, la definizione di criteri di priorità nell'accesso alle prestazioni in base alla gravità clinica, all'urgenza, alla appropriatezza delle indicazioni.

Le liste d'attesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale, in particolare, rappresentano un fenomeno critico comune per tutti i sistemi sanitari nazionali dei Paesi OCSE, anche per quelli più avanzati come il nostro. Infatti il cittadino riferisce che il tempo d'attesa è uno dei principali fattori di insoddisfazione nei rapporti con il sistema sanitario.

Il primo e il secondo capitolo indagano la domanda sanitaria, il suo governo e le implicazioni presenti e future sulla spesa sanitaria. Analizzano, inoltre, gli strumenti per governare la domanda in sanità quali la compartecipazione alla spesa, il razionamento delle liste d'attesa, l'utilizzo di criteri di priorità e appropriatezza prescrittiva.

Il terzo capitolo analizza i dati dell'andamento di alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali nell'Azienda Ulss 9 di Treviso (anno 2007-2012), sulla base di alcune variabili che ne possono influenzare la domanda quali ticket,

screening oncologico, implementazione di nuove tecnologie, invecchiamento della popolazione e obiettivi dei direttori generali. Lo scopo dell'analisi è quello di far emergere alcune criticità da superare, per poter gestire al meglio il governo della domanda di servizi sanitari, non solo a livello locale ma anche regionale e nazionale.

# Capitolo 1: DOMANDA E OFFERTA IN SANITÀ E SPESA SANITARIA

## 1.1 Premessa

L'economia sanitaria “si occupa del modo in cui i singoli individui e le società effettuano le loro scelte circa la quantità di risorse da destinare al settore sanitario, l'allocazione di tali risorse fra impieghi alternativi all'interno del settore sanitario e la distribuzione dei prodotti ottenuti fra gli individui appartenenti alla società” (Sacchini D., 2012, 7).

I sistemi sanitari ruotano attorno a due elementi ben distinti, la salute e i servizi sanitari. La salute è un bene indispensabile per ogni cittadino e per tutta la collettività ma, diversamente da altri beni di consumo, non si può vendere o comprare. I servizi sanitari, invece, sono oggetto di scambi commerciali e hanno un loro mercato, anche se con caratteristiche molto particolari che li contraddistinguono perché garantiti dallo Stato a tutta la collettività.

Il rapporto tra salute ed economia affronta un apparente paradosso. La salute è un bene irrinunciabile per il cittadino e quindi è un diritto di tutti avere prestazioni sanitarie, nello stesso tempo il servizio sanitario ha risorse limitate e deve scegliere a chi garantirle. Diventa, quindi, importante fornire prestazioni sanitarie appropriate secondo criteri di equità, efficienza ed efficacia.

Negli anni, soprattutto nei paesi OCSE, la spesa sanitaria è aumentata in percentuale rispetto al Pil (Health at a Glance 2011); è pertanto necessario agire a livello politico ed economico per contenere i costi e riorganizzare i sistemi sanitari tenendo conto di tre caratteristiche fondamentali:

- “la dimensione del settore sanitario: i servizi sanitari danno origine ad un'industria di importanza considerevole, in valore assoluto, in percentuale del PIL e come numero di occupati [...];
- i servizi sanitari sono sempre stati caratterizzati dall'intervento pubblico. Il fatto che il mercato sanitario venga sottratto dalle forze del libero mercato solleva il problema di come raggiungere un'allocazione ottimale di risorse scarse.
- la salute e tutto ciò che ad essa è correlato sono in grado di suscitare “emozioni” superiori a quelle di qualunque altro bisogno da soddisfare. Questo impone agli economisti di cercare, tra le regole di allocazione delle risorse disponibili, quelle che

maggiormente rispettino le particolari caratteristiche del bene salute, tentando, dove possibile, di risolvere i naturali conflitti che possono sorgere tra il metodo “economico” e quello “etico” di allocazione delle risorse scarse” (Ugolini C., a.a. 2005/06).

## **1.2 La domanda in sanità**

### **1.2.1 La domanda di servizi sanitari**

La domanda di salute della persona, che deriva da un bisogno, non sempre diventa una richiesta di prestazioni sanitarie; il cittadino può decidere di curarsi da solo con un'autodiagnosi. La decisione di rivolgersi ad un medico è influenzata da diversi fattori di tipo sociale, economico e culturale come la distanza e gli orari di apertura degli ambulatori, la gratuità delle prestazioni sanitarie e talvolta la moda del momento. Solo quando il cittadino si rivolge al dottore, il bisogno che avverte si trasforma in domanda espressa cioè in domanda sanitaria; il medico di medicina generale, quindi, assume il ruolo di “*gatekeeper*”<sup>1</sup>

Le caratteristiche del rapporto che si instaura tra medico e paziente sono diverse rispetto a quelle del mercato neoclassico, dove il consumatore opera in maniera razionale disponendo di informazioni che gli permettono di decidere su un determinato prodotto; nel settore sanitario, infatti, le prestazioni sono il risultato di processi produttivi incerti perché la persona deve appoggiarsi ad un dottore, instaurando un rapporto di agenzia (relazione tra medico e paziente) dove il medico stesso diventa suo agente, valutandone lo stato di salute. Si crea una vera e propria “asimmetria informativa” dovuta all'ignoranza del paziente rispetto alla conoscenza del medico che ha di fronte. Anche il giudizio del medico è però condizionato da un certo grado di incertezza, che può indurlo a prendere solo decisioni di tutela personale da eventuali errori. Gli aspetti emotivi, inoltre, incidono profondamente, infatti, secondo la teoria dell' *emotional agency* si crea una situazione in cui l'emotività, i sentimenti del paziente possono influire sulla scelta del medico, il quale può farsi influenzare e di conseguenza non agire nella maniera più appropriata (Barigozzi, Levaggi, 2005, 4-12).

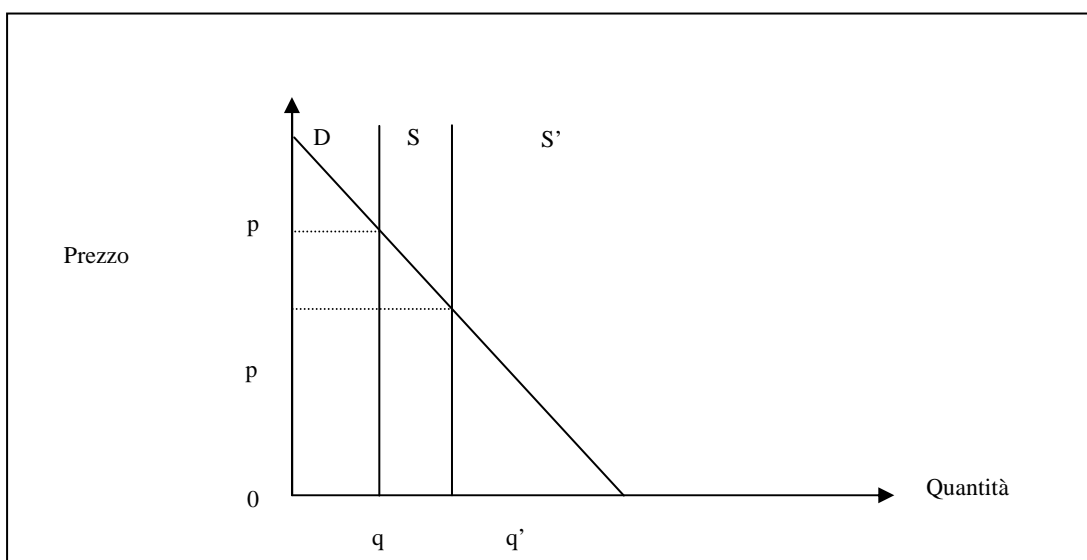
---

<sup>1</sup> Parola anglosassone che letteralmente significa “portinaio/guardiano”, persona che controlla gli accessi.

È un rapporto di agenzia imperfetto per il forte squilibrio informativo tra medico e paziente, che deve affidarsi per forza ad un esperto, e il duplice ruolo del medico che consiglia il paziente ma è anche colui che produce le prestazioni. Il rischio è un'allocazione non razionale delle risorse che incide negativamente sulla spesa sanitaria e anche sulla salute del cittadino.

In sanità si attiva un processo inverso dove l'offerta induce la domanda, rispetto ad un mercato di concorrenza perfetta dove il consumatore indirizza l'offerta. Questo fenomeno risulta così importante da aver indotto gli economisti inglesi a darne una definizione "*Supply induced demand -SID*" "Per SID si intende la capacità, di cui i medici sarebbero dotati, di influenzare il volume della domanda di servizi sanitari offerti" (Brenna, 1999, 184).

La Figura 1 illustra come all'aumentare della domanda di un determinato prodotto acquistabile sul mercato, il prezzo tenda a diminuire e contestualmente cresca il numero del prodotto scambiato.

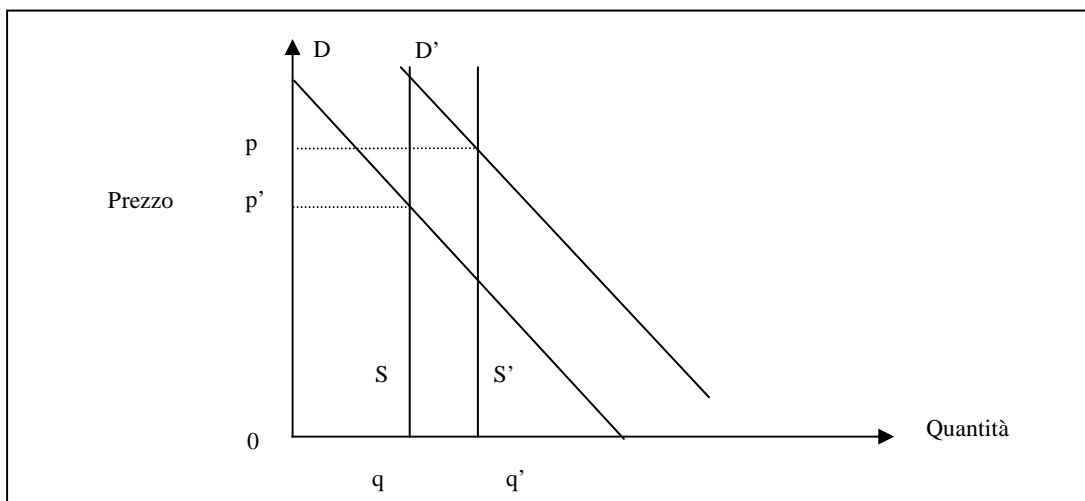


**Fig. 1** Domanda e offerta in un ipotetico mercato di concorrenza perfetta (Brenna, 1999, 185)

I servizi sanitari non hanno lo stesso andamento perché all'aumentare dell'offerta c'è un contestuale aumento della domanda. Se l'offerta aumenta, come indicato nella Figura 2, il prezzo, invece di diminuire, tende a crescere. Si prenda ad esempio l'aumento della densità dei posti letto ospedalieri; se il numero di posti letto per 1.000 abitanti aumenta da 9 a 10 a seguito di nuove indicazioni e programmi da parte dello Stato, la curva dell'offerta si sposta da S a S' inducendo la domanda da D a D';



questo andamento comporta un aumento della quantità di servizi ospedalieri che vengono scambiati da  $0q$  a  $0q'$  (Brenna, 1999,185-186).



**Fig. 2** Mercato dei Servizi Sanitari (Brenna, 1999)

Alcune ricerche empiriche hanno dimostrato, però, che oltre all'effetto "SID", sembra esserci anche un fenomeno di induzione della domanda sull'offerta. Una ricerca, svolta nel 2002 in Svizzera, ha dimostrato che nel 34% dei casi i pazienti che hanno effettuato esplicite richieste di prestazioni aggiuntive al proprio medico di base sono stati nel 75 % dei casi assecondati. Un'altra ricerca, effettuata presso il territorio dell'Asl di Mantova, ha rilevato che i medici di medicina generale, di fronte a situazioni di richiesta non del tutto appropriate, tendono a non assumere quel ruolo di filtro che dovrebbe loro competere; il 61% dei medici coinvolti nella ricerca conferma che, anche se non è d'accordo con le prestazioni che vengono richieste, le asseconda lo stesso (Scardigli, 2007, 1-8).

Negli ultimi decenni la conoscenza sanitaria delle persone è aumentata, anche per il più facile accesso alle notizie di carattere medico, facendo diminuire il vantaggio informativo dei sanitari. Le informazioni che i pazienti hanno rispetto al loro stato di salute mitigano i comportamenti opportunistici dei medici.

Il medico di medicina generale, nelle vesti di "gatekeeper" ha un ruolo "importante dal punto di vista del controllo della spesa economica in quanto crea le condizioni affinché vengano erogate al paziente le cure e le procedure diagnostiche proporzionate ed appropriate rispetto alle necessità e al livello assistenziale più opportuno, compresa l'erogazione diretta della cura. Questa è uno dei motivi per cui, a livello europeo, si sta andando verso un aumento delle nazioni che prevedono la funzione di "gatekeeper" (Pesaresi, 2001). Nello stesso tempo, tuttavia, il paziente

avrà un ruolo sempre più attivo, sarà sempre più informato e capace di influenzare le decisioni del medico.

### 1.2.2 Il governo della domanda

I bisogni di salute e la domanda di prestazioni sanitarie stanno aumentando nella nostra società, poiché è cresciuta la speranza di vita e ne sono cambiati gli stili, con molta attenzione al benessere. Altri fattori che tendono ad incrementare la domanda sono di tipo tecnologico e epidemiologico; il progresso tecnologico ha permesso di scoprire nuove malattie che una volta non venivano trattate, aumentando così la richiesta di prestazioni sanitarie. Le malattie croniche sono un fenomeno in costante aumento e necessitano di cure costanti (Pencheon, 1998, 1666).

Il governo della domanda in sanità deve tenere presente due elementi: il paziente e l'offerta; un modo per governare la domanda del paziente è promuovere il *self care*, ovvero stimolare la persona ad interpretare e decidere sulle proprie esigenze di salute e quindi agire prima che la domanda si incontri con i servizi sanitari. Dagli studi sembra che l'implementazione del *self care* abbia permesso in alcuni casi una diminuzione delle visite e un risparmio sui costi (Gillam, Pencheon, 1998, 1895). Il problema del governare l'offerta è affrontato dalla maggior parte dei paesi europei, nel processo di riforma dei sistemi sanitari, con l'attivazione di iniziative che portino un elevato livello di efficacia per il paziente e nello stesso tempo efficienza economica nelle strutture sanitarie. Alcuni metodi utilizzati sono rivolti a razionalizzare gli accessi e in letteratura anglosassone vengono indicati in 4 D:

- “Delay (Differenziamento): la prestazione viene razionata spostandola nel tempo; per esempio, il paziente viene inserito in una lista di attesa, più o meno lunga.
- Deterrence (Deterrenza): l'accesso alla prestazione viene ridotto; per esempio, attraverso una non equilibrata distribuzione territoriale delle strutture oppure con un servizio prenotazione non funzionante.
- Deflection (Deviazione): i pazienti vengono indirizzati verso altre strutture a funzione sociale che suppliscono l'intervento medico (per esempio malati mentali),
- Dilution (Diluizione): quando un servizio ridistribuisce le risorse per coprire un incremento di domanda, si ha come conseguenza una diminuzione della qualità delle prestazioni” (Loiudice, 2001).

Gli strumenti utilizzati per controllare la domanda sono la compartecipazione alla spesa, i tetti ai volumi di prestazioni sanitarie garantite, i tempi di attesa, le campagne di prevenzione, l'uso di linee guida e di percorsi diagnostici e terapeutici secondo EBM<sup>2</sup> (*Evidence Based Medicine*), l'orientamento, la selezione e la gestione della domanda secondo criteri di priorità e appropriatezza (Rebba, 2009, 223). Ogni paese, sulla base delle problematiche del proprio sistema sanitario, cerca di organizzarsi fornendo delle soluzioni il più possibile adeguate per governare la domanda in sanità.

La comunità scientifica e politica ritiene sempre più pregnante il concetto-guida di *clinical governance*: miglioramento della qualità dei servizi e innalzamento degli standard assistenziali ma nello stesso tempo anche riduzione dei costi. Tra le sue principali caratteristiche ci sono:

- “I bisogno di salute dei pazienti sono al centro dell’attenzione dei clinici e degli amministratori, che ne assumono una responsabilità condivisa;
- le informazioni relative alla qualità dei servizi sono rese disponibili ai professionisti, ai pazienti e al pubblico;
- le differenze nell’accesso alle prestazioni, nei processi assistenziali e nei risultati clinici ottenuti vengono misurate, con il continuo impegno a ridurle;
- i professionisti lavorano in team per erogare prestazioni sempre migliori sul piano dei risultati clinici e della sicurezza;
- i rischi e i pericoli per i pazienti sono portati al più basso livello possibile;
- l’assistenza sanitaria è basata su prove di efficacia e su buone pratiche cliniche” (Wright, Hill, 2005, 23).

In Italia, ad esempio, per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, il Ministero della Salute ha introdotto definitivamente la priorità clinica e l’aumento della responsabilità dei medici di medicina generale. Sono stati attivati i Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO che “corrispondono alla formalizzazione della prassi che molti medici applicano nell’attività clinica quotidiana e consente di inserire gli utenti in liste d’attesa con tempi anche molto diversi fra loro” (Mariotti, 1999, 52).

---

<sup>2</sup> EBM - Evidence Based Medicine costituisce un approccio alla pratica clinica dove le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente (<http://www.gimbe.org/eb/definizione.html>).

## 1.3 Modelli sanitari e andamento della spesa sanitaria nei paesi OCSE

### 1.3.1 Le tipologie di sistemi sanitari

Da tempo si utilizzano due modelli di gestione dei servizi sanitari che caratterizzano e dividono il modo di utilizzare le risorse pubbliche in ambito sanitario: il modello Bismarck e il modello Beveridge. I due modelli di riferimento differiscono per due sistemi di assistenza sanitaria completamente diversi:

1. *“National Health Services (NHS)/Servizio Sanitario Nazionale (SSN)*: è finanziato dalla fiscalità generale. La responsabilità del Bilancio è nelle mani del Ministero della Salute e, come tale, è associato ad una forte influenza dello Stato. L’organizzazione è spesso parte di una forma gerarchica burocratica a piramide con l’assistenza sanitaria primaria alla base e gli ospedali ad alta tecnologia al vertice e va di pari passo con una rigorosa suddivisione geografica. L’accesso alle cure specializzate dipende dalla scelta di un medico di famiglia che svolge la cosiddetta funzione di *“gatekeeper”*.

Gli ospedali sono di proprietà statale e i singoli medici realizzano dei contratti con il SSN. Una grande debolezza del SSN è il rischio di sotto-finanziamento. L’assistenza sanitaria è mantenuta attraverso i finanziamenti pubblici all’interno di un quadro simile a quello di altri settori della spesa sociale come ad esempio l’istruzione;

2. *Social Security Health Care System (SSH)/Sistema Sanitario di Sicurezza Sociale*: è finanziato mediante premi assicurativi. Il sistema è organizzato secondo linee di mercato o quasi mercato, con minore influenza pubblica e una partecipazione pluralista, caratterizzata anche da una forte influenza dei fornitori di servizi sanitari e delle assicurazioni. Vi è spesso un accesso parallelo all’assistenza sanitaria sia primaria che specialistica e la suddivisione geografica non risulta tanto rigida. Le cure sono fornite da ospedali non-profit e singoli operatori. La maggiore debolezza del sistema è la mancanza di un centro di potere, che rende difficile il controllo dei costi” (Del Pilar Fernandez del Rio, Arduini, 2009, 5).

Una ricerca ha messo a confronto il sistema sanitario caratterizzato dall’assicurazione di malattia obbligatoria (*social health insurance, SHI*)

predominante nel modello Bismark e il sistema finanziato attraverso la fiscalità (modello NHS) predominante nel modello Beveridge. Ha analizzato 29 paesi OCSE (escludendo gli stati Uniti che giacciono ampiamente sull'assicurazione privata e l'*out-of-pocket*<sup>3</sup>) che sono stati suddivisi in 4 gruppi.

Il primo gruppo ha mantenuto un sistema SHI dai primi anni '60; comprende l'Austria, il Belgio, la Francia, la Germania, il Giappone, la Korea, il Lussemburgo, l'Olanda, la Svizzera, il Messico e la Turchia. I contributi dell'assicurazione di malattia obbligatoria sono la grande maggior parte dei ricavi della sanità e la maggioranza della popolazione gode di copertura sanitaria. In Messico e Turchia, invece, l'*out-of-pocket* e le tasse finanziano una grossa fetta della spesa sanitaria.

Il secondo gruppo include quei paesi che hanno mantenuto dal 1960 in maniera predominante il sistema finanziato attraverso la fiscalità quali l'Australia, il Canada, la Finlandia, l'Irlanda, la Nuova Zelanda e l'Inghilterra. In particolare paesi come Australia, Canada, Finlandia e Svezia videro aumentare negli anni '60 e primi anni '70 la spesa sanitaria finanziata attraverso la fiscalità, senza per questo ricorrere, in nessun modo, al sistema SHI.

Il terzo gruppo include i paesi che si basavano in passato sul sistema di assicurazione di malattia obbligatoria, poi, durante gli anni '60, optarono per un sistema sanitario pubblico universale finanziato tramite tassazione: la Danimarca, la Grecia, l'Islanda, la Norvegia, il Portogallo, la Spagna, e la Svezia e l'Italia.

Il quarto gruppo comprende i paesi dell'Europa Centrale che avevano una sistema SHI fino alla fine degli anni '40 prima del regime comunista, poi un sistema sanitario a finanziamento pubblico su modello "*Semashko*"<sup>4</sup> sotto il comunismo, per infine riprendere il sistema SHI negli anni '90: la Repubblica Ceca, la Repubblica Slovacca, l'Ungheria e la Polonia (Wagstaff, 2009).

Dopo la seconda guerra mondiale molti paesi analizzati in questa ricerca hanno subito dei cambiamenti politici ed economici che hanno reso instabili i sistemi sanitari; questo stato di incertezza ha comportato continue variazioni e aggiustamenti nella modalità di finanziamento, adattando il sistema sanitario del paese alle singole necessità e contingenze.

---

<sup>3</sup> In inglese significa "di tasca propria" cioè quelle spese che vengono pagate dal cittadino direttamente per avere una prestazione sanitaria indipendentemente dalle tasse o da un'assicurazione. Ad esempio in Italia se ne può aver un esempio quando si usufruisce di un dentista al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale.

<sup>4</sup> Sistema basato sulla fiscalità, poco incline alla gestione delle cure primarie ma orientato soprattutto sulla parte specialistica e di ospedale.

Il sistema sanitario pubblico italiano garantisce l'assistenza sanitaria a tutta la popolazione e copre una consistente parte di rischi sanitari; si garantisce, inoltre, l'accesso alle cure anche alle persone delle fasce più povere della popolazione. I cittadini contribuiscono al pagamento di servizi sanitari con la tassazione sul reddito, sugli acquisti, sulle proprietà, sulle plusvalenze e altre fonti patrimoniali; il sistema, tuttavia, non tiene conto del loro stato di salute per la contribuzione, evitando così problemi riscontrabili nel privato quali il *risk selection* e la selezione avversa. Nel processo del *risk selection* l'assicuratore si accerta sulla salute dei potenziali clienti e prova ad arruolare solo quei individui che presentano rischi di salute che sono sotto la media; nella selezione avversa le compagnie assicurative, non avendo abbastanza informazioni per capire quanto rischioso sia un cliente, fissano premi medi standard per tutti, ma troppo alti per quei clienti che hanno un profilo con basso rischio e che pertanto ritengono non conveniente assicurarsi.

Il sistema sanitario italiano deve affrontare la problematica del *moral hazard*; la copertura sanitaria universale comporta facile accesso alle prestazioni da parte di tutti, ma può determinare un uso indiscriminato dei servizi, con l'effetto di aumentare la spesa sanitaria.

### **1.3.2 Principali cause dell'aumento della spesa sanitaria**

Il problema dell'aumento della spesa sanitaria coinvolge la maggior parte dei sistemi sanitari dei paesi più sviluppati, sia il sistema privato, come negli Stati Uniti, sia quello pubblico come in Italia.

Le cause dell'incremento della spesa sono legate tanto alla domanda quanto all'offerta sanitaria.

Il miglioramento generale del tenore di vita, con una conseguente crescita nel tempo dei redditi e un livello di istruzione sempre più elevata tra i cittadini, comporta un aumento delle esigenze da parte della popolazione, tanto da considerare i servizi sanitari come "*Luxury good*" (Acemoglu, Finkelstein, Notowidigdo, 2009). L'incremento della spesa sanitaria pro capite, infatti, è direttamente proporzionale al prodotto interno lordo pro capite (Anderson, Frogner, Johns, Reinhardt, 2006, 819:831).

Un altro fattore rilevante, soprattutto negli ultimi anni, è quello dell'invecchiamento della popolazione; la vita media tende ad allungarsi sempre di più, grazie al miglioramento delle condizioni di vita e al progresso delle cure

mediche. Nel 2009 in Italia l'aspettativa di vita era di 82 anni, due anni maggiore della media dei paesi OCSE (79,8 anni) (OECD Health Data, 2012, 2). I bisogni di salute nella fascia più anziana della popolazione, tuttavia, sono maggiori rispetto alle fasce più giovani, comportando l'incremento della domanda di prestazioni sanitarie e l'aumento della spesa.

I nuovi bisogni di salute, dovuti al modificarsi degli stili di vita dei cittadini, come la richiesta di nuove prestazioni nel campo della bellezza estetica, provocano un aumento della spesa; le persone sono disposte a sborsare più denaro, ma chiedono nuovi servizi o il maggior utilizzo di quelli già esistenti.

