

REGIONE DEL VENETO

COMITATO REGIONALE PER LA BIOETICA

**Le politiche per la sostenibilità
del sistema socio-sanitario veneto:
implicazioni bioetiche**

17 giugno 2014

Indice

Presentazione	p. 5
Sigle e acronimi utilizzati nel documento	p. 7
1. Il futuro dei sistemi sanitari pubblici tra universalismo e sostenibilità	p. 9
2. Lo scenario del Sistema socio-sanitario regionale del Veneto	p. 12
2.1. La spesa del Sssr	p. 12
2.2. Risorse umane e materiali	p. 14
2.3. Finanziamento del Sssr	p. 15
2.4. La performance complessiva del Sssr	p. 17
2.5. Il Sssr tra sostenibilità finanziaria ed equità: una sfida per il futuro	p. 18
3. Politiche di governo della domanda e dell'offerta per la sostenibilità economica	p. 19
3.1. Politiche di governo della domanda	p. 21
3.2. Politiche di governo dell'offerta	p. 24
4. Prospettive evolutive del sistema socio-sanitario veneto nell'ottica della sostenibilità: alcune considerazioni bioetiche sul Piano socio-sanitario regionale del Veneto 2012-2016	p. 28
Riferimenti bibliografici	p. 39

Presentazione

Il Comitato Regionale per la Bioetica del Veneto (Crb) annovera tra le sue funzioni l'elaborazione di pareri su temi generali di carattere bioetico che presentino rilevanza regionale, unitamente alla promozione di cultura sulle tematiche bioetiche.

Nello svolgimento di queste funzioni, il Crb ritiene importante proporre una riflessione sul tema dell'allocazione delle risorse e dell'organizzazione del Sistema Socio-Sanitario Veneto. Si augura con ciò di contribuire a una più diffusa presa di coscienza della rilevanza etica delle scelte allocative che la comunità veneta sta compiendo e sarà chiamata a compiere nell'immediato futuro.

L'organizzazione di un sistema sanitario non è, infatti, una questione meramente tecnica. È gravida di scelte di valore che hanno significative implicazioni etiche, perché impattano sulla vita delle persone e sul modo in cui si manifesta il rispetto dovuto a ogni essere umano.

Significativamente, la legge istitutiva del *Servizio Sanitario Nazionale* (L. 833/1978) dedica il primo articolo proprio all'esplicitazione dei valori e dei principi, anche di rango costituzionale, che ispirano la strutturazione di tale servizio. Fra di essi, è utile in questa sede richiamare:

- la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività;
- il rispetto della dignità e della libertà della persona umana;
- la destinazione universale del servizio (senza distinzione di condizioni individuali o sociali);
- l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio.

Quest'ultimo principio, l'eguaglianza dei cittadini, merita di essere sottolineato. Perché l'uguaglianza sia sostanziale, non solo dichiarata, è fondamentale garantire a ciascuno – indipendentemente dalla sua condizione sociale ed economica – l'accesso a cure sanitarie di buona qualità (insieme, ovviamente, all'istruzione).

Il Sistema Socio-Sanitario Regionale del Veneto ha fatto propri i valori fondamentali che ispirano il Servizio Sanitario Nazionale e li ha ulteriormente declinati nel Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 approvato con L.R. 23/2012, in termini di universalità, equità, umanizzazione e integrazione.

A tali valori il Crb ritiene essenziale rifarsi anche per far fronte alle sfide poste dalle profonde trasformazioni della medicina contemporanea, segnata da uno straordinario sviluppo tecnologico, da nuovi trend demografici ed epidemiologici,

dal lievitare dei costi, e dalla sempre più marcata consapevolezza da parte dei pazienti del loro diritto all'autodeterminazione.

