



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**  
**DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE ED AZIENDALI**  
**"M.FANNO"**

**CORSO DI LAUREA IN ECONOMIA E MANAGEMENT**

**PROVA FINALE**

**"APPROPRIATEZZA CLINICA E SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO  
SANITARIO NAZIONALE"**

**RELATORE:**

**CH.MO PROF. VINCENZO REBBA**

**LAUREANDA: CATERINA MONGILLO**

**MATRICOLA N. 1066275**

**ANNO ACCADEMICO 2015 – 2016**

## INDICE

Introduzione.....	3
1. Sostenibilità del sistema sanitario, struttura e governo della domanda sanitaria.....	4
1.1 Struttura e dinamica della spesa sanitaria nei Paesi OCSE.....	4
1.2 Sostenibilità dei sistemi sanitari.....	5
1.3 Il mercato dell'assistenza sanitaria: rapporto di agenzia tra paziente e medico.....	10
1.4 Azzardo morale determinato dall'assicurazione sanitaria.....	14
2. Uso delle compartecipazioni per il controllo dell'azzardo morale (governo della domanda).....	17
2.1 Il ticket sanitario.....	18
2.2 Analisi empiriche sugli effetti delle compartecipazioni.....	23
2.3 Controindicazioni del ticket e possibili rimedi.....	24
2.4 Problemi di equità in un sistema sanitario decentrato: l'applicazione del ticket in Italia.....	26
3. Appropriatazza clinica.....	28
3.1 Appropriatazza organizzativa.....	32
3.2 Il decreto appropriatazza.....	33
3.3 Choosing Wisely e Slow Medicine.....	36
3.4 Progetto Ermete Regione Veneto.....	39
3.5 Considerazioni conclusive.....	41
Conclusioni.....	43
Bibliografia.....	45
Sitografia.....	46

## INTRODUZIONE

I bisogni di salute della popolazione e lo stato percepito di wellness stanno subendo un profondo cambiamento. Anche il concetto di salute è mutato nel tempo: se nei primi decenni del secolo scorso era inteso come pura “assenza di malattia o di disabilità”, oggi costituisce uno “stato completo di benessere fisico, mentale e sociale”, definizione inclusa nella Costituzione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1948). Da una visione della medicina che aveva al centro dell’agire la malattia si è giunti, quindi, ad un approccio olistico incentrato sulla persona.

Questo mutamento radicale, culturale, tecnologico e di politica sanitaria è, in questo periodo storico, nel pieno della sua evoluzione verso un’implementazione operativa. Le richieste di prestazioni sanitarie da parte del cittadino sono qualitativamente e quantitativamente cambiate: l’aumento della domanda di prestazioni sanitarie è legata ad elementi demografici e tecnologici, quali l’invecchiamento della popolazione e la dilatazione delle possibilità di intervento curativo e riabilitativo indotta dal progresso scientifico. Ma anche elementi economici come l’aumento del reddito pro capite, che porta a dilatare più che proporzionalmente le cure per la propria persona, e la tendenza a saturare la domanda in assenza di meccanismi di razionamento influenzano l’aumento della domanda sanitaria.

Se da un lato questa situazione è l’auspicabile risultato di una maggiore cultura sanitaria, soprattutto in tema di prevenzione, dall’altro è la diretta e logica conseguenza del mutamento demografico in atto e dell’incremento numerico dei gruppi di interesse intorno alle specifiche patologie grazie al miglioramento degli outcome terapeutici e quindi della sopravvivenza in senso stretto.

Infatti in pochi decenni si è passati dalla Medicina degli “acuti” a quella della cronicità, da interventi intensi e limitati nel tempo all’assistere persone con malattie croniche in situazioni complessi, per cui è importante l’integrazione tra l’approccio analitico, tipo della Medicina specialistica e ultraspecialistica del “diagnose and treat”, e quello sistemico-relazionale che caratterizza la Medicina Generale del “prevent and take care”.

Paradossalmente si potrebbe affermare che gli indubbi grandi progressi del sapere medico degli ultimi decenni abbiano fortemente accelerato la necessità dei Sistemi Sanitari Nazionali di rifondare i postulati del proprio agire in modo scientificamente corretto, socialmente congruo e soprattutto economicamente sostenibile.

# 1. SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA SANITARIO, STRUTTURA E GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA

## 1.1 Struttura e dinamica della spesa sanitaria nei Paesi OCSE

Negli ultimi cinquant'anni, la spesa sanitaria è cresciuta più rapidamente dell'economia nella maggior parte dei Paesi OCSE. In particolare, come illustrato dalla figura 1.1, l'incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL è più che raddoppiata nei Paesi OCSE (dal 3,9% del '60 al 9,2% nel 2012) e quasi triplicata nei principali paesi europei (dal 3,5% del '60 al 10% del 2012 per i paesi UE-15); gli USA sono un caso "outlier" con un'incidenza più che triplicata (dal 5% del '60 al 16,9% del 2012).

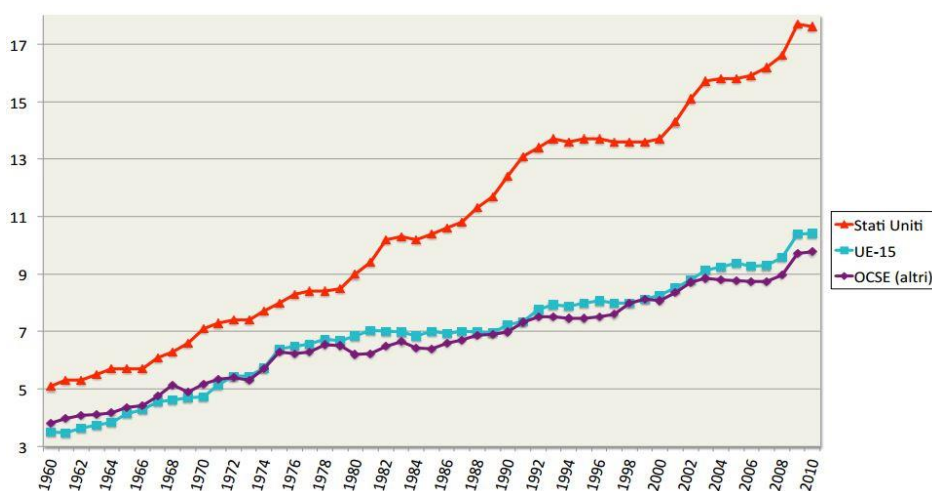


Figura 1.1 Spesa sanitaria totale in percentuale del PIL nei Paesi OCSE (Rebba, 2015).

Diversi fattori influenzano l'aumento della spesa sanitaria, sia dal lato della domanda che dell'offerta: le aspettative della popolazione, l'aumento dei redditi, l'invecchiamento della popolazione, l'aumento del carico di malattie croniche e demenze, il cambiamento tecnologico, l'intensità di lavoro nel settore sanitario e la partecipazione femminile al lavoro.

Per la maggior parte dei Paesi europei, questi fattori continueranno a guidare la spesa per la salute verso l'alto in futuro. Stando alle proiezioni delle maggiori istituzioni internazionali (Commissione Europea, OCSE – organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, Fondo Monetario Internazionale), la spesa sanitaria pubblica per i paesi dell'UE potrebbe **crescere tra il 40% e il 60% entro il 2050**. Queste proiezioni variano in un intervallo estremamente ampio, tra il +27% e il +84%, in base alle assunzioni fatte. Comunque, il grande cambiamento sarà la crescita della spesa pubblica sull'assistenza di lungo termine che potrebbe più che raddoppiare nel periodo 2010-2050, dovuto al forte aumento della fragilità e della

disabilità in età più avanzata, soprattutto tra le persona molto anziane (di età 80+), che sarà la più rapida crescita del segmento della popolazione dell'UE nei decenni a venire.

Inoltre, nell'ultima decade, gli aspetti di solidarietà del sistema sanitario dei paesi sviluppati sembrano essersi ridotti, almeno a livello psicologico, e questo ha compromesso i pilastri della sanità pubblica. Le cause di solito citate dagli studiosi possono essere riassunte come segue: un cambiamento nel contesto economico con minori tassi di crescita e le incertezze causate dalla globalizzazione; l'estensione della protezione sanitaria a settori terapeutici sempre più lontani dal nucleo di trattamenti necessari e sufficienti; la responsabilità individuale più visibile per "malattie del benessere" a causa di comportamenti volontari sempre più lontani da situazioni di povertà e degrado sociale. Questo sviluppo ha generato un dibattito politico crescente sulla relazione tra la responsabilità sociale e la solidarietà sociale, e su come finanziare e organizzare i sistemi di assistenza sanitaria per favorire/incoraggiare comportamenti più responsabili.

A tal proposito, i paesi europei stanno affrontando una sfida comune: il bisogno **di garantire la sostenibilità economica e finanziaria** dei loro sistemi sanitari senza compromettere i valori di copertura universale e di solidarietà nel finanziamento. La sfida è più saliente per i paesi caratterizzati da un alto debito pubblico, come l'Italia.

I sistemi sanitari, soprattutto in una fase come quella attuale contraddistinta da una profonda **crisi economico-finanziaria**, cercano di tenere sotto controllo i costi crescenti legati al processo di innovazione tecnologica e all'invecchiamento della popolazione, ricorrendo a strumenti di controllo dell'offerta e della domanda tali da realizzare un soddisfacente equilibrio tra equità ed efficienza.

## 1.2 Sostenibilità dei sistemi sanitari

Per gli economisti, esistono due diversi concetti di sostenibilità della spesa sanitaria (Rebba, 2016):

- La **sostenibilità economica**, che si realizza quando il valore prodotto con un intervento sanitario è superiore al suo "costo opportunità", ovvero al valore dei benefici che la collettività avrebbe potuto ottenere utilizzando le risorse impegnate dalla spesa sanitaria in altre aree di intervento pubbliche o private. Questo significa che il sistema sanitario garantisce l'efficienza, l'appropriatezza e quindi la costo-efficacia della spesa sanitaria.
- La **sostenibilità finanziaria**, che si riferisce invece alla capacità del governo di finanziare un'assistenza sanitaria appropriata e di buona qualità ai propri cittadini. Tale concetto di sostenibilità dipende da tre elementi: la sostenibilità economica degli interventi in campo sanitario (condizione necessaria), la dinamica dei fattori strutturali di evoluzione della spesa

sanitaria, i vincoli di bilancio che possono ridurre la capacità o la disponibilità del governo a finanziare i livelli esistenti di copertura sanitaria.

Gli analisti concordano sul fatto che anche in futuro i principali driver della spesa sanitaria per acuti saranno dal lato dell'offerta (innovazione tecnologica e dinamica dei prezzi) mentre i trend demografici e, soprattutto, epidemiologici in atto accentueranno la domanda di assistenza socio-sanitaria e in particolare l'assistenza alla cronicità (Long-term care LTC).

Secondo le proiezioni dell'evoluzione futura della spesa sanitaria (OCSE, FMI, Commissione Europea) nei prossimi 40-50 anni, la quota della spesa sanitaria pubblica sul PIL nei principali paesi europei (UE-15) potrebbe aumentare in media:

- ✓ Dall'attuale 7.3% del PIL a una quota del PIL variabile tra 10 e 12% del PIL per la spesa per acuti (+37/+64%)
- ✓ Dall'attuale 1.8% al 4.6% del PIL per la spesa LTC (+155%)  
(considerando sia acuti che LTC si passerebbe da 9.1% a 14.5-16.5% del PIL: +60/+80%)

Le proiezioni per l'Italia sono molto variabili a seconda degli studi:

- ✓ FMI 2012: dall'attuale 7% al max del 9% nel 2050 per sola spesa per acuti (+29%)
- ✓ Commissione Europea (Ageing Report 2012): dall'attuale 8.5% al max del 12.1% nel 2050 (+42%) considerando sia spesa per acuti (+24%) che spesa LTC (+105%)
- ✓ Ragioneria Generale dello Stato (RGS) 2014: dal 9% del 2011 al max dell'11.6% del PIL (+29%) nel 2060 considerando sia spesa per acuti (+20%) che spesa LTC (+75%)
- ✓ OCSE 2012: dal 7% del 2006 al max del 14.5% (+107%) considerando sia spesa per acuti (+105%) che spesa LTC (+107%)

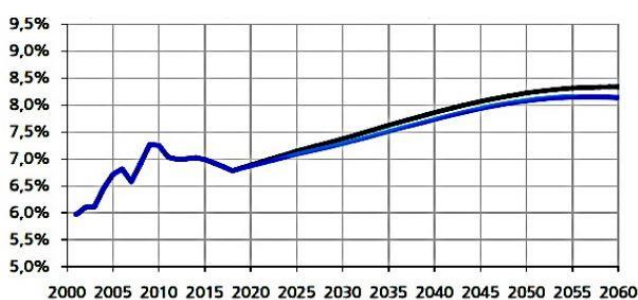


Figura 1.2 Spesa sanitaria pubblica acuti in rapporto al PIL: +15/20% rispetto al 2011 (MEF-RGS, 2015)

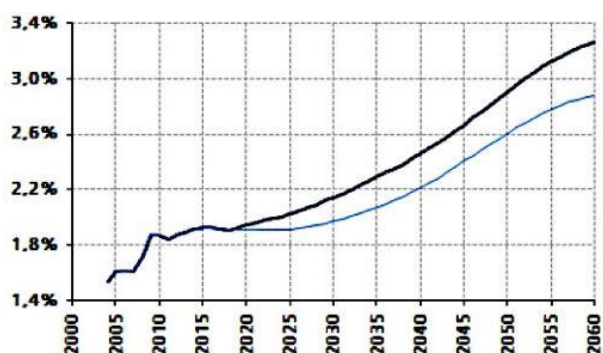


Figura 1.3 Spesa pubblica per LTC in rapporto al PIL: +50/75% rispetto al 2011 (MEF-RGS, 2015)

I modelli previsionali delineano però solo **scenari ipotetici, in assenza di interventi correttivi**, e non possono offrire risposte definitive.

