



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE ED AZIENDALI

"M. FANNO"

CORSO DI LAUREA IN ECONOMIA E MANAGEMENT

PROVA FINALE

I TEMPI D'ATTESA PER LE PRESTAZIONI SANITARIE

RELATORE:

CH.MO PROF. CESARE DOSI

LAUREANDA: MARIA ADRIANA DE FILIPPIS

MATRICOLA N. 1113028

ANNO ACCADEMICO 2017 – 2018

Indice

Introduzione	3
1. La domanda e l'offerta dei servizi sanitari	4
1.1 Salute e Sanità	4
1.2 La domanda di servizi sanitari	5
1.3 Il rapporto tra medico e paziente e l'offerta di prestazioni sanitarie	8
1.4 Il governo della domanda: una necessità	9
2. I tempi d'attesa: definizione, conseguenze e correttivi	13
2.1 Definizione e misurazione dei tempi d'attesa	13
2.2 I tempi d'attesa: problema o soluzione?	16
2.3 Possibili correttivi	22
3. La gestione dei tempi d'attesa in Italia	30
3.1 La situazione attuale	30
3.2 La normativa di riferimento a livello nazionale	32
3.3 La Regione Veneto	34
3.4 Le classi di priorità e il modello a Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)	37
Considerazioni finali	40
Riferimenti bibliografici	41

Introduzione

L'esistenza di tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie contraddistingue inevitabilmente ogni sistema pubblico organizzato su base universalistica, come il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano. Il presente elaborato, senza alcuna pretesa di esaustività, si propone di offrire una panoramica sui tempi d'attesa, in particolare nella Sanità pubblica, analizzandone le cause, le conseguenze e i possibili correttivi.

Nel *primo* capitolo, l'obiettivo è di fornire gli elementi di base utili per comprendere la formazione dei tempi d'attesa. Verranno esposte le principali caratteristiche della domanda e dell'offerta in ambito sanitario e, per quanto concerne la prima, verrà descritta la distinzione tra “domanda fondamentale” di salute e “domanda derivata” di beni e servizi. Il presente elaborato verterà essenzialmente sugli aspetti relativi alla “domanda derivata”, lasciando in secondo piano la domanda di salute. Successivamente, verrà presentato il modello di Buchanan e la criticità che esso rileva, ovvero il cronico eccesso della domanda sull'offerta. Da qui la necessità di governare la domanda attraverso strumenti diretti o indiretti. Tra i primi, possiamo includere i tempi d'attesa, intesi come meccanismo di razionamento reale implicito.

Nel *secondo* capitolo, verranno approfonditi gli aspetti relativi ai tempi d'attesa, adottando un approccio economico, secondo i principali modelli proposti nella letteratura di riferimento. Nello specifico, verrà evidenziato il ruolo dei tempi d'attesa come meccanismo per il controllo della domanda. Tuttavia, se essi diventano eccessivi, rappresentano uno dei più importanti problemi dei sistemi sanitari nella maggior parte dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) (Hurst e Siciliani, 2003). Pertanto, si tratta di un fenomeno che deve essere attentamente monitorato e le criticità ad esso correlate devono essere adeguatamente gestite. A tal proposito, nell'ultima parte del capitolo verranno descritti alcuni possibili correttivi per limitare l'espansione eccessiva dei tempi d'attesa.

Nel *terzo* capitolo, infine, verranno esaminati i tempi d'attesa in Italia, con particolare attenzione alla Regione Veneto. Dapprima, verranno presentati alcuni dati per illustrare la situazione attuale. Successivamente, verrà presentata la normativa nazionale e regionale vigente in materia. Infine, l'ultimo paragrafo proporrà un breve *excursus* sul modello dei Raggruppamenti d'Attesa Omogenei (RAO), quale approccio innovativo per la gestione dei tempi d'attesa, basato sulla definizione di classi di priorità.

Capitolo 1

La domanda e l'offerta dei servizi sanitari

In questo primo capitolo vengono riassunti i tratti principali della domanda e dall'offerta di servizi sanitari, offrendo preliminarmente una definizione di Sanità e Salute, evidenziando la sostanziale differenza tra i due concetti. Dopo aver descritto la domanda derivata di assistenza sanitaria, verrà sintetizzato il processo di formazione della domanda e, successivamente, il rapporto di agenzia tra medico e paziente, in virtù del quale si afferma che l'offerta può, entro certi limiti, determinare la domanda stessa (effetto *Supply Induced Demand*).

1.1 Salute e Sanità

La Sanità, di seguito indicata con **S**, è “l'insieme dei beni e servizi esclusivamente o prevalentemente diretti a contrastare stati patologici e a migliorare lo stato di Salute” (Rebba, 2017). In accordo con tale definizione, essa comprende i seguenti beni e servizi: la prevenzione primaria e secondaria, la diagnosi, la cura, la riabilitazione e l'assistenza sociosanitaria di lungo periodo o *long-term care* (LTC). Salute (*health*), invece, è “la capacità di affrontare e gestire le proprie condizioni di malessere e benessere, adattandosi all'ambiente circostante e mobilitando al meglio le proprie risorse, in modo da soddisfare prerogative sia personali (fisiche e mentali), sia esterne (sociali e materiali)” (Rebba, 2017). Una simile definizione si ottiene utilizzando il concetto proposto dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) nella carta costitutiva del 1946, la successiva integrazione nella Carta di Ottawa del 1986 e la più recente definizione della rivista scientifica *The Lancet* (2009).

Secondo la definizione del 1946, la Salute è “lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo l'assenza di malattia o disabilità”. Successivamente, questa enunciazione ha subito un aggiornamento con la Carta di Ottawa del 1986, per cui “la Salute si raggiunge allorché gli individui sviluppano e mobilitano al meglio le proprie risorse, in modo da soddisfare prerogative personali (fisiche e mentali), sia esterne (sociali e materiali)”. Infine, la rivista *The Lancet* precisa che, secondo una prospettiva meno utopistica, Salute e malattia non sono mutuamente esclusive. Infatti, “la Salute non è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, ma la capacità di adattarsi all'ambiente circostante”. La Salute dipende pertanto anche dal modo in cui un soggetto affronta e gestisce le inevitabili condizioni di malessere e benessere, ovvero dall'atteggiamento di resilienza dell'individuo.

Confrontando le rispettive definizioni, è evidente che Salute e Sanità non coincidono. In particolare, la Sanità è solo un fattore di produzione della Salute. La Salute, infatti, dipende anche da altri fattori oltre la Sanità, tra cui comportamenti individuali, le condizioni

socioeconomiche, ambientali e genetiche.

1.2 La domanda di servizi sanitari

In ambito sanitario, relativamente alla funzione di domanda del “consumatore” (paziente), si opera una distinzione tra domanda fondamentale e domanda derivata o strumentale (Rebba, 2009). La domanda si dice “fondamentale” se riguarda il livello di Salute (h) del paziente, mentre la domanda è “derivata”, o strumentale, quando ha per argomento l’assistenza sanitaria (S). I beni e servizi sanitari (S) vengono infatti richiesti dal paziente con il fine di ottenere effetti positivi in termini di Salute e non tanto perché offrono utilità di per sé (anzi, in alcuni casi, possono comportare disutilità in termini di tempo e reddito).

La stessa domanda di Salute, a sua volta, può essere considerata strumentale per il perseguimento di altri obiettivi. Infatti, la Salute permette all’individuo di partecipare al mercato del lavoro, utilizzare il tempo libero per attività di formazione e di consumo e quindi di produrre beni che rientrano nella sua funzione di utilità.

Sulla base di tali considerazioni, Grossman (1972) definisce la Salute un bene fondamentale che il paziente domanda in quanto:

- bene di consumo, che entra direttamente nella sua funzione di utilità;
- bene di investimento, che determina l’ammontare del tempo disponibile per il lavoro e altre attività.

Come anticipato nell’Introduzione, il presente elaborato farà riferimento principalmente alla domanda derivata di beni e servizi sanitari, tralasciando gli aspetti inerenti alla domanda di Salute. Di seguito, viene riportata la costruzione della funzione di domanda individuale (D) di assistenza sanitaria, in assenza di un’assicurazione in qualità di terzo pagante. È necessario sottolineare che la funzione di domanda di assistenza sanitaria può essere rappresentata secondo modalità analoghe a quelle che caratterizzano i beni privati non sanitari solo nei casi in cui i servizi siano acquistati pagando direttamente (*Out of Pocket*). Infatti, nel caso vi sia un’assicurazione privata o pubblica che opera come terzo pagante, quindi in mancanza di un prezzo pagato direttamente dal consumatore, è difficile costruire una funzione di domanda (*stricto sensu*) di servizi sanitari (S).

Sia $U = U(h(S); X)$ la funzione di utilità totale del consumatore, dove:

- h è il livello di Salute determinato dalla quantità di beni e servizi sanitari (S);
- X sono gli altri beni non sanitari che contribuiscono ad apportare utilità all’individuo.

Sussiste una relazione positiva tra h e S .

Sia $PX + \gamma S = Y$ il vincolo di bilancio, dove:

- P è il prezzo dei beni non sanitari (X);
- γ è il prezzo dei beni e servizi sanitari (S);
- Y è il reddito dell'individuo.

Assumendo che il consumatore massimizzi la sua utilità sotto il vincolo di bilancio, è possibile costruire la funzione di domanda individuale (D) di assistenza sanitaria, come relazione inversa tra quantità di assistenza sanitaria domandata (S) e relativo prezzo (γ).

La domanda di mercato risulta dalla somma orizzontale delle funzioni di domanda individuale. Essa è una domanda derivata e dipende dalla domanda di Salute. Tre fattori possono ostacolare la determinazione di una relazione tra prezzo e quantità domandata di servizi sanitari:

- il disaccordo tra medici in merito alla tipologia di trattamenti richiesti e alla loro efficacia relativa;
- la mancanza di informazioni da parte del consumatore-paziente;
- l'impossibilità di misurare accuratamente la quantità dei servizi sanitari.

Di conseguenza, per i suddetti motivi, si dice che la relazione tra quantità domandata a livello aggregato e prezzo è *fuzzy* (sfumata), ovvero per un dato prezzo si può osservare un'ampia variabilità nella quantità domandata e viceversa. L'area evidenziata in [Figura 1](#) rappresenta tale incertezza di combinazioni (S, γ).

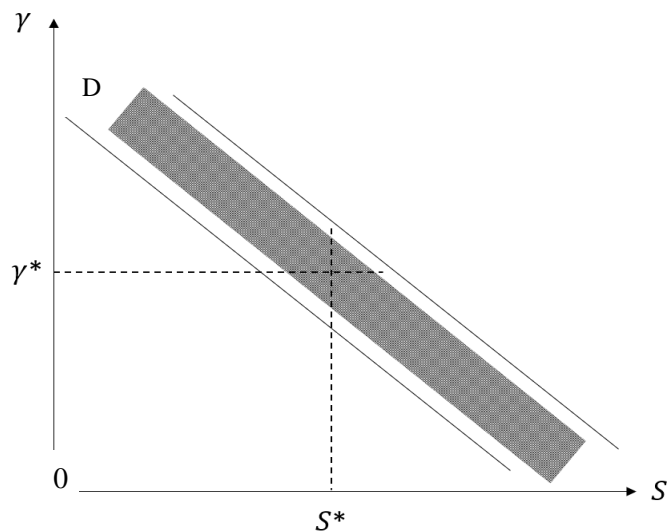


Figura 1. La domanda aggregata *fuzzy* di assistenza sanitaria.

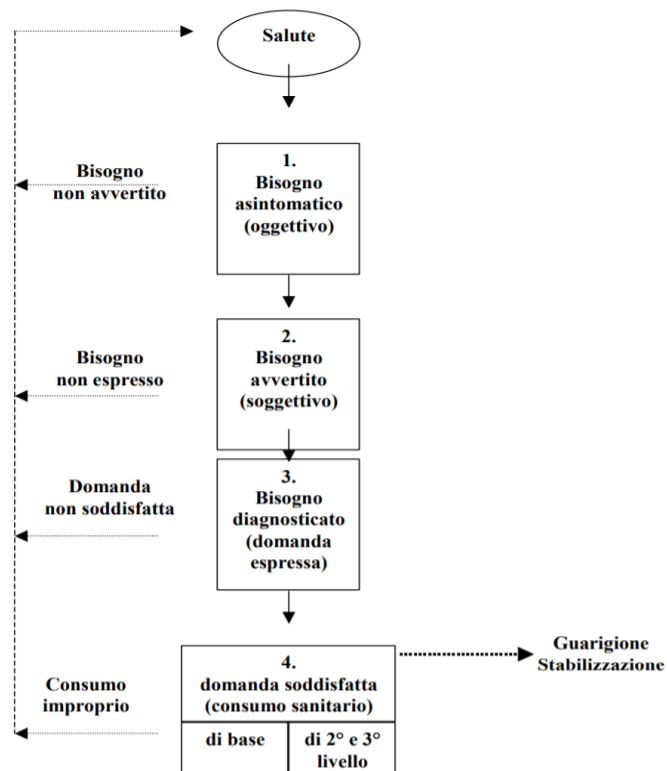


Figura 2. Il processo di formazione della domanda sanitaria: trasformazione dei bisogni di salute in domanda di servizi sanitari. Fonte: Rebba (2017).