Le pagine che seguono vogliono essere un contributo del Crb al dibattito in corso sui criteri di efficacia, efficienza ed equità che devono ispirare l'organizzazione di servizi sanitari complessi. Tale riflessione muove dall'identificazione e valorizzazione dei punti di forza del sistema veneto (*in primis*, l'integrazione socio-sanitaria), identifica gli elementi innovativi del Piano Socio-Sanitario Regionale del Veneto 2012-2016, e segnala aspetti di criticità o non sufficientemente sviluppati, meritevoli di ulteriore approfondimento.

Questo documento è il frutto di una lunga e approfondita analisi del Crb sul tema dell'etica dell'organizzazione, con il coordinamento di Vincenzo Rebba che si è incaricato della stesura della prima versione del testo.

Il Crb, dopo aver ampiamente discusso il documento, lo ha approvato all'unanimità nella sua versione definitiva nel corso della seduta del 17 giugno 2014.

Camillo Barbisan

Presidente del Comitato Regionale per la Bioetica del Veneto

Sigle e acronimi utilizzati nel documento

Agenas	Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
Aifa	Agenzia italiana del farmaco
Ao	Azienda ospedaliera
Asl	Azienda sanitaria locale
Aulss	Azienda unità locale socio-sanitaria
Ccm	Chronic care model
Crb	Comitato regionale per la bioetica
D.l.	Decreto legge
D.lgs.	Decreto legislativo
Ebm	Evidence based medicine
Fte	Full time equivalent
Fsn	Fondo sanitario nazionale
Fsr	Fondo sanitario regionale
Hta	Health technology assessment
Iqe	Indicatore di qualità ed efficienza
Irccs	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
Iov	Istituto oncologico veneto
Iqe	Indicatore per la qualità e l'efficienza
Lea	Livelli essenziali di assistenza
L.R.	Legge Regionale
Ltc	Long-term care
Ltcm	Long-term care model
Ocse	Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico
Pai	Progetto assistenziale individualizzato
Pdta	Percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale
P4P	Pay for performance
Pil	Prodotto interno lordo

Pssr	Piano socio-sanitario regionale
Rao	Raggruppamenti di attesa omogenei
Ssn	Servizio sanitario nazionale
Sssr	Sistema socio-sanitario regionale
Ue	Unione europea
Ulss	Unità locale socio-sanitaria
Uvmd	Unità di valutazione multidimensionale distrettuale

1. Il futuro dei sistemi sanitari pubblici tra universalismo e sostenibilità¹

Negli ultimi cinquant'anni l'incidenza della spesa sanitaria complessiva sul Prodotto interno lordo (Pil) è più che raddoppiata nei paesi industrializzati dell'area Ocse (passando dal 3,9% del 1960 al 9,3% del 2011) e quasi triplicata nei principali paesi europei (passando dal 3,5 al 10,4% per i paesi Ue-15). Oltre all'aumento della popolazione assistita legato all'espansione della copertura pubblica, che ha svolto un ruolo importante nel promuovere la salute e la qualità della vita, una serie di altri fattori strutturali, non direttamente legati ad azioni esplicite dell'operatore pubblico, continuano a determinare la crescita del rapporto tra spesa sanitaria e Pil. Si tratta di fattori che agiscono dal lato della domanda (l'evoluzione dei bisogni legata ai trend demografici ed epidemiologici e al miglioramento del tenore di vita) e dal lato dell'offerta (il progresso tecnologico, l'incremento dei prezzi relativi e gli incentivi dei fornitori nel settore socio-sanitario). Questi fattori molto probabilmente continueranno ad alimentare la crescita della spesa sanitaria pubblica anche in futuro.

Secondo le più recenti proiezioni elaborate dalle principali organizzazioni internazionali (Ocse, Fondo Monetario Internazionale, Commissione Europea) nei prossimi quarant'anni, la quota della spesa sanitaria pubblica sul Pil nei paesi europei potrebbe aumentare tra il 60 e l'80%, a seconda delle ipotesi adottate circa la dinamica dei principali fattori determinanti.