La sfida di lungo periodo dei sistemi socio-sanitari riguarda non solo la sostenibilità economica ma anche, e soprattutto, la sostenibilità finanziaria della sanità pubblica (disporre di risorse finanziarie sufficienti per continuare a garantire una copertura sanitaria adeguata e di buona qualità a tutti i cittadini).

La crisi economica e i vincoli di finanza pubblica, sempre più stringenti, hanno aumentato le pressioni esercitate sui sistemi sanitari mettendo in primo piano la questione della loro **sostenibilità finanziaria di breve periodo**.

I paesi europei con elevati deficit di bilancio e quelli esposti alla crisi del debito hanno adottato una serie di misure di contenimento immediato della spesa sanitaria pubblica (OECD, 2010):

- Tetti di spesa
- Controlli e limitazioni sui volumi e prezzi di risorse umane e materiali e sulle prestazioni (“razionamento”)
- Compartecipazioni alla spesa da parte degli utenti

### Leggi di stabilità e “spending review”

TABELLA 1- FSN e Patto Salute 2014-2016 Leggi che fissano il valore del Fondo Sanitario Nazionale FSN	(miliardi euro)		
	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016
FSN Patto Salute 2014/2016: Legge 190/2014 art. 1 comma 556	109,9	112,1	115,4
FSN L. Stabilità 2015: attuazione con Intesa Stato Regioni: Legge 125/2015 art. 9 septies	109,9	109,7	113,1
FSN D.d.L. Stabilità 2016 art. 32 comma 14			111
<b>Taglio al FSN (prelievo)</b>	-	-2,352	-4,4
<b>TOTALE TAGLI AL PATTO SALUTE</b>		-6,7	

TABELLA 2- FSN periodo 2016-2019 Legge che decide il taglio	Taglio al FSN già deciso o da decidere*	Spiegazione
Legge 125/2015 art. 9 septies	<b>9,408 mld</b>	Anni 2016 - 2019: 2,352 mld taglio annuo al FSN x 4 anni = 9,408 mld
DdL Stabilità 2016 art. 32 comma 14	<b>2,100 mld</b>	Anno 2016: 2,100 mld taglio annuo FSN 2016 (FSN scende da 113,1 mld a 111,mld)
DdL Stabilità 2016 art. 34 comma 1	<b>3,980 mld*</b>	Anno 2017: 3,980 mld contributo alla manovra con taglio spese regioni, <u>da decidere con Intesa Stato Regioni*</u> , compreso finanziamento sanità
DdL Stabilità 2016 art. 34 comma 1	<b>4,980 mld*</b>	Anno 2018: 4,980 mld contributo alla manovra con taglio spese regioni, <u>da decidere con Intesa Stato Regioni*</u> , compreso finanziamento sanità
DdL 2016 art. 34 comma 1	<b>4,980 mld*</b>	Anno 2019: 4,980 mld contributo alla manovra con taglio spese regioni, <u>da decidere con Intesa Stato Regioni*</u> , compreso finanziamento sanità

Tabella 1.1 Politiche di controllo della spesa del SSN (Rebba, 2016)

Tuttavia, tali soluzioni presentano vari **aspetti critici**. Si tratta di misure che rientrano a pieno titolo nelle politiche di austerità in tempi di recessione, essendo efficaci per frenare la spesa nel breve periodo, ma che spesso non risolvono il problema della sostenibilità di lungo periodo.

Infatti, non riescono a controllare i fattori strutturali che alimentano la dinamica dei costi sanitari e non garantiscono la sostenibilità economica e quindi la sostenibilità finanziaria di lungo periodo. In alcuni casi possono addirittura provocare un aumento della spesa nel lungo periodo, quando impediscono o ritardino troppo l'investimento in nuove tecnologie o in programmi di prevenzione a elevata costo-efficacia. Inoltre presentano rischi per quanto riguarda il mantenimento dei livelli di qualità e di equità di sistemi sanitari, determinando effetti negativi sull'accesso ai servizi sanitari pubblici soprattutto per le fasce sociali maggiormente colpite dalla crisi economica. In sintesi possono distruggere capitale umano e sociale.

L'Italia è tra i Paesi che hanno maggiormente sofferto delle misure di austerità (dietro a Grecia, Spagna e Irlanda), soprattutto dopo il 2010: riduzione della spesa sanitaria pubblica in termini reali di -2.8% tra 2010 e 2011; di -3% tra 2011 e 2012; di -3,1% tra 2012 e 2013.

Si registrano effetti negativi sull'accesso alle cure (OECD, Health Statistics 2015):

- ✓ Secondo il Rapporto ISTAT 2015, nel 2013 il 9.5% della popolazione non ha potuto fruire di prestazioni che dovrebbero essere garantite dal servizio sanitario pubblico per motivi economici o per carenze dell'offerta (tempi di attesa troppo lunghi, difficoltà a raggiungere la struttura oppure orari scomodi): min nord-ovest (60.2%), max sud (13.2%).
- ✓ Secondo l'Osservatorio civico sul federalismo in sanità di Cittadinanzattiva del 2016 circa il 70.2% di italiani nel 2015 ha rinunciato a cure per motivi economici, liste di attesa e ticket (5.1% per soli motivi economici)
- ✓ Secondo la ricerca CENSIS-RBM Salute del 2015, nel 2014 4.5 milioni di italiani (7.5% della popolazione, di cui 2.8 mln a basso reddito) hanno dovuto rinunciare ad almeno una prestazione; nel contempo, tenderebbe ad ampliarsi la spesa privata "out of pocket" (OOP) a carico delle famiglie
- ✓ Secondo il Rapporto CREA Sanità del 2015, tuttavia, 1.6 milioni di persone in meno hanno sostenuto spese sanitarie "OOP" e più di 27 milioni hanno rinunciato a priori a sostenerle per motivi economici (dati 2013).

La **sostenibilità di lungo periodo** richiede risposte diverse dalle tradizionali misure di razionamento. Richiede cioè misure che puntino ad utilizzare al meglio le risorse disponibili per ottenere il massimo risultato in termini di salute, senza pregiudicare l'equità. In particolare, **la tutela della salute va considerata non tanto come una fonte di costo quanto come un investimento economico e sociale**: un modo per sostenere lo sviluppo economico e la crescita. Perché l'investimento in sanità determini un effettivo investimento di salute e un reale aumento



di benessere sociale, esso deve riferirsi a beni e servizi i cui costi siano giustificati in termini di efficacia, siano cioè produttivi di salute in base alle evidenze scientifiche.

A livello internazionale, il dibattito sulle politiche di sostenibilità si sta spostando sempre più dall'ottica del contenimento generalizzato della spesa e della restrizione della gamma e dell'estensione delle prestazioni garantite (LEA) a quella della **riduzione dei livelli di inefficienza e di inappropriata** presenti nei sistemi. L'obiettivo è quello di aumentare il valore aggiunto, cioè la sostenibilità economica, dei sistemi socio-sanitari, **aumentando il benessere per la collettività**. Si tratterebbe di realizzare una *spending review* "dal basso" (logica *bottom-up*) e non tanto (o non solo) come avviene usualmente "dall'alto" (logica *top-down*).

Alcuni sistemi si sono già mossi nella giusta direzione, adottando o progettando innovazioni istituzionali di due tipi (Rebba, 2013 e 2014):

- a) **Nuovi strumenti di governo della domanda e dell'offerta**, in grado di fronteggiare i bisogni emergenti (legati ai trend epidemiologici e sociali) e di dare i giusti incentivi a servizi e cittadini-utenti, *per promuovere la sostenibilità economica dei sistemi sanitari* (strumenti per controllare i valori strutturali della spesa)
- b) **Nuovi equilibri tra finanziamento pubblico e finanziamento privato** in modo da *non pregiudicare la sostenibilità finanziaria dei sistemi* (finanziamento pubblico adeguato dei LEA; ticket "value-based" opportunamente calibrati con esenzioni; fondi sanitari integrativi "supplementari" e non duplicativi o complementari del SSN)

Le politiche precedenti si concentrano sulla sostenibilità economica, migliorando il modo in cui i sistemi sanitari affrontano l'aumento delle malattie croniche e cercano di incentivare e premiare i pazienti, fornitori e compratori per comportamenti sani, qualità ed efficienza della cura. Le ultime politiche potrebbero assicurare la sostenibilità finanziaria di lungo termine dei sistemi sanitari ma potrebbero determinare effetti negativi in termini di equità e, quindi, devono essere definite con attenzione.

Concentrandoci in particolare sul lato della domanda, si possono individuare una serie di nuovi strumenti di governo della stessa:

- Potenziamento della prevenzione e degli incentivi per modificare gli stili di vita e controllare i fattori di rischio con nuove modalità (es. Nudging); promuovere l'invecchiamento "attivo" e "in buona salute"

- Migliorare le funzioni di orientamento e prioritizzazione della domanda attraverso il potenziamento della medicina territoriale, una migliore comunicazione tra paziente e professionista sanitario con empowerment dei cittadini-utenti ed il loro coinvolgimento attivo per migliorare l'alleanza terapeutica, l'utilizzo di standard e criteri di appropriatezza (linee guida EBM, PDTA, es. iniziative "Choosing Wisely" negli USA e "Slow Medicine" in Italia) la questione delle liste d'attesa con criteri di prioritizzazione (es. RAO – Raggruppamenti di Attesa Omogenei).

### 1.3 Il mercato dell'assistenza sanitaria: rapporto di agenzia tra paziente e medico

Nell'ambito del mercato sanitario il consumatore non è il miglior giudice del proprio benessere, ovvero non dispone di tutte le informazioni necessarie per formulare una domanda e per valutare gli effetti sul suo stato di salute dei beni e servizi offerti in risposta alla sua domanda. In sanità non vale, quindi, una delle assunzioni alla base del funzionamento dei mercati di tipo concorrenziale: l'ipotesi di informazione perfetta e completa degli agenti (consumatori e imprese).

Dunque, la funzione di utilità dei consumatori e le loro curve di indifferenza non sono definite in modo preciso: in alcuni casi, i consumatori possono non avere la consapevolezza di essere ammalati (bisogno sanitario non avvertito) così come possono non avere la piena capacità autonoma di conoscere le alternative di cura, scegliere tra queste alternative e valutarne l'efficacia. Ad esclusione di malattie "banali" per cui l'esperienza rende efficace l'autoconsumo (raffreddore) o di alcune patologie croniche, le conoscenze necessarie per formulare una domanda di servizi sanitari sono prerogativa del professionista sanitario. Si parla di processo di formazione della domanda sanitaria perché il passaggio dall'identificazione di un bisogno sanitario all'"acquisto" del bene per soddisfarlo non è immediato e in tale processo ha un ruolo determinante il medico ed il **rapporto di agenzia** che si crea tra medico (Agente) e paziente (Principale).

Il rapporto di agenzia paziente-medico si è modificato nel tempo con una riduzione della asimmetria informativa del paziente, soprattutto nei confronti dei MMG. È aumentata la capacità di formulare una domanda di sanità autonoma ricorrendo all'autodiagnosi e all'automedicazione. Nella Dichiarazione di Alma Ata del 1978, l'OMS definiva "empowerment" come "educazione sanitaria e promozione dei comportamenti favorevoli alla salute, per ridurre le disuguaglianze e dare alle persone gli strumenti critici per prendere le decisioni migliori per il loro benessere, promuovere politiche pubbliche rispettose degli

obiettivi di salute”. L’autogestione e il controllo della salute da parte del paziente sono considerati, nella Carta di Ottawa del 1986, come obiettivi da promuovere dalla stessa OMS.

Benché le scelte finali di consumo vengano fortemente mediate dai medici, soprattutto nei Paesi industrializzati con sistemi sanitari evoluti, i consumatori tendono sempre più a formarsi attivamente delle proprie convinzioni riguardo ai modi con cui migliorare o mantenere la propria salute. Tali convinzioni precedono temporalmente e logicamente il parere del medico e possono formarsi attraverso la maggiore diffusione delle informazioni in campo medico (ad esempio internet) e le precedenti esperienze di interazione con i punti di offerta di servizi sanitari (ad esempio, attraverso la richiesta di un secondo parere e/o la comparazione delle performance di diversi specialisti). I consumatori sembrano, cioè, sviluppare sempre più una concezione di ciò che è “giusto” per loro nel campo della salute che gli permette di mettere in discussione il parere medico e, in taluni casi, di contestarlo apertamente.

L’empowerment della domanda non ha però riguardato tutti i cittadini e tutte le classi sociali e demografiche: l’asimmetria informativa a svantaggio di persone anziane, socialmente e culturalmente deboli (con minore capacità di pagare e maggiori costi di informazione) rimane ancora forte. Inoltre, lo svantaggio formativo del consumatore tende ad aumentare con il progredire della tecnologia medica e può essere solo marginalmente ridotto con l’esperienza altrui o propria e con la maggiore diffusione delle informazioni in campo medico attraverso i media. Esiste il pericolo di sostituire le informazioni dei professionisti sanitari con altre veicolate dai media, con il rischio che si determinino fenomeni dannosi (e pericolosi per la salute) di induzione della domanda. Si richiama la necessità di promuovere una “Evidence-Based Patient Information”.

Nonostante i fenomeni recenti di empowerment dei pazienti, in sanità la formulazione della domanda dipende, in larga misura, dal medico in qualità di fornitore diretto o di selettore informativo di servizi. Tale particolare connotato del settore sanitario fa sì che l’offerta possa determinare –entro certi limiti- la domanda. Si parla al riguardo di *Supply Induced Demand* – **SID**. Inoltre, proprio il particolare rapporto di agenzia che si instaura tra paziente e medico è considerato uno degli elementi alla base dell’ipotesi SID. Il professionista sanitario può valersi della sua migliore conoscenza del settore sanitario decidendo un livello di consumo diverso da quello che sarebbe stato scelto dal suo paziente nel caso in cui fosse stato perfettamente informato. Ciò proprio in virtù del fatto che il rapporto di agenzia molto difficilmente può essere “perfetto”.