Dopo aver analizzato graficamente la domanda di beni e servizi sanitari (S), nella [Figura 2](#) viene schematizzato il processo di formazione della domanda sanitaria. Tale processo consiste nella trasformazione dei bisogni di salute in domanda di servizi sanitari. Il bisogno di salute di un individuo si manifesta quando lo stato di salute percepito non corrisponde al livello atteso. Questo *mismatch* può essere identificato come bisogno solo se sussistono le seguenti condizioni (Dirindin e Vineis, 2004):

- esistenza di uno stato di insoddisfazione,
- i mezzi per sopperire alla mancanza sono noti,
- c'è disponibilità a pagare per soddisfare il bisogno.

Il processo si articola in quattro fasi. Nella prima fase, lo stato di bisogno è asintomatico, ovvero non evidente e pertanto non conosciuto. Di conseguenza, un processo di diagnosi precoce rivela al paziente il bisogno, che muta in bisogno avvertito. Nella seconda fase, connotata appunto dal bisogno avvertito, il paziente percepisce uno stato di bisogno che può essere definito soggettivo, in quanto personalmente percepito. L'individuo, dopo essere venuto a conoscenza del bisogno di salute, può assumere tre comportamenti distinti:

- attendere che il sintomo scompaia e non fare nulla;

- provvedere autonomamente alla cura del disturbo (*self care*);
- rivolgersi al medico.

Nella terza fase, il bisogno avvertito muta in bisogno diagnosticato, e quindi in domanda espressa. Tuttavia, il bisogno sanitario individuale si traduce in domanda solo grazie alla mediazione di un medico (*gatekeeper*).

Nella quarta e ultima fase, il bisogno di salute si trasforma in domanda di prestazioni sanitarie e, conseguentemente al comportamento del paziente, in consumi sanitari. Infatti, il paziente può: 1) accettare o rifiutare la valutazione del medico, 2) rivolgersi ad un altro esperto e intraprendere nuovamente il processo.

La domanda espressa, tuttavia, non è un indicatore attendibile del bisogno. Nel corso del processo di trasformazione si possono infatti manifestare alcuni fenomeni che ne compromettono la linearità: se la diagnosi o la terapia del medico non sono adeguate al bisogno, può insorgere una domanda insoddisfatta. Inoltre, se si fa un uso non conforme dei servizi sanitari, si determina un consumo improprio.

In definitiva, il processo di trasformazione della domanda di servizi sanitari può essere sintetizzato in quattro punti:

- percezione del bisogno di salute;
- reazione del soggetto interessato;
- valutazione del medico in grado di offrire l'informazione a colui che ha percepito un bisogno;
- comportamento del paziente dopo aver ricevuto le informazioni dal medico.

1.3 Il rapporto tra medico e paziente e l'offerta di prestazioni sanitarie

Come abbiamo già visto, il bisogno del paziente si traduce in domanda espressa solo attraverso la mediazione del medico. La relazione che si instaura tra medico e paziente assume i connotati del rapporto di agenzia. Il paziente (Principale) affida al medico (Agente) il compito di raggiungere determinati obiettivi che egli non è in grado di perseguire a causa dell'insufficienza delle informazioni a sua disposizione. In altri termini, attraverso il rapporto di agenzia, il medico "Agente" mette a disposizione la sua conoscenza specializzata in modo da aiutare il paziente ad incrementare il livello di salute e il proprio benessere (utilità) (Rebba, 2017). È un rapporto caratterizzato da asimmetria informativa a svantaggio del paziente, sprovvisto di informazioni adeguate circa il suo effettivo stato di salute, il tipo di trattamento necessario (mancanza di informazioni *ex ante*) e la sua efficacia (mancanza di informazioni *ex post*).

In virtù di questo rapporto di agenzia tra medico e paziente, viene riconosciuto il ruolo

cruciale del fornitore di assistenza sanitaria nel processo di formazione della domanda (Arrow, 1963), ammettendo la possibilità che l'offerta sia in grado di indirizzare e determinare la domanda. Questo fenomeno è conosciuto come effetto SID (*Supply Induced Demand*) (Rebba, 2018; Hurst e Siciliani, 2003; Siciliani e al., 2013).

L'effetto SID fa riferimento alla capacità attribuita ai fornitori di assistenza sanitaria (medici) di influenzare le richieste per i beni e servizi sanitari. Ne consegue che questo effetto induce un livello di prestazioni diverso (solitamente superiore) da quello che sarebbe stato scelto dal paziente perfettamente informato.

L'effetto SID è indotto dalle seguenti situazioni:

- quando i medici sono remunerati con una tariffa per prestazione (*fee for service*), per cui hanno interesse ad incrementare l'offerta per perseguire un obiettivo di reddito personale;
- l'interesse per la ricerca scientifica;
- sottostima da parte dei medici dei costi relativi al consumo di prestazioni sanitarie;
- nel caso della medicina difensiva, ovvero quando i medici tendono all'*overtreatment* (sovra-prescrizione), al fine di ridurre la probabilità di errore quando c'è elevata incertezza nelle diagnosi.

1.4 Il governo della domanda: una necessità

Riprendendo la definizione di Pencheon (1998), “il governo della domanda consiste nell'identificare dove, come, perché e da chi origina la domanda di prestazioni sanitarie e nel decidere come questa deve essere trattata, ridotta, modificata o accresciuta, in modo che si possa sviluppare un sistema sanitario efficiente, appropriato ed equo”. In accordo con quanto riportato da Rebba (2009), il governo della domanda non corrisponde al semplice controllo della spesa sanitaria, ma significa “garantire l'efficacia e l'appropriatezza delle cure, utilizzando al meglio le risorse disponibili”.

Attualmente, i sistemi sanitari pubblici si trovano a fronteggiare i costi crescenti della Sanità, derivanti da un aumento della domanda di prestazioni sanitarie. Come rappresentato in Figura 3, la domanda individuale di assistenza sanitaria può traslare verso l'alto da D_0 a D_1 , con un aumento della quantità domandata a parità di prezzo. Le cause di questo spostamento sono riconducibili a:

- elementi demografici, in particolare l'invecchiamento della popolazione;
- elementi tecnologici: maggiori possibilità di intervento curativo e riabilitativo indotte dal progresso scientifico;

- elementi economici e contrattuali: aumento del reddito *pro capite* e tendenza ad espandere la domanda, in assenza di meccanismi di razionamento;
- fattori legati all' offerta: effetti di induzione della domanda da parte dei medici (*Supply Induced Demand*).

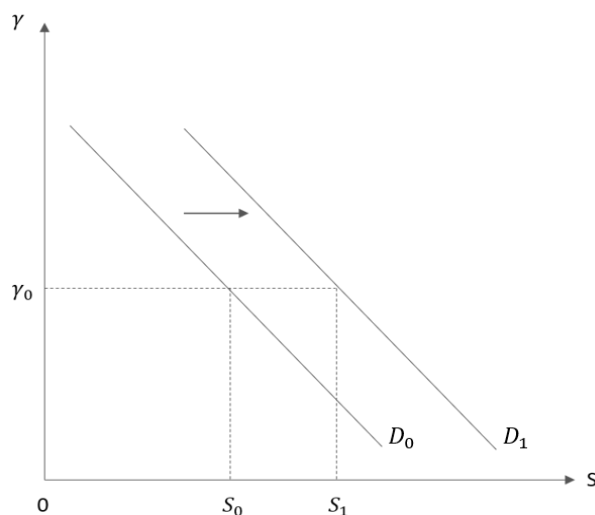


Figura 3. Aumento della domanda individuale di assistenza sanitaria.

Il governo della domanda è essenziale nei sistemi sanitari pubblici. In tale contesto, infatti, la mancanza di un prezzo sopportato direttamente dal consumatore ostacola il meccanismo di aggiustamento della domanda all'offerta, inducendo un cronico eccesso di domanda. A tal proposito, Buchanan (1964) sostiene che i sistemi sanitari pubblici siano afflitti da una sorta di incoerenza logica (*inconsistency*), in quanto sul versante della domanda sono dominati da scelte private o individuali (cittadini-pazienti), mentre sul versante dell'offerta da scelte pubbliche o collettive (cittadini-contribuenti). Poiché le prestazioni dei sistemi sanitari pubblici sono prevalentemente gratuite, ne segue che la relativa domanda da parte dei cittadini-pazienti è potenzialmente illimitata. L'individuo di fronte ad un prezzo nullo spinge la domanda fino al punto in cui la sua utilità marginale è uguale al prezzo, che in questo caso è zero. Dal lato dell'offerta, la collettività decide in merito alla gamma e alla quantità di servizi erogati, tenendo conto dei relativi costi. Infatti, i cittadini-contribuenti non sono disposti a sostenere l'onere finanziario necessario per soddisfare interamente la domanda. L'offerta si arresta nel punto in cui il beneficio marginale eguaglia il costo che la società deve sostenere.

Riassumendo, nei sistemi in cui la domanda è dominata da scelte private e l'offerta da scelte pubbliche, si manifesta inevitabilmente un eccesso di domanda: la domanda si spinge fino al punto in cui il beneficio marginale si annulla, mentre l'offerta si arresta prima, nel punto

in cui il costo marginale è positivo ed uguale al beneficio marginale sociale. Pertanto, secondo il modello di Buchanan, in un sistema sanitario pubblico ci sarà sempre un costante squilibrio tra domanda e offerta (Figura 4) (Rebba, 2009). Il governo della domanda consentirebbe di ristrutturare il sistema sanitario, favorendo l'incontro tra domanda e offerta nell'ambito di scelte pubbliche (Buchanan, 1965).

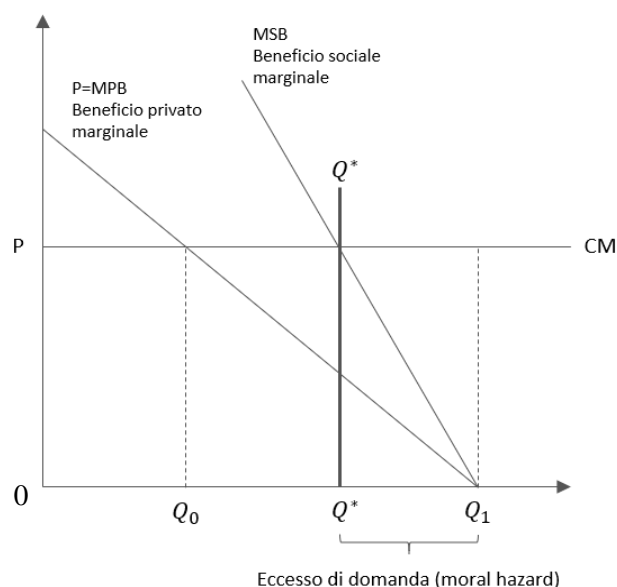


Figura 4. Il modello di Buchanan: il costante eccesso di domanda sull'offerta.

Nel grafico riportato in Figura 4, Q^* è il livello efficiente di assistenza sanitaria, corrispondente al punto in cui il beneficio sociale marginale (MSB) eguaglia il costo marginale (CM); Q_1 è il livello effettivamente domandato di assistenza sanitaria in presenza di copertura assicurativa garantita dal sistema sanitario pubblico. Si evidenzia che Q_1 è maggiore di Q^* e che la differenza ($Q_1 - Q^*$) corrisponde all'eccesso di domanda. Tale eccesso implica la necessità di un aumento della pressione fiscale e/o una riduzione di altri servizi pubblici e determina l'allungamento delle liste e dei tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie.

Intuitivamente, un'espansione dell'offerta di servizi potrebbe sembrare una soluzione adeguata a compensare tale squilibrio. Tuttavia, a causa del sovraccitato effetto SID¹, all'aumento dell'offerta segue un incremento della relativa domanda, senza alcuna soluzione per il problema iniziale. Inoltre, dal lato dell'offerta, i meccanismi di controllo non sono stabili nel tempo. Questi sono i principali motivi che inducono ad intervenire prevalentemente sulla domanda di

¹ Tuttavia, non sempre l'effetto di induzione ha trovato un riscontro empirico. Ad esempio, Martin e Smith (1999) non rilevano un significativo effetto SID per il sistema sanitario nazionale inglese. Perciò, un aumento dell'offerta potrebbe contribuire ad allentare la pressione esercitata dall'eccesso di domanda. (Rebba, 2009)

servizi e beni sanitari piuttosto che sull'offerta.

In un Sistema Sanitario Pubblico, gli strumenti di controllo e governo della domanda si distinguono in diretti e indiretti, riassunti in Tabella 1 (adattamento da Muraro e Rebba, 2004). Gli strumenti diretti interessano direttamente i pazienti, mentre gli strumenti indiretti agiscono direttamente sui professionisti sanitari e indirettamente orientano la domanda da parte dei pazienti. Un efficace governo della domanda richiede che i vari strumenti vengano impiegati secondo la combinazione più opportuna (Rebba, 2009).

Tabella 1: Strumenti diretti e indiretti per il governo della domanda. Fonte: Rebba, 2009.	
STRUMENTI DIRETTI	STRUMENTI INDIRETTI
<p>a. Misure di compartecipazione alla spesa ²</p> <p>Franchigia <i>Coinsurance</i> (quota percentuale del costo della prestazione a carico del paziente) <i>Copayment</i> (ammontare a carico del paziente e indipendente dal costo effettivo della prestazione sanitaria) (<i>Ticket</i>) ³</p>	<p>a. Supporto, orientamento e selezione della domanda</p> <p>Prioritizzazione della domanda: gestione delle liste d'attesa secondo criteri di priorità</p> <p><i>Empowerment</i> della medicina territoriale</p> <p>Linee Guida e percorsi diagnostici e terapeutici secondo la medicina di efficacia provata</p>
<p>b. Razionamento "reale" implicito</p> <p>Tempi d'attesa</p>	
<p>c. Razionamento reale esplicito</p> <p>Tetto al volume delle prestazioni sanitarie garantite</p>	
<p>d. Incentivi a corretti stili di vita</p> <p><i>Nudging</i> <i>Compliance</i> <i>Empowerment</i></p>	

² Le forme di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei pazienti sono le più diffuse e largamente adottate.

