- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.170 Tue, 15 Jul 2025, 23:06:33

Vol. 13, N. 1, Gennaio-Marzo 2012

Governare i tempi di attesa e le priorità in sanità

Qualche anno fa *Politiche sanitarie* ha dedicato un numero monografico (n. 4/2009) all'analisi della tutela della salute e della *governance* della domanda individuale. In quell'occasione erano state affrontate diverse tematiche quali: l'impatto degli stili di vita sulla sostenibilità della spesa; i problemi di crescita della spesa determinati dall'efficacia delle cure (la cosiddetta 'sindrome di Sisifo') e dalla sovramedicalizzazione della società; il legame tra etica, diritti dei malati e politiche sanitarie; il governo della domanda attraverso l'utilizzo di ticket e la gestione delle liste di attesa.

Questo numero speciale intende espandere l'analisi dell'ultima tematica, concentrando l'attenzione sul governo e la prioritizzazione della domanda di prestazioni sanitarie attraverso l'utilizzo dei ticket sanitari, la gestione delle liste di attesa e la definizione di criteri di appropriatezza e priorità. Si tratta di un'area d'indagine inesplorata soprattutto per quanto riguarda la verifica dell'efficacia dei diversi strumenti di governo e l'impatto di tali strumenti sul benessere sociale.

Lo spunto per questo approfondimento è stato offerto dai contributi presentati in occasione del Convegno *Governare i tempi di attesa e le priorità in sanità: approcci ed esperienze innovative*, organizzato a Trento dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento e dal Dipartimento di Economia Aziendale dell'Università di Trento nelle giornate del 14 e 15 giugno 2011.

Partendo dalla considerazione che i sistemi sanitari dei paesi industrializzati sono caratterizzati da una pressione crescente della domanda a fronte di risorse finanziarie pubbliche sempre più limitate a causa di stringenti vincoli di bilancio, il Convegno di Trento si è posto l'obiettivo di mettere a confronto analisi teoriche ed esperienze innovative nel panorama nazionale e internazionale, esaminando in particolare i tentativi di governare l'incremento della domanda attraverso l'utilizzo congiunto di strumenti di promozione dell'appropriatezza e il coinvolgimento partecipativo e progressivo dei professionisti delle cure primarie, degli specialisti ospedalieri e ambulatoriali. È stato quindi sviluppato un confronto multidisciplinare tra dirigenti medici impegnati nella gestione dei processi organizzativi, economisti impegnati nello sviluppo di modelli innovativi di governo della domanda, sociologi esperti di diffusione dell'innovazione all'interno dei sistemi sociosanitari. *Politiche sanitarie* riporta qui alcuni dei contributi più significativi presentati al Convegno di Trento.

Il primo articolo (Siciliani, 2012) illustra inizialmente come l'economia sanitaria consideri tipicamente i tempi di attesa come un meccanismo di razionamento (una sorta di prezzo non monetario) che porta in equilibrio la domanda e l'offerta di prestazioni sanitarie pubbliche. L'evidenza empirica, prevalentemente relativa al caso inglese, sembrerebbe indicare che la domanda di prestazioni sanitarie è inelastica rispetto ai tempi di attesa e ciò suggerirebbe che un aumento di risorse allocate al settore sanitario pubblico potrebbe indurre una riduzione significativa dei tempi di attesa. Siciliani procede quindi ad esaminare le principali politiche adottate dai paesi Ocse per contenere i tempi di attesa nei sistemi sanitari pubblici, che si differenziano fondamentalmente in due tipologie: garanzie sui tempi di attesa (un tempo massimo di attesa per il paziente); linee guida per la prioritizzazione dei pazienti in lista di attesa (i pazienti con elevato bisogno aspettano meno di altri). La prima tipologia di politiche può introdurre distorsioni nella prioritizzazione dei pazienti e sembra essere efficace nel ridurre i tempi di attesa solo se accompagnata da forti sanzioni per i manager dei servizi sanitari pubblici (politiche di questo tipo, definite '*target and terror*', sono state utilizzate per esempio in Inghilterra). Relativamente alla seconda tipologia di politiche, l'articolo di Siciliani evidenzia come, anche se la prioritizzazione delle liste di attesa viene basata quasi esclusivamente su criteri clinici, la recente letteratura empirica suggerisce l'opportunità di considerare anche altri criteri di carattere socioeconomico dal momento che si osserva che i pazienti più deprivati tendono mediamente ad accedere alle prestazioni sanitarie con tempi di attesa più lunghi.