Il concetto di SID va comunque tenuto ben distinto da quello di “eccesso di domanda di prestazioni sanitarie” (cioè cure mediche superiori ai reali bisogni del paziente). Infatti si

potrebbe avere un eccesso di cure anche in assenza di SID nel caso fosse il paziente a richiederne un livello superiore rispetto a quello indicato dal medico e nel contempo in presenza di SID il medico potrebbe indurre il paziente a consumare meno cure di quelle che quest'ultimo avrebbe richiesto. In generale, quindi, la SID genera un livello di prestazioni diverso (superiore o inferiore) da quello che il consumatore avrebbe preferito in base alla propria funzione di utilità. La situazione di **eccesso** di domanda indotta è comunque quella più frequente per una serie di motivi che verranno esaminati in seguito (Rebba, 2015).

L'esistenza di SID può essere interpretata come ulteriore dimostrazione di una relazione di agenzia imperfetta tra paziente e professionista sanitario. Essa evidenzia il potenziale monopolistico della professione medica, pertanto l'ipotesi SID viene spesso ricondotta anche al sistema di remunerazione dei medici e alla struttura organizzativa del sistema sanitario. Quando si considerino sistemi sanitari nei quali esiste la copertura di un'assicurazione sanitaria pubblica e in cui i medici sono remunerati prevalentemente con stipendi (specialisti ospedalieri e medici del territorio) o con la corresponsione di quote capitarie (medici del territorio, Medici di Medicina Generale –MMG), la rilevanza dell'ipotesi SID si attenua notevolmente. Ciò soprattutto perché non appare più sostenibile l'ipotesi dell'obiettivo di un livello standard di reddito da parte dei medici. La SID potrebbe però essere messa in relazione anche ad altri argomenti diversi dagli obiettivi economici dei medici:

- La percezione che la professione ha della propria funzione come “impresa morale”
- Il ruolo dell'incertezza nelle diagnosi con la tendenza a minimizzare la probabilità di errare per difetto di intervento piuttosto che per eccesso e conseguente sovr-prescrizione/overtreatment (medicina difensiva)
- Interesse per la ricerca scientifica, il prestigio professionale
- Sottostima da parte dei medici dei costi relativi al consumo di prestazioni sanitarie che sono sostenuti dai pazienti (costi monetari, costi di attesa e di spostamento, costi connessi alle riduzioni di reddito e di tempo libero, costi psicologici connessi al trattamento).

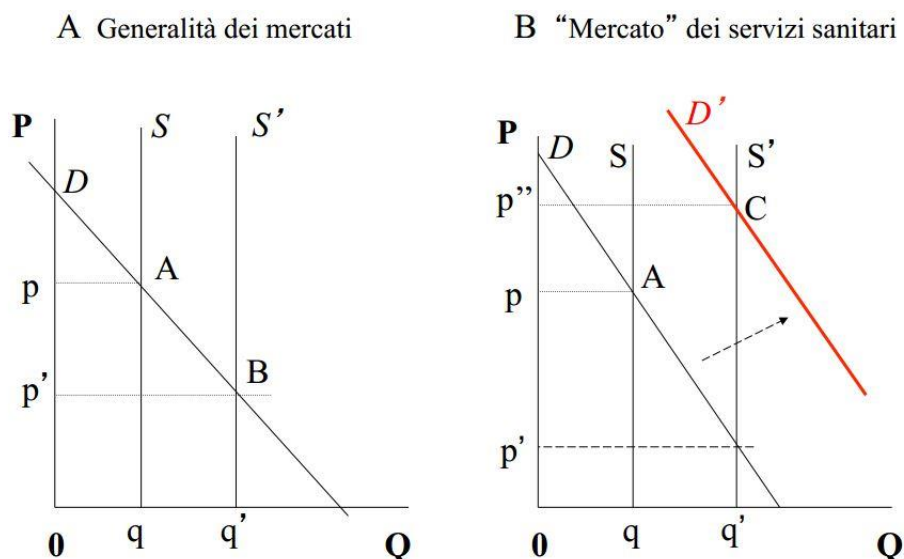


Figura 1.5 Effetto SID. Interrelazione tra domanda, offerta e prezzo (Rebba, 2015).

Un'importante conseguenza del coinvolgimento del fornitore nelle decisioni di consumo relative ai servizi sanitari è che risulta estremamente difficile specificare empiricamente una funzione di “pura” domanda derivante dai consumatori. **In sanità non è quindi possibile applicare la convenzionale equivalenza tra domanda e consumo.** In genere, la misurazione empirica della domanda si affida a indicatori di utilizzo dei servizi sanitari (ad esempio, numero di visite, numero di giornate di degenza, ecc.) dal momento che la domanda non esiste indipendentemente dall'offerta (Rebba, 2015).

La ridefinizione del consumo di assistenza sanitaria in termini di utilizzazione anziché in termini di domanda è utile non solo perché si basa sul riconoscimento dell'influenza determinante del fornitore nei processi di consumo, ma anche perché essa consente un'appropriata considerazione del **ruolo svolto dall'assicurazione sanitaria che assume i connotati di terzo pagante.** Poiché **l'esistenza di un terzo pagante** (assicurazione sanitaria privata o pubblica) **può distorcere la disponibilità a pagare per i servizi sanitari** e il prezzo di tali servizi, ci si allontana ancora una volta dalla tradizionale analisi della domanda e la valutazione della elasticità al prezzo della domanda dovrà necessariamente tenere conto sia del prezzo dei beni e servizi sanitari, sia del tipo di copertura assicurativa.

#### 1.4 Azzardo morale determinato dall'assicurazione sanitaria

L'assicurazione sanitaria (privata o pubblica) copre i rischi associati all'insorgenza di malattie e ai conseguenti costi di trattamento. Ne segue che il pagamento dei servizi sanitari viene effettuato, in tutto o in parte, da un terzo (l'assicuratore) anziché direttamente dal consumatore: **assicurazione come “terzo pagante”**.

Un'assicurazione sanitaria (completa o parziale, privata o pubblica) può incoraggiare l'individuo a spendere per prestazioni sanitarie più di quanto altrimenti farebbe perché riduce il costo marginale privato di ottenere assistenza sanitaria addizionale. Una copertura assicurativa, infatti, riduce (azzerata se è completa) il prezzo pagato direttamente dal consumatore per l'assistenza sanitaria e quindi lo incentiva a consumare maggiormente (a richiedere maggiormente al proprio medico) assistenza sanitaria rispetto al caso in cui la acquistasse direttamente. Si determina così una particolare situazione di **azzardo morale** (*moral hazard*), determinata dall'asimmetria informativa tra assicurazione (Principale) e assicurato (Agente), in cui i costi sociali associati all'espansione eccessiva dei consumi sanitari possono più che controbilanciare i benefici sociali determinati dalla copertura dei rischi sanitari da parte dell'assicurazione.

L'assicurazione sanitaria può influenzare non solo la quantità di servizi domandati ma anche l'attività individuale di mantenimento della salute. Pertanto l'azzardo morale può assumere essenzialmente due forme (in entrambi i casi l'assicuratore non può osservare e contrastare perfettamente i comportamenti degli individui assicurati):

1. **Azzardo morale ex ante**: il fatto di essere assicurato può indurre l'individuo a ridurre le attività di prevenzione dell'evento negativo non prendendo tutte le precauzioni che altrimenti avrebbe preso per prevenire l'insorgenza di malattie;
2. **Azzardo morale ex post**: l'assicurato tende, attraverso il medico, ad espandere i suoi consumi sanitari oltre quanto è possibile prevedere al momento della stipula del contratto assicurativo.

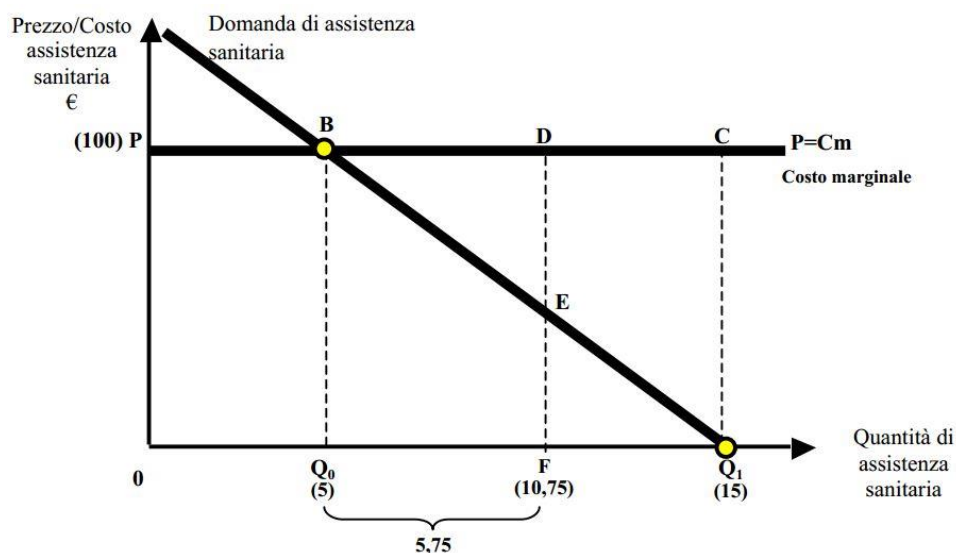


Figura 1.6 Effetti dell'azzardo morale: non convenienza ad assicurarsi e perdita di benessere per la collettività (Rebba, 2015)

Se la domanda è elastica l'individuo modifica (aumenta) il suo livello di spesa per il fatto di essere assicurato e di non dover pagare direttamente più alcun prezzo per l'assistenza sanitaria. Questo particolare effetto rappresenta l'azzardo morale ex post. Se la domanda di prestazioni aumenta, dopo la stipulazione del contratto di assicurazione, oltre la quantità  $Q_0$  per cui era stato fissato il premio assicurativo, si possono così manifestare squilibri finanziari per gli assicuratori.

Ipotizzando che  $Q_0$  rappresenti anche il livello di consumo ritenuto appropriato (in base a condizioni di EBM – Evidence Based Medicine e di costo–efficacia), il “sovracconsumo”  $Q_0Q_1$  (pari a 10 unità) determina una perdita netta di benessere per la collettività degli assicurati in quanto l'aumento della spesa sanitaria determinato dal sovracconsumo legato al rischio morale (area  $BCQ_1Q_0=1000$ ) eccede l'aumento di benessere determinato dalle quantità aggiuntive di assistenza sanitaria consumate (area  $BQ_0Q_1=500$ ): nel complesso la perdita netta di benessere per la collettività è pari all'area  $BCQ_1=500$  (Rebba, 2015).

In generale la dimensione della perdita di benessere sociale dipende positivamente:

- Dall'elasticità rispetto al prezzo della domanda: tanto più rigida è la domanda (bassa elasticità rispetto al prezzo), tanto minore è la perdita di benessere per la collettività (in presenza di domanda completamente rigida non si ha nessuna perdita di benessere mancando l'effetto rischio morale)
- Da quanto il livello di consumo  $Q_1$  eccede il livello ritenuto appropriato (che potrebbe essere anche diverso da  $Q_0$ ).

Ne consegue che la teoria economica suggerisce di assicurare con priorità (o di offrire una copertura assicurativa più completa per) i beni e servizi sanitari essenziali e urgenti

caratterizzati da domanda poco elastica al prezzo, nonché per i beni e servizi sanitari di elevata costo-efficacia.

Analogamente al caso dell'assicurazione privata, anche nei sistemi sanitari pubblici – in cui la copertura assicurativa viene offerta a tutti i cittadini-contribuenti a prescindere dal loro grado di rischiosità – l'individuo assicurato tende a spingere la sua domanda fino al punto in cui la valutazione marginale dei benefici dei servizi sanitari sia pari a 0 (cioè in corrispondenza di  $Q_1$ ).

La convenienza ad assicurarsi invece rimane nel caso di prestazioni a domanda rigida (ad esempio per patologie croniche o che richiedono urgente trattamento), non essendovi in tal caso un effetto di *moral hazard*.

In entrambi i casi, dunque, quando la domanda è elastica, la conseguenza è una perdita di benessere per la collettività assicurata e si determina quindi la necessità:

1. Nel caso dell'assicurazione privata, di aumentare il premio (il che può spingere molti a non assicurarsi più, determinando una perdita di efficienza Paretiana);
2. Nel caso dell'assicurazione pubblica, di aumentare il livello delle imposte o dei contributi di malattia oppure di comprimere i livelli essenziali di assistenza sanitaria (con effetti negativi in termini di equità ed efficienza).

La soluzione al problema può assumere diverse forme, a seconda che si considerino i sistemi di assicurazione privata o i sistemi sanitari pubblici, e consiste in generale nel non prevedere una copertura totale del rischio sanitario, prevedendo una compartecipazione alla spesa da parte degli assicuratori.



## **2. USO DELLE COMPARTECIPAZIONI PER IL CONTROLLO DELL'AZZARDO MORALE (GOVERNO DELLA DOMANDA)**

I sistemi sanitari cercano di tenere sotto controllo i costi crescenti della sanità, legati all'eccessiva domanda formulata direttamente dai pazienti e all'induzione della stessa da parte delle strutture e degli operatori, mettendo in atto vari interventi sia dal lato della domanda sia dal lato dell'offerta, tali da realizzare un soddisfacente equilibrio tra equità ed efficienza. Concentrandoci sul lato della domanda è importante sottolineare, infatti, che il governo della domanda non va inteso come puro controllo della spesa sanitaria, ma la sua principale finalità è quella di garantire l'efficacia e l'appropriatezza delle cure, utilizzando al meglio le risorse disponibili.

Dal lato della domanda, i controlli più frequentemente adottati prevedono compartecipazioni al costo delle prestazioni sanitarie (ticket sanitari), che creano spesso ostilità sociale per la loro regressività fiscale nonché per il loro possibile impatto negativo sulla prevenzione e quindi per l'elevato rischio di aumento di costi ritardati. Nella maggioranza dei sistemi sanitari dei Paesi industrializzati, tuttavia, lo strumento della compartecipazione alla spesa appare consolidato anche se si riconosce comunque la necessità di applicarlo in modo oculato ed in combinazione con altri strumenti, volti soprattutto a prioritarizzare la domanda e a responsabilizzare e incentivare i medici prescrittori, per evitare conseguenze inaccettabili in termini di efficienza allocativa e di equità. Peraltro, in mancanza di ticket, il manifestarsi di un meccanismo di razionamento reale rappresentato dai tempi di attesa si può configurare come una soluzione inferiore in termini di benessere: lunghi tempi di attesa possono infatti inibire il consumo anche in presenza di necessità effettiva e determinano un forte incentivo a spostarsi verso prestazioni private a pagamento, riducendo così l'equità nell'accesso ai servizi sanitari (Muraro 2003; Rebba 2009; Rebba, Rizzi 2011 e 2012).