³ Il termine *ticket* indica, nel caso italiano, una compartecipazione in forma di *copayment* (Rebba, 2009).

Capitolo 2

I tempi d'attesa: definizione, conseguenze e correttivi

2.1 Definizione e misurazione dei tempi d'attesa

I tempi d'attesa rientrano tra gli strumenti diretti di governo della domanda. Più precisamente, essi si qualificano come uno strumento di razionamento reale implicito, contrapposto agli strumenti di razionamento reale esplicito, come, ad esempio, l'imposizione di un tetto al volume di prestazioni sanitarie garantite. Tale razionamento implicito tende a manifestarsi frequentemente nei Paesi con assicurazione sanitaria pubblica, ovvero in assenza di un prezzo sostenuto dal consumatore per avere accesso ai servizi sanitari (*zero cost-sharing*) e con vincoli di bilancio che limitano l'offerta (Rebba, 2009). La contemporanea presenza di questi elementi impedisce di raggiungere spontaneamente un equilibrio tra domanda e offerta. In particolare, liste e tempi d'attesa sono la diretta conseguenza di un cronico eccesso della domanda sull'offerta, così come esposto dal modello di Buchanan (Capitolo 1). Essi rappresentano una forma di razionamento, inteso come mezzo per riequilibrare l'offerta e la domanda. Infatti, i pazienti in numero superiore rispetto a quello compatibile con la capacità del fornitore dei servizi vengono aggiunti alla lista d'attesa. Inoltre, l'incremento dei tempi d'attesa è riconducibile agli stessi fattori che inducono un aumento della domanda. Riassumendo, i tempi d'attesa sono determinati dall'eccesso della domanda sull'offerta. Quest'eccesso dipende dalle caratteristiche di base dei sistemi sanitari pubblici (*zero cost-sharing* e vincoli sull'offerta).

È importante chiarire la differenza tra i termini “tempo d'attesa” e “lista d'attesa”. La lista d'attesa corrisponde al numero di pazienti in coda, ovvero lo *stock* di pazienti che devono essere trattati in un certo intervallo temporale. È facile che si determini una lista d'attesa se il flusso di aggiunte alla lista eccede il tasso a cui i pazienti sono rimossi dalla stessa dopo aver ricevuto il trattamento. Il tempo d'attesa è invece determinato dalla durata dell'attesa tra il momento in cui il paziente entra in lista e il momento in cui riceve la prestazione (Rebba, 2009; Hurst e Siciliani, 2003; Siciliani e al., 2013).

Nonostante siano due concetti strettamente correlati, essi presentano significative differenze. Infatti, non sempre gli interventi di regolamentazione sulle liste e sui tempi d'attesa conducono agli stessi risultati. Ad esempio, “un aumento della capacità produttiva può portare ad una contrazione dei tempi d'attesa, ma non implica necessariamente una riduzione della lista di attesa che, al contrario, potrebbe registrare un allungamento” (Rebba, 2009).⁴

⁴ A tal proposito, si ricorda l'esistenza dell'effetto SID, per cui l'espansione dell'offerta può stimolare un aumento della domanda (ad un tasso di crescita inferiore rispetto a quello dell'offerta).

Attualmente, i *policy-makers* di molti Paesi dell'OCSE stanno rivolgendo progressivamente la loro azione verso la riduzione dei tempi d'attesa e non delle liste d'attesa, considerando che per i pazienti il tempo "atteso" è più rilevante della lunghezza della lista.

Di seguito, verrà considerata, come esempio, la chirurgia come prestazione sanitaria specifica. In base al diverso livello di urgenza con cui sono richiesti gli interventi, si definisce la seguente classificazione di priorità (Hurst e Siciliani, 2003):

- chirurgia d'emergenza: richiesta immediatamente;
- chirurgia urgente: richiesta prima di dimettere il paziente;
- chirurgia d'elezione: necessaria, ma il paziente può essere dimesso e la data per l'intervento programmata in un secondo momento.

In particolare, in accordo con Siciliani e Hurst (2003), consideriamo il caso più significativo rappresentato dalla chirurgia d'elezione. La Figura 5 schematizza il flusso dei pazienti all'interno di un sistema sanitario pubblico e le principali tappe che deve percorrere prima di essere ammesso al trattamento.

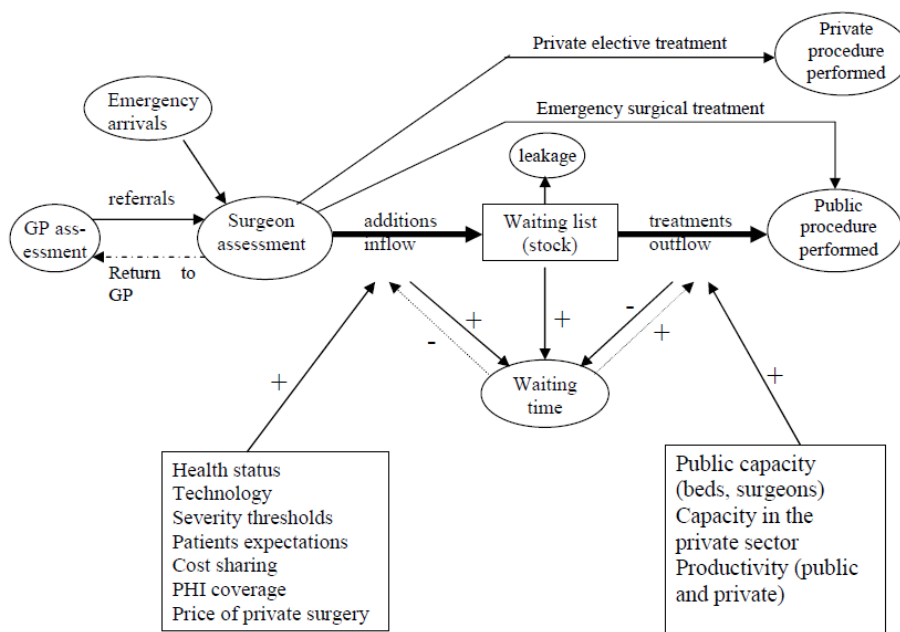


Figura 5. Le principali tappe del paziente verso il trattamento. Fonte: Hurst e Siciliani (2003).

I pazienti che potrebbero ottenere un beneficio dagli interventi chirurgici entrano nel percorso dopo la valutazione da parte di un chirurgo oppure dietro indicazione di un medico di base. Alcuni pazienti in condizioni meno gravi, che possono essere trattati con modalità diverse, vengono affidati nuovamente al medico di base o ad un altro specialista. Al contrario, la chirurgia è predisposta senza attesa per pazienti da trattare con urgenza. Per altri pazienti,

invece, l'intervento chirurgico può essere programmato. Alcuni di questi pazienti possono scegliere l'alternativa privata per evitare l'attesa, ammesso che siano in grado di pagare o siano in possesso di un'assicurazione privata. Nel mentre, se si formano liste e tempi d'attesa significativi, è probabile che si manifestino delle "perdite" (*leakages*) rappresentate dai pazienti che si spostano dall'area di competenza dell'Ospedale o le cui condizioni migliorano spontaneamente o che muoiono durante l'attesa.

Successivamente, vengono definite le modalità circa la misurazione dei tempi d'attesa. Innanzitutto, bisogna stabilire quando inizia e finisce il tempo d'attesa del paziente per la prestazione sanitaria. Infatti, come mostra la Figura 6, i Paesi dell'OCSE iniziano a misurare i tempi d'attesa a partire da diversi punti lungo il percorso dei pazienti (Siciliani e al., 2013).

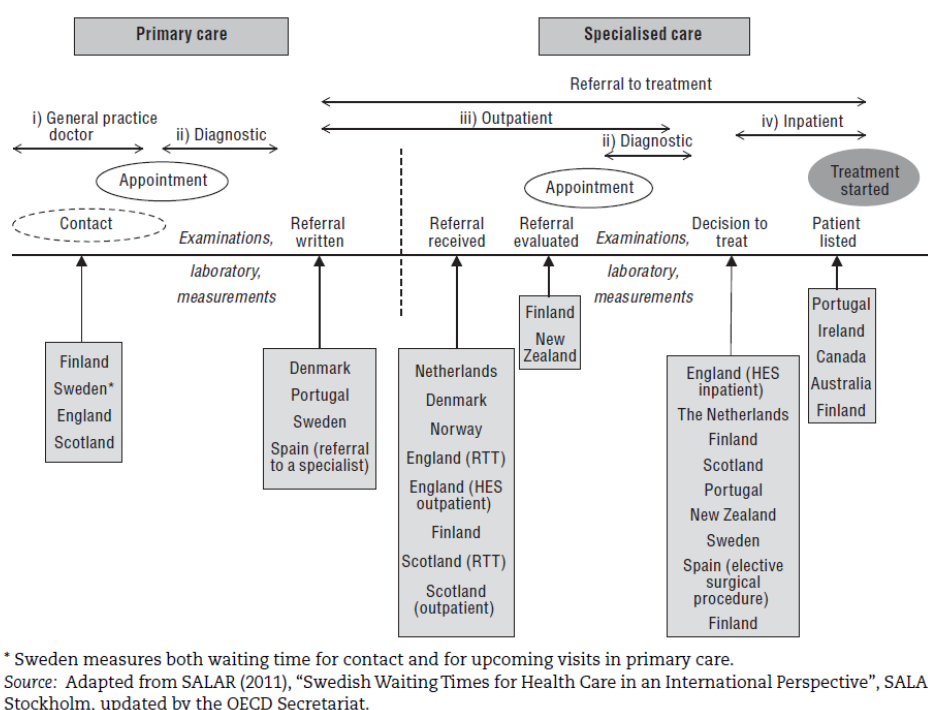


Figura 6. Modalità di misurazione dei tempi d'attesa nei diversi Paesi dell'OCSE.

Fonte: Siciliani e al., 2013.

Ci sono quattro tipologie di attesa nel percorso dei pazienti verso il trattamento:

- attesa per la visita presso il medico di base;
- attesa per i test diagnostici;
- attesa per l'affidamento del paziente da parte del medico di base allo specialista: il tempo che intercorre tra il momento in cui il medico di base scrive il referto e il momento in cui lo specialista riceve il referto (*out-patient waiting time*);

- attesa per la visita da parte del medico specialista. Questo è il lasso di tempo che intercorre tra quando lo specialista aggiunge il paziente alla lista per il trattamento a quando il paziente lo riceve (*in-patient waiting time*).

I Paesi Scandinavi fanno tipicamente riferimento al tempo d'attesa tra il referto del medico di base e il trattamento (RTT: *referral-to-treatment*), che ricopre sia l'*out-patient waiting time* sia l'*in-patient waiting time*. Questo aspetto è particolarmente rilevante dal momento che l'obiettivo è ridurre il tempo di attesa totale, e non solo una parte di esso.

I principali Paesi dell'OCSE si differenziano circa il modo in cui misurano i tempi di attesa. Alcuni registrano i tempi d'attesa rispetto ai pazienti trattati in un dato periodo, altri, invece, considerano i tempi d'attesa rispetto ai pazienti nella lista. La prima misura ricopre l'intera durata dell'attesa del paziente, la seconda è incompleta perché l'attesa deve ancora terminare. L'arco temporale di riferimento può essere un anno intero, tre mesi o un mese. I tempi d'attesa possono essere determinati in relazione al trattamento, alla specialità o test diagnostico. Sulla base di queste rilevazioni, è possibile definire le distribuzioni dei pazienti. Queste distribuzioni sono solitamente descritte da strumenti statistici quali il tempo d'attesa medio, il tempo d'attesa mediano, il numero o la proporzione di pazienti che aspettano più di un certo tempo, o il tempo d'attesa corrispondente a diversi percentili della distribuzione. La media e la mediana sono gli indici più rappresentativi (Siciliani et al., 2013). Le altre misure, focalizzate sul numero di pazienti che aspettano più del tempo limite, hanno il vantaggio di considerare i pazienti più in difficoltà, cioè con un tempo d'attesa più elevato. Solitamente, la distribuzione tende ad essere positivamente asimmetrica, con una coda di pazienti che aspettano tempi molto lunghi. Pertanto, la media è influenzata da un piccolo numero di pazienti con elevati tempi d'attesa ed è sistematicamente al di sopra della mediana.

2.2 I tempi d'attesa: problema o soluzione?

I tempi d'attesa, come abbiamo visto, possono essere annoverati tra gli strumenti indiretti per il governo della domanda. Tuttavia, se diventano eccessivi, essi rappresentano uno dei più importanti problemi dei sistemi sanitari nella maggior parte dei Paesi OCSE (Hurst e Siciliani, 2003). È interessante peraltro notare che Paesi con una spesa sanitaria (pro-capite) superiore alla media OCSE non hanno necessariamente tempi d'attesa contenuti (Siciliani e Hurst, 2004).