Una delle cause dell'incremento della spesa sanitaria relativa all'offerta è la numerosità dei medici. Emerge, nei dati analizzati, che ci sono più medici pro capite in Italia che nella maggior parte degli altri paesi OCSE. Nel 2009 l'Italia aveva 3,7 medici per 1000 abitanti, contro la media dei paesi OCSE di 3,1; c'erano, invece, 6,3 infermieri ogni 1000 abitanti, una media inferiore rispetto ai paesi OCSE (8,7). Si nota, quindi, un sovra utilizzo di dottori e un sotto utilizzo di infermieri con un'inefficiente allocazione delle risorse (OECD Health Data, 2012, 2). All'aumentare dei medici, inoltre, c'è un'inevitabile incremento di visite mediche, di prescrizione di farmaci e accertamenti diagnostici, dato che i sanitari, con le loro decisioni, condizionano la domanda sanitaria.

La medicina è un settore di forte innovazione tecnologica pertanto le tecnologie diventano obsolete in breve tempo e necessitano di essere sostituite. L'offerta di nuovi prodotti comporta forti investimenti per la sostituzione delle tecnologie superate, che fanno lievitare i costi, di conseguenza la spesa sanitaria aumenta. L'introduzione di novità tecnologiche, inoltre, comporta un aumento della domanda di prestazioni sanitarie. Durante l'ultimo decennio, nella maggior parte dei paesi OCSE, c'è stata una rapida crescita nella disponibilità di tecnologie diagnostiche come la tomografica computerizzata (TC) e lo scanner per imaging a risonanza magnetica. In Italia il numero di questi scanner TC ha raggiunto nel 2010 i 31,6 per milione di abitante mentre la media dei paesi OCSE si attestava a 22,6 per milione di abitanti. Similmente il numero di scanner per imaging era di 22,4 per milione di abitanti, ben sopra la media dei paesi OCSE che è di 12,4. (OECD Health Data, 2012, 2).

Le decisioni politiche che vengono prese dagli stati, sia a livello centrale che periferico, spesso influenzano entrambe domanda e offerta, molto più di tutte le

cause sopra citate. Lo stato, garantendo, ad esempio, la gratuità alle prestazioni, può provocare un sovra consumo di prestazioni sanitarie; inoltre, può esercitare sul medico delle pressioni nelle decisioni da prendere, indotte, ad esempio, da sistemi di remunerazione condizionati dalle prestazioni raggiunte sia a livello quantitativo, sia qualitativo (es. *Pay For Performace*). La letteratura definisce lo stato, in questo caso, il “terzo pagante” che trovandosi tra chi eroga le prestazioni e il cittadino può creare degli squilibri tra la domanda e l’offerta.

### **1.3.3 Tipologie di finanziamento della spesa sanitaria**

La spesa sanitaria si può finanziare in vari modi, classificati secondo quattro categorie distinte:

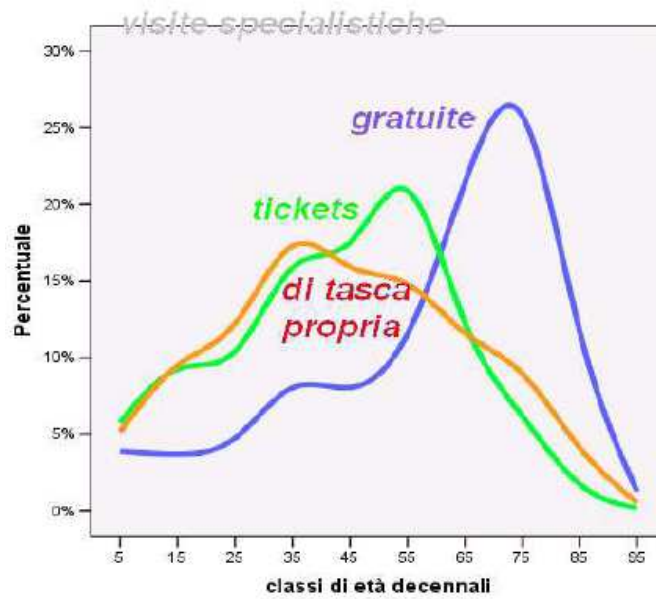
- la tassazione;
- l’assicurazione sociale;
- l’assicurazione privata;
- *out-of-pocket* (spesa sostenuta dal paziente di tasca propria).

Nei paesi OCSE non c’è una fonte di finanziamento prevalente, molto dipende dall’organizzazione del paese e dal modello sanitario scelto (v. paragrafo 1.3.1). La tassazione è diretta o indiretta, raccoglie le proprie risorse su tutto il reddito imponibile delle persone e si rifà al modello Beveridge (origine inglese); l’assicurazione sociale si basa sul reddito da lavoro e si rifà al modello Bismarkiano (origine tedesca). L’assicurazione privata è volontaria, i suoi importi dipendono molto dalla situazione di salute dell’individuo e dai rischi che potrebbe correre; ha scopi diversi; può coprire “la compartecipazione alla spesa prevista dall’assicurazione pubblica, come in Francia, Danimarca, Belgio, Canada e Australia. I sistemi sanitari in cui l’assicurazione complementare ha questa struttura vengono generalmente chiamati *topping-up systems* in opposizione ai sistemi detti di *opting-out* dove l’acquisto di assicurazione privata implica la fuoriuscita dal settore pubblico (come in Germania, Irlanda e Olanda). In Italia, Portogallo, Spagna e Regno Unito, invece, l’assicurazione privata fornisce una “doppia” copertura agli individui già assicurati dal settore pubblico. Infine, negli USA e in Svizzera, l’assicurazione privata è l’unica fonte di finanziamento possibile insieme ai pagamenti *out-of-pocket*” (Barigozzi, 2006, 243). Nella categoria *out-of-pocket* rientrano le prestazioni sanitarie prodotte da privati, o anche dal servizio pubblico, completamente a carico del cittadino che fruisce del servizio. Da una ricerca



effettuata nel 2005 in Italia, è emerso che l'utilizzo dell'*out-of-pocket* per le visite specialistiche varia in base alla distribuzione per classi di età e per tipologia di pagamento (Figura 3). Le visite specialistiche, infatti, sono più richieste nell'età avanzata perché gratuite, a causa dell'esenzione dei ticket. Non ci sono, invece, grosse variazioni tra l'utilizzo di prestazioni con ticket e quelle con l' *out-of-pocket* nelle fasce di età più giovane. (Cislaghi, Giuliani, 2005).

**Fig. 3** Visite specialistiche per tipo di pagamento e classi di età.

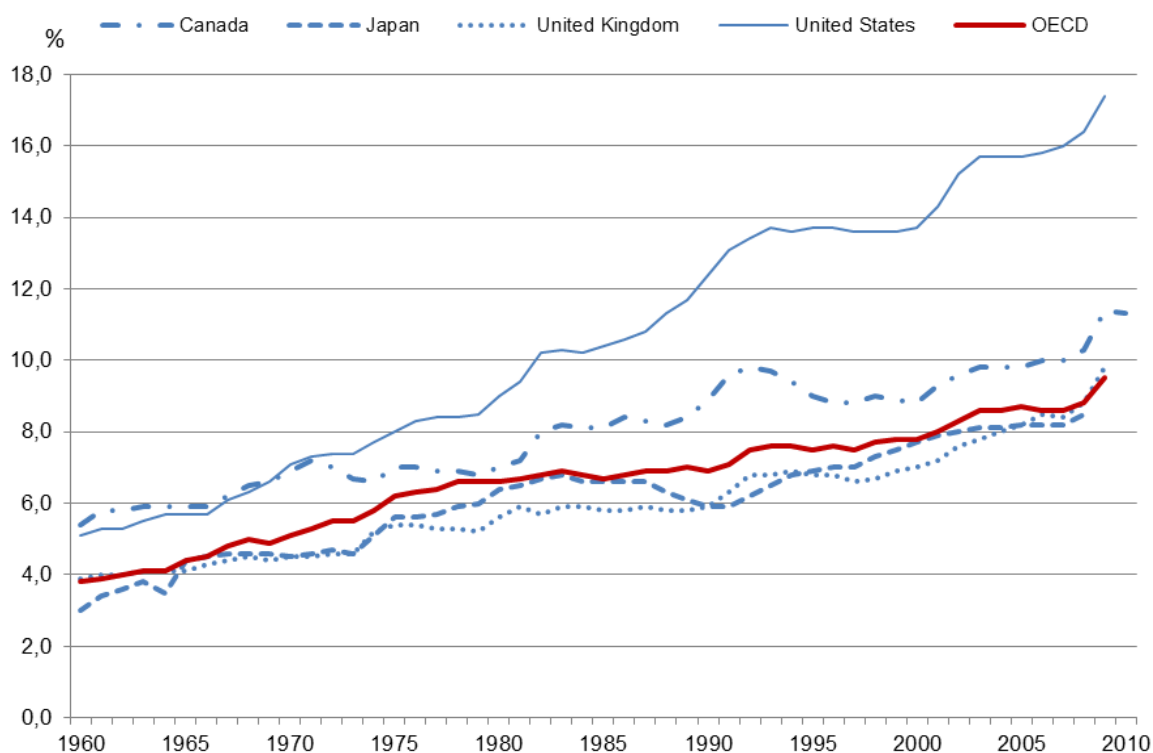


Fonte: (Cislaghi, Giuliani, 2005)

### 1.3.4 Andamento spesa sanitaria e relativo finanziamento nei paesi OCSE

I dati della spesa sanitaria e le modalità con cui viene finanziata nei vari paesi sono forniti dall' OCSE, che da molti anni si occupa di raccogliere informazioni riguardanti le caratteristiche più importanti dei sistemi sanitari degli Stati membri; essi sono aggiornati costantemente di anno in anno, permettono di ottenere delle comparazioni fra i paesi e di avere, inoltre, una visione generale a livello internazionale.

**Grafico 1** Health expenditure as a share of GDP, 1960-2009, selected OECD countries



Information on data for Israel: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>

Source: OECD Health Data 2011.

Negli ultimi 50 anni tra i sistemi sanitari dei paesi OCSE si è rilevato un aumento costante della spesa sanitaria, che tende a crescere più rapidamente del PIL. Nel 1960, la spesa sanitaria rappresentava meno del 4% del PIL in media tra i Paesi OCSE (Grafico 1). Al 2009, la percentuale è salita al 9,6 % e in una dozzina di paesi questa spesa rappresenta oltre il 10% del PIL. La quota di spesa sanitaria rispetto al PIL è cresciuta in modo particolarmente rapido negli Stati Uniti, passando da circa il 5% nel 1960 a oltre il 17% nel 2009, 5 punti percentuali in più rispetto ai due paesi

più vicini, i Paesi Bassi e Francia, che hanno rispettivamente una quota di spesa sanitaria pari al 12% e l'11,8% del PIL. Questi incrementi indicano che la spesa sanitaria tende a salire sia nel caso di sistemi sanitari privati come quello americano sia nel caso di sistemi sanitari pubblici come quello inglese o canadese ma in maniera minore.

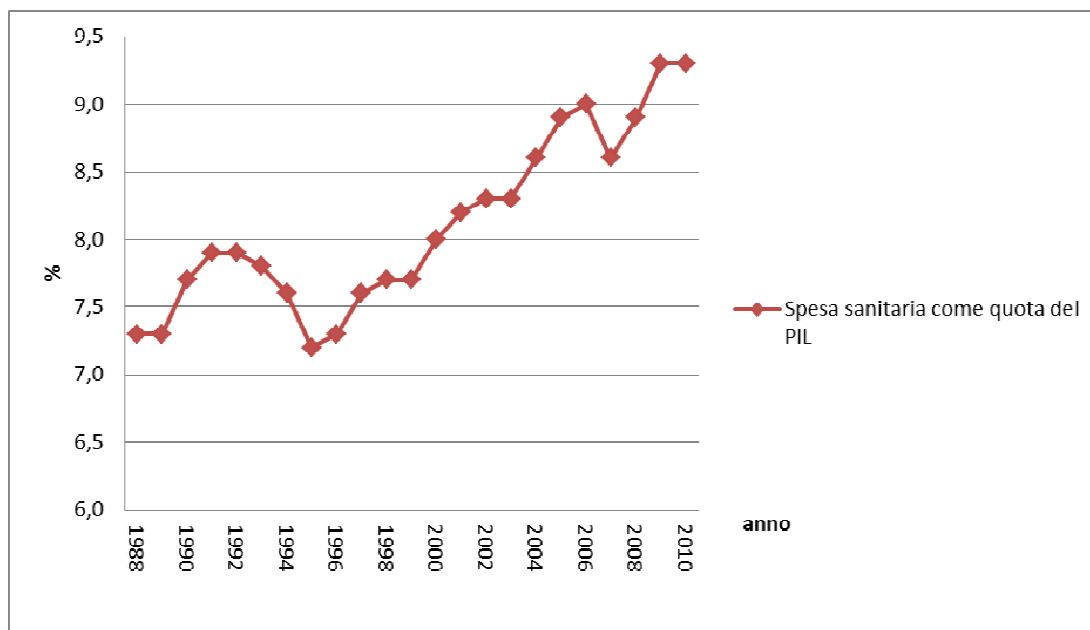
La spesa sanitaria pro capite è cresciuta rapidamente nel corso degli ultimi decenni. Nel corso degli anni settanta, ad una velocità di 6,1% all'anno in termini reali, in media, tra i paesi OCSE, scendendo a 3,3% negli anni ottanta, al 3,7% negli anni novanta, e del 4% tra il 2000 e il 2009.

Il tasso di crescita della spesa sanitaria ha sempre superato la crescita del PIL in ogni decennio ma variando da un paese all'altro. Negli Stati Uniti, dal 1970, la spesa sanitaria è aumentata più velocemente che in tutti gli altri paesi OCSE ad alto reddito, aumentando cinque volte in termini reali, anche tenendo conto della crescita della popolazione. Questo conferma quanto indicato in letteratura, infatti uno dei grossi problemi degli Stati Uniti rappresenta proprio la forte espansione della spesa sanitaria (Anderson, Frogner, Johns, Reinhardt, 2006, 819-831).

In molti paesi la quota di spesa sanitaria rispetto al PIL è cresciuta fortemente durante le recessioni economiche, per poi stabilizzarsi o diminuire solo leggermente durante i periodi di espansione economica. Guardando alla recessione dei primi anni novanta, alcuni paesi come il Canada e la Finlandia hanno sostanzialmente diminuito la spesa pubblica per la sanità, al fine di ridurre i loro disavanzi di bilancio, portando per alcuni anni, ad una notevole riduzione della spesa sanitaria come quota del PIL. Ma queste riduzioni della spesa pubblica per la salute spesso hanno dimostrato di essere efficaci per poco, e dopo un breve periodo di contenimento dei costi, l'offerta crescente e la domanda di servizi sanitari hanno portato ad una ripresa della crescita della spesa sanitaria che ha superato la crescita del PIL.

Da quanto rappresentato nel Grafico 2, anche in Italia la quota di spesa sanitaria rispetto al PIL è cresciuta negli anni, tanto da rappresentare un problema da prendere in seria considerazione considerando che le entrate dello Stato sono attualmente in diminuzione, a causa, tra l'altro, di fattori congiunturali (es. calo entrate dovuto a IVA e IRPEF).

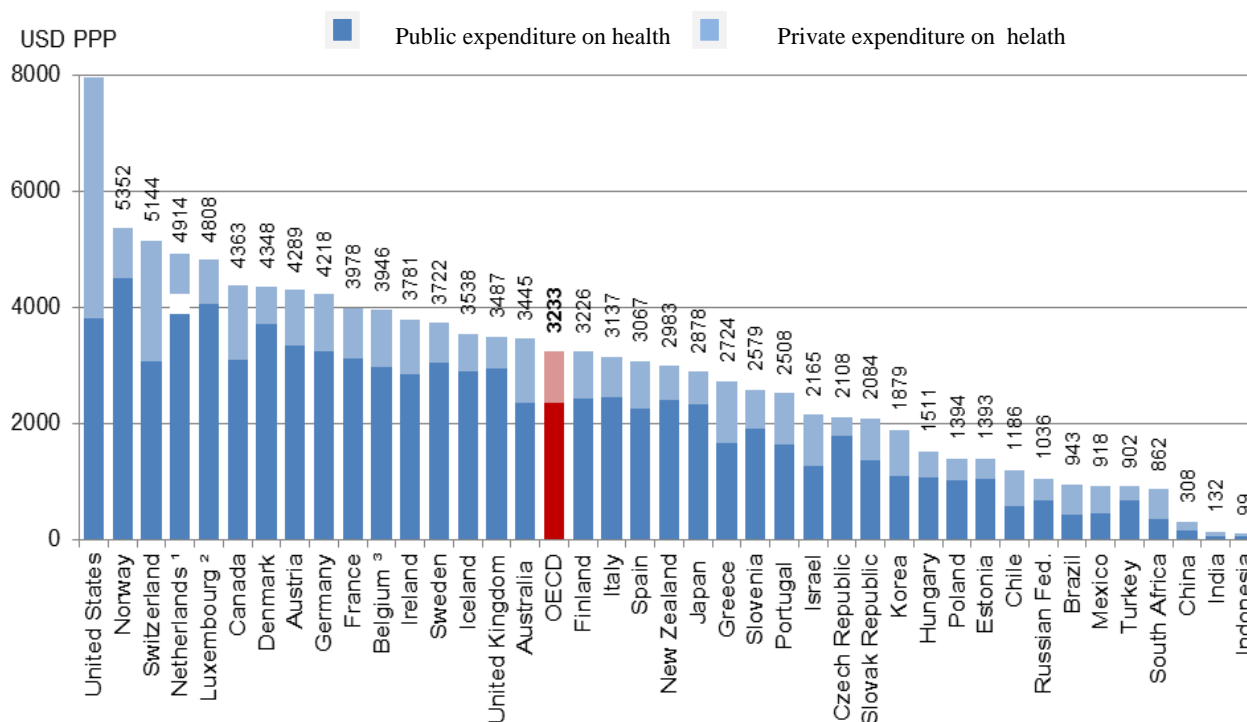
**Grafico 2** Quota di spesa sanitaria rispetto al PIL (1988-2010) in Italia



fonte dei dati: OECD Health Data 2012

Il settore pubblico è la principale fonte di finanziamento nella sanità in tutti i paesi OCSE, ad eccezione di Cile, Messico e Stati Uniti. In media, tra i paesi OCSE nel 2009, la quota pubblica della spesa sanitaria è stata pari al 72% della spesa sanitaria totale, una quota che è stata relativamente stabile nel corso degli ultimi 20 anni. Tuttavia, vi è stata una convergenza della quota pubblica di spesa sanitaria tra i paesi OCSE negli ultimi decenni. Molti di quei paesi che avevano una quota relativamente alta di intervento pubblico nei primi anni novanta, come la Polonia e l'Ungheria, hanno ridotto la loro quota, mentre altri paesi che storicamente hanno avuto un livello relativamente basso (ad esempio Portogallo e Turchia) la hanno aumentata, riflettendo la riforma dei sistemi sanitari e l'espansione della copertura di assicurazione sanitaria pubblica (Health at a Glance 2011, 9:10). Nel grafico 3 viene indicata come è distribuita la spesa sanitaria pubblica e privata pro capite (anno 2009) dei vari paesi OCSE, per l'Italia ad esempio la componente pubblica (78%) è più alta della media OCSE (72%) e la componente privata rimane ancora sostanzialmente tra le più basse.

**Grafico 3** Total health expenditure per capita, public and private, 2009 (or nearest year)



Information on data for Israel: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>

1. In the Netherlands, it is not possible to clearly distinguish the public and private share related to investments.
2. Health expenditure is for the insured population rather than the resident population.
3. Total expenditure excluding investments.

Source: OECD Health Data 2011; WHO Global Health Expenditure Database.

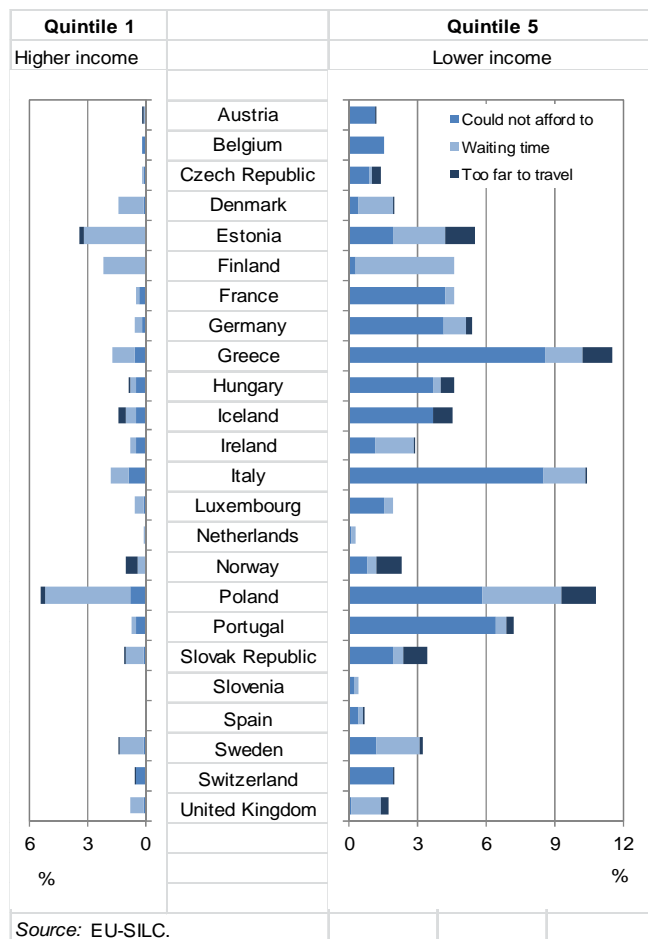
La maggior parte dei paesi OCSE mirano a garantire parità di accesso alle cure sanitarie per le persone che hanno uguali bisogni. Un metodo di misurazione all'equità di accesso ai servizi è attraverso la valutazione dei legami dei bisogni insoddisfatti per l'assistenza sanitaria con le relative cause. I problemi che i pazienti riscontrano nell'ottenere assistenza sanitaria quando sono malati, spesso riflettono barriere significative per le cure stesse.

Alcune ragioni comuni che le persone danno per spiegare perché non ricevono adeguate cure sanitarie includono gli eccessivi costi dei trattamenti, i lunghi tempi di attesa, l'impossibilità di assentarsi dal lavoro, la necessità di prendersi cura dei bambini o di altre persone oppure il dover viaggiare troppo per ricevere delle cure sanitarie. Altre cause che rappresentano potenziali ostacoli all'accesso alle cure sanitarie sono l'estensione della copertura assicurativa sanitaria e la quantità di *out-of-pocket*. Questi fattori influiscono sulla capacità di trasformare tutta la domanda di salute in domanda sanitaria espressa.

Tre possibili ragioni che potrebbero portare a problemi di accesso sono presentati nel Grafico 4. In Grecia, Italia, Polonia e Portogallo, il motivo più comune è il costo del trattamento; in Polonia, Finlandia e Estonia sono i tempi di attesa. La

distanza per ottenere le cure sembra non essere motivo di preoccupazione a parte in Norvegia (Health at a Glance 2011, 130).

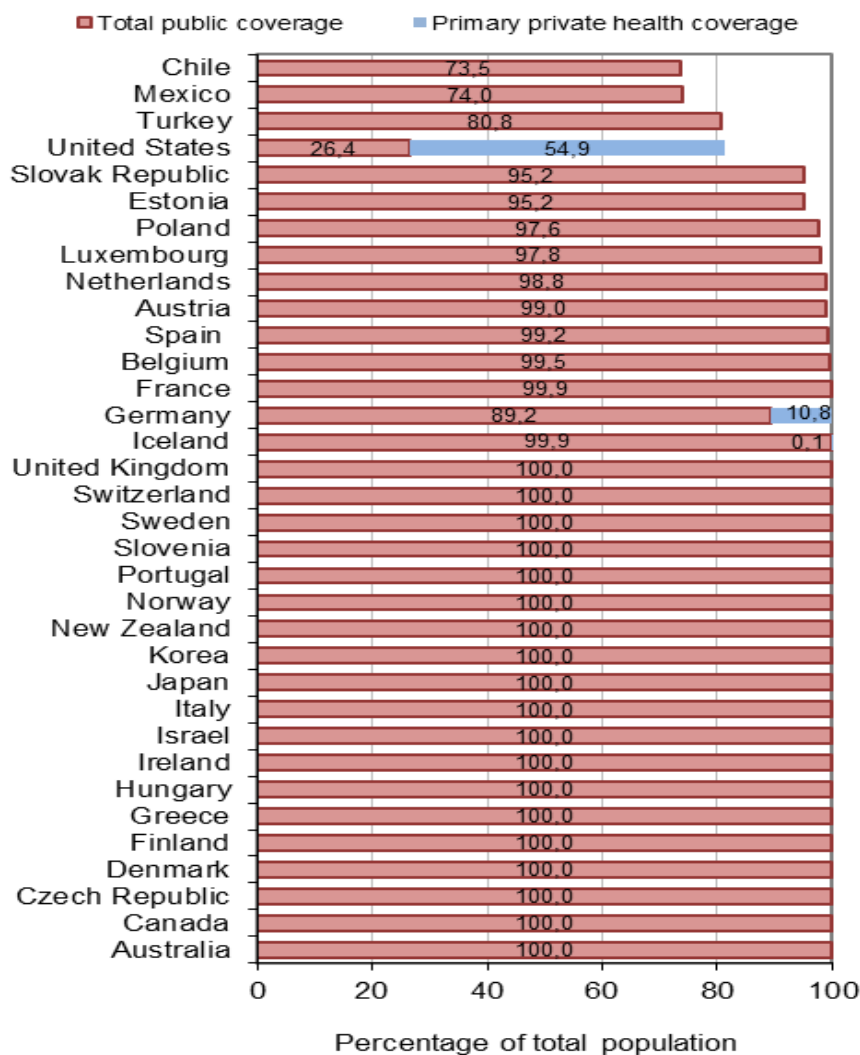
**Grafico 4** Unmet need for a medical examination, selected reasons by income quintile, European countries, 2009. Source "Health at a Glance 2011: OECD Indicators - © OECD 2011"



La copertura sanitaria permette l'accesso ai prodotti e ai servizi sanitari, oltre a fornire la garanzia finanziaria contro malattie gravi o inaspettate. Tuttavia, la copertura assicurativa sanitaria, sia pubblica che privata è un indicatore imperfetto di accessibilità, dal momento che la gamma di servizi coperti e il grado di ripartizione dei costi applicato varia da un paese all'altro.