Alle compartecipazioni al costo dei beni e servizi sanitari viene affidato un duplice ruolo: di governo della domanda e di finanziamento della spesa sanitaria. Solo il primo configura un utilizzo appropriato, mentre utilizzare le compartecipazioni come strumento di finanziamento dell'assistenza sanitaria può essere fonte di iniquità distributiva anche in presenza di esenzioni per reddito e patologia.

Considerando il primo ruolo, si è sviluppato un ricco filone di letteratura economica che mostra come l'introduzione di forme di compartecipazione alla spesa possa consentire di limitare i fenomeni di azzardo morale che si determinano in presenza di ampia copertura assicurativa e che portano ad un sovraconsumo (al di sopra del livello appropriato) di beni e servizi sanitari. Nel caso di terzo pagante pubblico, una possibile opzione per fronteggiare tale aumento della

spesa è dato dall'aumento dei contributi obbligatori o delle imposte. Si tratta di un'opzione che non appare attualmente percorribile in buona parte dei Paesi industrializzati in ragione dei limiti posti all'aumento della pressione fiscale dalla globalizzazione e dell'opportunità di non appesantire ulteriormente il già elevato peso tributario gravante sui contribuenti in una fase di recessione. Un'opzione che peraltro conduce ad una perdita di benessere per la collettività, trattandosi di finanziare spese per consumi sanitari al di sopra del livello appropriato. Appare quindi più efficiente, in termini allocativi, controllare l'azzardo morale utilizzando forme di compartecipazione che tendono a responsabilizzare i cittadini-utenti rendendoli in qualche misura consapevoli dei vincoli di scarsità delle risorse (Rebba, Rizzi, 2013)

Le forme di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti utilizzate nei diversi sistemi sanitari sono di vario tipo e assumono in genere le seguenti configurazioni:

1. compartecipazione proporzionale (*coinsurance*), ovvero una quota percentuale del costo della prestazione a carico del paziente;
2. compartecipazione fissa (*copayment* o *ticket*), cioè un ammontare fisso posto a carico del paziente e indipendente dal costo effettivo della prestazione sanitaria;
3. franchigia, cioè un ammontare per caso o per anno a carico del paziente prima che intervenga la copertura assicurativa;
4. massimale, un ammontare massimo a carico dell'assicurazione con spese in eccesso a carico del paziente.

## 2.1 Il ticket sanitario

Nel caso del SSN italiano, la compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli utenti ha assunto tipicamente la configurazione del copayment (compartecipazione in quota fissa) ed è stata indicata con il termine <<ticket>>. Per semplicità espositiva, nel presente contesto, il termine ticket viene usato per contrassegnare indifferentemente un *copayment* oppure una *coinsurance*, senza distinguere quindi tra compartecipazione fissa o proporzionale rispetto al costo della prestazione sanitaria.

La fissazione di un ticket può consentire di limitare i fenomeni di eccesso di domanda.

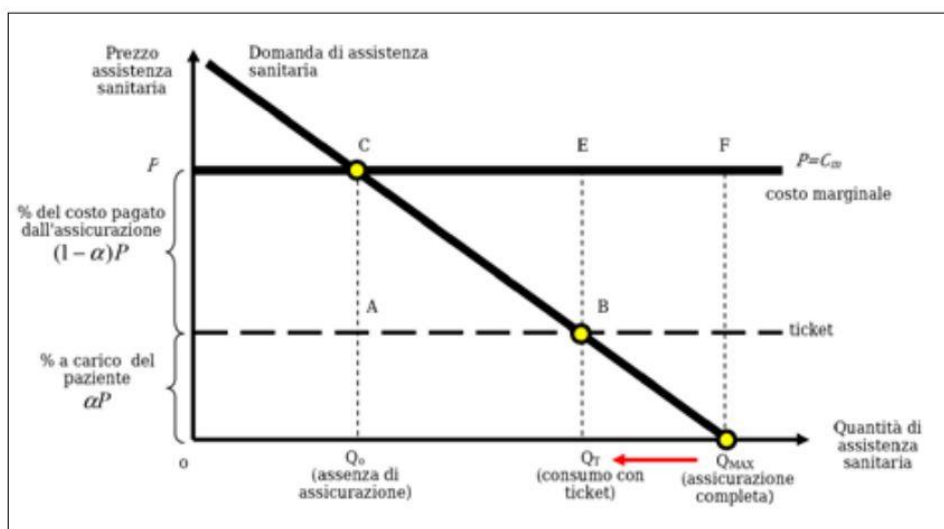


Figura 2.1 Riduzione dell'azzardo morale con l'applicazione di un ticket (Rebba, 2015)

Abbiamo analizzato nel capitolo precedente come, con una copertura assicurativa completa, la quantità consumata di servizi sanitari aumenterebbe da  $Q_0$  a  $Q_{MAX}$ , determinando un sovraconsumo pari alla differenza  $Q_{MAX} - Q_0$ . Questa particolare situazione si verrebbe a determinare per tutti i beni e servizi sanitari rientranti nei LEA offerti gratuitamente dal SSN. Tale sovraconsumo genera una perdita di benessere pari all'area  $CFQ_{MAX}$  in quanto il beneficio dell'assistenza sanitaria in eccesso (misurato dall'area  $CQ_{MAX}Q_0$ ) è inferiore al costo addizionale (pari all'area  $CFQ_{MAX}Q_0$ ). In generale, tale perdita di benessere sociale tende ad essere più consistente quanto più elevata è l'elasticità al prezzo della domanda individuale di assistenza sanitaria.

Nella letteratura economica si evidenzia che la perdita di benessere dovuta al sovraconsumo è controbilanciata dal beneficio derivante dalla copertura assicurativa dei rischi di malattia, che riduce l'incertezza degli individui circa possibili perdite monetarie future. In particolare, è possibile definire un livello <<appropriato>> di assistenza sanitaria  $Q_T$  che garantisca l'eguaglianza tra beneficio sociale addizionale dell'assicurazione e costo sociale addizionale del sovraconsumo (in termini di azzardo morale). Il livello di consumo appropriato  $Q_T$  (per cui il costo marginale sociale è pari al beneficio marginale sociale), superiore al livello  $Q_0$  (che verrebbe scelto autonomamente dal paziente in assenza di copertura assicurativa) può essere incentivato attraverso l'introduzione di un ticket  $T$ , pari ad una quota  $\alpha$  del prezzo di mercato della prestazione sanitaria ( $T = \alpha P$ ), riducendo quindi il consumo al livello appropriato ed eliminando l'eccesso di domanda  $Q_T Q_{MAX}$ . Con l'applicazione di un ticket così definito si eliminerebbe la perdita di benessere per la collettività determinato dall'eccesso di consumo oltre il livello appropriato, rappresentato nel grafico dall'area del trapezio  $BEFQ_{MAX}$  (ottenuta

come differenza netta tra i costi addizionali  $EFQ_{MAX}Q_T$  e i benefici addizionali  $BQ_{MAX}Q_T$  determinati dal consumo oltre il livello appropriato).

Tale situazione corrisponderebbe di fatto ad una situazione di *first best*, rappresentata da un contratto assicurativo ottimale in assenza di asimmetria informativa. In tal caso il SSN coprirebbe esattamente il valore monetario delle cure efficienti  $Q_T$  e il paziente, pagando il ticket ottimale, domanderebbe proprio tale ammontare di cure.

L'esistenza di vincoli informativi o di altro tipo – ad esempio, il fatto che il livello appropriato di consumo varia a seconda del paziente e richiederebbe quindi un ticket personalizzato, mentre nella realtà la compartecipazione viene definita in maniera uniforme per tutti i pazienti non esenti – porta tuttavia a definire generalmente un livello di compartecipazione non ottimale (*second best*) che può consentire di attenuare, ma non eliminare completamente, la perdita di benessere (Rebba, Rizzi, 2013).

Nella letteratura economica sono stati sviluppati modelli che determinano la struttura del contratto assicurativo e il livello di compartecipazione che sono in grado di garantire nello stesso tempo sia l'equilibrio ottimale tra *pooling* dei rischi degli assicurati sia la riduzione dell'inefficienza legata al rischio morale. Questi modelli evidenziano che l'efficacia del ticket come strumento di controllo del rischio morale dipende dall'**elasticità** rispetto al prezzo della domanda di assistenza sanitaria.

Una regola generale che si può trarre dalla letteratura citata è che la compartecipazione dovrebbe essere fissata ad un livello più basso (o nullo) per le prestazioni sanitarie contraddistinte da bassa (o nulla) elasticità della domanda al prezzo. È il caso, ad esempio, delle prestazioni urgenti, dei farmaci salvavita, delle terapie richieste dalle persone più vulnerabili e affette da gravi patologie croniche, nonché delle forme di assistenza che non presentano alternative terapeutiche. In questi casi il ticket risulterebbe inefficace come strumento di governo degli eccessi di domanda, mentre sarebbe molto efficace come strumento di finanziamento poiché garantirebbe un gettito sicuro e stabile, andando a gravare su prestazioni la cui domanda è rigida rispetto al prezzo e quindi non comprimibile. Un tale utilizzo del ticket, oltre che inefficace rispetto all'obiettivo di controllare il rischio morale, appare particolarmente iniquo in quanto pone un onere finanziario maggiore proprio a carico delle persone caratterizzate da più elevato rischio sanitario e maggiore bisogno di assistenza.

L'uso corretto del ticket richiede quindi che la compartecipazione a carico del paziente/consumatore sia più elevata per i servizi non urgenti e meno essenziali caratterizzati da una più elevata elasticità della domanda (ad esempio, i farmaci non essenziali, le cure termali). Nella realtà una prestazione sanitaria difficilmente può essere definita a priori “non

urgente” o “non essenziale”, per cui la scelta delle prestazioni sanitarie da assoggettare a ticket deve essere effettuata sulla base di una preliminare valutazione implicita o esplicita (in base a criteri di prioritarizzazione e di Ebm) del grado di urgenza e di essenzialità delle prestazioni stesse rispetto a particolari categorie di pazienti. La previsione di esenzioni soggettive, legate all’esistenza di patologie croniche o a particolari condizioni di fragilità, avviene invece facendo riferimento alla singola situazione individuale (Rebba, Rizzi 2013).

Va peraltro considerato che le persone in condizioni economiche disagiate sono caratterizzate da una domanda di assistenza sanitaria molto elastica al prezzo e potrebbero, in presenza di un ticket, ridurre eccessivamente o addirittura azzerare i loro consumi anche nel caso in cui questi fossero appropriati ed efficaci. Ciò dipende dall’effetto di reddito negativo determinato dal ticket che incide in maniera particolarmente forte sulle persone con più basso livello di ricchezza. In questo caso, l’applicazione del ticket potrebbe determinare un sottoconsumo di prestazioni sanitarie (sia di prevenzione che curative) da parte delle classi sociali più deprivate, con un impatto negativo sulla salute e un possibile aumento della spesa sanitaria nel medio–lungo periodo in termini di complicanze e ospedalizzazione. Ciò comporterebbe una riduzione sia dell’equità nell’accesso ai servizi, sia dell’efficienza allocativa, con un peggioramento del benessere per la collettività degli assicurati. Si ritiene quindi preferibile esentare dal ticket le persone che, a causa di una situazione economica particolarmente sfavorevole, potrebbero essere disincentivate ad accedere a prestazioni sanitarie essenziali.

L’analisi teorica e quella empirica segnalano inoltre che un’applicazione solo parziale del ticket potrebbe determinare effetti indesiderati nella misura in cui vi fosse un’elevata sostituibilità tra diverse forme di assistenza sanitaria. Infatti, se in sostituzione delle prestazioni gravate da ticket si ricorre impropriamente ad altre prestazioni completamente gratuite, si potrebbe determinare un aumento della spesa pubblica tanto più accentuato quanto più elevata è l’elasticità della domanda al prezzo dei servizi offerti gratuitamente. Potrebbe essere quindi opportuna l’introduzione del ticket per un’ampia gamma di prestazioni, in modo da evitare il processo di deviazione della domanda verso forme di assistenza sostitutive inappropriate e più costose non colpite dal ticket.

Dalla precedente discussione emerge come l’utilizzo del ticket venga giustificato dalla necessità di responsabilizzare l’utente circa il costo dei consumi sanitari, spingendolo a ridurre esclusivamente l’utilizzo di beni e servizi inappropriati e con ridotti (o nulli) benefici sociali.

A questo punto, però, emergono due problemi (Rebba, 2009).

Il primo riguarda l'effettiva capacità delle compartecipazioni a contenere solo la domanda di prestazioni inappropriate e con bassa efficienza senza che venga invece pregiudicata anche la domanda di prestazioni sanitarie con elevata produttività in termini di salute. Recentemente si è cercato di affrontare il problema sviluppando un nuovo approccio che tende ad affinare il modello standard basato sul controllo dell'azzardo morale attraverso compartecipazioni positivamente correlate con l'elasticità della domanda al prezzo. Secondo il nuovo approccio, definito *value-based cost-sharing*, si dovrebbero applicare compartecipazioni più basse per i beni e servizi sanitari contraddistinti da maggiori evidenze di efficacia clinica e di costo-efficacia per specifici gruppi di pazienti. Queste evidenze sono ottenute grazie alla sempre maggiore diffusione dell'*health technology assessment* (HTA), un importante strumento di governo attivo dell'innovazione ormai diffuso nei sistemi sanitari pubblici con l'obiettivo di fornire ai responsabili delle politiche sanitarie e delle scelte assistenziali informazioni trasparenti, affidabili e scientificamente rigorose sugli effetti delle tecnologie mediche e che permettono, dunque, di valutare la desiderabilità delle prestazioni sanitarie innovative. Tuttavia un approccio di questo tipo potrebbe essere caratterizzato da costi applicativi piuttosto rilevanti, soprattutto quando sono le caratteristiche del paziente stesso a determinare il valore più o meno elevato da assegnare alla prestazione. Effetti correttivi sulla domanda potrebbero essere ottenuti anche attraverso campagne informative mirate, ma queste appaiono un valido strumento di governo della domanda, alternativo al ticket, solo nel caso di servizi caratterizzati da una domanda poco reattiva al prezzo.