Di seguito, verranno esposti prima i benefici derivanti dai tempi d'attesa e poi i problemi che emergono qualora l'attesa si prolunghi eccessivamente. I tempi d'attesa agiscono come un meccanismo di razionamento che aiuta a ripristinare l'equilibrio tra domanda e offerta di servizi sanitari (Lindsay e Feigenbaum, 1984). Infatti, i tempi d'attesa possono contenere l'eccesso di

domanda, in quanto rappresentano un deterrente per i pazienti che non devono essere trattati urgentemente, incoraggiandoli eventualmente ad acquistare il trattamento privatamente (*out-of-pocket*) (Besley et al., 1998). Al fine di soddisfare la maggiore domanda, si può indurre un'espansione della capacità produttiva dei centri di assistenza (ipotizzando un effetto SID trascurabile). Infatti, i tempi d'attesa (alti) possono anche stimolare l'incremento dell'offerta, incoraggiando le autorità competenti ad allocare più risorse agli Ospedali pubblici con lunghe liste d'attesa, secondo il principio "*money follows the queue*" (Gravelle et al., 2000, Martin e Smith 1999, Iversen, 1993). Allo stesso modo, in un'ottica concorrenziale, gli Ospedali privati possono trarre vantaggio dall'esistenza dei tempi d'attesa elevati nelle strutture pubbliche e quindi aumentare la propria attività. La presenza di queste influenze, note come *feedback effects*, può facilitare il raggiungimento di un tempo d'attesa di equilibrio.

In mancanza di compartecipazione (*ticket*), il manifestarsi di un meccanismo di razionamento reale implicito, rappresentato dai tempi d'attesa, si può configurare come una soluzione inferiore in termini di benessere. Infatti, lunghi tempi d'attesa possono inibire il consumo anche in presenza di necessità effettiva e costituiscono un forte incentivo a spostarsi verso prestazioni private a pagamento, riducendo l'equità nell'accesso ai servizi sanitari e l'efficienza allocativa. Infatti, si può verificare la situazione in cui gli individui con necessità di ricorrere al servizio privato, ovvero coloro con un costo-opportunità del tempo elevato, non abbiano una disponibilità economica sufficiente e non siano in grado di pagare il prezzo richiesto dal privato. Questo meccanismo rende i tempi d'attesa un sistema di allocazione iniquo. Inoltre, tempi e liste d'attesa eccessivi implicano una dilatazione dei costi per gli Ospedali, a causa dei significativi costi di amministrazione.⁵

Riassumendo, i costi del ritardo nella prestazione generano malcontento tra i pazienti e includono: un peggioramento delle condizioni di salute del paziente⁶, una perdita di utilità, un aumento del costo dell'intervento chirurgico e di altri trattamenti, perdite addizionali del reddito da lavoro, pagamenti aggiuntivi (spese di trasporto).

Di seguito, verranno approfonditi due tipologie di costi economici collegati all'attesa: 1) il costo privato di opportunità del tempo; 2) la riduzione del beneficio di salute ottenibile dalla prestazione stessa. In entrambi in casi, è possibile dimostrare che si determinano effetti negativi in termini di equità e di efficienza allocativa (Rebba, 2009).

⁵ Alcuni dati sperimentali sull'Inghilterra mostrano che quando i tempi d'attesa sono lunghi (>3 mesi) non ci sono risparmi addizionali da ulteriori incrementi degli stessi (Siciliani, 2009). Tuttavia, evidenza opposta emerge dal Belgio, in cui gli Ospedali con alti tempi d'attesa hanno costi più bassi.

⁶ Tuttavia, c'è scarsa evidenza del peggioramento delle condizioni di salute durante l'attesa. Infatti: per gli stati di salute gravi i tempi d'attesa solitamente sono ridotti, la chirurgia d'elezione prevede la possibilità di ridefinire la priorità dei pazienti le cui condizioni sono peggiorate, c'è evidenza di una certa tolleranza per attese moderate, la disponibilità a pagare per la riduzione di un mese nei tempi d'attesa non è elevata.

Il paziente che accede alla lista d'attesa compie una scelta economica. Infatti, preferisce investire il suo tempo aspettando di ricevere il trattamento, piuttosto che impiegare quello stesso tempo per attività di maggior valore. Il costo-opportunità del tempo indica il valore dell'attività di maggior valore a cui il paziente rinuncia. Tale costo-opportunità del tempo tende a crescere con il prolungarsi dell'attesa e comprende le seguenti categorie di costo (Rebba, 2009):

- costi derivanti dalla forzata interruzione delle attività di lavoro (mancato reddito), studio o tempo libero (quando le persone in attesa non sono più in grado di svolgere le loro attività prima di ricevere la prestazione);
- costi legati al tempo richiesto per accedere alla prestazione (tempo di viaggio, minuti di attesa prima di usufruire del servizio ecc.);
- costi “di ansietà” legati al prolungarsi dell'attesa e all'incertezza del momento esatto in cui sarà possibile accedere alla prestazione (Propper, 1995).

Acton (1975) ritiene che il costo-opportunità del tempo non sia necessariamente correlato positivamente al livello di capacità economica. Soggetti appartenenti ad una stessa classe di reddito possono essere infatti caratterizzati da valori diversi del costo-opportunità del tempo. In altri termini, non è detto che le persone con un elevato costo-opportunità del tempo siano anche le più abbienti. Sulla base di questa considerazione, si può affermare che i tempi d'attesa come meccanismo di razionamento possono condurre ad effetti negativi in termini sia di equità che di efficienza allocativa.

A prescindere dal livello di ricchezza, Besley et al. (1999) hanno dimostrato empiricamente che le persone con un elevato costo-opportunità del tempo sono più incentivate a ricorrere ad alternative assistenziali private a pagamento pur di evitare le perdite connesse al tempo perso durante l'attesa. Il concetto di costo-opportunità, quindi, introduce un altro tema rilevante connesso all'esistenza dei tempi d'attesa: la scelta tra alternative private e le prestazioni offerte gratuitamente dai servizi sanitari pubblici.

La Figura 7 illustra graficamente l'istante in cui il paziente opta per l'alternativa privata, dato il proprio costo-opportunità del tempo e il tempo d'attesa necessario per accedere al servizio pubblico.

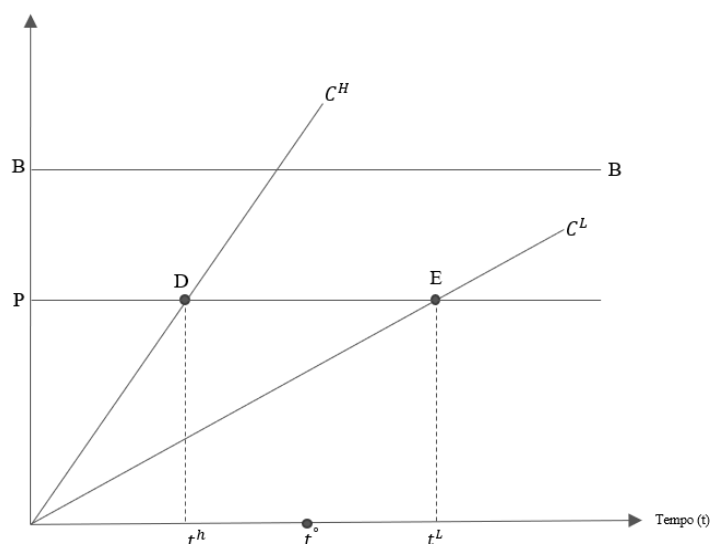


Figura 7. Tempi d’attesa e scelta tra pubblico e privato: un confronto tra i diversi costi opportunità del tempo. Fonte: Rebba, 2009.

Il modello sintetizzato in Figura 7 si basa sulle seguenti ipotesi:

- la prestazione è erogata in modo efficiente sia nel pubblico (gratuita) che nel privato (a pagamento). La formazione dei tempi d’attesa dipende esclusivamente da un eccesso di domanda sull’offerta e non dall’ inefficienza della produzione;
- i pazienti presentano caratteristiche cliniche omogenee, per cui gli accessi al servizio pubblico vengono regolati secondo il principio *first come first served* e non secondo criteri di priorità;
- il costo-opportunità ha un andamento lineare.

Consideriamo due individui: l’individuo H, il cui costo-opportunità del tempo è elevato e l’individuo L, con un costo-opportunità del tempo basso. Come riportato dal grafico, ciascun individuo ha una diversa retta del costo-opportunità: C^H è la retta più inclinata, relativa all’individuo H, mentre C^L è la retta meno inclinata, relativa all’individuo L. La retta B (parallela all’asse delle ascisse) rappresenta il beneficio atteso dalla prestazione sanitaria, costante nel tempo e superiore al prezzo P della prestazione erogata dal servizio privato. In generale, un individuo opterà per il servizio pubblico gratuito quando il tempo d’attesa per accedere alla prestazione è tale per cui $C < P$. L’individuo, invece, sceglie fin da subito l’alternativa privata se il tempo di attesa per il servizio pubblico è così lungo che $C > P$. Nello specifico, l’individuo H sceglierà di entrare in lista d’attesa per la prestazione pubblica solo se questa viene erogata entro il tempo t^h , mentre se l’attesa supera t^h , per cui $C^H > P$, potrebbe

optare subito per la prestazione erogata dal privato pagando il prezzo P . L'individuo L è maggiormente disposto ad attendere per la prestazione pubblica e potrebbe decidere di rivolgersi subito al privato solo se il tempo d'attesa prospettato per accedere al servizio pubblico gratuito fosse superiore a t^L (oltre il punto E , si avrebbe $C^L > P$). Se il tempo medio di attesa per il servizio pubblico fosse pari a t° , H potrebbe decidere di richiedere subito la prestazione privata mentre L preferirebbe aspettare nel pubblico. Tuttavia, come già anticipato, non è dimostrato che H abbia una disponibilità economica maggiore di L , seppure il suo costo-opportunità del tempo sia maggiore. Per questo, si afferma che il razionamento della domanda tramite i tempi d'attesa potrebbe, talvolta, risultare iniquo. Infatti, se H non è in grado di sostenere il prezzo P per usufruire del servizio privato, è costretto ad attendere il tempo t° per accedere alla prestazione pubblica e interrompere la sua attività di lavoro. Questa dinamica si traduce in una perdita di benessere e conseguentemente in una riduzione dell'efficienza allocativa. L'impatto negativo in termini di equità e di efficienza allocativa aumenta al crescere del tempo di attesa per accedere al servizio.

Rimuoviamo ora l'ipotesi semplificatrice iniziale per cui il beneficio B derivante dalla prestazione è costante. Infatti, in realtà, il beneficio ottenibile dalla prestazione non è costante, ma decresce all'aumentare del tempo d'attesa, così come rappresentato dalla retta B' con inclinazione negativa in [Figura 8](#). Questo "deterioramento" si verifica in due circostanze:

- per le patologie di lieve entità, come le malattie stagionali: in questo caso, superato un certo tempo d'attesa, la prestazione non è più necessaria oppure i benefici che ne derivano sono trascurabili e non ne giustificano la richiesta; tuttavia, nonostante il mancato intervento sanitario, non si verificano sostanziali effetti negativi per il benessere individuale e collettivo;
- per le situazioni di emergenza sanitaria, prestazioni diagnostiche, terapie richieste con tempestività e in generale per le situazioni in cui l'attesa, oltre una determinata soglia temporale, può determinare gravi conseguenze per la salute del paziente; in questo caso, l'esistenza di tempi di attesa per il servizio pubblico può comportare un peggioramento del benessere individuale e collettivo.

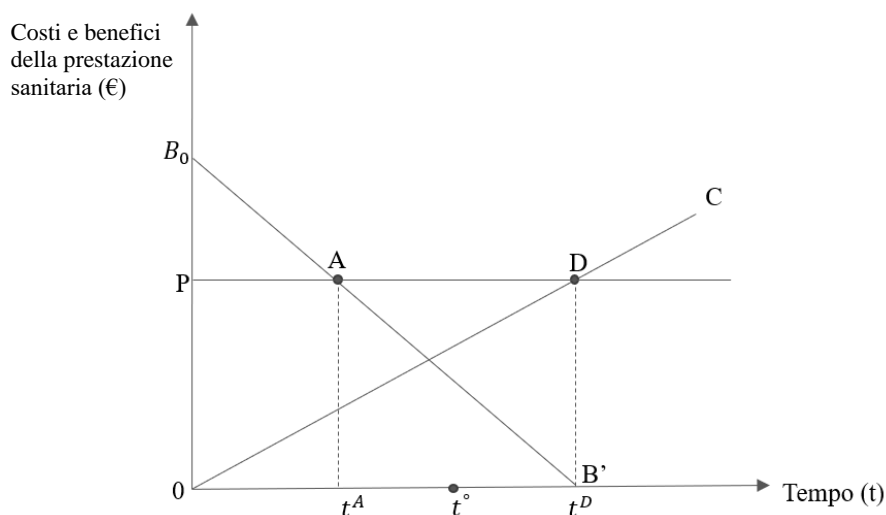


Figura 8. Tempi d’attesa e scelta tra pubblico e privato con beneficio della prestazione sanitaria decrescente nel tempo. Fonte: Rebba (2009).

Il beneficio della prestazione in termini monetari diminuisce nel tempo fino a diventare inferiore al prezzo richiesto nel privato P per un tempo di attesa $t > t^A$. Se il tempo d’attesa fosse pari a t^o (con $t^A < t^o < t^D$), l’individuo potrebbe decidere di rivolgersi immediatamente al servizio privato a pagamento anche se $C(t^o) < P$. Solo i pazienti con un reddito più elevato potrebbero rivolgersi al servizio privato con minori tempi di attesa, mentre quelli meno abbienti sarebbero costretti a ricorrere alla prestazione pubblica, con conseguenze negative per la loro salute. conseguentemente, si verificherebbero problemi di equità e di efficienza allocativa, determinati dal peggioramento delle condizioni di salute per le persone che non hanno la possibilità di accedere al servizio privato a pagamento.