La maggior parte dei paesi OCSE hanno raggiunto quasi universalmente la copertura dei costi sanitari per un set base di servizi, che di solito includono consultazioni con medici e specialisti, test ed esami, procedure chirurgiche e terapeutiche (Grafico 5).

**Grafico 5** Health insurance coverage for a core set of services, 2009



Source: OECD Health Data 2011.

Quattro paesi OCSE non hanno copertura sanitaria universale. Il Cile ha un doppio sistema di assistenza sanitaria con copertura tramite il Fondo Nazionale di Assicurazione Sanitaria pubblica o attraverso compagnie di assicurazione sanitaria private e altre agenzie non-profit. Una parte della popolazione, tuttavia, rimane senza una copertura specifica. In Messico, il “*Seguro Popular*”, un sistema volontario di assicurazione sanitaria è stato introdotto nel 2004 per fornire una copertura per i poveri e non assicurati, ed è cresciuto tanto velocemente che dal 2009 circa tre quarti della popolazione è stata coperta. In Turchia la copertura pubblica negli ultimi anni ha aumentato rapidamente raggiungendo oltre l’80% nel 2009.

Negli Stati Uniti, la copertura è fornita principalmente attraverso l’assicurazione sanitaria privata che al 2009 rappresentava la copertura base per il 55% della popolazione, mentre la copertura assicurativa pubblica è assicurata solo

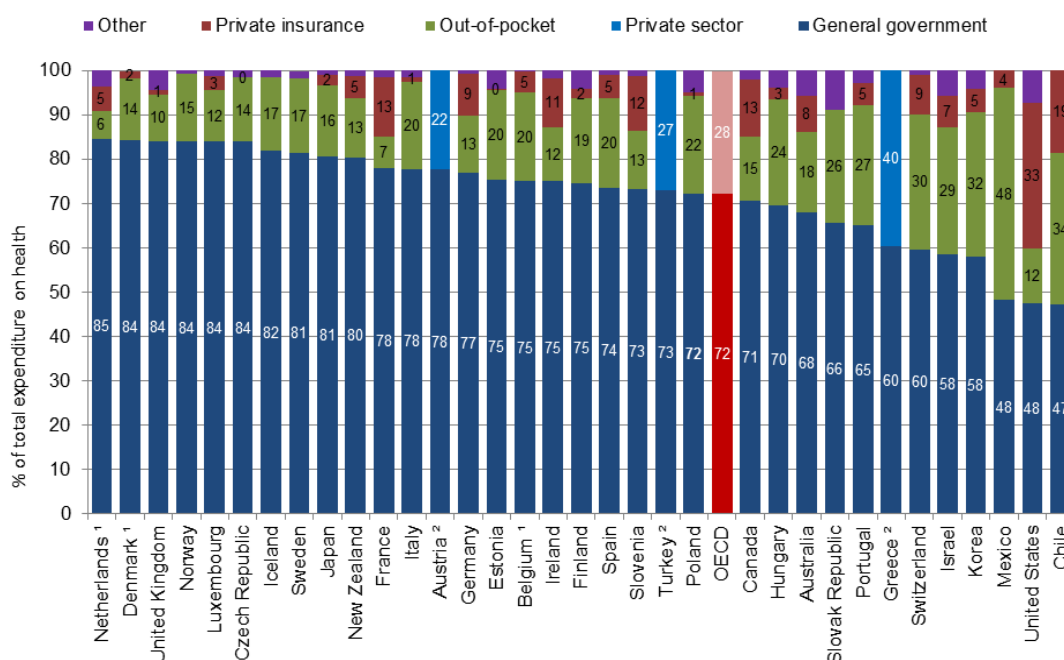
per il 26% del totale della popolazione (anziani e persone con basso reddito o disabilità), lasciando il 19%, la maggioranza sotto i 65 anni, senza copertura sanitaria. La maggior parte dei soggetti non assicurati indica come ragione per la loro mancanza di copertura il crescente costo dei premi assicurativi. Il recente aumento della percentuale di non assicurati può essere attribuito agli effetti della recessione e la perdita di lavoro, accompagnata dalla perdita di copertura sanitaria. Il problema di una persistente mancanza di assicurazione rappresenta una delle maggiori barriere per ricevere l'assistenza sanitaria, e più in generale a ridurre le disuguaglianze sanitarie tra i gruppi della popolazione.

La copertura sanitaria di base, sia fornita attraverso erogatori pubblici o privati, copre generalmente un "paniere" di prestazioni, in molti casi con una condivisione dei costi. In alcuni paesi, può essere acquisita maggiore copertura sanitaria con varie modalità come, ad esempio, attraverso un'assicurazione privata per coprire eventuali costi lasciati fuori dalla copertura di base (assicurazione complementare) o con l'aggiunta di altri servizi (assicurazione supplementare) (Health at a Glance 2011, 132).

Il settore pubblico rimane la principale risorsa per finanziare il settore sanitario (grafico 6). In Olanda, i paesi del Nord eccetto Finlandia), il Regno Unito, Repubblica Ceca, Lussemburgo, Giappone e Nuova Zelanda il finanziamento pubblico conta per l'80% della spesa sanitaria. L'Italia si attesta attorno al 78%. La seconda principale risorsa per le cure sanitarie sono le spese out-of-pocket. In media nei paesi OCSE, il 20% della spesa per la salute viene pagato direttamente dai pazienti e rappresenta anche la percentuale di out-of-pocket sostenuta in Italia.



**Grafico 6** Expenditure on health by type of financing, 2009 (or nearest year).  
Source: OECD Health data 2011.



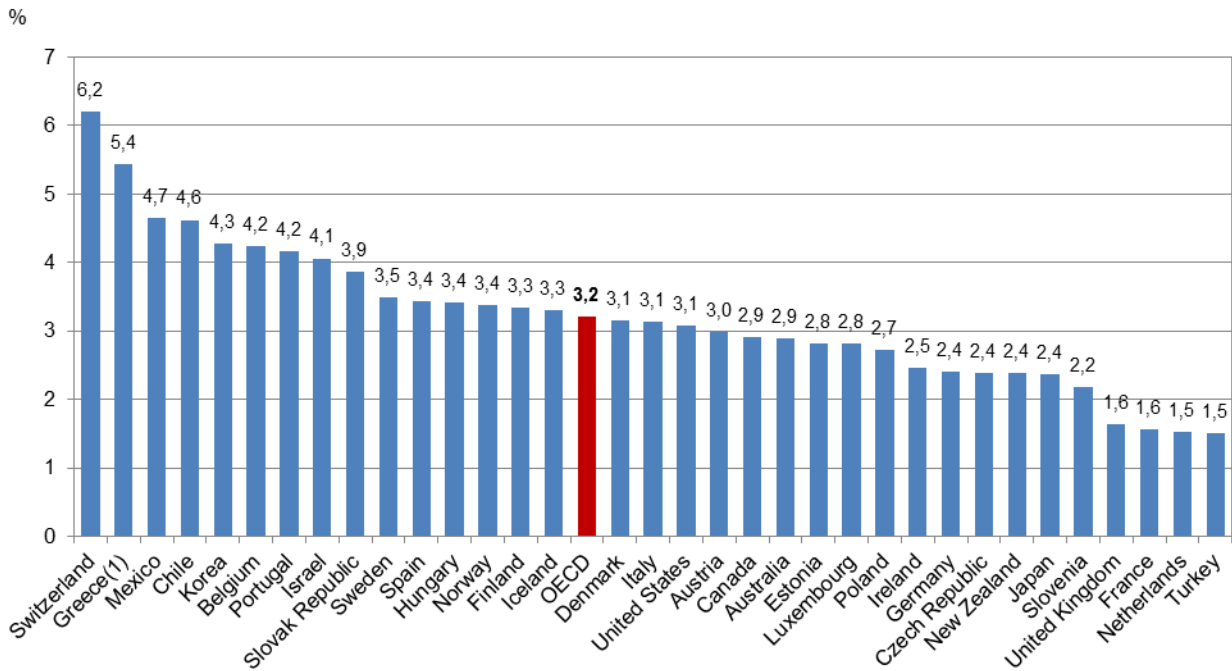
1. Current expenditure. 2. No breakdown of private financing available for latest year.

Contrariamente alle cure finanziate con fondi pubblici, l'out-of-pocket si basa sulla capacità del cittadino di pagarsi in proprio le cure. Il suo onere, in teoria, è spostato verso coloro che utilizzano di più i servizi e dai redditi più alti ai redditi più bassi, dove i bisogni di assistenza sanitaria sono più elevati. In pratica, molti paesi hanno esenzioni e "tappi" nella spesa out-of-pocket per i gruppi di persone a basso reddito in modo da proteggere il loro accesso alle cure sanitarie.

L' onere della spesa out-of-pocket può essere misurata attraverso la quota di reddito delle famiglie o la quota dei consumi totali delle famiglie utilizzata per spese sanitarie. La media di questi dati, nel 2010, varia considerevolmente da un paese OCSE all'altro, rappresentando meno del 2% del consumo totale delle famiglie in paesi come la Turchia, i Paesi Bassi, la Francia e il Regno Unito, ma più del 5% in Grecia e Svizzera. L'Italia, con il 3,1% di consumo speso per l'out-of-pocket in servizi sanitari, è vicino alla media (Grafico 7) (Health at a Glance 2011,134).

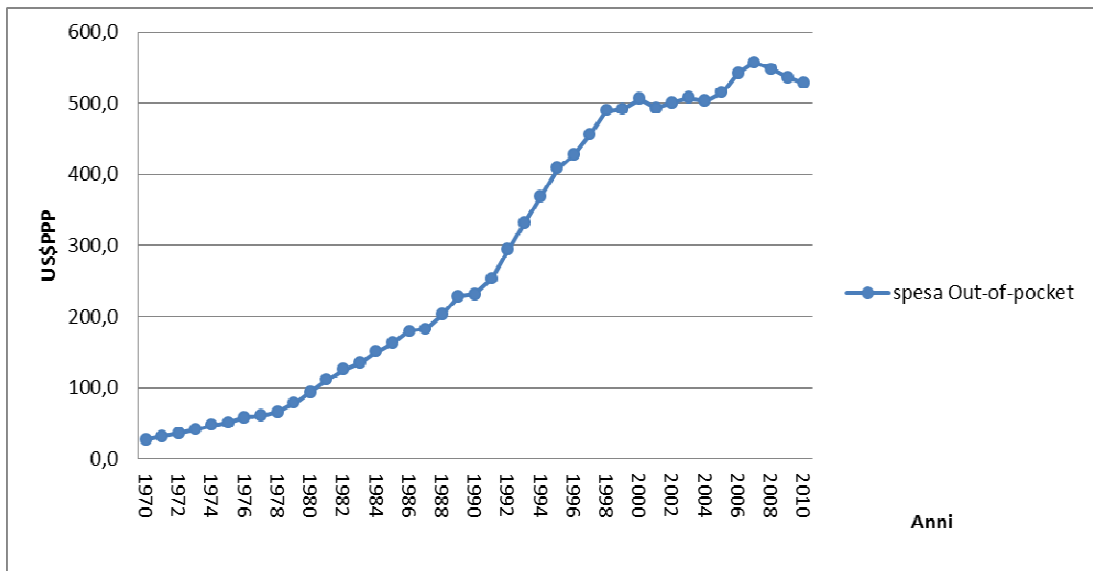
**Grafico 7** Out-of-pocket expenditure as a share of final household consumption, 2009 (or nearest year).

Source: OECD Health data 2011.



Per analizzare l'effetto dell'*out-of-pocket* e come è correlato ai redditi della popolazione analizziamo il suo andamento in Italia tra il 1970-2010 (Grafico 8).

**Grafico 8** Health expenditure by financing agent/scheme, Out-of-pocket payments (households), /capita, US\$ purchasing power parity in Italy



fonte dei dati: OECD Health Data 2012

La spesa out-of-pocket cresce molto nel periodo dal 1970 al 2007 per poi iniziare a decrescere. Il motivo principale potrebbe essere dovuto alla crisi economica iniziata

nel 2008 e che ha “impoverito” i cittadini inducendoli a diminuire le spese sanitarie pagate direttamente di tasca propria.

La crescita della spesa sanitaria è una spina nel fianco per l’area dei paesi OCSE, indipendentemente se il finanziamento sia pubblico o privato. Se poi come succede, cresce in modo più che proporzionale rispetto al PIL, appare chiaro che i segnali d’allarme aumentano sempre di più. La spesa *out-of-pocket* rappresenta una quota importante di spesa utilizzata dal cittadino per curarsi, ma non può essere la soluzione al problema, considerato che è fortemente influenzata dal variare dei redditi. In un periodo come quello attuale di crisi economica potrebbe significare una rinuncia da parte delle persone ad accedere all’assistenza sanitaria.

La spesa *out-of-pocket* si può mettere in relazione alle liste d’attesa individuando se un paese ha un sistema sanitario efficiente oppure no. Nel caso in cui i dati sui tempi di attesa sono alti e quelli della spesa *out-of-pocket* anche, significa che il sistema sanitario di quel paese risulta inefficiente; infatti, pagando privatamente per le prestazioni sanitarie, nello stesso tempo è strano non riuscire a diminuire i tempi di attesa. Se invece i tempi di attesa sono bassi ma la spesa *out-of-pocket* è alta, significa che per accedere alle prestazioni si paga di tasca propria. L’ultimo caso si ha quando la spesa *out-of-pocket* è bassa e i tempi di attesa sono bassi. In questo caso il sistema risulta efficiente perché si riesce a soddisfare la domanda di prestazioni della popolazione senza costringerla a ulteriori esborsi di denaro.

Dai dati, si evince che la spesa sanitaria rispetto al Pil sta aumentando negli anni e che la fonte di finanziamento principale per la salute proviene dal settore pubblico. Rimane da capire in futuro come evolverà questo trend dovendo fare i conti con i tagli alla sanità che molti Stati stanno attuando; per l’Italia con l’ultima legge di stabilità per il Fondo Sanitario Nazionale è stato confermato il taglio di 600 milioni di euro per il 2013 che aumenterà ad 1 miliardo a decorre dal 2014 (quotidianosanità.it).

## 1.4 Conclusione

La domanda e l’offerta in sanità non trovano un automatico allineamento come avviene solitamente in economia; l’offerta di servizi sanitari è sempre alla “rincorsa” della domanda che tende e ad aumentare e a non farsi “raggiungere”. Numerose sono le variabili che spingono la domanda e forte è il vincolo economico

che frena l'incremento dell'offerta; questo è un problema che tutti i paesi evoluti nel mondo si trovano o si troveranno, anche se in modi e tempi diversi, a dover affrontare.

L'unica via d'uscita plausibile sembra essere quella che prevede un' offerta di servizi sanitari erogati rispettando rigorosamente i criteri di appropriatezza clinica, seguendo dei protocolli e dei percorsi clinico-terapeutici consolidati e riconosciuti; è necessario, inoltre, una modifica organizzativa che permetta di erogare prestazioni con il *setting* assistenziale meno costoso, a parità di efficacia clinica.

La *Clinical Governance* può essere sicuramente uno strumento efficace per raggiungere tali obiettivi perché "obbliga" dirigenti amministrativi e clinici a lavorare insieme, con strumenti condivisi, allo scopo di erogare servizi efficienti economicamente, ma efficaci dal punto di vista sanitario.

# Capitolo 2 : GOVERNARE LA DOMANDA IN SANITA' : ALCUNI STRUMENTI

## 2.1 Premessa

I fattori che influiscono sull'andamento della domanda e dell'offerta in sanità possono essere di diverso tipo: l'invecchiamento della popolazione, nuovi stili di vita, l'acquisto di nuove attrezzature ad alto contenuto tecnologico (soprattutto dal punto di vista diagnostico e in chirurgia), il progresso che la ricerca nel campo medico comporta a tutti i livelli, l'aumento del reddito della popolazione e l'aumento dei medici. Questi fattori incidono sulla spesa sanitaria ed è pertanto necessario trovare degli strumenti per arginarli. Gli strumenti di controllo per gestire la domanda, in un sistema sanitario con finanziamento pubblico, possono essere di due tipi:

- "diretti: che riguardano il controllo della domanda che si può esprimere anche in maniera autonoma, senza cioè che vi sia necessariamente l'azione di indirizzo di un professionista sanitario o senza che questa azione elimini del tutto l'efficacia di un intervento sulla domanda originaria da parte dei consumatori.
- indiretti: che vengono utilizzati per regolare la domanda guidata, in misura più o meno ampia, dai medici quali fornitori di assistenza sanitaria" (Rebba, 2009, 222-223).

E' importante analizzare due strumenti diretti, le misure di compartecipazione alla spesa e il razionamento delle liste d'attesa, e un strumento indiretto, la gestione della domanda secondo i criteri di priorità e appropriatezza.

## 2.2 L'utilizzo del Ticket nei sistemi sanitari

"Le forme di compartecipazione (*cost sharing*) alla spesa da parte degli utenti utilizzate nei diversi sistemi sanitari sono variegata e prevedono:

- *franchise* (ammontare per caso o per anno a carico del paziente prima che intervenga la copertura la copertura del terzo pagante pubblico o privato);
- meccanismi di *coinsurance* (quota percentuale del costo della prestazione a carico del paziente);

- meccanismi di *copayment* (ammontare posto a carico del paziente e indipendente dal costo effettivo della prestazione sanitaria).

Si userà il termine “ticket” (derivante dal francese *ticket Modérateur*) genericamente come sinonimo di compartecipazione” (Rebba, 2009, 224).

In molti paesi il co-pagamento viene utilizzato come forma di finanziamento alla spesa pubblica in sostituzione di un’ulteriore incremento delle tasse, questo perché in ambito politico c’è la preoccupazione che far fronte all’aumento della spesa sanitaria inasprendo i tributi possa creare situazioni che disincentivano la crescita economica. Inoltre, “l’internalizzazione delle economie e la grande mobilità tra Paesi assunta dal capitale hanno dato vigore alla tesi che l’incidenza di ogni forma di prelievo (tributi e contribuzioni sociali) sia infine a carico, dei fattori mobili, principalmente il lavoro” (Taccone A., 2008, 6-7).

Il Ticket nel caso del sistema sanitario pubblico o eventualmente nei sistemi con l’assicurazione sociale è stato introdotto per far fronte a due problemi principali: il *moral hazard* (l’incentivo delle persone a cercare più cure quando sono assicurate) e l’effetto SID (l’incentivo dei medici a dare più cure quando sono ben rimborsati) (Cutler, Zeckhauser, 1999).

Il *moral hazard* è un comportamento opportunistico successivo ad un contratto, che spinge le persone a raggiungere scopi personali senza curarsi dell’altra parte, sapendo che questa non riuscirà a controllare se ci sono forme di inganno. In un sistema sanitario questo significa, ad esempio, richiedere più prestazioni rispetto a quanto necessario o abbassare il livello di prevenzione sui stili di vita negativi. Inevitabilmente le conseguenze saranno un eccesso di domanda di prestazioni sanitarie e l’aumento della spesa sanitaria. Nei sistemi pubblici per controllare il rischio morale si potrebbero aumentare le tasse ma questa strategia non è facile da attivare considerando che la pressione fiscale è già molto alta; pertanto l’opzione del ticket rimane la più adatta perché va direttamente a colpire i consumatori, i quali faranno più attenzione nell’accedere alle prestazioni. Il ticket, perché funzioni da deterrente al problema del *moral hazard* dovrebbe agire sostanzialmente sul prezzo di quelle prestazioni che hanno una domanda elastica, e non su quelli con un domanda rigida; talvolta però, dal punto di vista clinico non è di semplice soluzione capire quali prestazioni o quali farmaci siano più importanti di altri e decidere dove applicare il ticket e dove non applicarlo. Per affrontare il problema, di recente è stata introdotta la teoria del “*Value-based-cost sharing*” per la quale il co-pagamento

dovrebbe essere più basso per i servizi con il più alto beneficio marginale (Pauly, Blavin, 2007). Il ticket, quindi, dovrebbe essere minore per quelle prestazioni sanitarie dove è dimostrato a livello empirico che sono più efficaci clinicamente e anche come costo-efficacia.

Anche le condizioni economiche degli individui sono importanti, infatti se una persona ha un reddito troppo basso e le cure che dovrebbe effettuare sono elastiche al prezzo, il ticket diventerebbe un fattore discriminante nel decidere se accedervi oppure no, anche nei casi in cui queste siano rilevanti e necessarie. Questo comporta delle dinamiche negative che ricadono sulle persone meno abbienti, le quali, potrebbero avere un peggioramento della propria salute rinunciando a determinate prestazioni sanitarie. In merito a questo la compartecipazione della spesa è vista talvolta come un fattore che può avere, in alcuni casi, effetti indesiderati nell'accesso alle cure; per evitarlo l'introduzione del co-pagamento è stato generalmente accompagnato da misure per esentare i gruppi di persone più poveri (OECD, 2004, 52).

Per quanto riguarda il secondo problema invece “la domanda dei pazienti (assicurati) non è quasi mai autonoma ma viene determinata soprattutto dai medici per cui, tenendo conto dell'effetto SID (*supply-induced demand*), l'applicazione del ticket sugli utenti sarebbe inutile in quanto non sortirebbe alcun effetto in termini di contenimento della domanda. Se è il medico a determinare di fatto la domanda del paziente, quest'ultima non dovrebbe essere influenzata dal prezzo. L'eventuale sovra consumo non può essere ridotto utilizzando le compartecipazioni ma solo modificando con opportuni incentivi il comportamento dei medici. In tal caso, per ciascuna prestazione sanitaria, esisterebbe un unico livello domandato dal paziente, quello definito dal professionista sanitario del tutto indipendente dal prezzo, il che neutralizzerebbe ogni effetto del ticket”. (Rebba, 2009, 227). Questa però non è del tutto vero, infatti, a volte nonostante ci sia il consiglio del medico, la maggior parte delle prestazioni rappresentano una domanda elastica (es. una visita medica generica) e quindi l'intervento del medico può mitigare ma non eliminare del tutto l'efficacia del ticket. C'è da considerare anche la completa gratuità delle prestazioni sanitarie che talora può favorire un rapporto di “complicità” tra il medico e il paziente. Il medico a volte, per svariate cause come, ad esempio, accontentare il paziente o ridurre i tempi delle visite, non ha interessi a negare la prescrizioni di certe prestazioni e nello stesso tempo il paziente tenderà a spingere fino al beneficio

marginale nullo la propria domanda. In questo caso, il ticket potrebbe come strumento diretto, frenare la richiesta di prestazioni da parte delle persone e se correttamente applicato aiutare i medici di medicina generale e gli specialisti a consigliare i propri pazienti verso beni e servizi sanitari maggiormente costo-efficaci (Rebba, 2009, 228).

Il ticket è stato visto fin qui come un fattore di tipo regressivo, in realtà sono da tenere conto anche degli aspetti positivi. Una combinazione di compartecipazione e nello stesso tempo di lunghe liste d'attesa potrebbero portare alcuni, soprattutto coloro che hanno un reddito alto, a spostarsi nel settore privato. Questo trasferimento permetterebbe una riduzione delle liste d'attesa nel settore pubblico avvantaggiando coloro che avendo un reddito più basso non possono utilizzare il servizio privato. Un altro elemento positivo, rispetto ad altri metodi di razionamento, potrebbe essere l'utilizzo del co-pagamento per aumentare la varietà dei servizi offerti, sia in un servizio pubblico che nelle assicurazioni obbligatorie, accollando una parte della spesa da sopportare ai cittadini. Questo permetterebbe ai cittadini di non essere costretti, per certe prestazioni, ad uscire dal settore pubblico per ottenerle. (Taccone A., 2008, 17-18)

La questione se il ticket rappresenti uno strumento utile per contenere la domanda sanitaria oppure no rimane ancora aperta. Sicuramente alcuni effetti ci sono ma rimane difficile garantire che la compartecipazione vada ad influire solo nelle prestazioni sanitarie meno appropriate senza intaccare quelle a maggior impatto sociale; in tal senso sono stati fatti dei passi avanti nell'ambito dell'approccio Health Technology Assessment (HTA)<sup>5</sup>.