Il secondo contributo (Francesconi e Mittone, 2012) considera il tema del *priority setting* in sanità, un approccio che può consentire di superare criteri di allocazione delle risorse meno efficaci quali quelli basati sui tradizionali processi di *budgeting*. Il *priority setting* si configura infatti come un approccio multidisciplinare e sistematico, fondato sulla *evidence-based medicine* e sull'adozione di procedure trasparenti e condivise di selezione e prioritizzazione della domanda. Francesconi e Mittone, dopo una descrizione delle tecniche di analisi economica tipicamente utilizzabili nei processi di formulazione delle

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.170 Tue, 15 Jul 2025, 23:06:33

scelte di priorità in campo sanitario (valutazioni economiche tradizionali, *program budgeting and marginal analysis*), esaminano alcune interessanti applicazioni alle decisioni in campo sanitario di un filone relativamente nuovo rappresentato dall'economia comportamentale (*behavioral economics*). I due autori suggeriscono di sviluppare ricerche mirate ad analizzare gli effetti prodotti dalla scelta di diversi formati informativi che possono essere adottati dai Centri unici di prenotazione sulle decisioni dei pazienti in merito alle possibilità che sono loro offerte in sede d'iscrizione in lista di attesa presso le strutture di offerta. L'obiettivo è mostrare come l'uso di opportune strategie d'informazione possa incentivare scelte più efficienti riducendo i costi e la disutilità determinati dall'attesa.

Il terzo articolo presentato in questo numero (Rebba e Rizzi, 2012), partendo dalla considerazione che non è stata ancora sviluppata un'analisi economica sistematica dell'insieme degli strumenti di governo della domanda dei beni e servizi sanitari rientranti nei livelli essenziali di assistenza e dei loro effetti in termini di efficienza e di equità, propone un modello *agent-based* allo scopo di analizzare gli effetti dell'utilizzo congiunto di alcuni strumenti di governo della domanda di una prestazione specialistica ambulatoriale offerta dal Servizio sanitario nazionale (Ssn) per cui esista un'alternativa privata a pagamento intero. Vengono in particolare analizzati gli effetti sul benessere sociale dell'utilizzo di un ticket, moderato con la previsione di esenzioni per reddito e patologia, in combinazione con altri strumenti di controllo della domanda quali le classi di priorità per la gestione della lista d'attesa e l'uso di criteri di appropriatezza per l'accesso alle prestazioni pubbliche. Rebba e Rizzi sviluppano alcune simulazioni del modello, ottenendo tre indicazioni interessanti in termini di politica sanitaria: 1. la presenza di un'alternativa privata a pagamento può, sotto certe condizioni, migliorare il benessere sociale e l'equità nei livelli di salute, quando l'offerta pubblica sia limitata da vincoli di bilancio e caratterizzata da tempi di attesa più lunghi rispetto al privato; 2. utilizzare unicamente la prioritizzazione della lista di attesa come strumento di governo della domanda, senza applicare ticket, può consentire di ottenere elevati livelli di benessere sociale e di equità nei livelli di salute; 3. l'applicazione di una compartecipazione moderata può produrre la stessa efficienza della politica sanitaria ottenibile con la prioritizzazione se le entrate del ticket vengono utilizzate per finanziare un aumento dell'offerta pubblica.