Nel modello appena esposto, si ipotizza la contemporanea presenza di un servizio sanitario privato alternativo al servizio pubblico gratuito razionato mediante tempi d’attesa. L’esistenza di una alternativa privata può aumentare il benessere collettivo nel caso di un Sistema Sanitario che utilizzi come strumento di controllo della domanda unicamente i tempi d’attesa. In questa particolare situazione, le persone con elevato reddito sono indotte a scegliere prestazioni a pagamento non soggette a tempi d’attesa, pur continuando a finanziare il sistema pubblico. In questo modo, i servizi pubblici risultano decongestionati e utilizzati prevalentemente da persone a basso reddito.⁷ Tuttavia, chi ha una maggiore disponibilità a pagare per il servizio privato sono le persone con elevati costi-opportunità del tempo e con benefici decrescenti nel tempo, ma non necessariamente con un reddito elevato. Quindi, si

⁷ Tuttavia, alcuni studi dimostrano che il guadagno in termini di benessere derivante dall’utilizzo dei tempi d’attesa come unico meccanismo di razionamento è trascurabile.

ritiene che la contemporanea presenza del servizio pubblico e di alternative private può garantire l'efficienza e l'equità di un sistema sanitario solo se si affianca un utilizzo appropriato del *ticket* quale strumento di governo della domanda di assistenza sanitaria.⁸

Al contrario, quando un Sistema Sanitario pubblico adotta i tempi d'attesa come unico strumento di controllo della domanda, ottiene un risultato inferiore in termini di efficienza allocativa e di equità. Infatti, il ricorso esclusivo ai tempi d'attesa, da un lato può inibire il consumo anche in presenza di necessità effettiva, dall'altro incentiva il consumo di prestazioni private accessibili soprattutto ai più abbienti.

Pertanto, l'esistenza di alternative private non determina necessariamente ad una riduzione dei tempi d'attesa nel pubblico. Affinché ciò si possa realizzare, è necessario che si verifichino contemporaneamente tre condizioni:

- omogeneità nei livelli di qualità,
- efficienza sia nel privato che nel pubblico,
- perfetta separazione e assenza di complementarità tra i processi di produzione delle prestazioni nel privato e nel pubblico.

In realtà, è difficile che si realizzino simultaneamente. In questo caso, in assenza di adeguati correttivi, il fenomeno delle liste di attesa nel pubblico potrebbe addirittura aggravarsi, con gravi ripercussioni sia in termini di efficienza allocativa che di equità.

2.3 Possibili correttivi

Nel presente paragrafo, verranno passate brevemente in rassegna le politiche che possono essere adottate per gestire, ed eventualmente ridurre, i tempi d'attesa eccessivi. A tal fine, è possibile intervenire direttamente sull'offerta o sulla domanda, oppure ricorrere a delle misure che influenzano direttamente i tempi d'attesa e solo indirettamente la domanda e l'offerta. Oggetto dell'approfondimento saranno i tempi d'attesa relativi alle prestazioni chirurgiche, in particolare a quelle d'elezione. Inoltre, a titolo di esempio, verrà riportata l'esperienza di alcuni Paesi dell'OCSE.

Se il volume di prestazioni chirurgiche offerto non è adeguato, i tempi d'attesa possono essere ridotti agendo sull'offerta. Questi interventi possono essere, alternativamente, un aumento della produttività per gli Ospedali pubblici, un aumento della capacità oppure il cambiamento degli incentivi per il personale sanitario (Hurst e Siciliani, 2003).

⁸ Conclusione tratta da Rebba e Rizzi (2012) nel modello *Agent-based*.

Aumento della produttività degli Ospedali pubblici attraverso il finanziamento di attività supplementare

I governi di molti Paesi hanno cercato di gestire gli elevati tempi d'attesa, allocando una maggiore quantità di risorse ai *budget* degli Ospedali pubblici. Generalmente, tali stanziamenti hanno natura temporanea e possono essere allocati direttamente al fornitore finale della prestazione chirurgica oppure a qualche struttura intermedia tra gli Ospedali pubblici e il governo.

In particolare, possono essere assegnati agli Ospedali che realizzano attività supplementare, agli Ospedali con tempi e liste d'attesa elevati oppure agli Ospedali che realizzano attività *extra*, ma che ottengono anche buoni risultati in termini di riduzione dei tempi d'attesa. Se i finanziamenti addizionali sono concessi agli Ospedali con liste e tempi d'attesa lunghi, questi potrebbero tuttavia non avere incentivi a ridurre i tempi d'attesa, per il timore che i fondi ricevuti vengano ritirati una volta aver ridotto i tempi d'attesa. Invece, quando le risorse sono assegnate agli Ospedali che realizzano attività aggiuntiva, possono sorgere due tipi di problemi. Innanzitutto, dal momento che è difficile distinguere tra attività ordinaria e straordinaria, gli Ospedali sono incentivati a dichiarare l'attività ordinaria come se fosse *extra-ordinaria* (Gonzalez-Busto e Garcia, 1999). In secondo luogo, conseguentemente alla diminuzione dei tempi d'attesa, si può verificare un aumento della domanda che renderebbe minima o nulla la riduzione dei tempi d'attesa.

Nel caso in cui i fondi *extra* siano assegnati alle strutture che realizzano attività aggiuntiva e contemporaneamente riescono a ridurre i tempi d'attesa, allora queste hanno incentivo a continuare ad incrementare l'attività. Tuttavia, gli stessi Ospedali, non hanno incentivo ad aumentare il numero di aggiunte alla lista. Pertanto, quest'ultimo caso è il più appropriato per ottenere riduzioni nei tempi d'attesa.

Tuttavia, l'evidenza dell'efficacia di fornire finanziamenti *extra* agli Ospedali è ambigua e dipende dalle specifiche situazioni finanziarie (Hurst e Siciliani, 2003). Ad esempio, in Irlanda la riduzione dei tempi d'attesa per i pazienti in lista è stata molto lenta. Nel Regno Unito, invece, dove i finanziamenti *extra* sono stati introdotti congiuntamente alle garanzie sui tempi d'attesa massimi, si è verificata una riduzione veloce nella media dei tempi d'attesa per i pazienti in lista, ma solo un minimo cambiamento nella media dei tempi d'attesa dei pazienti trattati.

È importante sottolineare che politiche temporanee hanno effetti temporanei: un aumento temporaneo dell'offerta può addirittura ridurre i tempi d'attesa, ma solo per un breve periodo di tempo. Infatti, la riduzione dei tempi d'attesa può stimolare nuova domanda, dissipando, così, l'effetto di un aumento dell'attività. Questa prospettiva ignora la natura dinamica dei tempi e delle liste d'attesa e i cambiamenti tecnologici. Pertanto, bisogna considerare non solo i

pazienti già presenti sulla lista d'attesa, ma anche il numero di pazienti che continua ad aggiungersi (Worthington, 1987; 1991).

Aumento della produttività degli Ospedali pubblici mediante pagamenti basati sull'attività (activity-based payments)

I pagamenti correlati all'attività (*activity-based payments*) sono una modalità di remunerazione degli Ospedali che può incrementare la produttività, con effetti non solo nel breve periodo. Come conseguenza dell'*activity-based payments*, una maggiore produttività è ricompensata da alti ricavi. Tuttavia, analogamente ad altre politiche relative all'offerta, un aumento dell'attività non è garanzia di successo nella riduzione dei tempi d'attesa. In Norvegia, per esempio, in cui l'*activity based funding* è stato adottato nel 1997, alcuni studi dimostrano che il tasso di crescita annuale dell'attività degli Ospedali è aumentato dal 2% (1992-96) al 3,2% (1997-1999), ma non c'è alcuna evidenza degli effetti positivi sulle liste d'attesa.

Aumento della produttività mediante la modifica delle modalità remunerative degli specialisti

Relativamente a questo intervento, sono stati suggeriti due approcci (Hurst e Siciliani, 2003). Il primo consiste nell'assegnare premi (sanzioni) agli specialisti che raggiungono determinati obiettivi in termini di *output*, per incoraggiare la produttività, o in termini di riduzione nei tempi d'attesa. Il secondo approccio consiste nel limitare la "doppia" attività dei medici (*dual practice*), ossia quando il medico svolge la sua professione sia nelle strutture pubbliche che in quelle private. Se gli specialisti sono salariati, una loro maggiore produttività non sarà ricompensata. Inoltre, gli specialisti possono avere incentivo ad impostare un livello di severità molto basso per far entrare i pazienti nella lista, dal momento che lunghi tempi d'attesa possono essere segno di prestigio.

L'introduzione di *bonus* (o di sanzioni) può mitigare questi fenomeni: essi rappresentano un incentivo ad aumentare la produttività e ad alzare il livello di severità per l'ammissione alla lista. In Spagna, ad esempio, è stata raggiunta una riduzione stabile dei tempi d'attesa anche grazie ai *bonus* (pari al 2-3% del salario) garantiti agli specialisti. Tuttavia, emerge un conflitto di interesse per i medici che svolgono la doppia attività. Essi, infatti, possono avere incentivo a sfruttare lunghi tempi d'attesa nel servizio pubblico per incrementare la domanda per il servizio che essi svolgono privatamente. La "*dual practice*" è frequente in molti Paesi dell'OCSE, anche se vi sono delle restrizioni in termini di guadagno, autorizzazioni o altre regolamentazioni. In Italia solo gli specialisti part-time possono operare sia nelle strutture pubbliche che in quelle private.

Aumento della produttività mediante ricorso più frequente al “day-surgery”

Con la “*Day-surgery*”, letteralmente chirurgia diurna, si riduce il costo unitario del trattamento, che dipende dalla durata del ricovero. Dato un certo numero di posti letto, la chirurgia diurna può aumentare il volume di trattamenti erogati e liberare letti. Inoltre, dal momento che i trattamenti realizzati in questa modalità sono più sicuri e meno invasivi, si determina un aumento della domanda. Di conseguenza, l’effetto finale sui tempi d’attesa non è univoco.

Finanziamento di capacità aggiuntiva nel settore pubblico

Molti governi hanno investito in capacità supplementare per far fronte alla domanda crescente. Un aumento significativo della capacità ha un impatto diverso sui tempi d’attesa a seconda del livello di eccesso della domanda e del livello iniziale dei tempi d’attesa. Paesi con bassa offerta e tempi d’attesa iniziali alti hanno una domanda elastica alla variazione dei tempi d’attesa. Per questi motivi, l’effetto anche di un grande incremento della capacità sui tempi d’attesa può essere relativamente modesto. Tuttavia, l’evidenza econometrica segnala che un maggior numero di letti e di medici è associato a minori tempi d’attesa (Martin e Smith, 1999; Lindsay e Feigenbaum, 1984). Ciò detto, l’espansione della capacità attraverso la costruzione di nuove unità chirurgiche può richiedere tuttavia molto tempo per essere realizzata. Inoltre, l’incremento del numero di medici può essere ancora più lento, perché essi devono ricevere la formazione necessaria prima di poter esercitare. Nonostante sia possibile reclutare *staff* da altri Paesi, si potrebbero manifestare problemi di integrazione che richiedono altrettanto tempo per essere gestiti.

Ricorso alla capacità del settore privato

Un’ alternativa per aumentare la capacità nel settore pubblico consiste nell’attingere alla capacità del settore privato. Il fornitore pubblico di servizi sanitari contraatta con il fornitore privato un volume di attività da erogare ai pazienti pubblici. Fare ricorso alla capacità del settore privato può essere il modo più veloce per incrementare la capacità e la contrattazione con i fornitori pubblici può innescare un meccanismo competitivo tra questi. Un potenziale svantaggio di questa politica dipende dall’esistenza o meno di “*dual practice*”. Infatti, se l’offerta di specialisti è limitata e questi lavorano sia per strutture pubbliche che private, un aumento dell’attività nel settore privato può richiedere una riduzione dell’attività nel settore pubblico. L’effetto finale sui tempi d’attesa dipende dalla variazione della domanda. Per esempio, in Spagna e in Regno Unito si sono registrate alcune riduzioni dei tempi d’attesa, fenomeno che non si è verificato in Svezia (Hanning e Spangberg, 2000).

Ricorso alla capacità di Paesi esteri

Paesi come Norvegia, Danimarca, Irlanda, Regno Unito e Olanda, hanno aumentato l'offerta di prestazioni chirurgiche ricorrendo ad attività *extra* di altri Paesi. È difficile fornire evidenza dell'efficacia di questa misura, poiché essa è stata introdotta recentemente. La Norvegia è l'unico paese che ha affidato un numero significativo di pazienti ad altri Paesi. Tuttavia, non sono state osservate significative riduzioni nei tempi d'attesa e infatti, il costo del trattamento è stato stimato essere approssimativamente uguale a quello domestico. Le critiche principali sottolineano che i fondi destinati alle cure dei pazienti all'estero può essere usato più efficientemente per finanziare iniziative nazionali. Inoltre, i pazienti che tornano a casa potrebbero avere bisogno di ulteriore assistenza da parte degli Ospedali locali e questo aumenterebbe i costi.