## **2.3 Ticket: la situazione Italiana**

In Italia il ticket è stato introdotto nel 1989 e ben definito nella legge n. 537 del 1993 dove all'art. 8 comma 15 si stabilisce che *“tutti i cittadini sono soggetti al pagamento delle prestazioni di diagnostica strumentale di laboratorio e delle altre prestazioni specialistiche, ivi comprese le prestazioni di fisioterapia e le cure termali, fino all'importo massimo di lire 70.000 per ricetta, con assunzione a carico del Servizio sanitario nazionale degli importi eccedenti tale limite”* e inoltre vengono

---

<sup>5</sup> L'Health Technology Assessment è “un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo” ([www.ao.pr.it](http://www.ao.pr.it)).



anche introdotte le indicazioni per quelle persone che sono esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria. Successivamente vari provvedimenti legislativi hanno cambiato la natura del ticket apportando degli aggiustamenti. Vediamo quali novità sono state nel introdotte tempo:

- “nel 1998 con D.lgs. 124 viene introdotto l'**Isee**, quale criterio per l'esenzione in relazione alla situazione economica del nucleo familiare e alle condizioni di malattia;
- nel 2001 con la legge 405 all'art. 4 comma 3 si introducono “*misure di compartecipazione alla spesa sanitaria, ivi inclusa l'introduzione di forme di corresponsabilizzazione dei principali soggetti che concorrono alla determinazione della spesa*” da utilizzare per eventuali disavanzi di gestione accertati o stimati in ambito regionale;
- nel 2006 la legge 296 la quota fissa di 10 euro a ricetta per le prestazioni ambulatoriali, poi abolita nel 2008;
- nel 2011 la Manovra economica correttiva ha ripristinato la quota fissa di 10 euro per le ricette sulle visite specialistiche e di 25 euro per gli interventi del pronto soccorso in codice bianco. Nel corso degli anni, il ticket sanitario, non è più stato considerato soltanto uno strumento diretto a gestire situazioni di eccesso di domanda ma bensì, e soprattutto nel contesto regionale, una importante voce per finanziare la sanità.

I tre ambiti che riguardano attualmente il ticket sono: l'assistenza farmaceutica, le prestazioni di Pronto soccorso e le prestazioni specialistica e di diagnostica ambulatoriale” ([www.intrage.it](http://www.intrage.it)).

Con le ultime legge introdotti in Italia le previsioni parlano di circa 140 euro di ticket per farmaci, analisi, visite e pronto soccorso che ogni persona dovrà pagare per una spesa totale prevista di circa 4,5 miliardi di euro nel 2012 e dal 2014 dovrebbero arrivare nuovi ticket aumentando la spesa per la compartecipazione di € 6.6 miliardi.

Le varie regioni, per le prestazioni specialistiche, hanno applicato il ticket da 10 euro in maniera diversa:

- senza modifiche;
- rimodulandolo in base alle prestazioni;
- rimodulandolo in base alle fasce reddituali (strada percorsa dal Veneto).

C'è poi il caso di chi non ha applicato il ticket da 10 euro a ricetta come la Valle d'Aosta e le Province Autonome di Trento e Bolzano e chi come la Sardegna ha deciso di applicare l'aumento dovuto del ticket, ma lo ha fatto simbolicamente introducendo solo 1 euro aggiuntivo (Quotidianosanità.it, Dossier ticket 2012).

In Emilia Romagna, è stato svolto uno studio sugli effetti dell'ultima manovra sulla compartecipazione sanitaria e l'impatto che questa ha avuto sull'assistenza specialistica ambulatoriale.

I dati considerati sono relativi al periodo settembre 2011-gennaio 2012, messi a confronto con lo stesso periodo 2010-2011 e indicavano sia il numero di prestazione erogato che l'importo del ticket distinti per tipologia di prestazione, struttura erogante (pubblica o privata accreditata) e diritto all'esenzione degli assistiti. Anche se il periodo di riferimento era solo di 5 mesi si è osservata una riduzione di circa 840.000 prestazioni (-3,6%). Inoltre, il consumo delle prestazioni da parte dei cittadini esenti è aumentata mentre per gli altri è diminuita.

Ai fini dell'introito da parte del ticket si è verificato un maggior gettito incassato sia dalle strutture pubbliche che quelle private accreditate (Brambilla, Verdini, Martelli, Regione Emilia Romagna, 2012, 3).

## **2.4 Liste e tempi di attesa: razionamento**

Quando si parla di tempi di attesa si fa riferimento al tempo che una persona deve attendere da quando viene registrato ed è in lista fino a quando avrà la prestazione, mentre le liste di attesa sono l'elenco di persone che aspettano di ricevere la prestazione. Le liste e i tempi di attesa si formano e dipendono dall'andamento della domanda e dall'offerta sanitaria.

L'argomento delle liste e dei tempi di attesa è molto delicato e non sembra così scontato che uno Stato, aumentando le risorse, riesca ad incrementare l'offerta e gestire meglio l'accesso delle persone ai servizi sanitari. In Svezia, ad esempio, fu introdotto il metodo "*Maximum Waiting-time Guarantee*" per cercare di contrastare il problema dei tempi e delle liste d'attesa. Per raggiungere gli obiettivi prefissati furono impiegate ulteriori risorse finanziarie, non sufficienti però a risolvere la questione (Hanning, 2005). In Irlanda, per anni, vennero elargiti fondi extra ma i risultati sembrano suggerire che la riduzione dei tempi di attesa è stata più bassa di quanto previsto. (Siciliani, Hurst, (2003)6, 25). Altri studi hanno cercato di determinare se la lunghezza delle liste d'attesa diminuiva aumentando il numero di

pazienti trattati. L'obiettivo era capire se l'incremento dell'offerta avrebbe provocato una diminuzione delle liste d'attesa. Questa ovvia relazione non è stata trovata (Goldacre, 1987, 295:1105). Un'altra ricerca ha analizzato a livello matematico come le liste d'attesa si autoregolino e di conseguenza il continuo incremento dell'offerta non riesca mai a soddisfare completamente e definitivamente il problema dei pazienti in attesa. Attraverso extra risorse per soddisfare la domanda, come ad esempio fornire uno specialista in più per alcuni mesi, può aiutare temporaneamente a gestire il problema, ma prima o poi il sistema si auto-organizza intorno a un altro livello di domanda finché si ristabilisce un nuovo equilibrio. La ricerca conclude affermando che esiste una paradossale caratteristica delle liste d'attesa, esse rappresentano la configurazione più efficiente per l'organizzazione; i sistemi sanitari dovrebbero quindi essere giudicati dalle misurazioni effettuate nei loro pazienti e non dalle liste d'attesa (Smethurst, Williams, 2001, 652:653).

Oltre alla scarsità di risorse ci sono anche altri fattori che causano il problema delle liste e dei tempi di attesa:

- “comportamento “fisiologico dell'erogatore: il malfunzionamento della lista di attesa è in realtà un modo implicito ma deliberato di assegnare priorità bassa o nulla a determinate tipologie cliniche;
- management locale: secondo questa categoria di ipotesi le liste e i tempi di attesa sono un problema organizzativo e l'utilizzo di tecniche gestionali adeguate migliora l'uso delle risorse e quindi l'accessibilità. Le liste sono un problema in gran parte di tipo “locale”, risolvibile con soluzioni di gestione aziendale;
- controlli di lista: una serie di studi, ha dimostrato che, a seguito di controlli sulle lunghe liste d'attesa molti soggetti o sono deceduti, si sono trasferiti, hanno ricevuto il servizio altrove, non necessitano più del servizio o rifiutano il servizio quando offerto” (Mariotti, 2006, 49-55).
- comportamento del cittadino: “un aspetto di cui tenere conto è l'attivare una azione di *empowerment* e responsabilità nei confronti dei cittadini, per consentire loro di non aderire, consapevolmente, a forme di consumismo sanitario, ed essere attenti ad adottare comportamenti che non concorrano a produrre sprechi (pensiamo alle visite prenotate e non disdette), che tolgono spazio ad altri, o agli esami eseguiti dei quali non vengono ritirati i referti)” (Schael, 2011, 26-30).

- fenomeno del “*no-show*”<sup>6</sup>: le persone non si presentano nella data prenotata, questo comporta ovviamente un deterioramento delle liste d’attesa.

Nel caso del controllo delle liste è emblematico il caso Australiano dove la lunghezza delle liste di attesa per accedere a cliniche specializzate nel sistema pubblico rappresentava per il Queensland Health<sup>7</sup>, medici di famiglia e pazienti un problema; per risolverlo si è cercato di sviluppare un processo per la riesamina dei pazienti che attendevano da più di due anni inviando loro una lettera e offrendogli due opzioni:

1) non fare niente se l’appuntamento non è più necessario o 2) visitare il medico di famiglia per aggiornare quanto già era prescritto su uno specifico modello clinico se la prescrizione è ancora necessaria. I medici locali sono stati informati del processo e sono stati forniti delle istruzioni sul nuovo modello e dei dati minimi richiesti per l’impegnativa. Dall’inizio di questo processo nel 2008, i tempi di accesso ad uno specialista si è ridotto da otto a due anni (Stainkey, *et al*, 2010, 1-5)

Consideriamo adesso, in una situazione di razionamento delle liste d’attesa con un accesso di tipo “*first come-first served*”<sup>8</sup> due fattori: il costo opportunità riferito al tempo e la diminuzione dei benefici di salute che si possono ottenere da una prestazione. Il costo opportunità legato al tempo viene in parte messo in relazione alla ricchezza delle persone, infatti chi è disposto a sopportare i tempi e la lunghezza delle liste d’attesa normalmente ha una disponibilità economica inferiore rispetto a chi invece ha un reddito elevato e può decidere di utilizzare il mercato privato. Questo vale sicuramente per i redditi più alti e per i redditi più bassi ma non è detto che valga in altre situazioni, ad esempio, a parità di reddito un libero professionista e un lavoratore dipendente possono avere un costo opportunità completamente differente. Il primo non può aspettare, una sua assenza dal posto di lavoro comporterebbe una perdita monetaria, il secondo non ha questo problema. L’altro fattore, invece, riguarda la diminuzione nel tempo dell’efficacia di una prestazione sanitaria. Se i tempi di attesa sono troppo lunghi può accadere che i benefici attesi di una persona possano diminuire sempre di più tanto da avere un peggioramento delle condizioni di salute nel corso del tempo; l’individuo in questo caso dovrà avere maggiori cure che comporteranno un inevitabile aumento nell’utilizzo di risorse da parte delle strutture sanitarie. Si crea, inoltre, un fattore di

---

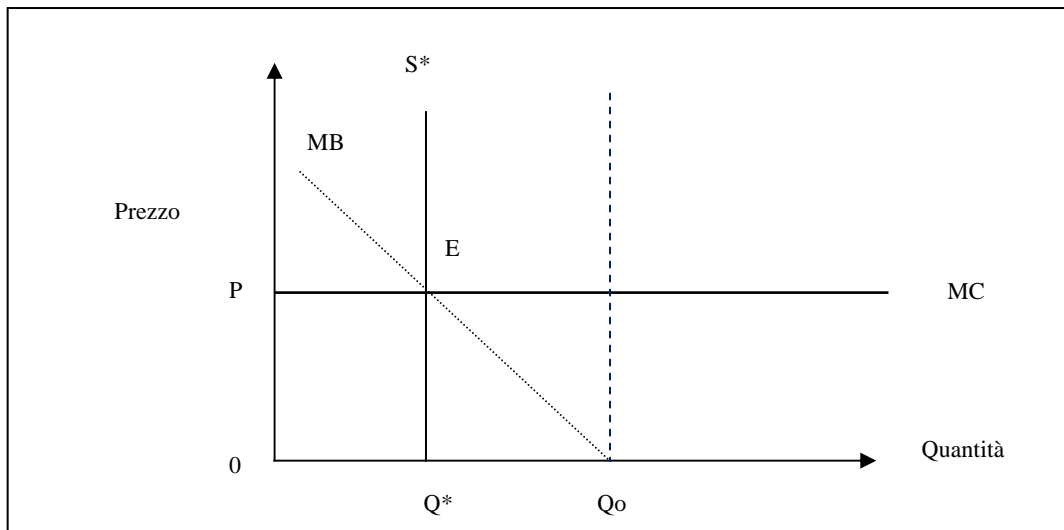
<sup>6</sup> Parola inglese che significa “assente”.

<sup>7</sup> Queensland Health è un’organizzazione impegnata a servire a fornire una serie di servizi finalizzati al raggiungimento del benessere dei cittadini del Queensland (stato Australiano).

<sup>8</sup> Il primo che arriva sarà anche il primo ad essere servito, non viene utilizzato un criterio secondo priorità.

iniquità, infatti se le condizioni di salute peggiorano, le persone meno abbienti non potrebbero indirizzarsi verso alternative private (Rebba, 2009, 235-238).

Vediamo adesso un' analisi sulle liste d'attesa che si basa sulla variabilità della domanda e il tipo di mercato. Nel caso della sanità pubblica il prezzo di mercato è nullo pertanto non adatto ad affrontare il problema della domanda di prestazioni sanitarie in eccesso e di conseguenza a ridurre le liste d'attesa nel lungo periodo. Il prezzo, essendo nullo, farà sì che il cittadino cerchi di trarre il massimo beneficio dal sistema sanitario spingendo la domanda fino ad avere un beneficio marginale positivo. Ma per raggiungere una adeguata allocazione delle risorse si richiederebbe invece, di fornire il servizio soltanto fino a che il beneficio marginale risulta maggiore o uguale al costo marginale (quantità  $q^*$  in figura 1).



**Fig 1** Tempo ottimo di attesa.

MC: costi marginali

MB: benefici marginali

Si potrebbe pensare che il razionamento delle prestazioni possa rappresentare un sistema efficiente che permette di far attendere coloro i quali hanno un beneficio marginale privato inferiore al costo marginale sociale. Sempre con riferimento alla Figura 1, se l'offerta ottimale è quella  $S^*$  in corrispondenza dell'uguaglianza fra beneficio marginale e costo marginale, l'eccesso di domanda  $Q^*$  e  $Q_0$  rappresenta le persone che si iscrivono in lista e che quindi non vengono escluse ma sono solo destinate a ricevere le prestazioni in un momento successivo (Faronato, et al).

Le liste e i tempi di attesa sono influenzati da molti fattori e il semplice razionamento attraverso la “coda” non sembra rappresentare un modello che permetta di risolvere in maniera efficace nel lungo periodo il problema.

## **2.5 Tempi e liste di attesa secondo criteri di priorità e appropriatezza prescrittiva**

### **2.5.1 I criteri di priorità**

In un mercato concorrenziale la capacità di pagare un determinato prezzo, da parte di un consumatore, fa sì di segmentare la domanda e l’offerta di un bene; questo non può accadere nei settori sanitari dove interviene lo Stato. In questo caso, tra l’altro, le risorse a disposizione sono limitate a causa di una diminuzione nel tempo dei finanziamenti pubblici destinati alla sanità e conseguentemente di una disponibilità non ottimale delle attrezzature sanitarie e del personale per far fronte ai crescenti bisogni di salute.

Negli ultimi anni una modalità introdotta per gestire la domanda sanitaria è stata quella della priorità, una soluzione alternativa a quella di inasprire la pressione fiscale, misura impopolare e che va a diminuire il potere di acquisto dei cittadini già vessati da imposte molto alte. In ogni sistema sanitario dove i bisogni di domanda eccedono le risorse a disposizione risulta necessario prioritarizzare l’accesso dei pazienti considerando le implicazioni che può avere sui costi (Arvidsson, André, Borgquist, *et. all*, 2012, 1-8).

I criteri di priorità clinica hanno come obiettivo quello di fornire equità all’accesso alle cure per tutti i cittadini, trovando il tempo di attesa più adatto per ogni persona secondo le vere necessità di salute. “Quando parliamo di priorità, si intendono criteri, impliciti od espliciti, con cui viene regolato il tempo di accesso dei pazienti alle prestazioni, determinando i livelli di attesa diversificati in base a regole definite. La attribuzione della domanda ad una specifica classe di priorità deve differenziare il tempo di risposta del sistema, secondo regole predefinite e condivise, coerenti con le indicazioni nazionali, anche al fine di garantire la comparabilità dei dati. Tale informazione trova origine solitamente dalla valutazione sanitaria del soggetto prescrittore che provvede a correlare il bisogno del paziente e la prestazione da effettuare con il tempo ottimale entro cui deve essere effettuata” (Ministero della Salute, 2006, 20).

Il fattore tempo è molto importante, basti pensare al pronto soccorso dove viene utilizzato il metodo del triage in cui il paziente viene selezionato sulla base dell'urgenza. In questi casi soprattutto nei momenti dove la domanda raggiunge il suo punto massimo e le risorse con cui agire (medici, strumenti) sono limitati, prendere la decisione giusta sul paziente cercando di differire nel tempo gli interventi può essere importante per far fronte in modo equo, efficiente ed efficace alle richieste dei cittadini. Questo sistema viene utilizzato anche in Italia con i medici di medicina generale applicando dei codici di priorità nella ricetta:

- U=urgente;
- B=breve, entro 10 giorni;
- D=differita, entro 30 giorni per le visite ed entro 60 giorni per gli accertamenti specialistici;
- P=programmata (entro 180 giorni).

Considerato che il problema delle liste d'attesa e dei tempi d'attesa rappresentano una criticità a livello mondiale, in letteratura sono tante le esperienze che hanno ispirato e nello stesso tempo cercato di affrontare l'argomento della gestione secondo criteri di priorità delle prestazioni sanitarie. Nello scenario internazionale, quasi tutti i paesi con un sistema sanitario a finanziamento pubblico, incontrano delle difficoltà con l'accesso ai servizi e l'attesa. I tempi di attesa tendono ad aumentare nei paesi che combinano l'assicurazione sanitaria pubblica (con zero o bassa condivisione dei costi) con vincoli di capacità. Tra questi ci sono il Canada, l'Australia, l'Irlanda, la Nuova Zelanda, la Norvegia, la Spagna, la Svezia e il Regno Unito (British Columbia Medical Association, 2006, 2). Molti di questi paesi hanno puntato sulla priorità coinvolgendo sia l'apparato medico che l'apparato amministrativo, raggiungendo quasi sempre dei buoni risultati.

In Canada, un accesso tempestivo alle cure sanitarie è sempre stato una delle preoccupazioni primarie. Nel 1999 il Governo iniziò un progetto denominato "*The Western Canada Waiting list (WCWL)*" al quale hanno partecipato 19 organizzazioni impegnate a sviluppare e affinare uno strumento per la priorità dei pazienti nel loro inserimento nelle liste d'attesa. Nel progetto furono coinvolte cinque aree cliniche: la chirurgia della cataratta, la chirurgia generale, la sostituzione d'anca e di ginocchio, la risonanza diagnostica per immagini RNM e la salute mentale dei bambini. Per ogni area clinica furono dati dei criteri di assegnazione delle priorità attraverso un sistema di punteggi con l'obiettivo di identificare indicatori clinicamente accettabili

per l'accesso all'assistenza sanitaria. Il Progetto WCWL non ha risolto completamente il problema delle liste e dei tempi di attesa, ma avere un mezzo standard e affidabile nell'assegnazione di priorità per i servizi è un passo importante verso una migliore gestione all'accesso delle cure sia in Canada che in altri paesi (Noseworthy *et al.*, 2003, 23-31).

In Gran Bretagna invece fu attuato un piano, attraverso apposite Linee Guida che seguivano specifici criteri di priorità, in modo che ogni persona con sospetto di cancro potesse avere l'opportunità di essere visto da uno specialista entro 2 settimane dalla data della ricetta del medico di base. Il tentativo alla fine fallì ed uno dei motivi fu che non sempre queste nuove procedure venivano seguite dai medici di base che utilizzavano ancora l'invio del paziente dallo specialista attraverso i sistemi standard senza seguire le nuove Linee Guida (Lewis, Le Jeune, Baldwin, 2005, 905-908). A Salisbury venne utilizzata una procedura per la quale veniva assegnato un sistema di punteggio con peso da 0 a 4 sulla base di cinque variabili: stato di avanzamento della malattia, dolore o sofferenza, disabilità o dipendenza da altri, interferenza della malattia con la normale occupazione e il tempo di attesa in lista. Questo sistema ha contribuito a identificare le priorità per assicurare che i pazienti con maggior bisogno fossero trattati prima e gli altri potessero aspettare (Lack, Smith, 1995, 811).

Uno studio di un team di ricercatori della “*Commonwealth Fund Harkness Fellows in Health Care Policy*” esaminarono le strategie sui tempi di attesa in cinque paesi: Australia, Canada, Inghilterra, Nuova Zelanda e Galles. Analizzando i cinque paesi nel periodo dal 2002 al 2007, i ricercatori riferiscono che Canada, Inghilterra e Nuova Zelanda, rispetto a Australia e Galles, hanno dimostrato un forte impegno ad affrontare il problema dei tempi di attesa, attraverso misure quali piani nazionali e finanziamenti dedicati dando vita talvolta ad iniziative che si indirizzano sulla produttività del settore sanitario o sul versante della domanda, come l'uso di specifici criteri di priorità di accesso. Nel 1996, la Nuova Zelanda ha introdotto il *Clinical Priority Assessment Criteria (CPAC/ACA)* per dare priorità ai pazienti che hanno maggiori necessità di avere accesso alle prestazioni sanitarie (Willcox, Seddon, Dunn, *et al.*, 2007, 1078-87).

“In Italia invece c'è il modello RAO che per modalità di definizione dei limiti di priorità è paragonabile al modello neozelandese CPAC/ACA. Il modello prevede il coinvolgimento progressivo e partecipato di numerosi attori coinvolti nel processo di erogazione delle prestazioni specialistiche: dal MMG che prescrive la prestazione,



al Medico specialista che le eroga, al servizio di prenotazione (CUP) che le prenota ad altri. Il percorso di coinvolgimento progressivo ha portato alla definizione di categorie di priorità clinica (RAO A = max 10 giorni dalla prenotazione; RAO B = max 10 giorni; RAO C = max 40 giorni) le quali consentono al medico che prescrive una prestazione di stabilire a priori, cioè al momento della prescrizione, il tempo di attesa ritenuto adeguato” (Mariotti, Liva, 2006, 19).

In Svezia nel 1992, in ambito di priorità nell’assistenza sanitaria (*priority setting*), è iniziato un processo per tentare di ridurre le liste di attesa (mantenere i tempi inferiori a tre mesi) per 10 operazioni chirurgiche. Alla fine il provvedimento ha raggiunto il risultato sperato. In generale, lo scopo principale era quello poter fornire servizi più efficienti, di abolire le liste di attesa per certe procedure critiche e di distribuire le risorse in modo più equo (Honigsbaum, Holmstrom, Calltorp, 1997, 49-63).

L’utilizzo di criteri di priorità nella gestione delle liste d’attesa è uno strumento che sempre più prende piede nei sistemi sanitari e considera vari parametri tra cui l’urgenza e la gravità clinica. I modelli di tipo teorico di riferimento sono molti ma ciò che li accomuna tutti è lo scopo: eliminare la domanda impropria e l’utilizzo dei principi della *evidence based management* (EBM) che significa prendere delle decisioni sulla base di informazioni rese disponibili dalle migliori evidenze scientifiche.

## **2.5.2 Appropriatelyzza**

Oltre al concetto di priorità bisogna tenere conto anche del concetto di appropriatezza, termine che generalmente viene indicato come qualche cosa che risulta adatto, preciso per quella determinata situazione. In ambito sanitario questa parola viene utilizzata nei casi in cui vale la pena effettuare una cura raggiungendo il massimo beneficio e i minimi rischi per una persona. Una definizione molto usata e che si trova in letteratura è la seguente “una procedura è appropriata se il beneficio atteso (es. un aumento della aspettativa di vita, il sollievo dal dolore, la riduzione dell’ansia, il miglioramento della capacità funzionale) supera le eventuali conseguenze negative (ad. es. mortalità, morbosità, ansia, dolore, tempo lavorativo perso) con un margine sufficientemente ampio, tale da ritenere che valga la pena effettuarla”. Il Ministero della Salute la definisce come “un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente

(o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi)”.

L’appropriatezza sta diventando un fattore molto importante sia a livello clinico che organizzativo, infatti in molti paesi per creare dei sistemi sanitari efficienti viene usata per migliorare il rapporto tra risorse che vengono impiegate e l’intervento fornito, soprattutto a livello assistenziale; in merito a questo si può analizzare cosa succede se le cure mediche sono troppo o troppo poco utilizzate. Nel primo caso accade che le cure vengono concesse in maniera indiscriminata attraverso trattamenti non richiesti o farmaci che non servivano. Questo comporta da un lato il peggioramento della salute del paziente e dall’altro uno spreco di risorse economiche che potrebbero essere utilizzate in maniera più efficiente e razionale. Nel secondo caso invece, le cure necessarie non vengono date oppure per certe malattie non vengono fatti degli esami dove c’è l’assoluta certezza della loro efficacia come ad esempio per lo screening per il colon retto o per il cancro alla mammella (Ministero della Salute, 2012).

Uno studio effettuato sull’asma bronchiale, una malattia considerata essere uno dei maggiori problemi nel mondo occidentale, prevedeva di valutare i costi dei trattamenti per le cure della malattia e studiare i metodi di prescrizione dei medici di medicina generale. I medici, per la cura, dovevano fornire degli inalatori. Questi inalatori non dati nel giusto numero potevano creare delle situazioni di inappropriatezza, infatti da uno a tre inalatori all’anno la quantità sarebbe stata sottostimata, da quattro a dodici l’anno la quantità sarebbe stata presumibilmente appropriata mentre se superavano i dodici inalatori la dose sarebbe stata sovrastimata. Queste soglie sono state decise sulla base di evidenze cliniche certe provenienti dalla letteratura internazionale.

Il risultato finale fu che i livelli di uso inappropriato per quanto riguarda gli inalatori era molto alto e rappresentavano il 40% della spesa totale. (Ruggeri, Bragato, Colombo, *et al.*, 2012, 375-382).

## 2.6 Conclusione

Gli strumenti operativi utilizzabili per il controllo della domanda in sanità sono molteplici.

Uno strumento di tipo economico è il ticket, tra i più utilizzati per arginare la domanda, facendo pagare al cittadino una quota, più o meno importante, del valore della prestazione.

Uno strumento molto più efficace, tuttavia, è quello collegato ai criteri di priorità e appropriatezza prescrittiva; infatti, sensibilizzando e coinvolgendo correttamente i prescrittori di prestazioni e i servizi sanitari, si possono ottenere degli importanti risultati in termini di governo della domanda. Trasformando in domanda solo le richieste appropriate e creando delle liste di attesa, suddivise in base all'urgenza del bisogno sanitario, si può soddisfare tutta la domanda, senza necessità di aumentare l'offerta e la spesa sanitaria.