Il secondo problema che viene spesso sollevato riguardo all'efficacia dei ticket è legato all'effetto Sid: se è il medico a determinare di fatto la domanda del paziente, quest'ultima non dovrebbe essere influenzata dal prezzo. Ne segue che l'eventuale sovraconsumo non può essere ridotto utilizzando le compartecipazioni ma solo modificando con opportuni incentivi il comportamento dei medici. L'argomentazione viene spesso fondata sull'assunto di non sostituibilità dei trattamenti per un dato stato di salute, che escluderebbe l'andamento decrescente e continuo del beneficio marginale rappresentato con la curva di domanda che diventerebbe rigida, cioè insensibile a variazioni di prezzo. 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. Tale impostazione rappresenta però almeno due punti deboli. In primo luogo, in molti casi un dato problema di salute può essere affrontato con tecniche e trattamenti alternativi, per cui la domanda di assistenza sanitaria presenta una certa elasticità. Solo per le prestazioni urgenti o di particolare complessità (ad esempio, i ricoveri ospedalieri), oppure per le prestazioni che rientrano all'interno di percorsi prestabiliti di trattamento (ad esempio, follow-up e

accertamenti diagnostici per patologie tumorali), si può ritenere che non esistano alternative di pari efficienza e appropriatezza, per cui la domanda che viene formulata è rigida ed è di fatto coincidente con quella del medico-agente. Ma per molte altre prestazioni (visite mediche generiche, visite specialistiche, prestazioni diagnostiche, farmaci), si è in presenza di domanda elastica e quindi il fatto che il medico orienti la richiesta del paziente può **attenuare ma non eliminare** del tutto l'utilità del ticket come strumento di governo della domanda. In secondo luogo, occorre considerare che l'assenza di compartecipazioni può determinare una sorta di collusione implicita tra medico e paziente a danno del terzo pagante. In effetti sia i medici di medicina generale sia i medici specialisti, per diversi motivi (accontentare il paziente, ridurre i tempi di attesa, motivazioni di medicina difensiva, ecc), possono essere indotti a non negare la prescrizione di accertamenti diagnostici o terapie non necessari. L'introduzione di un sistema di ticket non verrebbe quindi a limitare solo la domanda diretta da parte dei consumatori finali ma potrebbe rompere questo particolare gioco collusivo dal momento che i pazienti avrebbero interesse ad utilizzare solo i beni e i servizi sanitari effettivamente necessari e, nel contempo, i medici potrebbero essere incentivati ad orientare i propri pazienti verso prestazioni maggiormente costo-efficaci. L'esempio appena descritto indica l'opportunità di utilizzare il ticket, anche in presenza di domanda indotta, qualora l'accesso alle prestazioni specialistiche e farmaceutiche garantite dall'assicurazione pubblica (il Ssn) avvenga attraverso il filtro del medico territoriale remunerato dal terzo pagante con quote capitarie.

In conclusione, a certe condizioni, relative alla modalità di remunerazione e di organizzazione dei fornitori di assistenza sanitaria, il ticket può conservare una certa efficacia come strumento di governo della domanda, anche considerando l'induzione della domanda da parte dei medici. L'esistenza contemporanea di fenomeni di rischio morale ex post e di effetto Sid suggerisce comunque di controllare i consumi sanitari agendo sia dal lato della domanda, attraverso il ticket, sia dal lato dell'offerta, attraverso meccanismi di responsabilizzazione dei prescrittori che li incentivino ad orientare i pazienti verso prestazioni appropriate ed efficaci (Rebba, Rizzi, 2013). Il mix di strumenti dal lato della domanda e dal lato dell'offerta è variabile a seconda dei sistemi sanitari, delle strategie messe in campo dal terzo pagante e dalla stessa tipologia delle prestazioni sanitarie.

## 2.2 Analisi empiriche sugli effetti delle compartecipazioni

Molti studi empirici hanno analizzato l'efficacia delle compartecipazioni a contrastare l'azzardo morale e a determinare un contenimento della spesa per il terzo pagante. Buona parte di questi studi si riferisce agli Stati Uniti dove esiste una grande varietà di coperture assicurative ed è quindi più agevole misurare gli effetti delle compartecipazioni.

Il più importante e citato studio sperimentale a riguardo è rappresentato dal *Rand Health Insurance Experiment* (RHIE) condotto tra il 1974 e il 1981 (Manning, 1987). Nello studio, 2000 famiglie (complessivamente 5809 persone di età inferiore ai 62 anni) sono state assegnate in maniera casuale a 14 diversi piani assicurativi raggruppabili in 5 categorie: una prima categoria in cui la copertura assicurativa era completa (assenza di *cost-sharing*) e altre quattro categorie che prevedevano diverse forme di compartecipazione per tutti i tipi di prestazioni sanitarie (farmaceutiche, diagnostiche, specialistiche e di ricovero ospedaliero). I principali risultati dello studio RHIE possono essere così sintetizzati:

- all'aumentare dell'aliquota di compartecipazione si riduce la percentuale di persone che domandano prestazioni sanitarie e il numero annuo di visite mediche pro capite;
- le componenti più elastiche al prezzo riguardano la domanda di farmaci, le cure odontoiatriche e l'assistenza ambulatoriale generica, mentre quelle meno elastiche riguardano la domanda di prestazioni specialistiche e di ricoveri ospedalieri;
- la compartecipazione riduce l'utilizzo delle cure a bassa produttività di salute ma talora può scoraggiare anche la domanda di prestazioni efficaci e appropriate;
- le categorie più vulnerabili (persone a basso reddito e/o affette da patologie croniche) evidenziano indicatori di morbilità e di mortalità significativamente peggiori quando siano soggette a compartecipazioni elevate.

Altri studi hanno evidenziato risultati analoghi a quelli del RHIE, concentrandosi talora solo su specifiche prestazioni sanitarie. Le diverse analisi empiriche rilevano come i ticket, anche di importo ridotto, possano determinare un contenimento dei consumi e della spesa per il terzo pagante, ma non offrono evidenze conclusive circa la capacità delle compartecipazioni di limitare la domanda solo delle prestazioni inappropriate e poco efficaci. Sarebbe quindi importante verificare se le compartecipazioni possano avere conseguenze negative in termini di salute, ma su questo aspetto le evidenze portate dagli studi realizzati appaiono contrastanti, anche perché molti Paesi che utilizzano le compartecipazioni (in particolare quelli europei), prevedono esenzioni per le persone più fragili e vulnerabili, quali i malati cronici, i disabili, gli anziani e i soggetti in condizioni economiche disagiate. Nei Paesi che non prevedono un'applicazione diffusa di esenzioni di questo tipo, come ad esempio gli Stati Uniti, le evidenze empiriche segnalano invece effetti dannosi per la salute delle categorie vulnerabili.

### 2.3 Controindicazioni del ticket e possibili rimedi

Le principali obiezioni che vengono mosse ai ticket considerano gli effetti indesiderati che questi possono determinare riducendo l'equità e l'efficienza allocativa dei sistemi sanitari.



Indubbiamente il ticket appare controindicato per una serie di prestazioni e di categorie di pazienti e, se applicato in maniera indiscriminata, può portare ad esiti opposti rispetto a quelli desiderati. Gli effetti negativi del ticket possono però essere neutralizzati o ridotti adottando opportune contromisure in modo da responsabilizzare la domanda senza pregiudicarne, ma addirittura preservando, le funzioni redistributive ed equitative proprie di un sistema sanitario pubblico (Rebba, 2009).

Un primo argomento che viene tipicamente avanzato contro le compartecipazioni si fonda sulla constatazione che, essendo commisurate al costo e alla quantità dei beni e servizi sanitari domandati e non alla capacità contributiva (in senso positivo) o al rischio sanitario (in senso negativo), esse configurano una forma di tassazione regressiva. Penalizzando i pazienti cronici e le persone in condizioni di fragilità, la cui domanda è molto rigida, oppure le persone a basso reddito, la cui domanda è molto elastica, i ticket potrebbero:

- ridurre il grado di accessibilità all'assistenza sanitaria da parte di chi si trova in condizioni di oggettivo bisogno e di chi non sarebbe in grado di pagare un prezzo anche molto ridotto;
- determinare una riduzione della solidarietà nel Ssn, con uno spostamento dell'onere del finanziamento sui più malati e sui più poveri.

Tali effetti regressivi del ticket possono essere eliminati o attenuati con una serie di misure già previste e/o in atto in molti sistemi sanitari quali il nostro Ssn: tra queste, le esenzioni soggettive in relazione alla patologia (esenzioni per patologie croniche), all'invalidità, all'età e alla condizione economica; la fissazione di ticket che aumentano con il livello di reddito o di ricchezza garantendo la progressività dell'onere; la previsione di un tetto massimo annuo oppure di un limite massimo di incidenza del ticket sul reddito annuo. Si tratta di misure che comportano costi di controllo e amministrazione che si dovrebbe cercare di contenere adottando efficienti sistemi di gestione delle compartecipazioni (Rebba, 2009).

A prescindere dalle misure correttive appena menzionate, si può inoltre osservare che la valutazione degli effetti distributivi del ticket è in realtà più complessa di quella offerta dalla tesi secondo cui tale strumento è fortemente regressivo, e ciò in base a due particolari considerazioni.

In primo luogo, la tesi tradizionale dell'inequità distributiva trascura il fatto che il ticket sostituisce parzialmente alcuni meccanismi nascosti di razionamento, quali i tempi di attesa e il deterioramento qualitativo dell'assistenza pubblica, e per questa via potrebbe consentire di ridurre il ricorso alla medicina privata. Il controllo della domanda mediante i prezzi potrebbe cioè consentire una riduzione dei tempi di attesa e un aumento della qualità dell'assistenza

pubblica e ciò andrebbe a vantaggio soprattutto dei cittadini a minor reddito, costretti a restare nel servizio pubblico, mentre i più ricchi possono in ogni caso ricorrere ai servizi privati alternativi a pagamento intero.

In secondo luogo, in assenza del meccanismo regolatore e delle relative entrate dei ticket, un sistema sanitario pubblico potrebbe non essere in grado di soddisfare la domanda di nuove prestazioni che si manifesta nella società a fronte delle innovazioni in campo biomedico e con il diffondersi di una nuova cultura di salute legata alla crescita del reddito pro capite. L'utilizzo del ticket, insieme alle misure correttive prima indicate, potrebbe evitare che le nuove prestazioni siano rese disponibili solo a chi può pagarle privatamente a prezzo pieno oppure ricorrendo ad una copertura assicurativa privata supplementare.

Favorendo il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e consentendo una certa possibilità di espansione nel tempo della gamma delle prestazioni rientranti nella copertura pubblica di base, i ticket potrebbero contribuire a salvaguardare i sistemi sanitari pubblici che potrebbero meglio adattarsi all'evoluzione dei bisogni di salute e delle innovazioni in campo medico. Ne consegue che una valutazione completa del saldo netto degli effetti equitativi dei ticket risulta complessa e potrebbe fornire addirittura un risultato non negativo (Rebba, 2009).

Un'altra frequente obiezione all'adozione dei ticket si fonda sulla considerazione dei possibili effetti sanitari negativi di lungo periodo. I ticket potrebbero determinare una riduzione delle azioni di prevenzione e un rinvio di quelle curative, con un peggioramento dello stato di salute della popolazione e un aumento della spesa sanitaria a causa del ricorso (ritardato) a servizi più costosi. In base a tale argomentazione, dal momento in cui la popolazione non ha le informazioni necessarie per valutare autonomamente le reali necessità di cura, si potrebbe rivelare meno costoso per la collettività, sul fronte delle patologie evitate e della conseguente spesa sanitaria, soddisfare tutte le richieste anziché razionare la domanda perché in quest'ultimo caso una mancata cura potrebbe significare un peggioramento dei livelli di salute e un aumento delle spese future.

#### **2.4 Problemi di equità in un sistema sanitario decentrato: l'applicazione del ticket in Italia**

Nei sistemi sanitari caratterizzati da un elevato grado di decentramento, le compartecipazioni per una stessa prestazione sanitaria possono variare a seconda delle diverse articolazioni territoriali del sistema sanitario, determinando rilevanti problemi di equità. È quello che succede per il Ssn italiano caratterizzato da una forte autonomia delle Regioni nella gestione dei ticket (art. 10 della Legge 133/1999), che presenta una serie di rilevanti differenze per quanto riguarda

il pagamento del ticket su farmaci, visite specialistiche e accertamenti di diagnostica strumentale e di laboratorio, prestazioni non urgenti in Pronto soccorso e le stesse modalità di esenzione per le categorie previste (patologia, invalidità, età e reddito). In ogni caso i diversi interventi messi in atto dalle Regioni italiane rispondono ad esigenze di finanziamento più che a finalità di governo della domanda, aumentando il grado di regressività del sistema soprattutto per quanto riguarda il ticket sui farmaci e sulle prestazioni diagnostiche e specialistiche. Inoltre, in molti casi, mancano verifiche attendibili sull'esistenza delle reali condizioni di esenzione per motivi di reddito.

Da quanto osservato, emerge che l'applicazione dei ticket in Italia non risponde ad obiettivi di efficienza allocativa e presenta dei problemi di equità tra le diverse Regioni con il rischio di accentuare i divari già esistenti nella possibilità di accesso ai servizi sanitari nelle diverse aree territoriali del paese, mentre dovrebbe essere garantita un'accessibilità uniforme a livello nazionale.

Infine, alla luce dei limiti e delle problematiche che caratterizzano l'uso del ticket sanitario, al giorno d'oggi sembra che un sistema sanitario non possa prescindere dall'applicazione più o meno ampia di meccanismi di compartecipazione alla spesa per ottenere la stabilità finanziaria, al di là della sua effettiva efficacia in termini di appropriatezza.