Espansione della scelta per i pazienti

Alcuni Paesi, tra cui Inghilterra, Danimarca, Norvegia e Svezia, hanno ampliato la scelta per i pazienti. Avendo a disposizione una scelta più vasta, i pazienti si spostano da aree con tempi d'attesa lunghi verso aree con tempi d'attesa inferiori. Inoltre, un aumento della scelta per il paziente alimenta la competizione tra gli Ospedali. Per implementare questa politica è importante una larga diffusione delle informazioni sui tempi d'attesa. Inoltre, è necessario fornire ai pazienti che cercano informazioni sul *web* una guida per la corretta interpretazione. Nonostante la maggiore scelta per il paziente, quando l'Ospedale ha un *budget* fissato, non ha incentivi ad aumentare l'attività e ridurre i tempi d'attesa, dal momento che non otterrà ricavi *extra*. Invece, Ospedali con migliore reputazione possono avere incentivo ad aumentare i tempi d'attesa per scoraggiare pazienti provenienti da altre località. Tuttavia, questi effetti "perversi" sono generalmente ritenuti trascurabili, e si ritiene invece che la scelta del paziente possa aiutare a ridurre le disparità nei tempi d'attesa tra le diverse aree geografiche. Comunque, come osservano Hanning e Spanberg (2000), la mobilità dei pazienti tende ad essere relativamente bassa. Al contrario, quando la remunerazione avviene con *activity-based payment*, gli Ospedali tenderanno ad aumentare il numero di trattamenti, data la capacità disponibile, ottenendo una riduzione dei tempi d'attesa. Un aumento delle possibilità di scelta a disposizione dei pazienti contribuisce poco alla riduzione dei tempi di attesa, qualora persista l'eccesso di domanda, a causa delle continue restrizioni pubbliche all'offerta. Infatti, anche in un contesto competitivo, gli Ospedali non si sentono sotto pressione per competere sui tempi d'attesa, dal momento che c'è un diffuso eccesso di domanda, (Chalkey e Malcomson, 1998).

Passati brevemente in rassegna gli interventi che agiscono, essenzialmente, sull'offerta, consideriamo ora quelli relativi alla domanda.

Governo della domanda basato sul bisogno

I medici sono incoraggiati ad attribuire una priorità (“prioritizzare”) ai pazienti, basandosi sull'urgenza e sul bisogno, al fine di conciliare la domanda e la capacità disponibile. Un requisito importante per adottare questa misura è la presenza di linee guida per definire le priorità. Infatti, i pazienti devono essere adeguatamente informati circa i criteri di selezione. Se sono stati selezionati per il trattamento (ovvero se i loro bisogni sono sufficientemente elevati), allora lo riceveranno tempestivamente. Invece, i pazienti con un basso bisogno non ricevono il trattamento, ma rimangono in carico al medico di base (*active care and review*). L'unico caso in cui i pazienti meno gravi possono ricevere il trattamento è dato dal peggioramento delle loro condizioni. Un vantaggio di questa politica è che le risorse necessarie per implementarla non sono ingenti. Per ridurre i tempi d'attesa, i Governi, invece di pagare per una maggiore offerta di trattamenti, inducono i medici ad aggiungere alle liste solo i pazienti con i bisogni più alti. Il problema di questa politica è renderla operativa. Innanzitutto, gli specialisti possono non essere d'accordo con il Governo sull'idea di controllare la domanda perché sostengono che anche il paziente con il più basso bisogno abbia diritto alle cure offerte dal servizio pubblico. Inoltre, i medici di base possono essere scontenti per i maggiori impegni. Infine, se i tempi d'attesa si riducono, i pazienti potrebbero richiedere un maggior numero di interventi chirurgici.

Linee guida per assegnare la priorità ai pazienti in lista

L'introduzione di linee guida può servire a raggiungere un livello di efficienza, ovvero ridurre i tempi d'attesa, e un livello di equità, ovvero rendere le attese più eque. Se le attese non possono essere ridotte, almeno i pazienti devono aspettare secondo alcuni criteri espliciti ed equi. Esistono diversi criteri che possono essere utilizzati per attribuire una priorità ai pazienti sulle liste, la maggior parte dei quali sono clinici. In alcuni Paesi è stato discusso se i pazienti dovessero essere “prioritizzati” secondo criteri non clinici, come l'abilità al lavoro. Gli strumenti utilizzati per “prioritizzare” i pazienti possono essere meno formali e prendere la forma di linee guida o più formali, prendendo la forma di “*priority scoring system*”, come in Nuova Zelanda e Canada, in cui la priorità è attribuita assegnando dei punteggi a ciascun paziente. Questi criteri più formali incontrano tuttavia spesso l'opposizione presso gli specialisti che ritengono che la loro autonomia sia stata messa a rischio (Hurst e Siciliani, 2003).

Sussidi per l'assicurazione privata volontaria (PHI: private health insurance)

L'idea è che abbassando i prezzi per l'assicurazione privata si possa indurre un effetto sostituzione tra chirurgia pubblica e privata, riducendo i tempi e le liste d'attesa. Tuttavia, la sostituzione avviene quando la qualità del servizio pubblico è scarsa (alti tempi d'attesa) e alcune dimensioni della fornitura privata sono alte (migliore ricovero e la possibilità di scegliere il medico). Però, se l'assicurazione privata copre trattamenti non coperti dal servizio pubblico (es: chirurgia plastica), allora un aumento della copertura privata può indurre un aumento della domanda, in luogo dell'effetto sostituzione. In questo caso i tempi d'attesa potrebbero rimanere inalterati. La relazione tra copertura privata e tempi d'attesa è complessa. Un aumento di copertura privata induce uno spostamento dei pazienti dal servizio pubblico al privato, riducendo il tempo d'attesa. Questa riduzione, d'altro canto, può ridurre l'incentivo della popolazione a comprare volontariamente la copertura privata. Infatti, c'è evidenza del fatto che i tempi d'attesa giocano un ruolo determinante nell'indurre l'acquisto di assicurazione privata volontaria (Hurst e Siciliani, 2003). Inoltre, se i pazienti con copertura privata devono pagare prezzi elevati, allora possono scegliere di aspettare i tempi richiesti per il trattamento pubblico, dove la compartecipazione è praticamente nulla. Infine, se gli Ospedali privati non riescono ad espandere nel breve periodo la loro capacità di rispondere all'aumento di domanda, la riduzione nei tempi d'attesa può essere ritardata.

Le politiche analizzate fino ad ora agiscono direttamente sull'offerta e sulla domanda. Un'altra strategia consiste nell'adottare politiche che influenzano indirettamente la domanda e l'offerta.

Garanzie per tempi massimi di attesa (Maximum waiting time guarantee)

Si tratta di limiti massimi stabiliti per contenere i tempi d'attesa ed evitare che i pazienti siano "bloccati" nella lista d'attesa. È possibile distinguere tra "*unconditional guarantee*" e "*conditional guarantee*". La prima terminologia si riferisce ai tempi d'attesa massimi validi incondizionatamente per tutti i pazienti. La seconda, invece, indica i limiti fissati solo per una determinata categoria di pazienti, per esempio "tutti i pazienti con un alto bisogno, devono essere trattati entro x mesi" oppure "y% dei pazienti deve essere trattato entro x mesi". Tuttavia, come rilevato in Regno Unito, una garanzia sui tempi di attesa può indurre una riduzione percentuale di pazienti che aspettano un tempo superiore a quello massimo, ma solo se accompagnata a sanzioni, ovvero ad un rischio effettivo per i *managers* degli Ospedali di essere penalizzati (*target and terror*). Questi strumenti di governo e controllo sono stati introdotti perché attese lunghe, ad esempio superiori a 12 mesi, anche per un piccolo numero di pazienti, possono causare preoccupazione politica, sociale e allarmismo da parte dei mezzi di

informazione, con una conseguente danno alla reputazione della struttura ospedaliera.

Incentivi finanziari e non finanziari

Tradizionalmente, le politiche di incentivazione attribuivano più risorse agli Ospedali con tempi e liste d'attesa elevati, considerando che alti tempi d'attesa indicano un bisogno maggiore. Le politiche più recenti, invece, tendono a ricompensare le riduzioni nell'attesa, nel presupposto che bassi tempi d'attesa siano un'espressione di un migliore *management* ed efficienza. Le ricompense possono essere finanziarie (premi e *bonus*, come in Spagna) o non finanziarie (come in Nuova Zelanda). L'introduzione di incentivi per ridurre i tempi d'attesa può determinare due cambiamenti principali. Da un lato, gli Ospedali e i medici possono aumentare il livello di offerta di trattamenti d'elezione. Dall'altro, i medici possono definire una soglia di gravità più elevata per aggiungere i pazienti in lista e in questo modo ridurre la domanda per i trattamenti d'elezione. A seconda del sistema di remunerazione degli Ospedali, la prima strategia, ossia incrementare l'offerta, può essere più o meno vantaggiosa per il fornitore. Ad esempio, se gli Ospedali sono remunerati con un *budget* fissato, allora l'aumento dell'offerta aumenta i costi senza aumentare i ricavi. Se gli Ospedali sono invece remunerati secondo il sistema *fee-for-service*, allora i costi *extra* possono essere coperti da ricavi *extra*. La seconda strategia, ossia la riduzione della domanda, non è costosa per il fornitore, almeno in termini finanziari. Infatti, è la strategia più corretta in presenza di budget fissati, dal momento che non determina alcun aumento dei costi.

Capitolo 3

La gestione dei tempi d'attesa in Italia

In Italia i tempi d'attesa rappresentano una criticità che necessita di essere gestita, per migliorare l'efficienza del servizio stesso e il beneficio atteso per i pazienti. Molte Regioni hanno migliorato l'accesso per i pazienti attraverso una maggiore informazione, una diversa progettazione del processo di formazione della domanda e la creazione di centri di prenotazione unici. Inoltre, per gestire i tempi d'attesa, sono stati implementati importanti criteri di prioritizzazione basati su elementi clinici e valutazioni professionali. Le politiche attuali si declinano diversamente nelle varie Regioni italiane, che cercano tuttavia di uniformarsi alla legislazione nazionale.

3.1 La situazione attuale

Come è noto, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato istituito nel 1978 e riformato negli anni '90. Esso rappresenta una garanzia nazionale per la fornitura di servizi sanitari, attraverso un sistema decentralizzato, con 20 Regioni e 2 province autonome. L'accesso ai servizi sanitari non è correlato alle situazioni economiche e sociali particolari o al luogo di residenza, ma non tutti i servizi sono gratuiti ed esistono ancora grandi disparità geografiche.

La riduzione dei tempi d'attesa per i servizi sanitari pubblici è stata per la prima volta menzionata nella legislazione fondativa del SSN nel 1978. Molte Regioni hanno adottato misure per prioritizzare la distribuzione di servizi sanitari sulla base di criteri di appropriatezza e di severità dei pazienti. Tuttavia, l'accesso ai servizi sanitari pubblici è ancora limitato dai tempi d'attesa eccessivi e le politiche per ridurli hanno avuto un effetto limitato.

Il governo nazionale ha definito i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ossia pacchetti di prestazioni sanitarie di base che devono essere garantite a tutti i cittadini sul territorio nazionale. L'attuale fornitura di LEA deve essere monitorata e garantita da ogni Regione sulla base di criteri di priorità e definizione di *target* per i tempi massimi d'attesa.

I *database* nazionali per monitorare i tempi d'attesa sono ancora in fase sperimentale e non sono disponibili *report* nazionali dettagliati. Alcune Regioni tengono un registro dei tempi d'attesa sui siti *web*⁹, mentre *report* nazionali sono occasionali o realizzati su campioni ristretti di pazienti.

Per identificare le cause e le implicazioni dei tempi d'attesa in Italia, è utile distinguere tre classi di servizio: 1) prestazioni di ricovero, 2) prestazioni ambulatoriali e 3) diagnosi ambulatoriali.

⁹ Ad esempio, Database Online Regione Veneto: <https://salute.regione.veneto.it/info/informazioni/tempidattesa> (2018).

Il tempo d'attesa per i servizi in regime di ricovero è meno critico di quello per i servizi ambulatoriali. Questo può essere dovuto ad una serie di fattori. Infatti, sia il Governo Nazionale che quelli Regionali hanno deciso di prioritizzare alcuni interventi maggiori sulla base di criteri oggettivi e questo ha contribuito a riduzioni significative dei tempi d'attesa in vari ambiti clinici, tra cui l'oncologia e la cardiologia. Inoltre, gli ospedali danno ai pazienti la libertà di scelta e basano i propri sistemi di pagamento sui *Diagnosis-Related Groups* (DRG) e ciò determina un incentivo ad incrementare il volume di cure e ridurre i tempi d'attesa per i pazienti. La competizione tra le varie strutture sanitarie pubbliche/private/convenzionate è un fattore determinante per la riduzione dei tempi d'attesa (Fattore et al., 2013). Le tariffe DRG italiane, anche se non sono l'unica fonte di finanziamento per gli ospedali pubblici, eccedono molto i costi variabili e questo è un incentivo ad utilizzare a pieno la capacità dell'ospedale. Non tutti questi correttivi possono essere applicati alle cure ambulatoriali. Infatti, i servizi specialistici in regime ambulatoriale non sono pienamente rimborsati dal SSN, i relativi criteri di appropriatezza sono meno chiari e la domanda da parte dei pazienti è più sensibile alle variazioni dei prezzi e all'esistenza di opzioni private.

Le principali cause dell'esistenza dei tempi d'attesa per questo tipo di prestazioni sono (Fattore et al., 2013): 1) scarsi incentivi volti all'eliminazione dei tempi d'attesa nelle strutture sanitarie finanziate dal SSN; 2) forti incentivi per i medici a mantenere il servizio privato; 3) scarsi controlli istituzionali.