Anche la Regione del Veneto ha intrapreso in questi anni, sulla base delle direttive nazionali, la strada che porta ad una segmentazione della domanda delle prestazioni, secondo classi di priorità e di appropriatezza, tenendo conto dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) e dei vincoli finanziari imposti dallo Stato.

# Capitolo 3: UN CASO – L'AZIENDA ULSS 9 DI TREVISO

## 3.1 Panorama normativo regionale

Il processo di riordino della disciplina in materia sanitaria, iniziato negli anni 90 con il D.L.vo n. 502/92 e successivamente modificato dal decreto legislativo 517/93, pur nel rispetto dei valori di fondo previsti dalla legge n. 883/1978 istitutiva del SSN, porta alla luce il concetto di “livelli di assistenza” come ambito di tutela che il Servizio Sanitario Nazionale s’impegna ad erogare in modo uniforme a tutti i cittadini sul territorio.

Il processo di rinnovamento diventa ancora più ampio con il D.L.vo n. 229/99, all'art. 1 comma 2, si afferma che il Servizio Sanitario Nazionale assicura i livelli essenziali ed uniformi di assistenza nel rispetto "dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse".

Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 29 novembre 2001 e con DPCM del 23 aprile 2008 si è provveduto a indicare i livelli essenziali di assistenza da garantire a tutti gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale.

Il diritto di fruire dell’assistenza, tuttavia, a volte, è oggetto di un’ingiustificata limitazione, dovuta alla difficoltà di garantire, per alcune prestazioni, l’accesso in tempi utili al soddisfacimento del bisogno di salute.

La continua crescita di richiesta di prestazioni specialistiche è dovuta alla maggiore attenzione dei cittadini nei confronti della tutela della propria salute e alla capacità degli stessi di influire sulle scelte sanitarie, in quanto dotati di maggiori conoscenze e non più disponibili a svolgere un ruolo passivo nel processo diagnostico-terapeutico.

L’ incremento delle richieste di prestazioni specialistiche genera una forte pressione sulle strutture dei servizi ambulatoriali, sia territoriali sia ospedaliere, che, pur riorganizzandosi costantemente per affrontare al meglio il problema, incontrano

spesso difficoltà a soddisfare, in tempi rapidi, le richieste per alcune specifiche prestazioni.

La Regione Veneto, in attuazione delle prescrizioni di cui al D.L.vo 124/98, con provvedimento n. 3683 del 13/10/98, ha individuato gli standard di riferimento regionali relativi ai tempi di attesa massimi entro i quali le Aziende Ulss e Ospedaliere devono garantire l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di cui al Nomenclatore Tariffario Regionale<sup>9</sup>, agli utenti esterni; ha, inoltre, dettato disposizioni volte a rendere operativo il principio della tempestività nell'erogazione delle prestazioni stesse.

L'analisi dei dati raccolti nel corso degli anni ha dimostrato, tuttavia, sia un superamento del volume di prestazioni erogate rispetto a quanto ritenuto necessario dalla programmazione regionale veneta, sia il perdurare di forti problematiche nelle liste d'attesa per alcune prestazioni. Si è ritenuto essenziale, quindi, che ciascuna Azienda Ulss procedesse a riorganizzare l'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, seguendo le indicazioni regionali.

Con DGRV n. 3535 del 12/11/2004 la Regione ha approvato un programma, orientato a segmentare la domanda secondo priorità cliniche e secondo criteri di appropriatezza, preventivamente condivisi tra soggetti prescriventi ed erogatori. Tale programma ha consentito, con successive implementazioni, nel medio periodo, la crescita culturale e scientifica dei principali "agenti della domanda" (il cittadino, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i medici specialisti ospedalieri e ambulatoriali interni) e il superamento dei determinanti impropri della domanda, con il conseguente miglioramento del servizio offerto. Nello specifico la strategia ha previsto un momento programmatico organico che ha coinvolto tutti gli attori del sistema e si è mosso attraverso pattuizioni condivise per l'offerta di prestazioni e la gestione della domanda, da realizzare attraverso un triplice ordine di azioni, dirette ad intervenire sui seguenti distinti fronti:

- dell'informazione e comunicazione;
- della domanda di prestazioni;
- dell'offerta di prestazioni.

---

<sup>9</sup> E' uno strumento che permette di dare un valore economico associando alle prestazioni delle tariffe. Permette di regolare gli scambi tra i soggetti che erogano prestazioni (pubblici o privati) e chi acquista prestazione per conto dei cittadini come ad esempio le Aziende sanitarie locali (Ministero della Salute, 2007,18).

Le azioni riguardano i temi specifici relativi all' informazione e comunicazione del sistema dell'offerta, della sua accessibilità e trasparenza, sono state in parte attuate attraverso modalità di comunicazione appropriate e differenziate a seconda del destinatario (cittadino, utente, associazioni di utenti, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ospedalieri e ambulatoriali interni, altri operatori sanitari).

I fattori di analisi e di intervento per il governo della domanda sono stati:

- il coinvolgimento degli agenti della domanda;
- l'individuazione delle priorità cliniche;
- l'accessibilità (prenotazione, orari, struttura di erogazione, distanze).
- il coinvolgimento degli agenti della domanda;

La Tabella 1 riporta la segmentazione della domanda per livelli d'urgenza secondo le classi di priorità definite per le prestazioni ambulatoriali dall'Accordo Stato-Regioni nella seduta del 2002:

**Tabella 1** Segmentazione della domanda secondo classi di priorità (DGRV n. 3535 del 12 novembre 2004)

CODICE DI PRIORITA' PER L'ASSISTENZA AMBULATORIALE	TEMPO
<b>CLASSE A</b>	Prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni.
<b>CLASSE B</b>	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali.
<b>CLASSE C</b>	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione, la disponibilità. Da eseguirsi entro 180 giorni.

La capacità di offerta, invece, sono state in parte migliorate con azioni che hanno inciso nell'ambito organizzativo, funzionale e strutturale, attraverso la messa in rete delle strutture di erogazione delle prestazioni (ospedale, poliambulatori, distretti e erogatori privati accreditati) e l'individuazione delle criticità.

Con DGRV n. 2066 del 27/06/2006 viene invece approvato integralmente il Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa triennio 2006/2008, implementando

ulteriori azioni da porre in essere nei tre distinti fronti: informazione, comunicazione, domanda e offerta.

Con deliberazione regionale n. 600 del 13/03/2007 le Aziende sanitarie sono tenute a porre in essere tutte le direttive già impartite con le deliberazioni n. 3535/2004 e n. 2066/2006, dandone riscontro nel Piano Attuativo Aziendale, in modo di garantire equità nell'offerta di prestazioni ambulatoriali e di ricovero in tutto il territorio regionale. Si è disposto, inoltre, che tutte le prestazioni ambulatoriali di cui al Nomenclatore Tariffario Regionale (Livelli Essenziali di Assistenza regionale) devono essere prescritte sempre con l'attribuzione della classe di priorità A, B o C (B, D, P della ricetta) e che, conseguentemente, l'erogazione deve essere garantita nei tempi massimi di attesa corrispondenti alla classe indicata. Sono anche definite le prestazioni garantite che ciascuna Azienda Ulss assicura, innanzitutto, ai propri assistiti residenti.

I tempi di attesa individuati dalla normativa sono riferiti alle “prime visite” e alle prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, ovvero a quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema. Le prestazioni ritenute rilevanti per ridurre i Tempi di Attesa, cioè “traccianti”<sup>10</sup>, sulla base di quanto disposto dalla DGR 600/2007 devono essere monitorate .

Nella Tabella 2 vengono indicati i tempi massimi di attesa per una prestazione ambulatoriale:

**Tabella 2** Indicazione prestazione con relativo tempo massimo di attesa

Specialità	Codice_NT	DESC_tracc	tempi sullo Standard regionale	Priorità	Garantita
CARDIOLOGIA	89.7	VISITA GENERALE	10	A	G

La lettera G (Tabella 2) sta per “prestazione Garantita” che significa che le Aziende Ulss e Ospedaliere della Regione sono tenute a garantire i TA per i propri residenti, mentre ai pazienti non iscritti all'anagrafe aziendale viene proposta la prima disponibilità riferita alla classe di priorità C (Bortolan, Montecchio, 2012).

Con DGRV n. 863 del 21/06/2011 è stata recepita l' Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome sul Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012. In ambito ambulatoriale il PNGLA 2010-2012 promuove la valutazione e il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e richiama tra gli strumenti utili, l'uso sistematico delle classi di priorità.

<sup>10</sup> Prestazioni ritenute rilevanti al fine del contenimento dei tempi di attesa per la Regione Veneto e che si allineano ai Livelli Essenziali di Assistenza.

La Regione del Veneto, con i provvedimenti citati precedentemente, aveva già adottato l'utilizzo delle "classi di priorità" per la gestione delle liste d'attesa secondo principi di appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittiva e fissato i corrispondenti tempi massimi di attesa. Il nuovo PNGLA, sulla base delle esperienze di monitoraggio dei tempi di attesa del precedente piano, ha aggiornato l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera di cui al Piano Nazionale Contenimento dei Tempi di Attesa (PNCTA) 2006-2008. È stato aggiornato, di conseguenza, anche l'elenco delle prestazioni ambulatoriali di cui alla DGRV 600/2007 stabilendo, tra l'altro, percentuali standard di rispetto dei tempi di attesa: classe A (90%), B (90%), C (100%). Nella tabella 3 sono rappresentati i dati di monitoraggio delle liste d'attesa della Regione Veneto tramite i flussi informativi; ad esempio nel 1° semestre 2012 per la classe A su un totale di 362.180 prestazioni ne vengono garantite il 46% e di queste l'80% con i tempi di attesa rispettati.

**Tabella 3** Tempi Attesa Prestazioni Specialistiche Riepilogo: Anno di Erogazione 2012 1° semestre. (fonte: database Regione del Veneto)

Classe A					
Azienda Erogazione	Totale Prestazioni	di cui Garantite	di cui Garantite con TA rispettato	% Garantite	delle quali con TA rispettato
<b>Veneto</b>	<b>362.180</b>	<b>165.575</b>	<b>132.723</b>	<b>46%</b>	<b>80%</b>
Classe B					
Azienda Erogazione	Totale Prestazioni	di cui Garantite	di cui Garantite con TA rispettato	% Garantite	delle quali con TA rispettato
<b>Veneto</b>	<b>520.322</b>	<b>225.075</b>	<b>188.669</b>	<b>43%</b>	<b>84%</b>
Classe C					
Azienda Erogazione	Totale Prestazioni	di cui Garantite	di cui Garantite con TA rispettato	% Garantite	delle quali con TA rispettato
<b>Veneto</b>	<b>1.380.240</b>	<b>462.900</b>	<b>451.795</b>	<b>34%</b>	<b>98%</b>

Le prestazioni escluse dal monitoraggio dei TA sono:



- visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che ha già preso in carico il paziente;
- prestazioni inserite in programmi di screening;
- prestazioni di laboratorio analisi;
- prestazioni in libera professione intramoenia.

## **3.2 Accesso alle prestazioni nell’Azienda Ulss 9 di Treviso**

### **3.2.1 Gestione classi di priorità**

Anche l’Azienda Ulss 9 di Treviso è costretta ad agire in un contesto in cui le risorse sono limitate e la domanda sanitaria è in aumento. In questo scenario, tra i problemi da tenere sotto controllo, anche perché molto sentito dai cittadini, ci sono le liste d’attesa.

L’Azienda, secondo quanto stabilito dalla Regione Veneto, ha cercato di affrontare il problema utilizzando le classi di priorità.

Le classi di priorità, come già indicato nel capitolo 2, sono “uno strumento utile per valutare quali pazienti debbano accedere alle prestazioni per primi [...] e stabiliscono il tempo massimo entro cui l’utente ha diritto alla prestazione e devono essere indicate dal medico che richiede la prestazione con le lettere maiuscole U, B, D, P in un apposito spazio nell’impegnativa. Sono previste 4 classi di priorità:

- U = Urgente: la prestazione deve essere garantita entro poche ore ed è da riservare ai casi più gravi in cui vi è un reale rischio per il paziente;
- B= Attesa Breve: può aspettare fino ad un massimo di 10 giorni;
- D= Differita: prestazioni che possono essere erogate entro 30 giorni, se si tratta di una visita specialistica o 60 giorni, se si tratta di una prestazione strumentale;
- P=Programmabile: riferita a problemi che richiedono un approfondimento ma non necessitano di una soluzione in tempi rapidi, per cui le prestazioni possono essere erogate entro 180 giorni.”

La Carta dei Servizi dell’Ulss 9 precisa che “le classi di priorità non devono essere utilizzate in modo arbitrario ma devono corrispondere ad una reale esigenza clinica” (Carta dei Servizi 2012, Azienda Ulss 9 di Treviso, 42-43).

### **3.2.2 Il tempo di attesa massimo garantito**

Il tempo di attesa massimo garantito “è il numero di giorni entro il quale l’Azienda Ulss garantisce che il cittadino potrà ottenere la prestazione che richiede. Viene garantita la prestazione ma non la sede ne tantomeno un specifico specialista. Pertanto al cittadino che prenota una prestazione il CUP offre la prima data disponibile indipendentemente dall’erogatore.

Il cittadino ha il diritto di rifiutare l’erogatore proposto e sceglierne un altro ma, in tal caso, perde il diritto al tempo d’attesa massimo garantito” (Carta dei Servizi 2012, Azienda Ulss 9 di Treviso, 43).

L’Azienda Ulss 9, nel caso in cui venga accettata la prima data disponibile, deve assicurare per la fine del 2012 il 90% delle richieste nelle classi B e D mentre per la classe P la soglia da raggiungere è il 100%.

Le indicazioni regionali prevedono anche di monitorare mensilmente un’elenco di prestazioni “traccianti” in modo da capire sulla base dei dati a disposizione se ci sono dei miglioramenti da effettuare da parte dell’Azienda.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 854 del 18/08/2011 l’Azienda Ulss 9 di Treviso ha approvato il piano aziendale delle liste d’attesa come richiesto dalla Regione con DGRV 863/2011 (Piano Regionale per il Governo delle Liste d’Attesa).

## ***3.3 Uno studio sull’andamento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali dell’Azienda Ulss 9 di Treviso***

### **3.3.1 Obiettivo della ricerca**

L’obiettivo della ricerca è quella di effettuare un’analisi su alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale, per capire quali possono essere le variabili che ne influenzano la domanda. Le variabili prese in considerazione sono il ticket sanitario, lo screening, l’invecchiamento della popolazione, l’introduzione e implementazione di nuove tecnologie e gli obiettivi assegnati ai direttori generali. L’analisi si focalizza, anche, sull’effetto della politica sanitaria regionale che prevede le classi di priorità e i tempi di attesa massimi garantiti.

## **Il ticket**

Il ticket è rimasto stabile nel periodo 2007 - agosto 2011, quando è stata introdotta la quota fissa. “Il ticket massimo da pagare è di 36,15 € per ogni impegnativa. Ogni impegnativa può contenere solo richieste di prestazioni di una unica branca specialistica (es. solo di radiologia, solo di laboratorio analisi, ecc.).

Il limite è di 8 prestazioni per singola impegnativa, che scendono a 6 per la medicina fisica riabilitativa e a 4 per l'odontoiatria. La Regione Veneto, con D.G.R.V 1380 del 5 agosto 2011, ha previsto di applicare una quota fissa sulle impegnative, per gli utenti non esenti, distinguendola in base al reddito familiare. La quota fissa è di 5,00 € per redditi fino a 29.000,00 € lordi e di 10,00 € superiore ai 29.000,0 € lordi. Ad esempio per un ticket massimo di 36,5 € con una maggiorazione di € 10,00 si può arrivare a pagare 46,5 €. Ci sono poi casi di esenzione del ticket per reddito, età, per patologia e per altri motivi (es. disoccupati)” (Carta dei Servizi 2012, Azienda Ulss 9 di Treviso, 44).

## **Lo screening oncologico e la promozione e prevenzione della salute**

Lo screening oncologico e la promozione e prevenzione della salute nell'Azienda Ulss 9 di Treviso fanno parte dell'assistenza sanitaria in ambienti di vita e di lavoro e si rivolgono a tutti i cittadini.

“L'azienda si impegna ad assicurare le attività di screening oncologici (es. colon retto) secondo la normativa regionale e il completamento delle procedure diagnostiche per i casi che lo richiedono, informando e sensibilizzando con sistematicità la popolazione di riferimento. L'attività di screening rappresenta anche uno degli obiettivi dei direttori generali infatti nella DGRV 2369 del 29 dicembre 2011 viene indicato “A.13 – Consolidamento dei tassi di adesione agli screening oncologici” (Carta dei Servizi 2012, Azienda Ulss 9 di Treviso, 19).

Per quanto riguarda, invece, la promozione e prevenzione della salute, l'Azienda Ulss 9 di Treviso ha realizzato campagne di comunicazione per informare il cittadino su argomenti come il tabagismo, la vita sedentaria, l'utilizzo di droghe, ecc. Sono stati attivati anche dei corsi di formazione per adulti e nelle scuole per i ragazzi.

## **Implementazione di nuove tecnologie**

In Azienda sono stati fatti degli investimenti mirati in nuove attrezzature sanitarie, per far fronte all' aumento della domanda di alcune prestazioni da parte dei cittadini, al fine di soddisfare la richiesta appropriata di prestazioni; questo comporta, però, una situazione in cui l' aumento dell' offerta inevitabilmente genera anche un ulteriore incremento della domanda, poiché nel breve periodo le liste di attesa si accorciano. Questo effetto è in parte mitigato dalle politiche regionali ed aziendali sulla prioritarizzazione.

Grossi investimenti in nuove tecnologie, tuttavia, sono fondamentali, considerando la facile obsolescenza di alcune strumentazioni e la necessità di sostituirle. L' acquisizione quindi di nuove attrezzature per aumentare e migliorare la capacità produttiva ha bisogno da parte dell' Azienda di valutazione specifiche e ben ponderate (analisi costi-benefici).

## **Obiettivi dei direttore generali**

Il contenimento dei tempi di attesa secondo la DGR 600/07 costituisce uno degli indicatori selezionati al fine di misurare il perseguimento degli obiettivi da parte dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

Infatti nel quinquennio 2008-2012 la Regione Veneto ha avviato un percorso di formalizzazione degli obiettivi alle Aziende Ulss e Ospedaliere. Per il triennio 2008-2010 per la prima volta sono stati definiti obiettivi specifici da raggiungere per ogni direttore generale. Il sistema di obiettivi, alquanto complesso, è stato seguito da un monitoraggio e da una valutazione finale da parte della Regione. Per il biennio 2011-2012 la Regione Veneto ha assegnato alle Aziende una serie di nuovi obiettivi, con i relativi indicatori e i valori soglia.

Gli obiettivi assegnati con DGRV n. 3140 del 14 dicembre 2010 sono stati esposti nella tabella di seguito riportata.

**Tabella 4** Monitoraggio obiettivi regionali al 31/12/2011 dell’Azienda Ulss 9 di Treviso sulla base della DGRV 600/07. Il livello di raggiungimento è stato definito in base ai dati in possesso all’Azienda Ulss 9, in attesa della valutazione regionale (Bilancio di Mandato Azienda Ulss 9 di Treviso 2008/2012, 119-120).

OBIETTIVO	N.	INDICATORE	SCADENZA	SOGLIA	RISULTATO 31.12.2011
Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo la DG R 600.2007	A-5/1	Attivazione delle procedure connesse all'attivazione della check list per la gestione dei tempi di attesa (SI/NO)	31/03/2011	SI	SI
Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo la DG R 600.2007	A-5/2	% di prestazioni erogate nei tempi di attesa previste dalla DGR 600.2007 - Classe A	31/12/2011	90,0%	80,0%
Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo la DG R 600.2007	A-5/2	% di prestazioni erogate nei tempi di attesa previste dalla DGR 600.2007 - Classe B	31/12/2011	80,0%	77,0%
Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo la DG R 600.2007	A-5/2	% di prestazioni erogate nei tempi di attesa previste dalla DGR 600.2007 - Classe C	31/12/2011	100,0%	98,0%

Con deliberazione n. 2369 del 29 dicembre 2011 sono stati rivisti gli obiettivi per l’anno 2012 e così ridefiniti:

- piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d’attesa secondo la DGR 863/2011 con i medesimi valori soglia sopra riportati, a eccezion fatta per la Classe B che è passata da un valore soglia dell’ 80% ad un valore soglia del 90%.

Si sottolinea anche l’importanza dell’ obiettivo A6: “Ottimizzazione del numero di prestazioni specialistiche per abitante” che ha come indicatore il numero di prestazioni erogate per abitante (tasso standardizzato, esclusa la diagnostica di laboratorio). Il valore soglia era di 4 prestazioni per abitante (di cui 0,8 relative alla classe B) per l’anno 2011 e 4 prestazioni per abitante entro il 30/06/2012. La popolazione di riferimento è quella residente nell’Azienda Sanitaria.

Tali obiettivi evidenziano la grande importanza che la Regione ha attribuito all’appropriatezza prescrittiva, quale strumento per soddisfare i “veri” bisogni di salute del cittadino.

## L'invecchiamento della popolazione

L' Azienda Ulss 9 di Treviso assiste “un territorio di 37 comuni con una popolazione residente al 31/12/2011 di 419.246 abitanti (49,2% maschi), cresciuta nel decennio 2002 – 2011 di 43.000 unità, per effetto soprattutto del fenomeno dell’immigrazione. I comuni del territorio di pertinenza si estendono su una superficie di 986 km<sup>2</sup> con una densità salita a 425 abitanti per km<sup>2</sup>.

Anche il territorio trevigiano segue l’andamento demografico in atto in Italia con il progressivo innalzamento dell’età della popolazione (cittadini al di sopra dei 75 anni e nella classe di età 65-74)” (Bilancio di Mandato Azienda Ulss 9 di Treviso 2008/2012, 20) come si evidenzia nella tabella 5 che mette a confronto gli anni 2007 e 2011”. L’incremento per la classe di età 65-74 è del 7,7% mentre per gli over 75 è del 9,9%. La crescita della popolazione nell’ultimo quinquennio è del 3,1%. La classe d’età 15-44 ha un calo del 4,5%, rimanendo comunque la più numerosa; la classe 45-64 registra la crescita maggiore (10,2%), dovuta all’entrata dei nati nel periodo del boom economico dalla classe 15-44 alla classe 45-64 e per la differenza tra immigrati e emigranti (saldo migratorio).

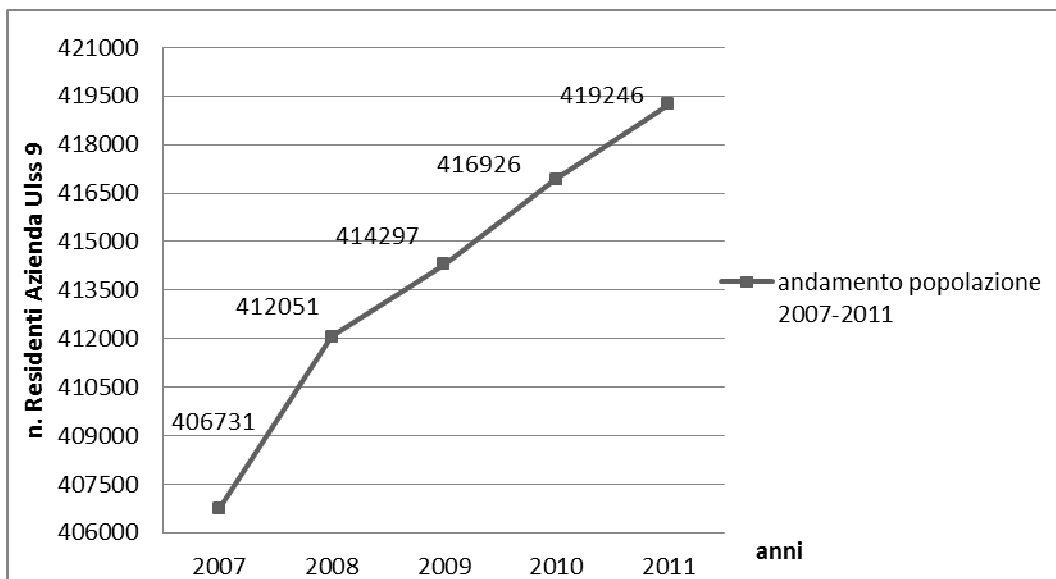
**Tabella 5** Totale popolazione Azienda Ulss 9

<b>Classi di età</b>	<b>2007</b>	<b>%</b>	<b>2011</b>	<b>%</b>	<b>incremento assoluto</b>	<b>incremento %</b>
0-14	59.959	14,7%	62.804	15,0%	2.845	4,7%
15-44	167.345	41,1%	159.820	38,1%	-7.525	-4,5%
45-64	105.271	25,9%	116.010	27,7%	10.739	10,2%
65-74	38.882	9,6%	41.860	10,0%	2.978	7,7%
>=75	35.274	8,7%	38.752	9,2%	3.478	9,9%
	<b>406.731</b>	<b>100,0%</b>	<b>419.246</b>	<b>100,0%</b>	<b>12.515</b>	<b>3,1%</b>

Il grafico 1 presenta l’andamento crescente della popolazione residente dell’Azienda Ulss 9 dall’anno 2007 al 2011.