### 3. APPROPRIATEZZA CLINICA

Il buon funzionamento dei sistemi sanitari tradotto in termini di efficacia, efficienza ed equità e la loro tenuta sempre più spesso si rapporta alla capacità di determinare e identificare le cure necessarie, minimizzando fenomeni di inappropriatezza. La responsabilità di tutelare il servizio sanitario nazionale pone, infatti, la necessità di focalizzare alcune priorità tra cui la valutazione dell'efficacia, la riorganizzazione delle modalità e dei setting di erogazione delle cure, la realizzazione di meccanismi di integrazione e coordinamento ai vari livelli del sistema nonché la continua interazione con la collettività e la partecipazione attiva dei pazienti. L'aumento dei costi sanitari, inoltre, contestualmente all'esigenza di promuovere qualità e sicurezza, colloca la valutazione dell'appropriatezza al centro delle politiche sanitarie nazionali, regionali e locali. È ormai diffusa la cognizione che l'appropriatezza delle cure può essere misurata e si possa costruire quindi la base per compiere le scelte migliori sia per il singolo paziente sia per la collettività. Il ruolo dei professionisti che operano sul campo è fondamentale per raggiungere livelli sempre più elevati di appropriatezza clinica ed organizzativa e pertanto va promosso il loro coinvolgimento in ogni processo decisionale.

L'appropriatezza è un concetto complesso e multidimensionale, la cui definizione e significato sono variati nel tempo. Nell'ambito dei servizi e dell'assistenza sanitaria, una cura può considerarsi appropriata quando sia associata ad un beneficio netto o, più precisamente, quando è in grado di massimizzare il beneficio o minimizzare il rischio al quale un paziente va incontro quando accede a determinate prestazioni o servizi. Inoltre, nella storia naturale di qualunque condizione o trattamento, è possibile fissare un punto prima del quale è inappropriato intervenire o fornire un servizio e, analogamente, è possibile fissare un punto oltre il quale un servizio diventa inappropriato, in gran parte a causa della perdita di benefici in quella determinata fase di malattia o bisogno di assistenza. L'appropriatezza comporta implicazioni dirette ed indirette riguardanti la procedura corretta sul paziente giusto al momento opportuno e nel setting più adatto. Non si tratta, in definitiva, di una dimensione semplice e riconducibile ad un'unica interpretazione valida in assoluto: al contrario, indica condizioni complesse, contesto-dipendenti, che devono essere di volta in volta collocate nel rispettivo ambito di riferimento, definite e articolate in termini operativi, riferite a diversi soggetti coinvolti e misurate con metodi specifici.

Ad oggi, la definizione più ampiamente usata a livello internazionale è quella dell'organizzazione americana di ricercatori RAND, secondo cui una procedura è appropriata se il beneficio atteso (ad esempio, un aumento dell'aspettativa di vita o il sollievo dal dolore) supera le eventuali conseguenze negative (come l'ansia, il dolore, il tempo lavorativo perso)

con un margine sufficientemente ampio, tale da ritenere che valga la pena effettuarla. Al contrario, viene considerata inappropriata una procedura il cui rischio sia superiore ai benefici attesi. Tuttavia gran parte delle definizioni proposte tra gli anni '80 e '90 non tengono in considerazione il problema dei costi che, con il passare del tempo, è diventato una variabile integrante del concetto di appropriatezza. Alla luce di ciò è stata proposta una definizione più complessa, intesa come “i risultati di un processo decisionale che assicura il massimo beneficio netto per la salute del paziente, nell’ambito delle risorse che la società rende disponibili”.

Per quanto riguarda il nostro Paese, il termine “appropriatezza” ha acquisito una rilevanza normativa con il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, diventando uno dei criteri per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza. In particolare, l’attenzione si è focalizzata sull’appropriatezza organizzativa, in primis dell’assistenza ospedaliera, di cui le liste di DRG a rischio di inappropriata rappresentano una delle principali traduzioni operative. La definizione a cura del Ministero della Salute è la seguente: “*l’appropriatezza definisce 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*”.

Lohr e collaboratori definiscono la qualità dell’assistenza come “il grado con cui i sistemi sanitari riescono ad aumentare – a livello individuale e di popolazione – la probabilità di ottenere gli esiti desiderati in accordo con le migliori evidenze scientifiche”. In realtà oggi, nelle aziende sanitarie, le attività di miglioramento della qualità si intrecciano in maniera inestricabile con le strategie di contenimento dei costi, nella consapevolezza che per misurare la qualità dell’assistenza sono necessari gli strumenti della *clinical governance* (linee guida, percorsi assistenziali, audit clinico, gestione del rischio) che ha salde radici culturali della Evidence Based Medicine. Sono molti gli indicatori che misurano direttamente l’appropriatezza degli interventi sanitari, siano essi preventivi, diagnostici, terapeutici, riabilitativi, palliativi, assistenziali e che permettono di identificare le inapproprietezze, in eccesso e in difetto, suggerendo precocemente le aree di miglioramento del processo assistenziale.

La ricerca sui servizi sanitari dimostra numerosi gap tra le migliori evidenze scientifiche disponibili e la pratica professionale: infatti accanto alla mancata prescrizione di interventi sanitari efficaci, si assiste al continuo utilizzo di interventi inefficaci se non addirittura dannosi per i pazienti. Secondo alcune stime il 30-45% dei pazienti non riceve interventi sanitari appropriati in accordo alle evidenze scientifiche ed il 20-25% degli interventi sanitari erogati sono inappropriati e potenzialmente dannosi. Le conseguenze negative di tali gap per i sistemi sanitari sono enormi: aumentano l’inappropriatezza clinica ed organizzativa, riducono

l'efficacia dell'assistenza sanitaria, aumentano il rischio clinico e consumano preziose risorse economiche.

Secondo l'*Institute of Medicine* statunitense i principali problemi di inappropriata clinica che necessitano di essere superati sono:

1. Il sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche (*overuse*): ad esempio, ricoveri ordinari, diagnostica per immagini, laboratorio, farmaci, visite specialistiche, interventistica;
2. Il sotto-utilizzo (*underuse*): ad esempio, Assistenza Domiciliare Integrata, hospice, screening oncologici, vaccinazioni, prevenzione primaria, farmaci generici;
3. L'utilizzo scorretto o errato (*misuse*): ad esempio, interventi inappropriati.

L'inappropriata, soprattutto del primo tipo, viene associata spesso alla Medicina difensiva (sovra-prescrizione di esami diagnostici o di terapie principalmente per ridurre il rischio di responsabilità medico legali rispetto alle cure mediche prestate); si tratta però di una semplificazione, poiché l'inappropriata appare più realisticamente come il risultato di una molteplicità di fattori – professionali, scientifici, organizzativi, sociali, economici – che la rende un fenomeno difficile da contrastare (Nicolini e Grilli, 2015).

Inoltre quando si parla di inappropriata come spreco di risorse, impiegate nell'uso di interventi dallo scarso o nullo beneficio clinico, si coglie solo un aspetto del fenomeno, dimenticandone l'altra faccia, ovvero quella rappresentata dal non utilizzo di interventi efficaci laddove e quando sarebbero invece utili. Se da una parte quindi vi sono risorse sprecate, dall'altra ve ne sono altre che non vengono impiegate, o almeno non come dovrebbero. Appare, dunque, inadeguata l'idea che affrontare l'inappropriata significhi soltanto “tagliare” le risorse (sprecate), e non invece quantomeno riallocare quelle esistenti riducendo gli eccessi per sostenere quegli ambiti dove si fa troppo poco.

Infatti, la chiave per la sostenibilità del Ssn, così come il Piano di rientro regionale e delle singole ULSS, prevede due azioni fondamentali:

- Disinvestire da sprechi ed inefficienze e ricollocare le risorse in servizi essenziali per la popolazione;
- Correggere il sovra/sotto-utilizzo e l'inadeguato impiego di risorse.

Categoria	%	Mld €	(±20%)
1. Sovra-utilizzo	30	7,42	(5,94 – 8,90)
2. Frodi e abusi	20	4,95	(3,96 – 5,94)
3. Acquisti a costi eccessivi	13	3,21	(2,57 – 3,86)
4. Sotto-utilizzo	14	3,46	(2,77 – 4,15)
5. Complessità amministrative	11	2,72	(2,18 – 3,26)
6. Inadeguato coordinamento all'assistenza	12	2,97	(2,37 – 3,56)

Tabella 3.1 Impatto stimato degli sprechi sulla spesa sanitaria pubblica (GIMBE, 2016)

Per guidare Governo, Regioni, aziende sanitarie e professionisti nel processo di disinvestimento da sprechi ed inefficienze, nel 2014 la Fondazione GIMBE ha adattato al contesto nazionale la tassonomia di Don Berwick (per il sistema sanitario americano), secondo cui almeno il 20% della spesa sanitaria nei paesi industrializzati viene erosa dagli sprechi. Successivamente, integrando alcune stime disponibili da Istituzioni e organizzazioni nazionali. È stato definito il potenziale impatto delle sei categorie di sprechi nel SSN. L'aggiornamento 2015 stima € 24,73 miliardi di sprechi (tabella 3.1).

È importante sottolineare che negli anni, in Italia, si è radicata una vasta rete della corruzione che erode costantemente preziose risorse alla sanità pubblica, settore particolarmente esposto a fenomeni opportunistici, perché caratterizzato da un inestricabile mix di complessità, incertezze, distorsione delle informazioni scientifiche, qualità poco misurabile, conflitti di interesse, corruzione, estrema variabilità delle decisioni cliniche, manageriali e politiche. Tutti questi fattori rendono il sistema poco controllabile: di conseguenza, ingenti quantità di denaro vengono esposte a condizionamenti impropri, che determinano varie tipologie di frodi, abusi e illeciti, sottraendo risorse preziose al SSN (GIMBE, 2016).

Indubbiamente per alcune categorie di sprechi le Istituzioni stanno andando nella giusta direzione, almeno a livello normativo: piano nazionale anticorruzione, criteri di selezione dei direttori generali, centralizzazione degli acquisti, patto per la salute digitale. Rimangono tuttavia ancora un lontano miraggio la riorganizzazione integrata tra ospedale e cure primarie (fortemente legata alle politiche sanitarie regionali) e soprattutto il contributo attivo dei professionisti nel definire in maniera condivisa servizi e prestazioni sanitarie da cui disinvestire (GIMBE, 2016).

Il management delle aziende sanitarie locali deve essere guidato dall'appropriatezza dei processi e dagli esiti di salute, non dalla produttività di servizi e prestazioni. Per garantire la sostenibilità del servizio sanitario, il denaro pubblico deve finanziare solo interventi sanitari

efficaci, appropriati e dall'*high value*. Le risorse assorbite da sprechi e inefficienze possono essere recuperate attraverso un processo virtuoso di **disinvestimento** e reinvestite in servizi essenziali ed innovazione. Tali percorsi di disinvestimento devono prevedere la riallocazione delle risorse sanitarie sottratte dagli interventi sanitari *low value* (overuse) inefficaci, rischiosi e inappropriati che, a fronte delle risorse impegnate, hanno poche conseguenze sul piano della salute e trasferite in interventi sanitari *high value* (underuse), cioè efficaci, sicuri e appropriati, senza impegno economico aggiuntivo.

### 3.1 Appropriatazza organizzativa

Per realizzare in sanità degli interventi che cambino le pratiche professionali e si traducano in miglioramento dello stato di salute misurabile con specifici indicatori di processo (percorsi assistenziali) e di esito (outcome di salute, spesso legato a determinanti della salute a volte indipendenti dal percorso di cura, quali il patrimonio genetico, l'ambiente, l'ecosistema), l'appropriatazza clinica non può prescindere dall'appropriatazza organizzativa.

L'appropriatazza organizzativa si realizza quando la prestazione sanitaria viene erogata utilizzando il contesto assistenziale potenzialmente migliore in termini di efficienza (controllo dei costi), sicurezza ed efficacia (Rebba, 2016).

Secondo la Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), gli interventi che cambiano le pratiche professionali si devono mettere in atto in più ambiti:

- interventi finanziari sui provider, da intendersi come soggetti erogatori di assistenza sanitaria (aziende sanitarie pubbliche e private accreditate sia i professionisti stessi): quote capitarie, incentivi, indennità prontuari terapeutici;
- interventi finanziari sui pazienti, come premi assicurativi, ticket sanitario, benefit (*patient incentives*) assegnati a specifici comportamenti o stili di vita, penalizzazione (*patient penalty*);
- interventi organizzativi *provider-oriented*: revisione di ruoli professionali, creazione di team multidisciplinari o integrazione di team già esistenti, integrazione formale dei servizi tra settori o team differenti, strategie organizzative per garantire continuità assistenziale tra ospedale, territorio e domicilio, interventi motivazionali sui professionisti, comunicazione di casi a distanza (telemedicina);
- interventi organizzativi *patient-oriented*: coinvolgimento degli utenti nell'organizzazione dei servizi sanitari (comitati consultivi misti, ufficio relazione col pubblico), strategie per gestire suggerimenti e reclami utilizzati tra gli strumenti di risk management;



- interventi strutturali, che comprendono vari interventi quali i requisiti minimi per l'accreditamento delle strutture sanitarie, modifiche del setting di erogazione dei servizi sanitari, modifiche della struttura, di impianti e attrezzature, organizzazione del personale, presenza di organizzazioni per il monitoraggio della qualità;
- interventi regolatori e/o legislativi in grado di modificare l'erogazione ed i costi dei servizi sanitari, l'abilitazione all'esercizio professionale, i cambiamenti nella responsabilità professionale, interventi tutti che possono sovrapporsi con quelli organizzativi e finanziari;
- interventi professionali che vedono direttamente coinvolti i professionisti con varie modalità: meeting di formazione, opinion leader locali, marketing, mass media.