I report annuali delle associazioni ufficiali dei pazienti (*Italian Court of Rights of the Patient*) forniscono informazioni a livello nazionale. Secondo il report del 2011, circa il 16% delle 23.524 lamentele del 2010 riguarda i tempi d'attesa eccessivi per la sanità pubblica. In generale, i pazienti rilevano una situazione critica per le cure ambulatoriali (52,6% per diagnostica e 29,2% per consultazioni specialistiche), con minori lamentele sui tempi d'attesa per la chirurgia d'elezione (solo il 19% del totale). Per quanto riguarda i tempi d'attesa per la diagnostica, le situazioni più critiche sono riportate per i *test* di radiodiagnostica, quali mammografie (12 mesi) ed ecografie (8.5 mesi). Relativamente alle prestazioni specialistiche, i tempi d'attesa più lunghi sono riportati per urologia, oculistica e cardiologia (12,8 e 7,5 mesi per una visita, rispettivamente). Tuttavia, questi dati riflettono reclami individuali e non derivano da indagini sui tempi d'attesa. Inoltre, il rischio è che essi rappresentino una sovrastima dei tempi d'attesa effettivi.

Ulteriori dati sui tempi d'attesa derivano dall'indagine sul livello di soddisfazione dei cittadini italiani a riguardo delle cure sanitarie, realizzata dal CENSIS. La ricerca è stata realizzata su un campione di 1.184 adulti che hanno risposto al telefono ad un questionario strutturato. Per i *test* diagnostici, il 34,7% ha aspettato più di un mese, il 13,6% più di tre mesi.

Ulteriori ricerche dimostrano che i tempi d'attesa nelle strutture private sono generalmente inferiori (27 giorni in media, confrontati ai 57 giorni delle strutture pubbliche). Molte strutture sanitarie pubbliche producono dati per alcune consultazioni specialistiche e *test* diagnostici che sono considerati critici in termini di tempi d'attesa. Tuttavia, questi dati sono prodotti da ciascuna organizzazione ed è difficile aggregarli a livello regionale e nazionale. A tal proposito, solo la Regione Emilia-Romagna produce dati di questo tipo.

3.2 La normativa di riferimento a livello nazionale

Il presente paragrafo si basa sui seguenti documenti legislativi: D.G.R. n. 320, 12 marzo 2013, D.G.R. n. 600, 13 marzo 2007, D.G.R. n. 863, 21 giugno 2011, Accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002 (repertorio atti n. 1386), L.R. n. 30, 30 dicembre 2016 e lo Schema di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012 (PNGLA), di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. (Allegato: PNGLA 2010-12).

Il nuovo PNGLA (2010-2012), dopo quello del 2006, ha rafforzato e aggiornato le modalità di gestione dei tempi d'attesa nel SSN. Tale Piano deriva da un accordo tra il Governo Nazionale e le Regioni, che si impegnano ad agire uniformandosi alle regole nazionali.

Tra gli obiettivi principali del PNGLA rientrano: 1) la promozione della capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di salute, 2) la riduzione dell'inappropriatezza, 3) la compatibilità tra la domanda e l'offerta di servizi sanitari garantiti dai LEA. Il PNGLA si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari, attraverso rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle classi di priorità e la trasparenza del sistema a tutti i livelli. Tale Piano aggiorna l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vanno fissati i tempi di attesa massimi da parte delle singole Regioni. Per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio, il tempo massimo di attesa individuato dalla Regione dovrà essere garantito al 90% degli utenti che ne fanno richiesta.

Nelle procedure di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN deve essere previsto l'uso sistematico dell'indicazione di prova, visita e controllo del quesito diagnostico e delle classi di priorità, definite come di seguito in Tabella 2.

Tabella 2: Definizione delle priorità delle prestazioni	
U (urgente)	Da eseguirsi nel più breve tempo possibile, entro 72 ore.
B (breve)	Da eseguirsi entro 10 gg.
D (differibile)	Da eseguirsi entro 30 gg, per le visite, ed entro 60 gg, per gli accertamenti diagnostici.
P (programmabile)	-

Ai fini della verifica dei tempi d’attesa per le prestazioni ambulatoriali, vengono prese in considerazione le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche terapeutiche, ossia quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema di prenotazione, mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo e di *screening*. Le aree cardiovascolare ed oncologica sono state individuate come prioritarie per lo sviluppo dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) e contestualmente vengono definiti i relativi tempi massimi di attesa. Conseguentemente, le Regioni si impegnano a monitorare i PDT, relativamente ai tempi massimi d’attesa. Lo scopo del monitoraggio è verificare che i pazienti con determinate patologie abbiano completato i PDT in tempi congrui. I tempi massimi d’attesa non potranno essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l’inizio della terapia dal momento dell’indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti. In particolare, per l’area oncologica, è sempre più evidente la necessità di garantire adeguate modalità organizzative, attraverso un’assistenza in rete, la tempestività della diagnosi e dell’avvio delle procedure terapeutiche. Inoltre, il PNGLA prevede che le Regioni applichino i parametri del Piano Nazionale nel caso in cui le stesse Regioni non abbiano fissato i tempi massimi di attesa.

Il Piano promuove la valutazione e il miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva e individua come strumento di rilevazione per il monitoraggio dei tempi d’attesa il flusso delle informazioni relative ai tempi d’attesa. Emerge, di conseguenza, la necessità di procedere in via sistematica al monitoraggio dei tempi di attesa sui siti *web* di Regioni, Province Autonome e Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, a garanzia della trasparenza e dell’accesso alle informazioni.

Sono stati attivati il monitoraggio *ex ante* ed *ex post* del fenomeno delle liste di attesa relative alle: 1) prestazioni ambulatoriali, 2) attività di ricovero tramite la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e 3) eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni. In particolare, per garantire la qualità del dato relativo alla data di prenotazione del ricovero, è obbligatorio l’utilizzo delle Agende di Prenotazione dei Ricoveri. Inoltre, l’informazione relativa alle liste d’attesa deve essere sostenuta e potenziata tramite l’organizzazione di campagne informative, l’istituzione di Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) e la stesura di

Carte dei Servizi, ma anche mediante la creazione di siti *web* regionali e aziendali.

Il PNGLA promuove l'acquisto delle prestazioni erogate in regime di libera professione dai medici dell'Azienda Sanitaria per il governo delle liste d'attesa. Lo stesso Piano Nazionale prevede il monitoraggio dell'Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI) per il rispetto del rapporto tra l'attività libero-professionale e quella istituzionale e promuove le attività di informatizzazione del sistema di prenotazione per le prestazioni erogate in libera professione. L'ALPI contribuisce ad integrare l'offerta istituzionale dei medici ed è un ulteriore strumento per il governo delle liste e il contenimento dei tempi d'attesa. Entro 60 giorni dall'emanazione delle linee guida da parte del Comitato Lea, le Regioni e le Province Autonome devono adottare un relativo Piano regionale attuativo. Successivamente, le Regioni si impegnano a trasmettere il piano regionale entro 20 giorni dalla sua adozione al Ministero della Salute e al Comitato LEA.

3.3 La Regione Veneto

All'interno della Regione Veneto, il governo delle liste d'attesa è finalizzato a garantire l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, di rispetto delle classi di priorità e di trasparenza del sistema.

I percorsi assistenziali, riconosciuti come strumento fondamentale per il governo delle liste d'attesa, sono modelli organizzativi multidisciplinari e interprofessionali relativi ad una specifica categoria di pazienti in un particolare contesto locale. Essi vengono individuati come lo strumento corrente di gestione, in particolare per patologie per le quali si registrano le maggiori criticità nell'accesso alle prestazioni, e devono essere inseriti come componente sostanziale dei Patti Aziendali. Inoltre, la normativa regionale prevede che la responsabilità dell'attuazione del Piano Aziendale delle Liste d'Attesa e la garanzia del rispetto delle tempistiche siano in capo al Direttore Generale delle strutture eroganti.

Il Direttore Sanitario è investito, invece, delle seguenti responsabilità:

- coordinamento della redazione dei percorsi assistenziali aziendali e della loro implementazione;
- verifica della appropriatezza prescrittiva e della corretta erogazione dei percorsi assistenziali presenti nella propria Azienda;
- promozione delle iniziative di formazione volte a diffondere un'adeguata cultura in tema di percorsi assistenziali;
- diffusione e condivisione dei criteri di attribuzione delle classi di priorità.

Per tutte queste attività, il Direttore Sanitario si avvale del “Tavolo di Monitoraggio Aziendale”, che ha il compito di valutare i risultati relativi al rispetto dei tempi di attesa, al rispetto della appropriatezza prescrittiva e al rispetto dei suddetti percorsi assistenziali.

Un'altra figura rilevante è il medico prescrittore, che ha l'obbligo di attribuire la classe di priorità e di indicare il quesito diagnostico nella prescrizione di tutte le prime visite o prime prestazioni. Le Aziende ULSS hanno l'obbligo di garantire ai propri residenti/assistiti le prestazioni secondo tempi previsti dal medico prescrittore, riservandosi di verificarne l'appropriatezza. Per i non residenti, viene garantita l'esecuzione della prestazione prescritta senza garanzia della tempistica che deve rimanere in carico all'azienda di residenza.

La prenotazione di prime visite/prestazioni deve essere effettuata in base alla classe di priorità indicata nella prescrizione (Figura 9). La prenotazione di visite e prestazioni di controllo deve essere obbligatoriamente programmata al momento della conclusione della visita/prestazione da parte dello specialista che attiva la presa in carico del paziente secondo l'organizzazione aziendale. Questo sistema di gestione delle prestazioni di controllo va adottato da tutti gli erogatori e rientra nella logica della presa in carico del paziente, che viene così esonerato dall'effettuare di persona la prenotazione delle diverse prestazioni. Vi è obbligo di conservazione delle liste di prenotazione anche per i ricoveri ospedalieri.

In particolare, nelle Aziende Ospedaliere è stato introdotto l'obbligo di informatizzare i registri dei ricoveri chirurgici e delle liste operatorie, secondo le indicazioni riportate nelle Tablelle 3 e 4.

Tabella 3: Definizione delle classi di priorità degli interventi chirurgici	
Classe di priorità per interventi chirurgici	Indicazioni
Classe A	30 giorni
Classe B	60 giorni
Classe C	180 giorni
Classe D	12 mesi

Tabella 4: Definizione delle priorità delle prestazioni nella Regione Veneto (esempio in Figura 9)	
U (urgente)	Da eseguirsi nel più breve tempo possibile, entro 24 ore.
B (breve)	Da eseguirsi entro 10 gg.
D (differibile)	Da eseguirsi entro 30 gg.
P (programmabile)	Da eseguirsi entro 60/90 gg.

Figura 9: Ricetta Rossa. Si evidenzia nel riquadro nero la classe di priorità che deve essere indicata dal medico generale.

Le procedure regionali stabiliscono che vengano adottate modalità di gestione della domanda e dell'offerta quali: 1) gestione delle agende con sistemi di *recall*, 2) pre-appuntamento e 3) recupero degli spazi di prenotazione che si rendono disponibili.

Tali modalità sono finalizzate ad: 1) ottimizzare la capacità del sistema di garantire un'offerta entro i tempi previsti; 2) incrementare l'offerta mediante l'acquisto di prestazioni da personale dipendente in regime libero-professionale; 3) ampliare l'orario di attività dei servizi ambulatoriali e radiologici nei giorni festivi e prefestivi e negli orari serali 20-24; 4) adottare nuove modalità organizzative; 5) esternalizzare alcuni servizi ambulatoriali. Per tutti gli erogatori di prestazioni sanitarie, viene ribadito il divieto di sospensione delle prenotazioni delle prestazioni, ovvero la chiusura delle agende.

Le Aziende Sanitarie devono avere a disposizione sistemi di: 1) intercettazione delle prestazioni con tempi di attesa superiori a quanto prescritto; 2) rilevazione della mancata disdetta o presentazione; 3) per le strutture sanitarie private, gestione delle agende delle prestazioni unicamente attraverso il CUP dell'azienda ULSS. La comunicazione di eventuali disdette e spostamenti deve avvenire in tempo reale e deve garantire la continuità assistenziale e il pieno utilizzo dei posti che si liberano.

Il Piano attuativo aziendale di governo delle liste di attesa delle Aziende Ospedaliere e degli Istituti di Ricerca dovrà contenere la descrizione della propria offerta di base (ovvero le prestazioni da garantire necessariamente ai propri assistiti nei tempi previsti) e deve individuare le prestazioni ad ampio bacino di utenza da assicurare nei tempi d'attesa previsti e con obbligo di garanzia delle prestazioni agli assistiti di un ambito territoriale più vasto. È obbligatorio

effettuare la nomina del Coordinatore dei Processi di Prenotazione delle prestazioni ambulatoriali (responsabile del CUP), che è membro in staff al direttore sanitario.

3.4 Le classi di priorità e il modello a Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)

Come già visto nel Capitolo 2, esistono numerose politiche correttive a cui si può ricorrere per ridurre i tempi d'attesa, qualora eccessivi. In Italia, tra tutte, si ricorre maggiormente alla creazione di garanzie sui tempi di attesa condizionate al livello di severità. Secondo questo approccio, ai pazienti ad alta severità sono garantiti tempi d'attesa massimi più brevi.