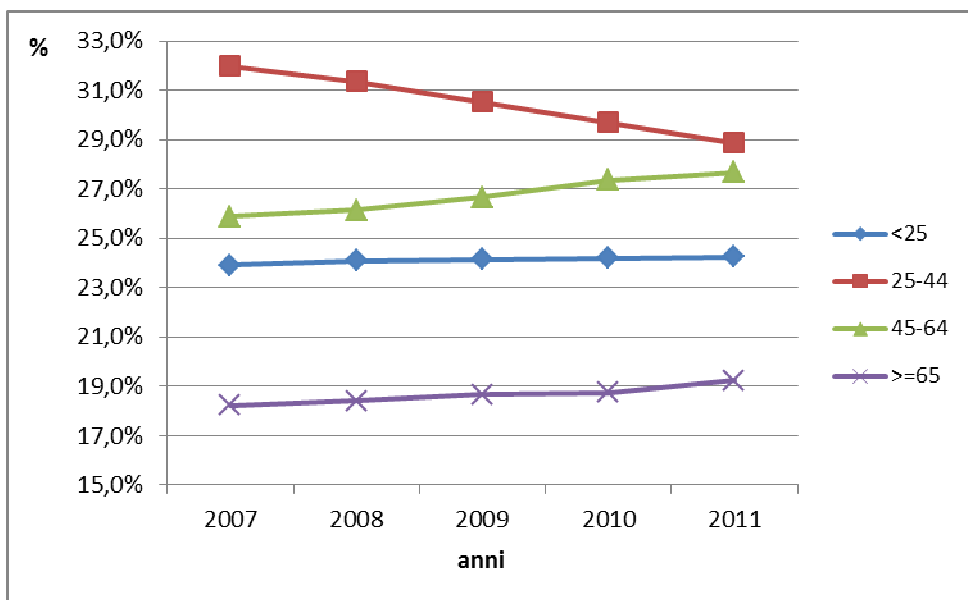
### Grafico 1 Andamento popolazione residente Azienda Ulss 9 di Treviso

(anni 2007 – 2011) - I dati sulla popolazione residente dell'Azienda Ulss 9 di Treviso sono stati estratti dal sito della Regione del Veneto (Direzione Sistema Statistico Regionale).



Il grafico 2 invece, illustra l'andamento della popolazione residente raggruppata per le 4 classi d'età, utilizzate successivamente per analizzare le prestazioni.

### Grafico 2 Andamento popolazione residente dell'Azienda Ulss 9 di Treviso divisa per classi d'età (variazione % anni 2007-2011).

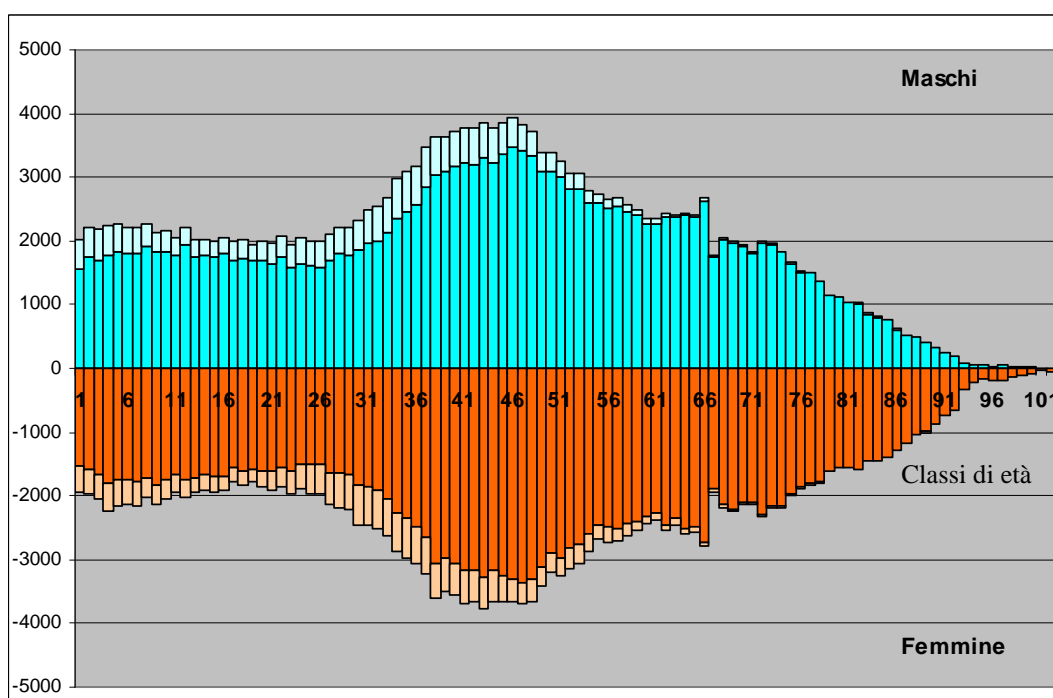


In questo caso le classi di età sono calcolate come peso percentuale rispetto al totale della popolazione residente nell'anno. Anche questo grafico evidenzia come la popolazione residente nell'Azienda Ulss 9 sta crescendo nelle fasce di età più elevate, infatti il tasso di crescita maggiore spetta alle classi di età 45-64 e maggiori o uguali a 65 anni.

L'indice di vecchiaia<sup>11</sup> nel 2011 è di 128 anziani ogni 100 giovani mentre nel 2007 era di 127. Il suo valore è aumentato soprattutto nel 2011 ed indica che per ogni 4 giovani al di sotto dei 15 anni ci sono più di 5 anziani oltre i 64.

La distribuzione della popolazione per classi di età è rappresentata nel grafico 3. Si nota nella parte esterna del grafico l'apporto dato dai residenti stranieri che incide maggiormente sulle fasce giovani e sull'età lavorativa. "Si è passati da una forma strettamente piramidale dell'inizio secolo (popolazione progressiva di transizione), tipica di alte natalità e mortalità, a quella ad albero attuale con bassa natalità e mortalità. Si notano ancora leggermente, e solo per le donne, i segni lasciati dalla prima guerra mondiale, mentre è pienamente visibile l'incidenza dovuta alla seconda guerra mondiale (residenti di età compresa fra 66 e 70 anni). Si riconoscono il boom demografico degli anni '60, che corrisponde alle età 45-50, e la caduta delle nascite, iniziata bruscamente alla metà degli anni '70, e poi stabilizzatasi circa 10 anni dopo. Attualmente le nascite hanno un declino dovuto all'entrata negli anni maggiormente riproduttivi delle donne di 30 anni, nate nel periodo dell'inizio del calo della riproduttività. E' plausibile che questa diminuzione continui anche nei prossimi anni, per poi stabilizzarsi." (Bilancio di Mandato Azienda Ulss 9 di Treviso 2008/2012, 25)





**Grafico 3** Distribuzione della popolazione per classi d'età (al 31.12.2011)



Fonte: Bilancio di mandato Azienda Ulss 9 di Treviso 2008/2012

<sup>11</sup> Indice di vecchiaia: residenti di età superiore ai 64 anni su residenti di età inferiore ai 15 anni.



-  Popolazione Residente Straniera - Maschile
-  Popolazione Residente - Maschile
-  Popolazione Residente – Femminile
-  Popolazione Residente Straniera - Femminile

### 3.3.2 Metodo

Le prestazioni scelte per svolgere l'analisi sono: la Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) alla colonna, la cardiologia, l'elettrocardiogramma, l'oculistica e la colonscopia.

Ogni prestazione che analizzeremo è formata da sotto prestazioni (Tabella 6). Ognuna di queste viene identificata, sulla base di quanto indicato nel Nomenclatore Tariffario, con un apposito codice di riferimento.

**Tabella 6** Elenco prestazioni

<b>RMN COLONNA</b>	88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA. Cervicale, toracica, lombosacrale
	88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO. Cervicale, toracica, lombosacrale
	88.93.2	ANGIO-RM RACHIDE CERVICALE
	88.93.4	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE. La prestazione sostituisce cod. 88.93
	88.93.5	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO. La prestazione sostituisce cod. 88.93
	88.93.7	RM DEL RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1
	88.93.8	RM DEL RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1
	88.93.9	RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1
	88.93.A	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1
	88.93.V	RM DEL RACHIDE CERVICALE. La prestazione sostituisce cod. 88.93
	88.93.Z	RM DEL RACHIDE DORSALE. La prestazione sostituisce cod. 88.93
	<b>CARDIOLOGICA</b>	89.7
89.01		ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI. Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima Consulenza ginecologica: preconcezionale, oncologica, per climaterio, post chirurgica, prenatale, NAS Consulenza ostetrica per controllo gravidanza a rischio, per fisiopatologia riproduttiva ed endocrinologia Consulenza genetica Essame neuropsicologico clinico neurocomportamentale: per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo, esame di Neglect; esame psicodiagnostico Visita di sorveglianza terapia anticoagulante
89.7A.3		PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)
89.01.3		VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO
<b>ELETTROCARDIOGRAMMA</b>	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
<b>OCULISTICA</b>	89.7	VISITA GENERALE. Visita specialistica, Prima visita Escluso: Visita neurologica (89.13), Visita ginecologica (89.26), Visita
	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI. Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima Consulenza
	95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI,
	89.01.D	VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO
<b>COLONSCOPIE</b>	45.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO TENUE. Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Esofagogastroduodenoscopia(EGD) con biopsia (45.16)
	45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia
	45.23.1	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA.
	45.24	RETTO-SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)
	45.25	PANCOLONSCOPIA CON BIOPSIA. Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)
	45.25.1	BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing e/o washing per prelievo di campione Escluso: PANCOLONSCOPIA CON BIOPSIA 45.25
	45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Polipectomia con approccio addominale

Ogni prestazione può essere analizzata utilizzando le variabili descritte nel paragrafo precedente, ad esempio la domanda di prestazioni per la RNM alla colonna potrebbe essere influenzata dall'acquisto di nuove attrezzature sanitarie mentre la domanda di visite oculistiche potrebbe essere influenzato dall'invecchiamento della popolazione.

I cinque tipi di prestazione sono stati raggruppati considerando insieme le prestazioni prodotte dalle strutture pubbliche e private. Infatti l'Azienda Ulss 9 di Treviso eroga le prestazioni sanitarie e socio sanitarie attraverso una rete di strutture proprie e private accreditate. Tra le strutture private accreditate vi sono strutture che forniscono prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale e che possono essere accreditate per una o più branche specialistiche. Il Direttore Generale deve negoziare ogni anno con gli erogatori privati accreditati la tipologia e quantità di prestazioni e, nel caso, la relativa tempistica che questi si impegnano comunque a rispettare, tenuto conto della capacità di offerta e dell'organizzazione dell'azienda pubblica, degli obiettivi di contenimento delle liste d'attesa definiti dalla DGR n. 600/2007 e s.m.i. nonché della tipologia e del numero di prestazioni normalmente erogate dalla struttura interessata e della potenzialità erogativa della stessa.

Sono state considerate, inoltre, 4 fasce d'età ritenute più adatte a rappresentare il diverso assorbimento di prestazioni specialistiche da parte della popolazione (<24, 25-44, 44-64 e >=65).

Il conteggio del numero di prestazioni erogate e il loro costo, al lordo del ticket, sono stati estratti dal flusso delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale (SPS)<sup>12</sup>.

Gli anni considerati dal seguente lavoro vanno dal 2007 al 3° trimestre 2012 (dato poi proiettato anche al 4° trimestre), ritenendolo un periodo di tempo sufficiente per analizzare i dati a disposizione. Si deve, inoltre, tenere presente che fino all'entrata in vigore del nuovo tariffario lo screening veniva inserito nel flusso SPS, da settembre 2011 lo screening viene escluso dal flusso SPS.

---

<sup>12</sup> Trimestralmente le Aziende Ulss e Ospedaliere del Veneto inviano un flusso informativo in Regione relativo alle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale (flusso SPS). Utilizzando il flusso SPS si possono avere a disposizione una grande quantità di informazioni utili come ad esempio i volumi delle prestazioni, il monitoraggio dei tempi di attesa, i costi delle prestazioni, sia per quanto riguarda le strutture pubbliche che quelle private accreditate.

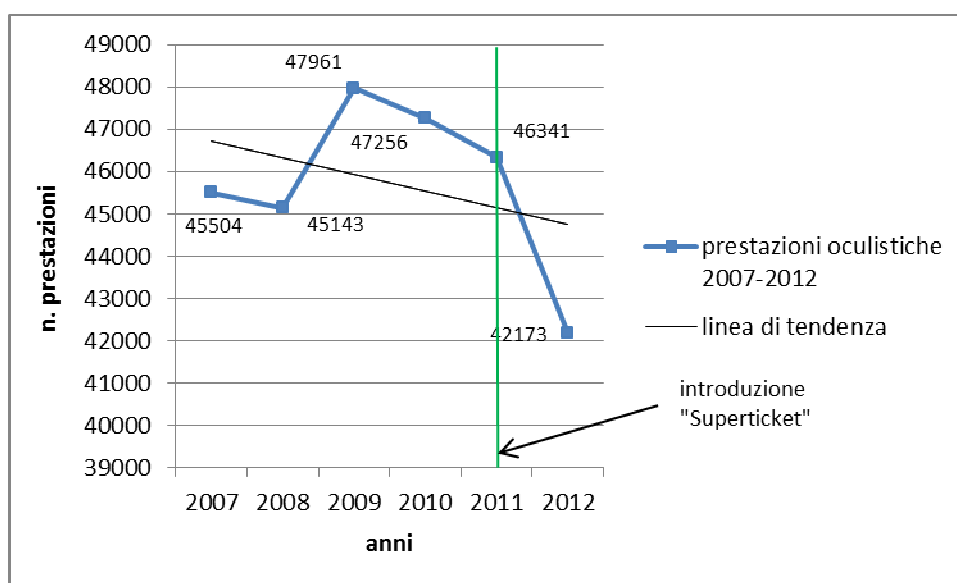
### 3.3.3 Risultati

#### OCULISTICA

L'obiettivo, per quanto riguarda le prestazioni oculistiche, è osservare se con l'invecchiamento della popolazione ci possa essere un loro incremento.

L'andamento complessivo delle prestazioni oculistiche dal 2007 al 2012 è rappresentato nel grafico 4, i dati forniti del 2012 sono solo per i primi tre trimestri e quindi per l'intero anno è stata fatta una previsione.

**Grafico 4** Andamento prestazioni oculistiche dal 2007 al 2012\* (\*dato previsto sulla base dei dati dei primi tre trimestri)

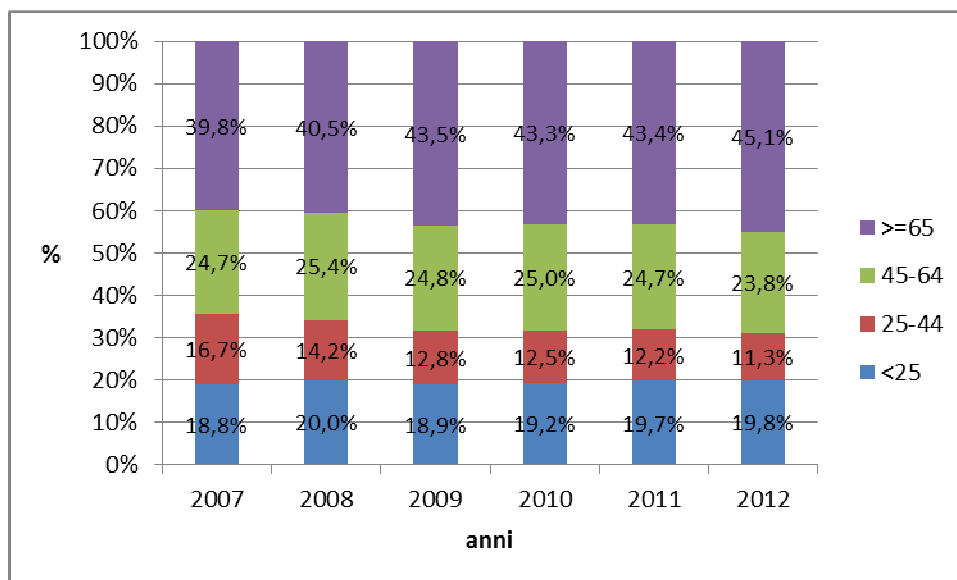


La tendenza delle prestazioni oculistiche nei 5 anni presi come riferimento è in calo. Dopo una crescita dal 2008 al 2009 la linea tende ad inclinarsi sempre di più fino al 2012. La retta verde indica quando è stato inserito il “ticket” a quota fissa. Sembra che con il 2012 si preveda un ulteriore calo delle prestazioni.

Le prima conclusione è che i fatti accaduti fra il 2008 (inizio crisi economica e il 2011 (introduzione del “superticket” da parte delle regioni) hanno influenzato l'andamento delle prestazioni oculistiche presso l'Azienda Ulss 9 di Treviso, diminuendole. Si trova riscontro di questo andamento decrescente anche in alcuni dati di altre regioni italiane, ad esempio in Liguria si è riscontrato una calo delle visite specialistiche nell'ultimo anno dovuto quasi sicuramente alla crisi e al ticket. L'ipotesi è che il cittadino prenoti solo quelle visite strettamente necessarie, ulteriormente frenato dalla quota del ticket che è molto vicina alla prestazione che pagherebbe nel privato; la gente sembra preferire il privato anche per evitare il

problema delle liste d'attesa (www.ilsecoloxix.it, 2012). Dati analoghi si hanno anche a Bologna dove il “superticket” ha portato un calo delle prestazioni nell’ambito dei servizi di specialistica ambulatoriale (www.corrieredi bologna.it, 2011).

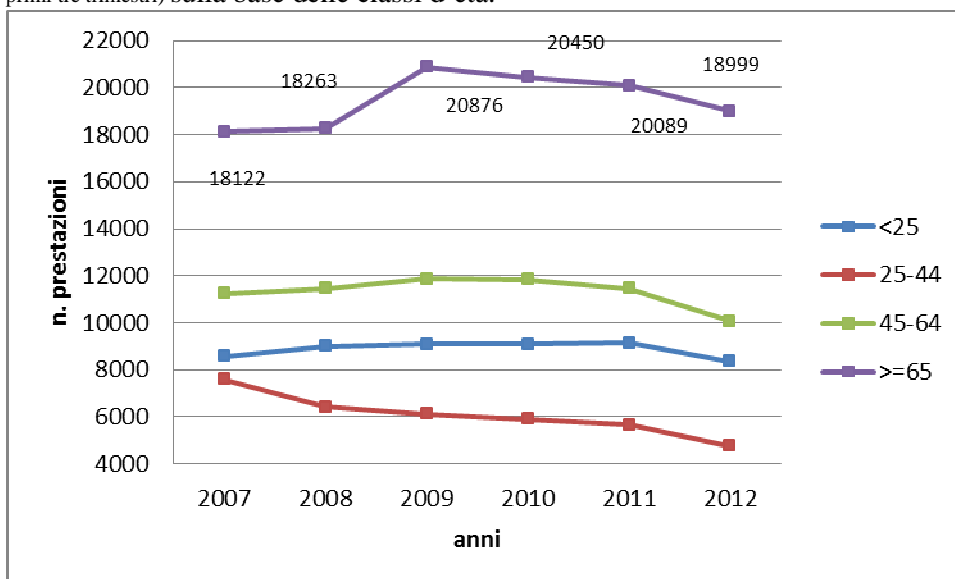
**Grafico 5** Peso percentuale delle prestazioni di oculistica dal 2007 al 2012\* (\*dato previsto sulla base dei dati dei primi tre trimestri) sulla base delle classi d’età.



Il grafico 5 mostra il peso percentuale delle prestazioni per classi d’età; le quote sono abbastanza costanti di anno in anno anche se sono soprattutto le fasce d’età dai 45-65 anni e maggiori di 65 anni ad usufruire della maggioranza delle prestazioni di oculistica. Si deve considerare, inoltre, che chi supera i 65 anni ha l’esenzione dal ticket e rappresenta la fetta più grossa di popolazione che assorbe risorse.

Non sembra esserci, inoltre, una correlazione tra l’invecchiamento della popolazione e l’andamento delle prestazioni oculistiche per le classi d’età. Nel grafico 6 la tendenza ad un calo delle prestazioni si avverte in tutte le classi, in particolar modo nelle classi di età 45-64 anni e >=65 anni.

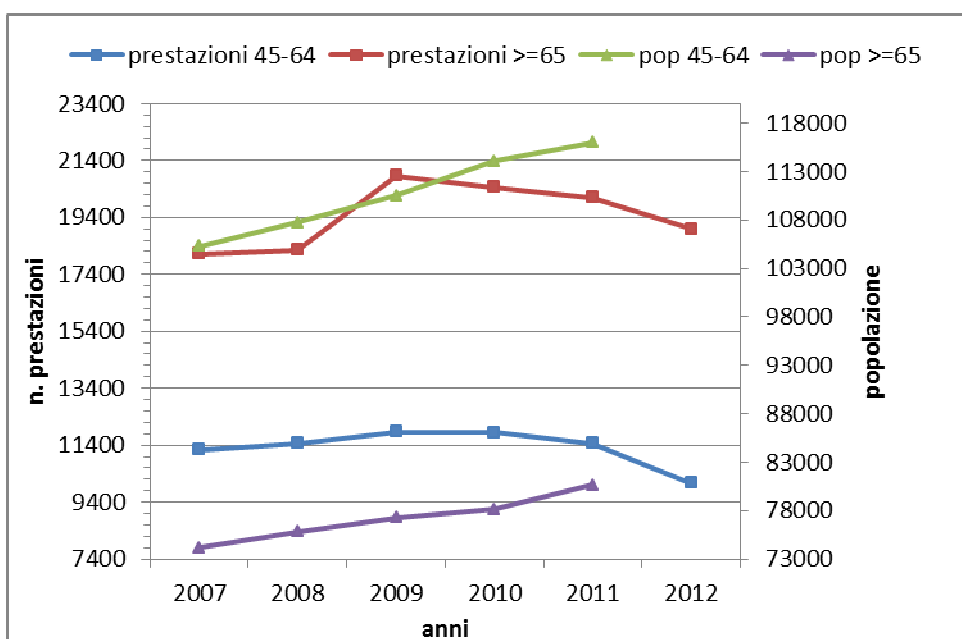
**Grafico 6** Andamento prestazioni di oculistica dal 2007 al 2012\* (\*dato previsto sulla base dei dati dei primi tre trimestri) sulla base delle classi d'età.



Questo andamento andrebbe in controtendenza rispetto a quanto dimostrano i dati demografici dell'Azienda Ulss 9 di Treviso, infatti la popolazione residente tende a diventare sempre più vecchia, ma non sembra esserci un contestuale aumento delle prestazioni oculistiche.

Il seguente Grafico 7 dimostra che l'andamento delle popolazioni delle due classi d'età più vecchie tende a salire, mentre le prestazioni tendono per le medesime classi a diminuire.

**Grafico 7** Andamento prestazioni di oculistica e popolazione dal 2007 al 2012\* (\*dato previsto sulla base dei dati dei primi tre trimestri) per le classi d'età 45-65 e >=65.



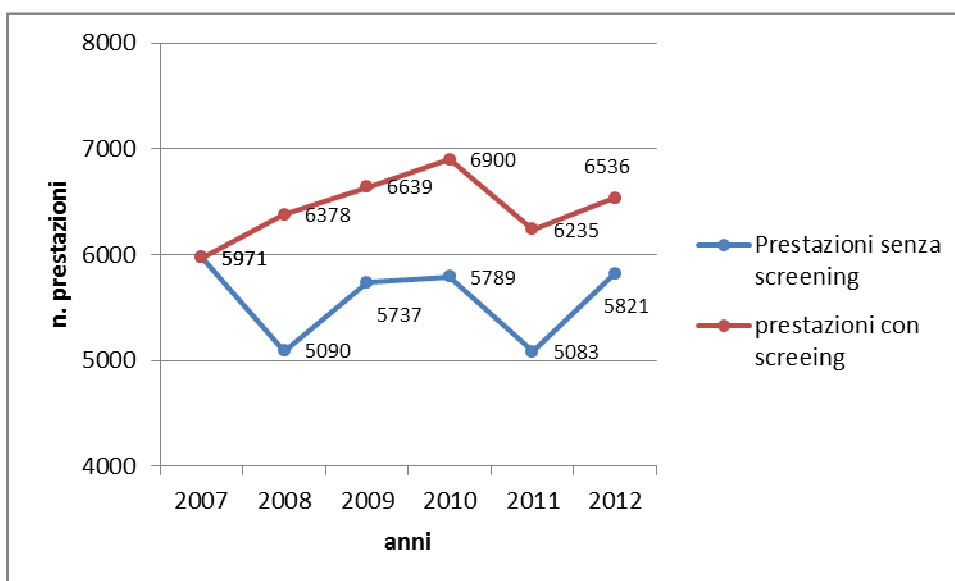
Oltre ai due fattori, crisi economica e ticket, ad influire sull'andamento delle prestazioni oculistiche c'è la variabile che considera la gestione delle prestazioni attraverso l'appropriatezza con le classi di priorità.

## **COLONOSCOPIA**

Le prestazioni effettuate per la colonscopia dipendono soprattutto da fattori sanitari come ad esempio lo screening. “Lo screening del tumore del colon retto delle persone di età compresa tra i 50 e i 69 anni costituisce ormai in tutti i Paesi il principale intervento sanitario finalizzato a ridurre l'incidenza e la mortalità legata a questa importante e frequente patologia. Nell' Azienda Ulss 9 di Treviso il programma di screening è attivo dal 2006 con un programma sperimentale condotta nel Distretto di Mogliano ed ora il programma è esteso a tutta la popolazione dell'Ulss. Nell'ultimo biennio (2010-2011) circa 73.000 persone sono state invitate per la seconda volta. L'adesione nel 2011 è stata del 75,9% ben superiore al 65%, valore considerato desiderabile a livello nazionale. In approfondimento all'esame di screening (ricerca del sangue occulto nelle feci) sono state eseguite più di 2.400 colonscopie” (Bilancio di Mandato Azienda Ulss 9 di Treviso 2008/2012, 35).