Un piano di implementazione efficace prevederebbe una distribuzione equa delle risorse nelle varie tipologie di intervento, in particolare tenendo in considerazione l'efficacia delle singole strategie, gli ostacoli e le motivazioni locali al cambiamento: ad oggi, invece, le organizzazioni sanitarie sprecano troppe risorse per interventi di documentata inefficacia che riguardano quasi esclusivamente interventi professionali.

La qualità dell'assistenza sanitaria deve, infine, essere valutata e misurata da alcuni indicatori: indicatori di struttura (strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali), di esito e di processo. Questi ultimi misurano l'appropriatezza del processo assistenziale in relazione a standard di riferimento: linee guida, percorsi assistenziali. Dal momento in cui non forniscono informazioni sugli outcome, gli indicatori di processo vengono definiti *proxy* (sostitutivi) perché potenzialmente in grado di prevedere un miglioramento degli esiti assistenziali e misurano direttamente l'appropriatezza degli interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, riabilitativi, palliativi e assistenziali) prescritti ai pazienti, documentando la qualità dell'atto professionale. Permettono inoltre di identificare le inapproprietezze in eccesso o in difetto suggerendo precocemente le aree di miglioramento del processo assistenziale. Gli indicatori di esito, invece, documentano una modifica degli esiti assistenziali clinici (mortalità e morbilità), economici (costi diretti e indiretti) e umanistici (qualità di vita, soddisfazione degli utenti). Gli esiti clinici sono comunque influenzati da molte variabili indipendenti dall'assistenza sanitaria (Gimbe News, 2009).

### 3.2 Il decreto appropriatezza

Il tanto discusso e contestato decreto appropriatezza del 9 dicembre 2015, che individua le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva per 203 prestazioni di

assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, è entrato ufficialmente in vigore con la pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale del 20 gennaio 2016. Il provvedimento, previsto dal decreto Enti locali della scorsa estate, era stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni lo scorso 26 novembre, ma sin dall'inizio si erano scatenate forti critiche e proteste, soprattutto per le possibili sanzioni in cui potrebbero incorrere i medici che prescrivessero prestazioni inappropriate a carico del servizio sanitario.

Nel decreto Enti locali si prevedeva che con decreto del Ministero della Salute sarebbero state individuate "le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale<sup>2</sup>. Le prestazioni al di fuori dei criteri di erogabilità devono essere a carico del paziente e, in caso di comportamento prescrittivo non conforme alle indicazioni disciplinate dal decreto stesso, "l'ente richiede al medico prescrittore le ragioni della mancata osservanza delle predette condizioni insufficienti, l'ente adotta i provvedimenti di competenza, applicando al medico prescrittore dipendente del Ssn delle sanzioni di tipo disciplinare ed economico.

Con l'entrata in vigore del decreto del Ministero della Salute, d'ora in avanti i medici potranno quindi prescrivere determinati esami o interventi a carico del Servizio sanitario nazionale solo se sono soddisfatte le **indicazioni di appropriatezza** prescrittiva e se il paziente rientra nelle situazioni in cui la prestazione può essere erogata, ovvero se la sua patologia soddisfa delle "**condizioni di erogabilità**". Con l'obiettivo di una razionalizzazione e contenimento della spesa, esami e visite considerate inappropriate saranno quindi totalmente a carico dell'assistito, non graveranno più sul Ssn. Si parla di 203 prestazioni di odontoiatria, genetica, radiologia diagnostica, esami di laboratorio, dermatologia allergologica, medicina nucleare. Le Regioni, attraverso i servizi sanitari regionali, avranno il compito di fornire strumenti e definire le procedure per favorire la prescrizione appropriata delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Il comportamento dei medici dovrà quindi essere coerente sia alle condizioni di erogabilità che alle indicazioni di appropriatezza del nuovo decreto ministeriale.

Gli allegati del decreto sono tre (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 2016):

- L'allegato 1 contiene le 203 prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale cui sono associate condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza prescrittiva;
- L'allegato 2 riporta le patologie diagnosticabili con le prestazioni di genetica medica, le patologie e le condizioni per le quali è appropriata l'esecuzione di prestazioni di citogenetica, le patologie e le condizioni oncoematologiche per le quali è indicata

l'indagine genetica e/o citogenetica e quelle per cui è appropriata l'esecuzione di prestazioni di immunogenetica;

- L'allegato 3 contiene i criteri con cui sono state identificate le condizioni di erogabilità di odontoiatria.

Due sono le **categorie protette**: i pazienti in età evolutiva, quindi gli under 14, e i soggetti in condizione di vulnerabilità sociale e sanitaria, qualora siano indispensabili questo tipo di cure e dove sussistano condizioni di svantaggio economico, basso reddito, marginalità ed esclusione sociale. Nella vulnerabilità sanitaria rientrano anche i destinatari di trapianti, soggetti con immunodeficienze, cardiopatie congenite o gravi, tumori del sangue e disordini della coagulazione.

A fronte delle vivaci proteste sollevate dai professionisti della sanità e dopo una lunga serie di confronti e osservazioni sul decreto stesso, in un successivo incontro del 12 febbraio 2016, convocato dal ministro della salute con i rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome e della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) sono state esaminate le criticità emerse successivamente alla pubblicazione del decreto stesso. Alla luce di questo confronto, Ministro della salute, Regioni e FNOMCEO hanno condiviso l'impegno:

- di confermare l'obiettivo etico di perseguire con determinazione la massima appropriatezza di tutte le prestazioni erogate dal Ssn sia in regime di ricovero sia in regime ambulatoriale;
- di attivare un tavolo congiunto di confronto permanente con la partecipazione di Ministero della Salute, rappresentanti delle Regioni e della FNOMCeO che potrà avvalersi dell'apporto delle società scientifiche al fine di semplificare dal punto di vista organizzativo e prescrittivo ed eventualmente di riformulare i criteri di appropriatezza e di erogabilità previsti dal D.M. 9 dicembre 2015;
- a coinvolgere i medici nelle governance del sistema e delle eventuali criticità nella fase attuativa e applicativa del decreto stesso;
- di condividere e predisporre una serie di azioni al fine di garantire l'applicazione omogenea delle disposizioni del decreto su tutto il territorio nazionale;
- a promuovere un'adeguata informazione presso i pazienti (*empowerment*), anche attraverso specifiche campagne di comunicazione, con l'obiettivo di facilitare la comprensione del decreto e di garantire che i pazienti cronici e gli invalidi siano salvaguardati dalle disposizioni vigenti;

- che le risorse risparmiate siano reinvestite nel Servizio sanitario nazionale, nella direzione dell'appropriatezza clinica e organizzativa.

Una volta approfondite le diverse e più significative problematiche emerse in sede di prima applicazione del decreto ministeriale, è stata emanata in data 25 marzo 2016 una nuova circolare con l'obiettivo di facilitare la comprensione del decreto nonché di prevederne la semplificazione e l'eventuale riformulazione per avviare una fase di sperimentazione e monitoraggio, nella consapevolezza che il perseguimento dell'efficacia delle prestazioni e dei servizi sia elemento essenziale per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale.

In ogni caso la definizione delle "condizioni di erogabilità di prestazioni appropriate" rappresenta un atto programmatico diverso dalla definizione dell'appropriatezza clinica intesa come qualità dell'atto professionale, da valutare con gli strumenti della revisione tra pari (audit) e che deve tener conto delle complesse interazioni proprie della relazione di cura.

### 3.3 Choosing Wisely e Slow Medicine

Abbiamo visto che per combattere il consumo irragionevole di beni e servizi sanitari a fronte di una oggettiva difficoltà dei medici a risolvere responsabilmente il problema, la tentazione dello Stato di mettere a regime una sorta di "medicina amministrata" nella quale la cura viene standardizzata e l'autonomia clinica messa di fatto sotto tutela è molto forte. Contro questa tentazione, c'è chi propone un ripensamento della clinica nella convinzione che il decreto Lorenzin abbia obiettivi condivisibili ma un inadeguato modo per raggiungerli. A questo proposito si sono sviluppati negli ultimi anni alcuni movimenti di pensiero che hanno l'obiettivo di salvaguardare l'autonomia professionale dei medici e mettere in atto una sorta di "medicina della scelta".

Primo tra questi vi è **Slow Medicine**, che per cominciare ad attivarsi in questa direzione ha lanciato nel dicembre 2012 il progetto "**fare di più non significa fare meglio**", molto simile a quello già in atto negli Stati Uniti con il nome di "Choosing Wisely", nella convinzione che la spinta all'utilizzo appropriato e senza sprechi delle risorse disponibili non possa partire che da una precisa assunzione di responsabilità da parte dei professionisti della salute ed in primo luogo da parte dei medici, in alleanza con pazienti e cittadini. Oltre a rappresentare un concreto passo verso un utilizzo più appropriato delle risorse e una maggiore sostenibilità economica del sistema sanitario, il progetto intende rendere consapevoli i professionisti e l'opinione pubblica che, nell'interesse dei pazienti e dei cittadini, a volte è meglio fare di meno e che non sempre il medico che prescrive più esami è il più competente.

Già negli anni '90 Sandro Spinsanti scriveva: “la buona medicina ci appare il frutto di una contrattazione molteplice che deve tenere conto di tre diversi parametri: l’indicazione clinica (il bene del paziente), le preferenze ed i valori soggettivi del paziente ed infine l’appropriatezza sociale. Alle due dimensioni finora considerate, oggi dobbiamo infatti aggiungerne una terza: l’appropriatezza sociale degli interventi sanitari, in una prospettiva di uso ottimale delle risorse limitate, solidarietà con i più fragili ed equità. L’assistenza sanitaria, dovendo conciliare nelle sue scelte esigenze diverse e talvolta contrastanti, senza minimamente rinunciare alle esigenze della scienza, ci appare oggi più che mai un’arte. L’ideale medico dell’epoca postmoderna è una leadership morale”.

Tale progetto ha infatti l’obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriata in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Esso dunque si basa sull’assunzione di responsabilità dei medici e degli altri professionisti sanitari nelle scelte di cura e sulla partecipazione dei pazienti e dei cittadini, e viene attuato attraverso ([www.choosingwiselyitaly.org](http://www.choosingwiselyitaly.org)):

- Le raccomandazioni di Società Scientifiche e Associazioni Professionali italiane su esami diagnostici, trattamenti e procedure che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi alla maggior parte dei pazienti ai quali sono prescritti, ma possono, al contrario, esporli a rischi;
- Il miglioramento del dialogo e della relazione dei medici e degli altri professionisti con i pazienti e i cittadini, perché possano essere effettuate scelte informate e condivise, nell’ambito di un rapporto di fiducia;
- Una diffusa informazione dei medici e degli altri professionisti sanitari;
- La messa a punto di materiale informativo per i cittadini e i pazienti;
- Un’ampia condivisione con i cittadini, i pazienti e le loro rappresentanze.

Centrale al progetto è l’attiva partecipazione di Società Scientifiche e Associazioni professionali, invitate ognuna a definire, tenendo in considerazione le pratiche già individuate nell’iniziativa Choosing Wisely, una lista di esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriata in Italia. Nel dettaglio, ogni società scientifica/associazione di professionisti che aderisce al progetto individua una lista di test diagnostici o trattamenti che in Italia sono effettuati molto comunemente, non apportano benefici significativi (secondo prove scientifiche di efficacia) alle principali categorie di pazienti ai quali vengono generalmente prescritti, ma possono, al contrario, esporre i pazienti a rischi. Non è stato volutamente incluso tra i criteri di scelta quello dell’alto costo, perché il progetto non fosse considerato come un “razionamento di risorse”.

Tale progetto, nel giugno 2014, è entrato a far parte del movimento Choosing Wisely internazionale. Aderiscono al progetto numerose società scientifiche mediche, infermieristiche e di fisioterapisti e sono state definite 22 liste di pratiche a rischio di inappropriately in Italia: in totale 110 esami, trattamenti e procedure relative a molti ambiti, dalla prevenzione primaria e tutela dell'ambiente ad esami di laboratorio, farmaci ed altre pratiche sanitarie. Le liste sono pubblicate al link [www.slowmedicine.it/pratiche.html](http://www.slowmedicine.it/pratiche.html): ogni pratica è accompagnata dal motivo per il quale è stata indicata a rischio di inappropriately, dalle principali fonti bibliografiche e dalla sigla della società scientifica da cui è stata indicata.

L'idea che i fondatori di Slow Medicine condividono è che cure appropriate e di buona qualità e un'adeguata comunicazione fra le persone riducano i costi dell'organizzazione sanitaria, riducano gli sprechi, promuovano l'appropriately d'uso delle risorse disponibili, la sostenibilità e l'equità dei sistemi sanitari, migliorino la qualità della vita dei cittadini nei diversi momenti della loro vita.

La rete è in costante espansione, perché Slow Medicine ha l'obiettivo di coinvolgere professionisti sanitari, associazioni di professionisti, cittadini, associazioni di pazienti e di familiari in un laboratorio in progress di progettazione di buone pratiche di aiuto e di cura. In questo senso definiamo Slow Medicine una rete di idee in movimento, che si avvale della prospettiva sistemica, del counselling, della medicina narrativa, dell'educazione degli adulti e degli strumenti per la qualità per attivare momenti di confronto, partecipazione e progettazione collaborativa fra operatori e cittadini interessati alla propria salute, e per realizzare in concreto una modalità di cura più sobria, più rispettosa, più giusta.



**Sobria** 🐌 *Fare di più non vuol dire fare meglio.*

La diffusione e l'uso di nuovi trattamenti sanitari e di nuove procedure diagnostiche non sempre si accompagnano a maggiori benefici per i pazienti. Interessi economici e ragioni di carattere culturale e sociale spingono all'eccessivo consumo di prestazioni sanitarie, dilatando oltre misura le aspettative delle persone, più di quanto il sistema sanitario sia poi in grado di soddisfarle. Non si pone inoltre sufficiente attenzione all'equilibrio dell'ambiente e all'integrità dell'ecosistema.

Una medicina sobria implica la capacità di agire con moderazione, gradualità, essenzialità e di utilizzare in modo appropriato e senza sprechi le risorse disponibili. Rispetta l'ambiente e salvaguarda l'ecosistema.