L'ambito di applicazione è costituito dall'accesso alle prestazioni ambulatoriali che costituiscono il primo contatto dei cittadini alle strutture sanitarie e a quelle di ricovero. Sono quindi escluse, perché oggetto di specifiche modalità organizzative, le prestazioni di emergenza/urgenza clinica e quelle che consistono in controlli programmati a distanza o esami di *screening* di massa soggetti a specifiche cadenze temporali, nonché le prestazioni di 2° e 3° livello rese a pazienti a cui è già stato fatto un inquadramento diagnostico.

L'individuazione di priorità cliniche deve essere una realtà sia per le prestazioni di ricovero che per quelle ambulatoriali. Per la definizione delle priorità, è necessario attuare iniziative che aumentino il grado di appropriatezza delle prestazioni rese. Una prestazione deve essere erogata rispettando le indicazioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace, nel momento giusto e secondo un regime organizzativo più adeguato. Pertanto, le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza sono poste nella classe di priorità più bassa. I criteri di priorità si devono basare innanzitutto sulle caratteristiche cliniche del quadro patologico presente: eziologia, stadio, decorso della patologia, con riguardo ai possibili danni legati a ritardi nel trattamento, presenza ed intensità di sintomi e *deficit* funzionali. Le modalità di individuazione dei criteri di priorità risentono anche delle diverse tipologie di prestazioni, in quanto il ricovero elettivo ha già un quadro definito, mentre le prestazioni ambulatoriali possono avvenire in situazione di grande incertezza clinica, dove la diagnosi non è formulata.

I pazienti con uguale livello di priorità devono essere trattati secondo l'ordine cronologico di presentazione e, in caso di sospensione, il paziente deve rientrare in lista in una posizione che tenga conto della posizione originaria. Risulta, pertanto, raccomandabile definire un sistema di classificazione unico nazionale, secondo le indicazioni riportate in Tabella 5 e 6.

Tabella 5: Definizione delle classi di priorità per i ricoveri	
Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
Classe A	30 giorni
Classe B	60 giorni
Classe C	180 giorni
Classe D	12 mesi

Tabella 6: Definizione di classi di priorità per prestazioni ambulatoriali	
Classe di priorità per prestazioni ambulatoriali	Indicazioni
Classe A	10 giorni
Classe B	30 giorni (visite) 60 giorni (prestazioni strumentali)
Classe C	180 giorni

Come stabilito dal legislatore nazionale, le Regioni sono tenute ad individuare autonomamente le prestazioni e le condizioni cliniche specifiche che costituiscono il contenuto delle classi esposte, in base alle esigenze ed alle evidenze specifiche di ogni area territoriale. Un gruppo di lavoro interregionale definisce i criteri di omogeneizzazione tra le varie Regioni.

Nella maggior parte dei paesi dell'OECD, le politiche sono prevalentemente orientate agli interventi chirurgici di elezione. In Italia, invece, la problematica viene percepita in relazione all'attesa per accedere alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, finalizzate alla tempestività diagnostica. Generalmente, si individuano due modalità per definire i raggruppamenti di attesa differenziati per priorità clinica. Il primo approccio è basato su *score* multipli (dolore, qualità della vita, beneficio atteso), la cui somma determina il livello di priorità. Il secondo approccio, invece, ricorre a delle parole chiave in ambito clinico, associate ad un livello di priorità definito da parametri temporali (tempi massimi di attesa). Quest'ultimo metodo è più immediato rispetto al primo, in quanto associa al problema il tempo massimo d'attesa ritenuto ragionevole. Invece, il primo è più indaginoso per il medico prescrittore, che deve considerare altre variabili oltre al problema clinico. Nonostante sia più indaginoso, il primo approccio è più misurabile, in quanto prevede la misurazione di punteggi per ogni parametro. Tuttavia, il primo approccio presenta una elevata variabilità, derivante dalla difficoltà a rendere reperibili i risultati.

Il modello a Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) rappresenta un'applicazione della definizione delle classi di priorità. Questo sistema è molto trasparente, in quanto i pazienti sanno fin da subito a quale categoria appartengono. Tale politica sorge in un contesto in cui il governo ha risorse limitate ed è costretto a focalizzarsi sui pazienti più bisognosi. Il ruolo del medico di famiglia viene ampliato sia con il trattamento dei pazienti meno bisognosi sia nel monitoraggio del loro stato di salute. Il modello RAO prevede il coinvolgimento progressivo e partecipato di numerosi attori coinvolti nel processo di erogazione di prestazioni specialistiche. Vengono definite le seguenti categorie di priorità clinica che permettono al medico prescrittore di stabilire *a priori* il tempo di attesa adeguato:

Rao A= max 3 gg di attesa dalla prenotazione.

Rao B= max 10 gg.

Rao C= max 30 gg.

Rao E= senza limite massimo.

Rao P= controllo o *follow-up*.

Questo metodo permette di coordinare l'azione dei medici di medicina generale e di medici specialisti verso un'attività di pianificazione, sperimentazione, monitoraggio, revisione e prioritizzazione. La gestione di un'organizzazione così complessa richiede tecniche di *management* di *facilitation*, che fanno riferimento alla figura del *facilitator* (facilitatore). Un "facilitatore" è un *manager* che dispone di potere connettivo, esemplare e specialistico, grazie ai quali il manager diventa un intermediario tra il livello esecutivo e quello operativo, oltre ad essere riconosciuto come referente del processo di innovazione gestionale. Il modello RAO può essere considerato innovativo perché presenta le seguenti caratteristiche: 1) vantaggiosità, che riduce il tempo di lavoro per i medici prescrittori e aumenta la probabilità di individuare i pazienti gravi; 2) compatibilità con i valori del sistema sociale in cui deve essere diffuso; 3) bassa complessità; 4) sperimentabilità; 5) osservabilità dei risultati; 6) adattabilità ai diversi contesti sociali.

L'esperienza pilota in Italia è iniziata più di 10 anni fa in Trentino, in particolare nel Distretto di Rovereto e si è diffusa successivamente in tutta la provincia di Trento. Il modello RAO è uno strumento utile a razionalizzare l'utilizzo dei servizi, che cerca di garantire un accesso coerente con il bisogno clinico del paziente. Tuttavia, è necessario il coinvolgimento diffuso dei diversi professionisti e dei cittadini ed è richiesto uno scambio di informazioni tra i professionisti coinvolti, possibile solo grazie all'implementazione di adeguati strumenti informatici di interazione.

Considerazioni finali

I tempi d'attesa sono un fenomeno che riguarda tutti i sistemi sanitari su base universalistica, che garantiscono i servizi a prezzo nullo alla maggior parte della popolazione. Questo, unitamente a fattori demografici, all'incremento della domanda di salute collegato all'aumento del reddito, ai progressi scientifici in campo medico, con nuove possibilità curative e all'induzione della domanda da parte dei medici (*Supply Induced Demand*), tende a determinare un cronico eccesso della domanda sull'offerta, da cui la necessità di governare e gestire la domanda, anche attraverso i tempi d'attesa. Seguendo la linea di questo ragionamento, i tempi (e le liste) d'attesa potrebbero essere un elemento positivo per la società. Infatti, i tempi d'attesa agiscono come un meccanismo di razionamento che può ridurre lo squilibrio tra domanda e offerta di servizi sanitari. Essi rappresentano un deterrente dal richiedere la prestazione pubblica per i pazienti che non devono essere trattati urgentemente, incoraggiandoli ad acquistare il trattamento privatamente (*out-of-pocket*).

Tuttavia, qualora diventino eccessivi, i tempi d'attesa sono una delle principali fonti di lamentele e disagio per la popolazione. Inoltre, lunghi tempi d'attesa possono inibire il consumo anche in presenza di necessità effettiva e costituiscono un forte incentivo a spostarsi verso prestazioni private a pagamento, riducendo l'equità nell'accesso ai servizi sanitari e l'efficienza allocativa.

Ripetutamente nel presente elaborato si è fatto riferimento a tempi d'attesa "eccessivi" e sorge spontaneo chiedersi "eccessivi" rispetto a quale limite massimo. La normativa nazionale e regionale, in particolare il Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa, indica i tempi d'attesa massima per circa 58 prestazioni. Per ricondurre i tempi d'attesa rilevati al di sotto dei limiti massimi, è possibile intervenire direttamente sull'offerta o sulla domanda, oppure ricorrere a delle misure che influenzano direttamente i tempi d'attesa e solo indirettamente la domanda e l'offerta.

Tra tutti i possibili correttivi, viene attribuita particolare importanza all'impiego delle classi di priorità. Infatti, attribuire una priorità ("prioritizzare") ai pazienti, basandosi sull'urgenza e sul bisogno, permette di conciliare la domanda e la capacità disponibile e di garantire maggiore equità ed efficienza. Gli elementi da considerare per l'individuazione delle priorità si basano prevalentemente sulle caratteristiche cliniche del quadro patologico del paziente.

La riduzione dei tempi d'attesa attraverso le classi di priorità è conseguenza del fatto che i Governi, invece di pagare per una maggiore offerta di trattamenti, inducono i medici ad aggiungere alle liste solo i pazienti con i bisogni più alti. In Italia, si sta diffondendo recentemente il modello dei Raggruppamenti d'Attesa Omogenei (RAO), che sfrutta la definizione delle classi di priorità, secondo un approccio innovativo.

Riferimenti bibliografici

CASTALDI, S., (2009). “Liste d’attesa: strumenti di controllo della domanda sanitaria o artefici di disuguaglianza nell’accesso alle cure?” *Politiche Sanitarie*, vol. 10, N. 4, 243-246.

FRANCESCONI, A. e MITTONE, L., (2012). “Il *priority setting* in Sanità.” *Politiche Sanitarie*, vol. 13, N. 1, 10-18.

GRAVELLE, H. and SICILIANI, L., (2008). “Optimal quality waits and charges in health insurance.” *Journal of Health Economics* 27, 663-674.

HURST, J. AND L. SICILIANI, (2003), “Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries”, OECD Health Working Papers, No. 6, OECD Publishing, Paris.

IVERSEN, T., (1997). “The effect of a private sector on the waiting time in a national health service.” *Journal of Health Economics* 16, 381-396.

LINDSAY, C.M. and FEIGENBAUM, B. (1984). “Rationing by waiting lists.” *American Economic Review*, vol. 74, N. 3, 404-417.

MARIOTTI, G. (1999). *Tempi d’attesa e priorità in sanità. La selezione della domanda come strategia per la qualità*. Milano: FrancoAngeli.

MARIOTTI, G. (2006). *Priorità cliniche in sanità. Come governare i tempi d’attesa con il coinvolgimento dei professionisti*. Milano: FrancoAngeli.

MARIOTTI, G. e MONTEROSSO, M., (2012). “Priorità cliniche per l’accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali: l’esperienza della Provincia di Trento.” *Politiche Sanitarie*, vol. 13, N. 1, 39-47.

MARIOTTI, G., (2014). “Waiting time prioritisation for specialist services in Italy: The homogeneous waiting time groups approach.” *Health Policy*, 117, 54-63.

REBBA, V. e RIZZI, D., (2011). “Waiting Times and Cost Sharing for a Public Health Care Service with a Private Alternative: A Multi-agent Approach”. Working Paper, Department of Economics Ca’ Foscari University of Venice.

REBBA, V. e RIZZI, D., (2012). “Ticket e gestione delle liste di attesa per una prestazione specialistica ambulatoriale pubblica in presenza di un’alternativa privata: un modello agent-based.” *Politiche Sanitarie*, vol. 13, N. 1, 19-30.

REBBA, V., (2017). Dispensa del corso “Lezioni di Economia Sanitaria”. Università degli Studi di Padova.

REBBA, V., (2009). “I ticket sanitari: strumenti di controllo della domanda o artefici di disuguaglianze nell’accesso alle cure?” *Politiche Sanitarie*, vol. 10, N. 4, 221-242.

SICILIANI, L. AND J. HURST, (2003), “Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries”, OECD Health Working Papers, N. 7, OECD Publishing, Paris.

SICILIANI, L. and VERZULLI, R., (2009). “Waiting Times and Socioeconomic Status among elderly Europeans: evidence from SHARE.” *Health Economics* 18, 1295-1306.

SICILIANI, L., (2006). “A dynamic model of supply of elective surgery in the presence of waiting times and waiting lists.” *Journal of Health Economics* 25, 891-907.

SICILIANI, L., (2012). “Domanda e offerta di servizi sanitari, priorità e tempi di attesa.” *Politiche Sanitarie*, vol. 13, N. 1, 4-9.

SICILIANI, L., M. BOROWITZ e V. MORAN (eds.) (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

SICILIANI, L., STANCIOLE, A. e JACOBS, R., (2009). “Do waiting times reduce hospital costs?” *Journal of Health Economics* 28, 771-780.

SICILIANI, L., V. MORA e M. BOROWITZ (2013), “Measuring and Comparing Health Care Waiting Times in OECD Countries”, OECD Health Working Papers, N. 67, OECD Publishing, Paris.

TESTI, A., (2012). “Valutazione economica dei modelli di priorità: il caso dei ricoveri chirurgici di elezione.” *Politiche Sanitarie*, vol. 13, N. 1, 31-38.

Riferimenti normativi:

Accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002 (repertorio atti n. 1386).

D.G.R. n. 320, 12 marzo 2013.

D.G.R. n. 600, 13 marzo 2007.

D.G.R. n. 863, 21 giugno 2011.

L.R. n. 30, 30 dicembre 2016.

Schema di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul PNGLA per il triennio 2010-2011, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. (Allegato: Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012).