Nel grafico 8 è rappresentato l'andamento delle colonscopie dal 2007 al 2012 (dato quest' ultimo previsto sulla base dei dati dei primi tre trimestri) con e senza lo screening del colon. E' da precisare che, per l'anno 2007, con il flusso SPS, a causa della mancanza del codice esenzione 5A7 che identifica lo screening del colon retto, non si sono potuti rilevare i dati dello screening, infatti entrambe le linee del grafico hanno lo stesso punto di partenza.

**Grafico 8** Andamento colonscopie dal 2007 al 2012\* (\*dato previsto sulla base dei dati dei primi tre trimestri) sul totale della popolazione residente nell’Azienda Ulss 9 di Treviso.



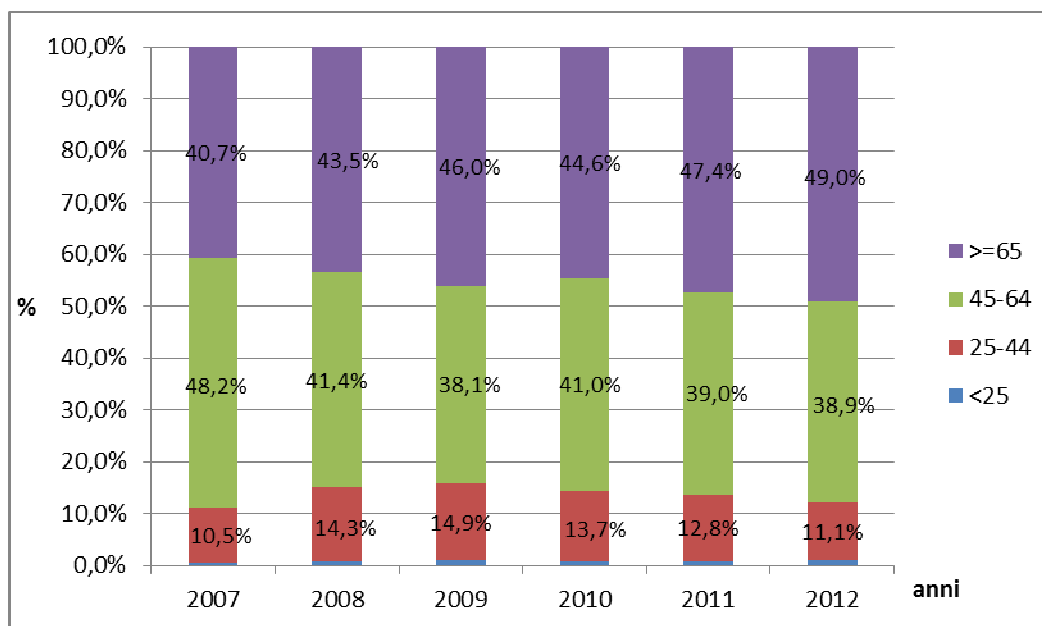
Il grafico indica che le colonscopie, nel caso in cui venga considerato anche lo screening, tendono a spostarsi verso l’alto (nella fascia 6000-7000 prestazioni) rispetto all’andamento delle colonscopie al netto dello screening, che oscilla nella fascia 5000-6000. Questo conferma che lo screening rappresenta uno dei fattori che ha portato ad aumentare la domanda sanitaria di molte prestazioni.

Nel periodo 2007-2008 per “il tempo massimo di 180 giorni per le prestazioni programmate di colonscopia, l’Azienda garantiva circa il 60% delle richieste. La mancanza della capacità di raggiungere il valore soglia del 100% previsto dalla Regione Veneto era dovuto all’ adesione dei cittadini alla campagna di screening contro il cancro al colon e al retto (superiore al 70%). Con la campagna, infatti, è accresciuto di circa il 30% il numero di colonscopie: nel 2007 su 3000 pazienti sottoposti a colonscopia, 1380 sono giunti dopo lo screening.

La campagna di screening seppure abbia determinato queste criticità, ha consentito di diagnosticare 79 casi di tumore del colon, molti dei quali in fase estremamente precoce” ([www.ulss.tv.it](http://www.ulss.tv.it)).

Per far fronte alla domanda dei cittadini e mantenere i tempi di attesa stabiliti dalla normativa regionale, l’Azienda Ulss 9 ha chiesto ed ottenuto da parte dell’ospedale accreditato San Camillo di garantire una quantità di 2000 prestazioni all’anno tra colonscopie e gastroscopie.

**Grafico 9** Peso percentuale delle colonscopie dal 2007 al 2012\* (\*dato previsto sulla base dei dati dei primi tre trimestri) sulla base delle classi d'età senza i dati dello screening.



Dal grafico 9 si evince che a pesare maggiormente sulle prestazioni di colonscopia sono ancora una volta le fasce d'età 45-64 e  $\geq 65$  anni. Considerato l'andamento non proprio regolare delle prestazioni negli anni (vedi Grafico 8) e i dati solo previsionali dell'anno 2012, sembra difficile definire se ci sia una correlazione tra l'invecchiamento della popolazione e l'andamento delle colonscopie. A livello nazionale, però, la possibilità di avere un cancro colo-rettale viene stimato circa al 6% ed è principalmente collegato all'età, parlando di una popolazione oltre i 50 anni senza ulteriori fattori di rischio ([www.snlg-iss.it](http://www.snlg-iss.it)). Pertanto, considerato che la popolazione residente dell'Azienda Ulss 9 di Treviso tende ad invecchiare sempre di più, sicuramente il trend delle colonscopie tenderà ad aumentare a seguito dell'aumento della popolazione sottoposta a screening.

La colonscopia, inoltre, sembra il metodo più efficace per scoprire eventuali tumori al colon-retto e pertanto i medici di medicina generale tendono a prescriverla con molta frequenza.

## **RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE ALLA COLONNA**

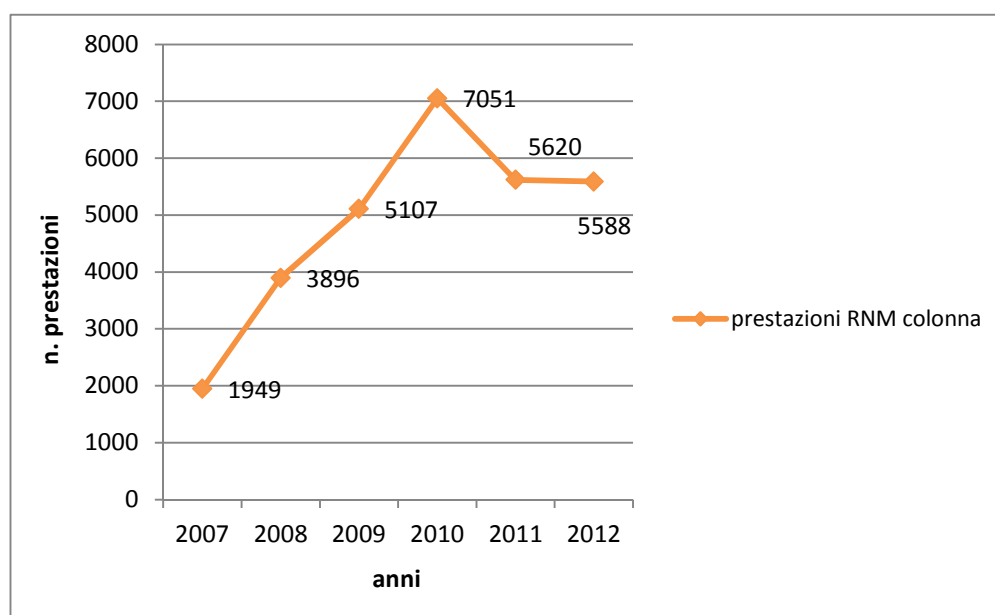
Da alcune ricerche effettuate, tra le prime 20 prestazioni critiche che rappresentano oltre l'80% del problema delle liste d'attesa, figura anche la Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) alla colonna (Dal Maso, 2003, 5). Il fattore che più influisce nelle prestazioni riguardanti la RMN alla colonna è sicuramente la



tecnologia, che ha fatto fare a questo tipo di esame negli ultimi anni molti progressi. La risonanza magnetica è diventata così uno degli strumenti fondamentali per l'attività diagnostica. Dal 2007 al 2010, l'Azienda Ulss 9 di Treviso, per far fronte ad un incremento di domanda nel territorio, ha fatto notevoli investimenti in apparecchiature per la Risonanza Magnetica Nucleare (RMN):

- anno 2007: implementazione RNM presso il Presidio Ospedaliero di Treviso;
- anno 2008: introduzione RNM presso la casa di cura Giovanni XXIII;
- anno 2009: introduzione RNM all' Ospedale S.Camillo e implementazione RNM al Presidio Ospedaliero di Treviso;
- anno 2010: introduzione RNM presso l'Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione.

**Grafico 10** Andamento prestazioni RNM colonna dal 2007 al 2012\* (\*dato previsto sulla base dei dati dei primi tre trimestri).



Il Grafico 10 illustra che, fino al 2010, c'è stato un forte incremento delle RNM alla colonna. L'aumento dell'offerta da parte dell'Azienda Ulss 9 di Treviso sembra dovuto proprio ad una necessità di affrontare la domanda appropriata e gestire le liste d'attesa. Il calo iniziato nel 2010-2011 dipende invece da due fattori: uno di appropriatezza e uno dovuto alla rivisitazione del Nomenclatore Tariffario Regionale. Una delle criticità nell'appropriatezza riscontrata dall'Azienda in questi anni è la mancanza di coerenza tra esami RNM effettuati ed effettivi interventi chirurgici svolti; gli esami, infatti, crescono molto di più degli interventi, che invece tendono a rimanere costanti nel tempo. Considerato che l'RMN alla colonna è una

prestazione “tracciante” per la Regione Veneto, tenuta sotto controllo per i tempi di attesa, una delle strategie aziendali è quella di “responsabilizzare” ancora di più i medici di medicina generale nelle scelte di far effettuare oppure no l’esame in modo da garantire interventi appropriati e nei tempi giusti.

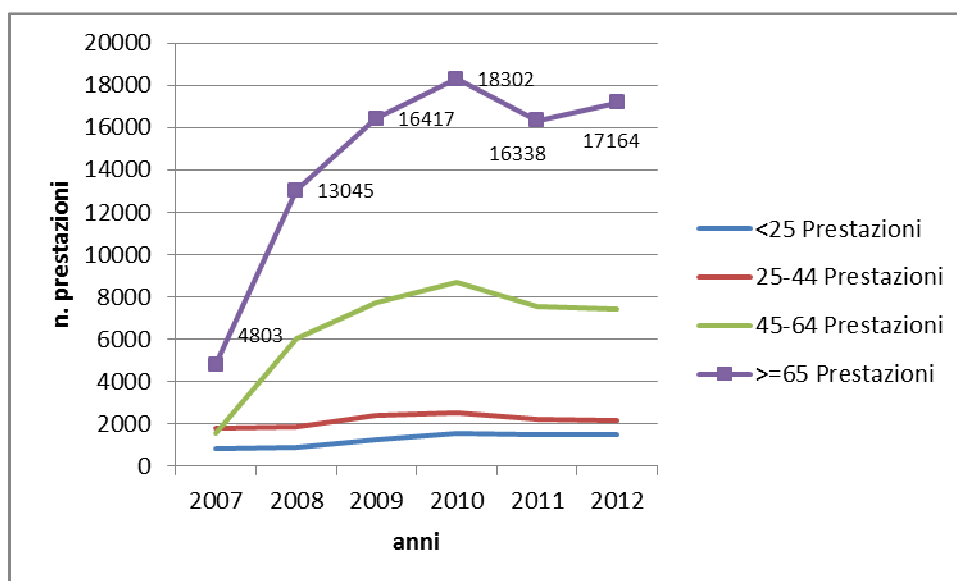
Dopo la rivisitazione del Nomenclatore Tariffario Regionale, dal 2011, la RNM alla colonna viene considerata come unica prestazione, prima veniva fatta su tre parti distinte e considerata a livello di flusso informativo SPS come tre prestazioni, per cui il calo di prestazioni è apparente.

## **CARDIOLOGIA**

Anche per le visite cardiologiche uno dei problemi degli ultimi anni è stato quello di riuscire a far fronte ad una domanda crescente, che ha portato ad un allungamento delle liste d’attesa.

Nel grafico 11 si nota che ad aumentare in maniera notevole sono le prestazioni per la fascia d’età maggiore o uguale a 65 anni. Questo può predire che a causa del sempre maggiore invecchiamento della popolazione residente dell’Azienda Ulss 9, nei prossimi anni non si dovrebbe prevedere un forte calo della domanda di visite cardiologiche. Essendo anche questa un tipo di prestazione “tracciante” probabilmente l’Azienda cercherà di fare in modo che venga posta forte attenzione da parte di tutti i medici operanti nel territorio all’attribuzione sistematica delle classi di priorità (A, B, C) in modo che l’erogazione della prestazione venga garantita nei tempi massimi di attesa corrispondenti alla classe indicata; davanti a classi di priorità basse tipo C, dove una persona deve aspettare 180 giorni, e considerato il “superticket”, ci potrebbe essere la scelta di alcuni cittadini di rivolgersi al privato, facendo automaticamente calare il numero di prestazioni nel pubblico. Questo sembra già accadere dal 2010 come vediamo nel grafico 11.

**Grafico 11** Andamento prestazioni visite cardiologiche dal 2007 al 2012\* (\*dato previsto sulla base dei dati dei primi tre trimestri) per classi d'età.

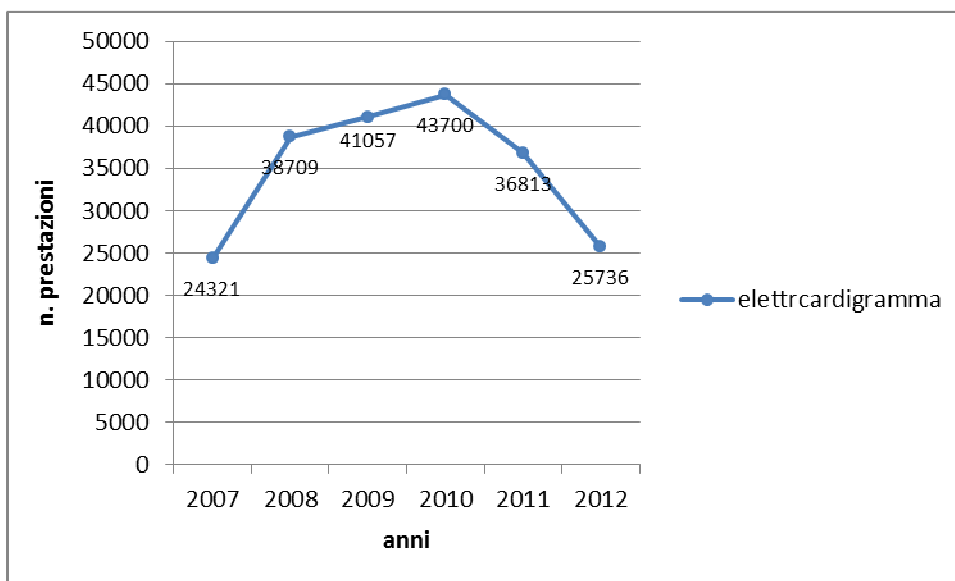


E' da considerare, inoltre, il fattore prevenzione. I problemi cardiovascolari sono dovuti talvolta ad uno stile di vita non propriamente corretto che porta a disturbi che necessitano di visite approfondite. Negli ultimi anni l'Azienda Ulss 9 ha promosso una serie di iniziative volte a prevenire e contrastare malattie croniche, come ad esempio i "Gruppi di Cammino" che hanno l'obiettivo di far muovere le persone adulte in buona salute, e/o con presenza di fattori di rischio, e/o affette da patologie croniche. Con il tempo, la consapevolezza di uno stile di vita migliore può favorire un calo delle richieste di alcuni tipi di prestazioni ambulatoriali, come ad esempio quelle di tipo cardiologico.

## ELETTROCARDIOGRAMMA

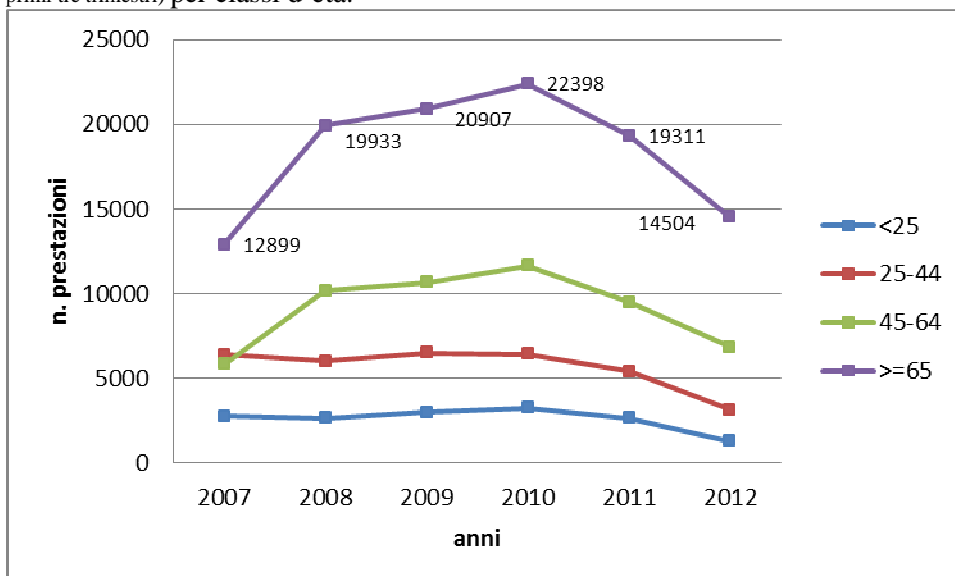
L'elettrocardiogramma è una prestazione "tracciante", pertanto devono essere garantiti determinati tempi di attesa come indicato dalla Regione Veneto. Per l'Azienda Ulss 9 di Treviso gestire la domanda di questa prestazione non è stato facile; si è cercato di agire sull'offerta come ad esempio nel 2008 quando da marzo ci si poteva sottoporre ad elettrocardiogramma anche presso le sedi di alcuni distretti sociosanitari, previa prenotazione al CUP o ai distretti sociosanitari.

**Grafico 12** Andamento elettrocardiogramma dal 2007 al 2012\* (\*dato previsto sulla base dei dati dei primi tre trimestri).



Il grafico 12 indica un calo delle prestazioni dal 2010, maggiormente evidente dal 2011 quando è entrato in vigore il nuovo nomenclatore tariffario che prevede un codice prestazione visita più elettrocardiogramma. In questo modo la prestazione non viene più registrata nel flusso SPS, rientrando in un'altra visita.

**Grafico 13** Andamento elettrocardiogramma dal 2007 al 2012\* (\*dato previsto sulla base dei dati dei primi tre trimestri) per classi d'età.



Come per la visita cardiologica anche l'elettrocardiogramma è in calo per i programmi di prevenzione; è obbligatorio, inoltre, nelle visite di medicina sportiva per chi fa attività agonistica e quindi non rientra nel conteggio SPS.

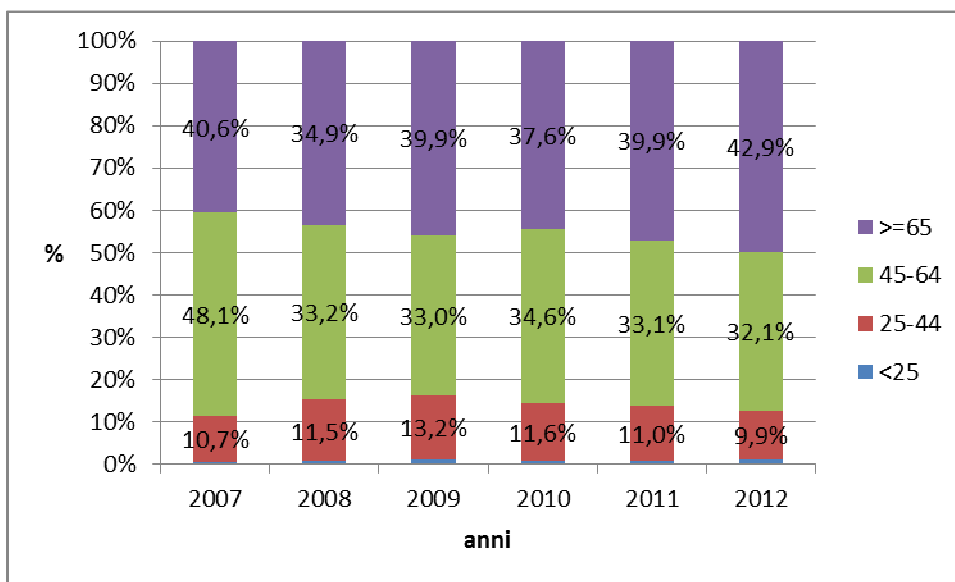
Nel Grafico 13 si nota che la quota maggiore di elettrocardiogrammi è eseguita nella classe d'età maggiore o uguale a 65 anni, che si dimostra ancora una volta la fascia che impiega la maggior parte delle risorse dell'Azienda.

### 3.4 Andamento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in base ai costi dell'Azienda Ulss 9 di Treviso

Con lo stesso metodo utilizzato al paragrafo 3.3 cioè rilevando i dati dal flusso informativo SPS e mantenendo le stesse classi di età sono state fatte delle analisi sul costo delle prestazioni erogate dall'Azienda Ulss 9 e fin qui analizzate.

Si riscontra che le fasce di età 45-64 e maggiore o uguale a 65 anni sono quelle che assorbono in assoluto le maggiori risorse economiche per l'Azienda Ulss 9 in tutte le prestazioni fin qui analizzate e, in particolar modo, per la colonscopia (Grafico 14), per la cardiologia e l'elettrocardiogramma.

**Grafico 14** Peso percentuale dei costi erogati per la colonscopia anni 2007-2012\* (\*dato previsto sulla base dei dati dei primi tre trimestri) per classi d'età.

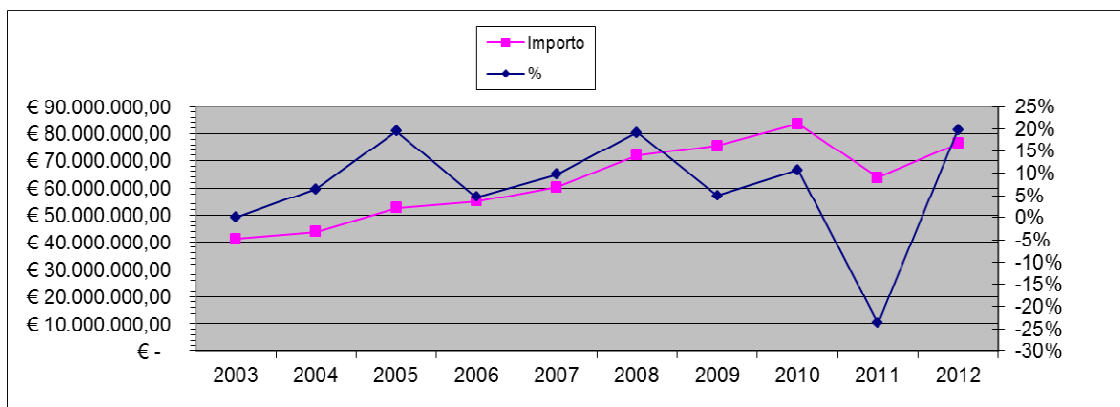


Se a questo trend si affianca anche quello dell'invecchiamento della popolazione, che rappresenta un dato di fatto per l'Azienda Ulss 9 di Treviso, anche in futuro le maggiori risorse economiche destinate alla specialistica ambulatoriale saranno assorbite dalla popolazione ultracinquantenne.

### 3.5 Andamento risorse economiche destinate all' Azienda Ulss 9 da parte della Regione Veneto

Analizzando il trend storico (2003-2012) si può notare come vi sia stato un aumento costante delle risorse destinate dalla Regione Veneto a finanziare il livello dell'assistenza specialistica ambulatoriale (esclusa la diagnostica preventiva) con riferimento all'Ulss 9 di Treviso (Grafico 15).

**Grafico 15** Andamento finanziamento specialistica



L'incremento medio negli anni considerati, infatti, è stato dell'8,5%, nonostante nell'anno 2011 il finanziamento abbia subito un notevole decremento a seguito dell'introduzione, da parte della Regione Veneto, dei costi standard<sup>13</sup>.

Fino al 2011 la Regione ha finanziato questo livello di assistenza utilizzando come criterio di riparto del fondo la popolazione pesata per fasce di età, assegnando dei pesi maggiori a quelle fasce di popolazione che maggiormente assorbono risorse in termini di prestazioni specialistiche. Nel 2011 è stato invece introdotto un nuovo metodo di finanziamento utilizzando i costi standard. Utilizzando il modello LA ministeriale, che rialloca i costi del conto economico per livello di assistenza utilizzando la contabilità analitica, la Regione ha determinato in 160 euro, la spesa massima per abitante da destinare alla specialistica ambulatoriale. Questo valore è stato poi moltiplicato per la popolazione pesata per fasce di età. Nel 2012 è stato introdotto un nuovo correttivo aggiungendo ai 160 euro per abitante del 2011, altri 30 euro per considerare anche l'attività di laboratorio.

<sup>13</sup> Viene fissato un fabbisogno standard regionale di quante risorse sono necessarie per garantire i livelli essenziali di assistenza in maniera efficiente e appropriata.