*La Slow Medicine riconosce che fare di più non vuol dire fare meglio.*

---

**Rispettosa** 🐌 *Valori, aspettative e desideri delle persone sono diversi e inviolabili.*

Ognuno ha il diritto di essere quello che è e di esprimere quello che pensa. Una medicina rispettosa è capace di accogliere e tenere in considerazione i valori, le preferenze e gli orientamenti dell'altro in ogni momento della vita. I professionisti della salute agiscono con attenzione, equilibrio e educazione.

*La Slow Medicine riconosce che valori, aspettative e desideri delle persone sono diversi e inviolabili.*

---

**Giusta** 🐌 *Cure appropriate e di buona qualità per tutti.*

Una medicina giusta promuove cure appropriate, cioè adeguate alla persona e alle circostanze, di dimostrata efficacia e accettabili sia per i pazienti che per i professionisti della salute.

Una medicina giusta contrasta le disuguaglianze e facilita l'accesso ai servizi socio-sanitari, supera la frammentazione delle cure e favorisce lo scambio di informazioni e saperi tra professionisti.

*La Slow Medicine promuove cure appropriate e di buona qualità per tutti.*

Disegno: Francesca & Noeli

Figura 3.1 Manifesto Slow Medicine

### 3.4 Progetto Ermete Regione Veneto

Un altro progetto rivolto verso la stessa direzione è il **Sistema Ermete**, in fase di avvio nella Regione Veneto curato da Arsenal.IT- Centro Veneto Ricerca e Innovazione per la Sanità Digitale, che ha l'obiettivo di fornire uno strumento per la trasmissione della conoscenza che aiuti il medico nella prescrizione di prestazioni appropriate per il paziente, utilizzando le opportunità dell'Information Communication Technology (ICT) all'interno del fascicolo

sanitario elettronico e del flusso della prescrizione della ricetta dematerializzata. Nella pratica, all'atto della prescrizione nel consueto applicativo gestionale a cura del medico, il sistema gli fornirà un indirizzo di prescrivibilità (IP) da cui dedurre la conoscenza essenziale per una prescrizione appropriata: il professionista sanitario potrà valutare l'IP a fronte del suo caso specifico, anche grazie alla bibliografia ad esso allegata, e potrà decidere se aderire o meno al suggerimento. Il medico quindi è assolutamente libero di scegliere o meno l'adesione al suggerimento ed ha come unico vincolo l'assunzione di responsabilità. Gli IP non intendono esaurire tutte le possibilità diagnostiche esistenti, chiudere il processo conoscitivo e cristallizzare la complessità in ricette standardizzate ma, al contrario, con un aggiornamento in tempo reale attraverso la rete, suggeriscono ed orientano verso ciò che è sotteso sotto un'ipotetica curva gaussiana e che rappresenta statisticamente il maggior numero di eventi/possibilità. Poiché la medicina non è sempre a distribuzione normale, il sistema prevede, appunto, la violabilità del suggerimento tracciando quattro motivazioni principali: per situazione clinica non prevista nell'indicazione, per prescrizione indotta specialistica, per disaccordo sull'indicazione e per altra motivazione. Gli IP sono redatti e approvati da un board scientifico costituito da figure universalmente riconosciute come autorevoli/rappresentative nei singoli campi, di provata esperienza e competenza, con ruoli istituzionali negli Ospedali, nelle Cliniche Universitarie e nel Territorio (società scientifiche, medici di medicina generale, ospedalieri, universitari, rappresentanti delle istituzioni e rappresentanti dei cittadini). Essi redigono e approvano gli IP secondo principi di scienza e coscienza. Inoltre, tutti i colleghi extra board possono interagire con il board stesso, diventando autori, attraverso mailing list dove gli indirizzi di prescrivibilità possono essere valutati, criticati e migliorati nella loro forma (Camerotto e Truppo, 2016).

Si passa quindi da un sistema metodologicamente rigoroso ad una medicina della scelta basata sulla fiducia professionale tra pari: Ermete è costruito dai medici per i medici, dove tutti sono attori e responsabili delle scelte compiute e dove l'interconnessione di saperi e conoscenze diverse permette di trattare la complessità insita nelle procedure cliniche. Lo sforzo di Ermete è di implementare una soluzione ITC lean, basata sulla fiducia, in equilibrio tra autonomia professionale, accountability ed aggiornamento continuo (Camerotto e Truppo, 2016).

Tuttavia questo progetto non manca di critiche e problematiche, tra cui la più importante è rappresentata dal rischio di infiltrazione di Ermete da parte di interessi diversi da scienza, salute e appropriatezza: i comportamenti degli operatori sanitari non sono determinati solo da conoscenze scientifiche (scienza) ed etica (coscienza), ma, purtroppo, talvolta sono influenzati anche da un terzo determinante, come le convenienze e gli interessi.



### 3.5 Considerazioni conclusive

Il tema dell'appropriatezza clinica è un tema estremamente complesso, che non può essere risolto attraverso la ricerca di soluzioni semplici, in gran parte basate sul ricorso a sistemi premianti o penalizzanti anche sul piano economico per i professionisti sanitari. Tale soluzione, infatti, comporta varie implicazioni.

La prima è che le pratiche professionali che qualifichiamo come “sprechi” rappresentano un problema sistemico da tutti i punti di vista, nei loro determinanti, negli attori che chiamano in causa, nelle conseguenti modalità con cui dovrebbe essere affrontato. Persino atti clinicamente semplici, almeno in prima approssimazione, possono essere visti come determinanti anche per il contesto generale in cui il professionista sanitario si trova ad operare. In questo senso, i professionisti sono ovviamente un elemento fondamentale e imprescindibile, ma non possono essere l'unico esclusivo target di politiche di contrasto all'inappropriatezza.

In secondo luogo, l'inappropriatezza richiederebbe un ripensamento complessivo in merito alle relazioni con i professionisti, che non possono essere pensate soltanto secondo logiche punitive e nemmeno orientate in modo esclusivo all'impiego della sola leva economica come stimolo ai cambiamenti necessari. Il rischio è quello di trovarsi con un corpo professionale poco motivato, proprio quando il sistema avrebbe maggiormente bisogno di poter contare sul suo impegno e la sua dedizione. In questo senso, investire in questo ambito significa oggi essenzialmente riconoscere che una politica di miglioramento della qualità del Ssn richiederebbe un'elaborazione a partire da un'analisi su quale tipo di relazioni hanno con il management aziendale e quali sono (se vi sono) ambiti in cui sono apertamente sollecitati a farsi carico dei temi della qualità e della sicurezza delle cure (Prenestini, 2015). Sono temi, questi ultimi, ai quali i nostri professionisti sono tutt'altro che insensibili, come viene testimoniato dall'attenzione che il tema “fare di più non significa fare meglio” pare aver sollecitato tra società scientifiche di diverse specialità a livello nazionale ed internazionale (Levinson e Malhotra, 2015).

Infine, la questione degli sprechi, quando contestualizzata alla pratica clinica, pone in evidenza problemi del tutto diversi e per certi aspetti molto più complessi di quelli riscontrabili in altri contesti. Questo per le caratteristiche peculiari dei processi che devono essere esaminati e modificati, per la natura dei soggetti in campo, per la complessità stessa insita nell'esprimere una valutazione su quegli stessi processi e sui loro risultati.

Il problema da porsi è dunque come mettere un sistema, e non solo i singoli professionisti, nelle condizioni di massimizzare le proprie capacità di individuare le risposte più idonee (cioè appropriate) a bisogni assistenziali, un problema che trascende ampiamente l'esigenza di

“risparmiare” risorse e che rimanda direttamente a quella che è la finalità essenziale e primaria di un sistema sanitario. Contrastare l’inappropriatezza non significa soltanto ridurre le risorse, ma anche investire di nuove: una coerente politica di effettivo contrasto all’inappropriatezza richiederebbe investimenti sostanziali. Si tratterebbe infatti di migliorare le capacità informative del Ssn circa le effettive modalità di impiego di servizi e prestazioni sanitarie, per cominciare a rendere l’appropriatezza nella pratica clinica una dimensione effettivamente misurabile e quantificabile.

## CONCLUSIONI

In un clima di incertezze e insicurezza senza precedenti nella storia italiana, il dibattito sulla sostenibilità del SSN continua inevitabilmente ad affrontare criticità politiche, organizzative ed economiche, perdendo di vista quale sia il rischio reale per la popolazione. Il modello di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico è una conquista irrinunciabile per l'eguaglianza di tutti i cittadini: mettere in discussione la sanità pubblica significa compromettere non solo la salute, ma soprattutto la dignità dei cittadini e la loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che, in ultima analisi, dovrebbero essere viste dalla politica come il vero ritorno degli investimenti in sanità.

Abbiamo visto come le richieste di prestazioni sanitarie da parte del cittadino siano qualitativamente e quantitativamente cambiate: l'aumento della domanda di prestazioni sanitarie è legata ad elementi demografici e tecnologici, quali l'invecchiamento della popolazione e la dilatazione delle possibilità di intervento curativo e riabilitativo indotta dal progresso scientifico. Ma anche elementi economici come l'aumento del reddito pro capite, che porta a dilatare più che proporzionalmente le cure per la propria persona, e la tendenza a saturare la domanda in assenza di meccanismi di razionamento influenzano l'aumento della domanda sanitaria. Al giorno d'oggi, per governare la crescente domanda di beni e servizi sanitari, sembra che un sistema sanitario non possa prescindere dall'applicazione più o meno ampia di meccanismi di compartecipazione alla spesa per ottenere la stabilità finanziaria, al di là della sua effettiva efficacia in termini di appropriatezza. L'utilizzo del ticket sanitario, infatti, viene giustificato dalla necessità di responsabilizzare l'utente circa il costo dei consumi sanitari, spingendolo a ridurre esclusivamente l'utilizzo di beni e servizi inappropriati e con ridotti (o nulli) benefici sociali.

Tuttavia bisogna sottolineare che è molto problematico (sia in termini di efficienza che di equità) governare la domanda solo ricorrendo allo strumento della compartecipazione e, dal momento in cui la compartecipazione dovrebbe incentivare soprattutto al livello appropriato di prestazioni sanitarie, si dovrebbe puntare sempre di più a promuovere l'appropriatezza professionale e organizzativa attraverso opportuni cambiamenti. Una dimostrazione di ciò è data dai movimenti quali Slow Medicine e Ermete, che sottolineano come i professionisti siano ovviamente un elemento fondamentale e imprescindibile, ma non possono essere l'unico esclusivo target di politiche di contrasto all'inappropriatezza.

Il tema dell'appropriatezza si pone non tanto e solo come una questione di risorse da tagliare, ma appunto di risorse da riallocare, laddove il termine "risorse" dovrebbe indicare non soltanto quelle materiali ed economiche, ma anche quelle intellettuali. Fare programmazione sulla base dei bisogni, allocare le risorse sulla base di priorità, disinvestire laddove si ricorra a modalità

di assistenza di scarso o nullo valore clinico per riallocarle dove invece sarebbero necessarie per promuovere effettivamente una sanità di valore (Gray, 2008), sono tutti obiettivi ambiziosi ma necessari per mantenere sostenibile un sistema sanitario pubblico, universale, equo e di qualità.

## BIBLIOGRAFIA

Camerotto A., Truppo V., 2016, *Appropriatezza e linee guida. L'esperienza del Veneto*, [www.quotidianosanità.it](http://www.quotidianosanità.it), [data di accesso: 12/06/2016].

Cartabellotta N., 2013, *Ridurre gli sprechi per aumentare la sostenibilità del SSN: quale ruolo per le evidenze scientifiche?*, *Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione*, 2 (5), 5-10.

Cartabellotta N., 2010, *Modificare la pratica professionale? Yes...we can (I)*, *GIMBE News*, 3 (5), 53-54.

Cartabellotta N., 2010, *Modificare la pratica professionale? Yes...we can (II)*, *GIMBE News*, 3 (6), 65-66.

Cartabellotta N., 2016, *Appropriatezza professionale: la chiave per la sostenibilità del SSN*, Belluno, 6 febbraio 2016.

Cavicchi I., 2016, *Come andare oltre l'appropriatezza*, [www.quotidianosanità.it](http://www.quotidianosanità.it), [data di accesso: 12/06/2016].

Decreto del Ministero della Salute 9 dicembre 2015, GU 20 gennaio 2016, n.15.

GIMBE, 2009, *Struttura, processo, esito. Quali indicatori misurano la qualità dell'assistenza sanitaria?*, *GIMBE News*, 2 (4), 4-5.

GIMBE, 2010, *Dalle linee guida ai percorsi assistenziali*, Bologna, 3-4-5- novembre 2010.

GIMBE, 2016, *Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016 - 2025*, Roma, 7 giugno 2016

Ministero della Salute, 2012, *Manuale di formazione per il governo clinico: appropriatezza*.

Nicolini F., Grilli R., 2015 *Contrastare gli sprechi nella pratica clinica. La necessità di idee appropriate sull'Inappropriatezza*, *Politiche sanitarie*, 16 (3), 161-167.

Quaderni del Ministero della Salute, 2013, n.23.

Rebba V., 2015, *Lezioni di Economia Sanitaria*. Materiali a cura del docente, Università degli Studi di Padova, anno accademico 2015-2016.

Rebba V., 2009, *I ticket sanitari: strumenti di controllo della domanda o artefici di disuguaglianze nell'accesso alle cure?*, *Politiche sanitarie*, 10 (4), 221-242.

Rebba V., 2011, *I ticket nel Servizio sanitario nazionale: alcune riflessioni per un dibattito*, Politiche sanitarie, 12 (3), 95-100.

Rebba V., 2016, *La visione dell'economista. Sostenibilità dei sistemi sanitari e uso etico delle risorse*, Trento, 17 marzo 2016.

Rizzi D., Zantomio F., 2013, *Analisi e strumenti di politica sociale*, Edizioni Ca' Foscari, 174-211.

#### SITOGRAFIA

[www.choosingwiselyitaly.org](http://www.choosingwiselyitaly.org) (ultimo accesso: 15 giugno 2016)

[www.gimbe.org](http://www.gimbe.org) (ultimo accesso: 14 giugno 2016)

[www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it) (ultimo accesso: 15 giugno 2016)