Il contributo di Testi (2012) considera il problema dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici di elezione e propone una metodologia per la valutazione economica di politiche della domanda, approfondendo i concetti di priorità e di urgenza su cui esse si basano. La principale conclusione è che per non violare i principi posti alla base del Ssn, le misure di governo della domanda dovrebbero essere strettamente connesse al concetto dei livelli essenziali di assistenza, i quali dovrebbero quindi prevedere anche il tempo di erogazione delle prestazioni come caratteristica esplicitamente dichiarata. Secondo questa prospettiva, una corretta gestione delle liste di attesa richiederebbe la garanzia di un tempo di attesa coerente con l'urgenza per il singolo individuo (equità orizzontale) e di un ordine di accesso ai trattamenti tale da assicurare una corretta prioritizzazione rispetto all'urgenza (equità verticale). La metodologia proposta viene quindi applicata a una sperimentazione realizzata all'interno di un ospedale universitario italiano. I risultati di tale sperimentazione sembrano particolarmente promettenti, anche se la conclusione finale in termini di *policy* è che gli strumenti di governo della domanda non sempre sono sufficienti ma devono talora (come nel caso esaminato) essere affiancati anche da un aumento della capacità produttiva.

Infine, l'articolo di Mariotti e Monterosso (2012) descrive e analizza l'esperienza dei Raggruppamenti di attesa omogenei (Rao) che prevede la definizione di priorità cliniche per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Si tratta di un approccio adottato da oltre un decennio presso l'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento, attualmente applicato a circa 80 prestazioni specialistiche (visite e prestazioni strumentali) per le quali sono stati concordati tempi di attesa diversi in base al grado di priorità. L'utilizzo delle priorità cliniche per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali si fonda sull'applicazione di modelli che prevedono la condivisione tra professionisti sanitari di criteri espliciti per l'accesso tempestivo alle prestazioni diagnostiche. Questi modelli non si basano semplicemente sull'uso di tempi massimi per diverse categorie di attesa, ma su contenuti clinici espliciti per singola prestazione, associati a ciascuna categoria di attesa. L'esperienza di Trento ha visto il coinvolgimento dei medici delle cure primarie, del servizio centralizzato di prenotazione (Cup), degli specialisti, nonché di professionisti 'facilitatori' ossia di 'agenti di cambiamento' all'interno dell'organizzazione sanitaria pubblica. L'approccio Rao, che recentemente si è diffuso anche presso altre realtà sanitarie, viene analizzato da Mariotti e Monterosso in termini organizzativi e sociologici, considerando i meccanismi che caratterizzano tipicamente i processi di diffusione delle innovazioni. I due autori illustrano anche i principali risultati di uno studio mirato relativo all'ospedale di Rovereto, all'area distret-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.170 Tue, 15 Jul 2025, 23:06:33

tuale di riferimento, all'Unità operativa di gastroenterologia e endoscopia digestiva, in collaborazione con la Direzione medica, dal quale emergono indicazioni confortanti circa gli effetti dell'approccio Rao in termini di appropriatezza della domanda di gastroscopie e di colonscopie e di concordanza di attribuzione di priorità da parte di medici di medicina generale e specialisti ospedalieri.

Una conclusione generale che si può trarre dai diversi contributi è che una corretta gestione delle liste di attesa – attraverso la definizione, non solo in base a considerazioni cliniche ma anche di tipo socioeconomico, del grado di priorità da assegnare ai diversi pazienti – rappresenta uno strumento indispensabile per governare la domanda delle prestazioni essenziali garantite da un Ssn; uno strumento che dovrebbe essere affinato e che dovrebbe sempre di più affiancare in maniera efficace altri strumenti tradizionali di controllo della domanda, quali i ticket, allo scopo di salvaguardare l'equità del sistema e il benessere della collettività.

Bibliografia

Francesconi A, Mittone L (2012), Il priority setting in sanità, *Politiche sanitarie*, 13 (1): 10-18.

Mariotti G, Monterosso M (2012), Priorità cliniche per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali: l'esperienza della provincia di Trento, *Politiche sanitarie*, 13 (1): 39-47.

Rebba V, Rizzi D (2012), Ticket e gestione delle liste di attesa per una prestazione specialistica ambulatoriale pubblica in presenza di un'alternativa privata a pagamento: un modello agent-based, *Politiche sanitarie*, 13 (1): 19-30.

Siciliani L (2012), Domanda e offerta di servizi sanitari, priorità e tempi di attesa, *Politiche sanitarie*, 13 (1): 4-9.

Testi A (2012), La valutazione economica dei modelli di priorità: il caso dei ricoveri chirurgici di elezione, *Politiche sanitarie*, 13 (1): 31-38.