Si può concludere comunque come, nonostante i cambiamenti negli algoritmi di allocazione delle risorse che tendono a considerare i costi standard come livello appropriato di consumo, la Regione Veneto abbia destinato sempre risorse crescenti per far fronte alla richiesta e ai bisogni di prestazioni di specialistica ambulatoriale da parte della popolazione residente. In futuro la situazione dovrebbe, però, cambiare, infatti l'Azienda Ulss 9 per il 2013 e per il 2014 si è vista, dalla Regione del Veneto, diminuire la spesa pro capite da impegnare per le prestazioni del suo bacino utenti del 2.7% in un'ottica di riduzione della spesa come disposto dal D.L. n. 95/2012 "Disposizioni urgenti per la riduzione della spesa pubblica a servizi invariati" (c.d. *spending review*), che è stata successivamente convertita, con modificazioni, con la L. 7 agosto 2012, n. 135.

### **3.6 Conclusioni**

Il presente lavoro ha preso origine dall'osservazione delle problematiche connesse al rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale nella Regione Veneto e in particolare nell'Ulss n. 9 di Treviso.

Da quanto emerso dall'analisi dei dati presentati nello studio e sulla base delle direttive regionali e nazionali più recenti, si espongono alcune riflessioni che possono meglio spiegare l'evolversi degli scenari futuri relativamente al governo della domanda di servizi sanitari:

1. Considerando i dati descritti nei precedenti paragrafi, si comprende come la popolazione dell'Azienda Ulss 9 di Treviso stia diventando sempre più anziana. Questo trend è molto simile a quello regionale dove nell'anno 2011, la popolazione con un'età maggiore o uguale a 65 anni ha rappresentato secondo l'ISTAT il 20% della popolazione totale (19.2% nell'Azienda Ulss 9 di Treviso) mentre a livello nazionale l'incidenza degli ultra sessantacinquenni è stata del 20,3%.

La spesa sanitaria, inevitabilmente, con l'invecchiamento della popolazione tende a crescere perché, dopo i 60 anni, i problemi di salute aumentano con l'insorgere di malattie croniche, che comportano un aumento di visite, esami e spese di farmaci.

L'incremento della spesa preoccupa molto sia gli organi politici che gli operatori sanitari, poiché sono consapevoli che in futuro sarà proprio la popolazione anziana ad assorbire, sempre di più, la maggior parte delle risorse impiegate nei

sistemi sanitari. La questione è diventata talmente rilevante che anche l'Unione Europea, per i nuovi bandi destinati al finanziamento di progetti di ricerca in ambito sanitario, come ad esempio il VII Programma Quadro, presenta, tra le tematiche prioritarie, quelle che mettono al centro gli anziani con l'obiettivo di ottimizzare il loro accesso alle prestazioni sanitarie. Va considerato inoltre, come nel campo della medicina, il progresso scientifico abbia permesso di allungare il tempo di vita delle persone, grazie alla scoperta di nuove cure e soprattutto all'utilizzo di nuove tecnologie.

I bisogni di salute sono aumentati anche a causa dell'aumentare del benessere della società che ha portato, ad esempio, a malattie come l'obesità, problemi mentali e problemi cardiaci dovuti allo stress.

Il cittadino si sente sempre di più al centro del sistema sanitario grazie anche ad un utilizzo crescente dei mezzi di informazione come internet o la tv. Tali strumenti hanno creato in lui la consapevolezza di un possibile e continuo miglioramento del proprio stato di salute e, di conseguenza, egli richiede sempre di più in termini di prestazioni sanitarie. Anche i dati regionali avvalorano questa tesi, infatti dall'ultima Relazione Sociosanitaria, anno 2011, emerge che la speranza di vita in Veneto risulta superiore a quella della media nazionale, pertanto è normale aspettarsi maggiore attenzione alla propria salute e la necessità di avere una buona qualità della vita.

2. Come si è visto dal paragrafo 3.5, fino al 2012 nonostante una modifica nella metodologia della ripartizione dei costi, la Regione Veneto ha destinato risorse sempre crescenti per affrontare la domanda di prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Questo trend dal 2013 si dovrebbe arrestare, infatti, il 7 luglio 2012 è entrato in vigore il D.L. n. 95/2012 "Disposizioni urgenti per la riduzione della spesa pubblica a servizi invariati" (c.d. *spending review*), che è stata successivamente convertita, con modificazioni, con la L. 7 agosto 2012, n. 135. Nella norma sono ricompresi importanti interventi strutturali rivolti a migliorare la produttività delle diverse articolazioni della Pubblica Amministrazione tra cui il settore della sanità. Negli specifici ambiti operativi dove interviene la L. 135 sono previste delle modifiche anche per quanto riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale. In tal



senso è stato previsto una riduzione del budget per l'acquisto di prestazioni sanitarie da strutture ospedaliere private accreditate.

La Regione Veneto, inoltre, attraverso una strategia di contenimento dei costi, ha imposto per il 2013 una forte riduzione ai fondi destinati ad ogni singola Azienda Ulss, con l'obbligo per la metà di loro di raggiungere il pareggio di bilancio e per le altre di ridurre drasticamente le perdite accumulate. Ad esempio per l'Azienda Ulss 9 di Treviso la spesa pro capite da impegnare per le prestazioni del suo bacino di utenti, passerà da 1.552 euro del 2012 a 1.510 euro per il 2013. Sulla base delle risorse assegnate ad ogni singola Azienda, per il 2012, il finanziamento per l'Ulss 9 era di 650.510.700,00 euro mentre per gli anni 2013 e 2014 sarà di € 633.229.491,00 euro (-2,7%).

Questo significa che i Direttori Generali dovranno inevitabilmente attivarsi per orientare la gestione delle Aziende Sanitarie sempre più verso quegli obiettivi che la Regione si è prefissata per aumentare gli standard di efficienza, efficacia e qualità dei servizi e di sostenibilità del sistema. La vera sfida sarà quella di continuare a garantire i LEA (livelli essenziali di assistenza), mantenendo nello stesso tempo l'equilibrio di bilancio e del contenimento della spesa pubblica.

3. Per ridurre l'accesso alle prestazioni sanitarie non appropriate sarà sempre più necessario agire sul comportamento del Medico di Medicina Generale (MMG), il quale nel suo ruolo di "*gatekeeper*" è il primo riferimento del cittadino di fronte al suo problema di salute e ha la responsabilità di trovare le soluzioni giuste per i suoi assistiti. I suoi compiti in specifico sono quelli di tutelare la salute dei singoli pazienti, educarli ad attivare corretti stili di vita. La Regione del Veneto con DGR n. 600 del 13/03/2007, per tutte le prestazioni specialistiche indicate dai LEA, ha previsto che fossero prescritte utilizzando le priorità d'accesso e utilizzando degli specifici criteri di appropriatezza. Con DGR n. 2611 del 07/08/2007 la Regione ha deciso di formalizzare delle specifiche cliniche e dei percorsi diagnostico-terapeutici per alcune prestazioni in modo da fornire ai MMG dei validi strumenti per agire in modo appropriato verso l'utente.

L'attenzione da parte della Regione del Veneto per le priorità cliniche, farà sì che in futuro, nonostante un aumento di bisogno di salute, l'accesso alle prestazioni sia sempre più selettivo ed appropriato da parte degli utenti. Questo è un' aspetto molto

importante, perché in situazione di risorse scarse, una classe di priorità segnalata dal medico in modo non appropriata, nega l'accesso alla prestazione ad un altro paziente.

4. In questi anni, si è cominciato a porre maggiore attenzione verso quei programmi orientati alla prevenzione delle dipendenze quali il tabagismo, l'uso di alcool sia tra i ragazzi che tra gli adulti e la promozione di corretti stili di vita.

Anche l'attività fisica è un fattore molto importante per la salute della persona, infatti è stato dimostrato che chi fa sport va meno incontro a rischi di malattie cardiovascolari, diabete, obesità e alcune tipologie di cancro come quello del colon e della mammella.

Altro aspetto da tenere in considerazione sono gli screening oncologici. Gli screening citologico, mammografico e coloretale fanno parte dei LEA per i quali ogni Azienda Ulss è responsabile della gestione sul proprio territorio (Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto, 2011). I benefici attesi sono collegati alla diagnosi di quei tumori che sono ancora in una fase "precoce" così da riuscire da una parte a curare in maniera efficace il paziente e dall'altra a risparmiare tutta una serie di prestazioni per il Sistema Sanitario che non apportano in termini costo-benefici i risultati sperati. I costi da affrontare sono sia di tipo interno, quelli sostenuti dal SSN per la realizzazione dei programmi di prevenzione oncologica sia di tipo esterno, che sono quelli sostenuti dai cittadini per effetto dell'attivazione del programma. Nello stesso tempo, ci sono anche dei benefici interni che riguardano minori costi di cure e riabilitazione e benefici esterni che riguardano un migliore stato di salute e qualità della vita delle persone. I costi diretti che si possono evitare grazie ad una azione preventiva possono essere ad esempio meno ricoveri, minore utilizzo di farmaci, di visite e di assistenza. Ci sono poi da considerare i costi indiretti come il tempo di lavoro che altrimenti verrebbe perso a causa della malattia. Per concludere, non sono da sottovalutare i costi intangibili dovuti a sofferenza e dolore da parte del paziente (Zenari, 2010). Gli screening oncologici sono degli interventi che si basano su prove efficaci e sono destinati ad un vasto numero di persone. La peculiarità di questi esami è che vengono effettuati su persone sane, pertanto bisogna prestare attenzione che queste non finiscano in maniera impropria sotto trattamenti medici che non servono, limitando quindi i falsi positivi e gli esami di approfondimento inappropriati. La gestione accurata degli esami, limitandoli solo a quelli indispensabili, permette di non disperdere le risorse limitate assegnate per lo screening oncologico,

garantendone anche la continuità nel tempo. E' stato infatti dimostrato che gli screening effettuati in maniera episodica non hanno alcun effetto sulla prevenzione (I programmi di screening del Veneto – Rapporto 2009).

Sia per il miglioramento dello stile di vita, sia per le campagne di adesione allo screening, sarà importante per le Aziende sanitarie offrire attraverso i mezzi di comunicazione più adatti la giusta informazione per sensibilizzare la gente. Prevenire oggi significa risparmiare domani, a livello economico e in salute.

Si può concludere, considerando le analisi contenute nel presente lavoro, come siano molteplici e variegate le variabili che possono incidere sulla domanda e sui tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, ma come solamente con un lavoro congiunto dei diversi attori coinvolti (MMG, medici specialisti, Regione, Ministero, pazienti ecc.) nel processo di offerta si possa giungere ad un vero e duraturo controllo della domanda e delle liste di attesa.

## BIBLIOGRAFIA

Acemoglu D., Finkelstein A., Matthew J. Notowidigdo M.J. (2009), *Health Spending: Evidence from Oil Price Shocks*, NBER working paper n. 14744

Anderson G.F., Frogner B.K., Johns R.A., Reinhardt U.E. (2006), *Health Care Spending and Use of Information Technology in OECD Countries*, 25, no.3, pp. 819-831

Arvidsson E., Andrè M., Borgquist L., Andersson D., Carlsson P., *Setting priorities in primary health care – on whose conditions? A questionnaire study*, BMC Family practice 2012, 13:114

Barigozzi F. (2006), *Assicurazione Sanitaria*, Parole chiave, p. 243.  
Link: <http://www.rivistapoliticaeconomica.it/2006/set-ott/Barigozzi.pdf>  
(data di consultazione 15 dicembre 2012)

Barigozzi F., Lavaggi R. (2005), *New developments in Physician Agency: the role of Patient Information*, Working paper, September 2005  
Link: <http://www2.dse.unibo.it/wp/550.pdf> (data di consultazione 14 gennaio 2013)

Bilancio di Mandato Azienda Ulss 9 di Treviso 2008/2012  
Link:  
[http://www.ulss.tv.it/azienda/presentazione/documentazione/contenuti/01/content\\_files/file/BM%252008-12%2520intero\\_%2520low.pdf](http://www.ulss.tv.it/azienda/presentazione/documentazione/contenuti/01/content_files/file/BM%252008-12%2520intero_%2520low.pdf)

Bortolan F.; *L'apporto delle informazioni provenienti dal flusso informativo SPS nel monitoraggio dei tempi di attesa*, Montecchio Precalcino, 31 gennaio 2012.

Brambilla A., Verdini E., Martelli L., Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Regione Emilia-Romagna, *Compartecipazione alla spesa Regione Emilia-Romagna*, Agenas, 2012  
Link: [http://www.agenas.it/agenas\\_pdf/Dossier%20Copayment\\_aprile2012.pdf](http://www.agenas.it/agenas_pdf/Dossier%20Copayment_aprile2012.pdf) (data di consultazione 21 novembre 2012)

Brenna B.(1999), *Manuale di economia sanitaria*, Milano: Centro per l'Informazione Sanitaria s.r.l.

British Columbia Medical Association, *Waiting Too Long: Reducing and Better Managing Wait Times in BC*, June 2006, p. 2.

Carta dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari Azienda Ulss 9 di Treviso

Cislaghi C., Giuliani F. (2005), *L' Out of Pocket sanitario nelle Regioni Italiane. Analisi dei dati dell'indagine Istat Multiscopo 2005*, Università di Milano, Agenas  
Link: [http://www.agenas.it/agenas\\_pdf/Out\\_of\\_pocket.pdf](http://www.agenas.it/agenas_pdf/Out_of_pocket.pdf) (data di consultazione 9 novembre 2012)

Cutler D.M., Zeckhauser R.J. (1999), *The Anatomy of health insurance*, Working Paper 7176

Link: <http://economics-files.pomona.edu/marvasti/data/HealthCareClassArticles/Cutler,%201999.pdf> (data di consultazione 18 ottobre 2012)

Dal Maso M. (2003), *Razionamento, liste di attesa ed information & communication technology*, il medico ospedaliero e del territorio – anno I – N. 2, p. 5

Link: <http://www.cimoasmd.it/documenti/medicoospedaliero/2-2003/inserito.pdf> (data di consultazione 19 gennaio 2012)

Del Pilar Fernandez del Rio M., Arduini R. (2009), Modelli di gestione dei servizi sanitari di base in una prospettiva di confronto tra sistemi sanitari diversi: le peculiarità del caso spagnolo - lavoro presentato alla prima conferenza annuale Espanet Italia 2008: “Le politiche sociali in Italia nello scenario europeo”, Ancona 6-8 Novembre 2008- Working Paper n. 2009-02, gennaio 2009, p. 5

Link: [http://www.economia.unimi.it/uploads/wp/Deas2009\\_02wp.pdf](http://www.economia.unimi.it/uploads/wp/Deas2009_02wp.pdf) (data di consultazione 3 novembre 2012)

Faronato P., Bezzan L., Cantele A, et al, *Le liste d'attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali: gestione e monitoraggio nella Regione Veneto*

Gillam S., Pencheon D. (1998), *Managing demand in general Practice*, British Journal of Management, 1998; 316: 1896-8

Goldacre MJ, Lee A, Don B. (1987), *Waiting Lists statistic I: Relation between admissions from waiting list and length of waiting list*. BMJ 1987, 295:1105-8. M.

Hanningh M. (2005), *Maximum Waiting-time Guarantee – a remedy to long waiting lists?*, Assessment of the Swedish Waiting-time Guarantee, Uppsala Universitet, Policy 1992-1996

Honigsbaum F., Holmstrom S., Calltorp J., *Making Choices for Health Care (1997)*, Radcliffe Medical Press, Svezia, pp. 49-63

*I programmi di screening oncologici del Veneto – Rapporto 2009*, Registro Tumori Veneto

Link: <http://www.registrotumoriveneto.it/screening/2007/file/Rapporto%202009.pdf> (data di consultazione 14 gennaio 2013)

Lack J.A., Smith N.G. (1995), *Setting priorities for surgical waiting lists*, BMJ, 1995, 311:811

Lewis N.R, Le Jeune I., Baldwin D.R. (2005), *Under utilisation of the 2-week wait initiative for lung cancer by primary care and its effect on the urgent referral pathway*, Br J Cancer 2005, 93:905-8

Loiudice M. (2001), *Domanda e offerta in sanità*, Care I, Parole Chiave

Link: [http://careonline.it/wp-content/uploads/2012/02/domanda\\_offerta.pdf](http://careonline.it/wp-content/uploads/2012/02/domanda_offerta.pdf) (data di consultazione 13 gennaio 2013)

Mariotti G., Consiglio Direttivo Della Società Italiana Qualità Assistenza Sanitaria (2009), *Raccomandazioni su tempi e liste d'attesa*. QA 2009 – Volume 19 Numero 3, 129-134.

Mariotti G., *Priorità cliniche in sanità*, Franco Angeli, 2006, pp. 49-55

Mariotti G., Liva C., *L'esperienza dei raggruppamenti di attesa omogenei (RAO) per ridurre i tempi di attesa in base alle priorità cliniche*, Focus on 2006, p. 19

Mariotti G. (1999), *Tempi di attesa e priorità in sanità*, Franco Angeli, Milano, pp. 52

Ministero della Salute, *Manuale di formazione per il governo clinico: Appropriatelyzza*, luglio 2012

Ministero della Salute (2006), *Progetto Mattone "Tempi di Attesa". Principi e proposte operative*, p. 20

Link:

[http://www.mattoni.salute.gov.it/imgs/C\\_22\\_ActivitaMattoni\\_10\\_documenti\\_documento\\_0\\_fileAllegato.pdf](http://www.mattoni.salute.gov.it/imgs/C_22_ActivitaMattoni_10_documenti_documento_0_fileAllegato.pdf) (data di consultazione 15 dicembre 2012)

Ministero della Salute, *Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012*

Ministero della Salute (2007), *Progetto Mattone "Classificazione delle prestazioni ambulatoriali". Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN*, p.18

Link:

[http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/documenti/1.2.7\\_Prestazioni\\_di\\_Assistenza\\_Specialistica\\_Ambulatoriale.pdf](http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/documenti/1.2.7_Prestazioni_di_Assistenza_Specialistica_Ambulatoriale.pdf) (data di consultazione 20 dicembre 2012)

Noseworthy T.W. et al. (2003), *Waiting for scheduled services in Canada: development of priority-setting scoring systems*. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 9, 1, 23-31.

OCSE (2004), *Towards High-Performing Health Systems*, The OECD Health Project

Link: <http://www.epicentro.iss.it/focus/ocse/sistemi%20sanitari%20ocse.pdf> (data di consultazione 9 di novembre)

OCSE (2011), *Health at a Glance 2011. OECD Indicators*

Link: <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/49105858.pdf>

(data di consultazione 29 settembre 2012)

OCSE (2012), *How Does Italy Compare, OECD Health Data 2012*, p. 2

Link: <http://www.oecd.org/italy/BriefingNoteITALY2012.pdf>

(data di consultazione 3 gennaio 2013)

Pauly M.V., Blavin F.E. (2007), *Value based cost sharing meets the theory of moral hazard*, NBER Working Paper 13044, 1-26

Pencheon D. (1998), *Matching demand and supply fairly and efficiently*, British Journal of Management, 1998; 316: 1665-7

Pesaresi F. (2001), *Medicina Generale, integrazione e continuità in Europa*, Estratto da “Integrazione e continuità delle cure” di Franco Pesaresi, in Falcitelli N.  
Link: <http://www.slideshare.net/francopesaresi/medicina-generale-mmgi-integrazione-e-continuit-in-europa> (data di consultazione 9 ottobre 2012)

Quotidiano Sanità.it, *Dossier ticket 2012*,  
Link: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3843437.pdf> (data di consultazione 16 dicembre 2012)

Quotidiano Sanità.it, *Speciale legge di Stabilità 2013. Ecco tutte le norme d'interesse sanitario*  
Link: [http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=12718](http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=12718) (data di consultazione 27 dicembre 2012)

Rebba V., *I ticket sanitari: strumenti di controllo della domanda o artefici di disuguaglianza nell'accesso alle cure?*, Politiche Sanitarie, Vol. 10, N. 4, Ottobre-Dicembre 2009, 222-242

*Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto – Parte Seconda “Attività di Prevenzione” – anno 2011*  
Link: <http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/A4565399-41F9-41F6-B134-D7CAD1EB60E8/0/02Parteseconda.pdf> (data di consultazione 3 gennaio 2013)

Ruggeri R., Bragato D., Colombo G.L., Valla E. (2012), *Cost and appropriateness of treating asthma with fixed-combination drug in local Health care units in Italy*, ClinicoEconomics and Outcomes Research, 2012; 4: 375–382.

Sacchini D. (2012), *Etica e allocazione delle risorse nelle aziende sanitarie*, Teorie della giustizia, economia ed organizzazione sanitarie, Roma, 16-20 gennaio 2012  
Link: <http://www.istitutogp2.it/public/Etica%20e%20allocazione%20risorse%20aziende%20sanitarie%202.pdf> (data di consultazione 11 gennaio 2013)

Scardigli V., *La percezione dei Medici di Medicina generale degli strumenti di governo della domanda*, AIES 12° Convegno Annuale-Facoltà Economia-Università di Firenze, 18-19 ottobre 2007  
Link: <http://www.irpet.it/storage/doc/VIIb.pdf> (data di consultazione 14 gennaio 2013)

Schael T., *Liste d'attesa: Nuovo piano nazionale 2010-2012 della Conferenza Stato-Regioni*, e-HealthCare n° 13, luglio/agosto 2011, pp. 26-30.

Siciliani L., Hurst J. (2003), *Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries*, OECD Health Working Papers, p. 25  
Link: <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/5162353.pdf> (data di consultazione 15 settembre 2012)

Sito internet “www.aziendaulss.tv.it”, *Strategie per il contenimento delle liste d’attesa*, 07 marzo 2008

Link: <http://www.ulss.tv.it/azienda/sala-stampa/notizie/notizia-120.html> (data di consultazione 23 dicembre 2012)

Sito internet “Corrieredibologna.it”, “*Dopo l’arrivo del «superticket» prestazioni sanitarie in calo*”, 10 luglio 2012

Link:

<http://www.readability.com/read?url=http%3A//corrieredibologna.corriere.it/bologna/notizie/cronaca/2012/10-luglio-2012/dopo-arrivo-superticket-prestazioni-sanitarie-calo-201952867654.shtml> (data di accesso 6 dicembre 2012)

Sito internet del “Secolo XIX”, *In calo esami e visite, i savonesi si curano meno (2012)*

Link: [http://www.ilsecoloxix.it/p/savona/2012/09/30/APa5MMaD-visite\\_savonesi\\_curano.shtml](http://www.ilsecoloxix.it/p/savona/2012/09/30/APa5MMaD-visite_savonesi_curano.shtml) (data di consultazione 6 dicembre 2012)

Sito internet del Sistema Nazionale per le Linee Guida, Istituto Superiore di Sanità, *Linee guida su: screening, diagnosi precoce e trattamento, multidisciplinare del cancro del colon-retto*, Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, 2002

Link: [www.snlg-iss.it/lgn\\_cancro\\_colon\\_retto](http://www.snlg-iss.it/lgn_cancro_colon_retto) (data di consultazione 10 gennaio 2013)

Sito internet “www.gimbe.org”

Link: <http://www.gimbe.org/eb/definizione.html> (data di consultazione 15 gennaio 2013)

Sito Internet “www.intrage.it”, *Il ticket sanitario-Caratteristiche ed esenzioni*

Link:

<http://www.intrage.it/rubriche/assistenzasociale/assistenzaeconomica/spesesanitarie/index.shtml> (data di consultazione 15 dicembre 2012)

Sito Internet “www.ao.pr.it”, *Sviluppo e validazione di tecniche innovative*, Azienda Ospedaliera di Padova

<http://www.ao.pr.it/ricerca/le-linee-di-ricerca-e-il-team/sviluppo-e-validazione-di-tecniche-innovative/> (data di consultazione 5 dicembre 2012)

Smethhurst D.P., Williams H.C. (2001), *Are Hospital waiting lists self-regulating*, Nature, 5 April 2001, VOL 410, 652:653

Stainkey, et al (2010), *The challenge of long waiting lists: how we implemented a GP referral system for non-urgent specialist’ appointments at an Australian public hospital*, BMC Health Services Research 2010, 10:303, pp. 1-5

Taccone A. (2008), *Efficienza ed equità della compartecipazione degli utenti al finanziamento delle prestazioni sanitarie pubbliche*, Luiss Guido Carli, Roma

Link: [http://ricerca.impresaemanagement.luiss.it/dpatea/files/155\\_Taccone\\_sanita.pdf](http://ricerca.impresaemanagement.luiss.it/dpatea/files/155_Taccone_sanita.pdf) (data di consultazione 7 dicembre 2012)



Ugolini C. (2005); *Caratteristiche del mercato dei servizi sanitari: un'introduzione*, Economia sanitaria-Economia della sanità e management sanitario, Forlì  
Link: <http://www.ecofo.unibo.it/NR/rdonlyres/FB163183-512C-4882-AEE4-743EA9DF1B22/54033/01...> (data di consultazione 15 dicembre 2012)

Zenari S., *Analisi costi-benefici di due modelli di screening mammografico in due Aziende ULSS del Veneto*, Riunione annuale screening mammografico, Padova, 7 dicembre 2010 – Centro Congressi Papa Luciani  
Link:  
[http://www.registrotumoriveneto.it/screening/2010/presentazioni/07122010/Zenari\\_Girelli%20Convegno\\_7\\_12\\_10\\_modificato.pdf](http://www.registrotumoriveneto.it/screening/2010/presentazioni/07122010/Zenari_Girelli%20Convegno_7_12_10_modificato.pdf) (data di consultazione 20 gennaio 2013)

Wagstaff A. (2009), *Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems-Evidence from the OECD*, Policy Research Working Paper n° 4821

Willcox S., Seddon M., Dunn S., Edwards R.T., Pearse J., Tu J.V. (2007), *Measuring And Reducing Waiting Times: A Cross-National Comparison Of Strategies*. Health Affairs 2007, 26(4): 1078-1087;10.1377/hithaff.26.4.1078.

Wright J., Peter H. (2005), *La governance clinica*, McGraw-Hill, Milano, p. 23