I fattori considerati decisivi nell'alimentare la crescita della spesa sono due: dal lato della domanda, l'aumento della prevalenza delle patologie cronico-degenerative che determinerà soprattutto un peso sempre maggiore della componente di spesa per *Long-term care* (Ltc) cioè l'assistenza continuativa delle persone non autosufficienti in età molto avanzata; dal lato dell'offerta, l'innovazione tecnologica in campo biomedico.

La forte crescita della spesa sperimentata nel passato e le proiezioni della dinamica futura delle risorse da destinare alla sanità pubblica destano preoccupazioni in merito alla sostenibilità dei sistemi sanitari. Si richiedono, quindi, politiche innovative che puntino a migliorare la performance complessiva e la capacità di finanziamento della sanità pubblica.

Prima di esaminare quali siano le politiche ritenute più efficaci per garantire la tenuta nel tempo dei sistemi sanitari pubblici, è necessario precisare preliminarmente che la sostenibilità di un sistema sanitario può essere intesa sotto due profili: *economico* e *finanziario*. Un aumento della spesa sanitaria può essere

¹ Il paragrafo è tratto da [1].

considerato *sostenibile sotto il profilo economico* quando il valore prodotto è superiore al costo opportunità (valore che la collettività avrebbe potuto ottenere utilizzando le risorse impegnate dalla spesa sanitaria in altre aree di intervento pubbliche o private); in tal caso un sistema sanitario garantisce la costo-efficacia della maggiore spesa sanitaria. La *sostenibilità finanziaria* di un sistema sanitario si riferisce, invece, alla capacità del governo di finanziare un'assistenza sanitaria appropriata e di buona qualità per i propri cittadini.²

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

Il concetto di *sostenibilità economica* appare vicino all'idea di "medicina sostenibile" formulata da Callahan [2], che si fonda su due pilastri:

- il potenziamento degli interventi volti prioritariamente a migliorare la qualità della vita per società sempre più "anziane" (prevenzione delle patologie anche con una maggiore responsabilizzazione degli individui, interventi di riabilitazione, cure palliative);
- un razionamento intenzionale, esplicito e condiviso, per cui la definizione dinamica dei livelli essenziali di assistenza avviene privilegiando lo sviluppo di tecnologie mediche poco costose che promettono di essere utili a una parte numericamente rilevante della popolazione, scoraggiando quelle destinate ad incrementare i costi, con benefici comparativamente modesti per la collettività.

L'attuale crisi economica e la conseguente introduzione di vincoli di finanza pubblica sempre più stringenti hanno aumentato le pressioni esercitate sui sistemi sanitari mettendo in primo piano la questione della loro sostenibilità finanziaria di breve periodo. I paesi europei con elevati deficit di bilancio e quelli più esposti alla crisi del debito (come l'Italia) hanno adottato una serie di misure di contenimento

²La sostenibilità finanziaria dipende da tre elementi fondamentali: 1) dalla dinamica dei fattori strutturali di evoluzione della spesa sanitaria; 2) dai vincoli di bilancio che possono ridurre la capacità o la disponibilità del governo a finanziare i livelli esistenti di copertura sanitaria (perché non dispone di entrate sufficienti e non ha la possibilità, per motivi economici e/o politici, di recuperare risorse aumentando la pressione fiscale o comprimendo altre tipologie di spesa pubblica); 3) dalla stessa sostenibilità economica degli interventi in campo sanitario (per cui un eventuale aumento del peso della sanità pubblica rispetto al Pil non dovrebbe spiazzare la spesa per altri beni e servizi che producono benessere per la collettività). Si veda al riguardo [1].

della spesa sanitaria pubblica (tetti di spesa, controlli e limitazioni su volumi e prezzi di input e prestazioni, compartecipazioni alla spesa da parte degli utenti). Tali misure risultano efficaci per frenare la spesa nel breve periodo e come tali appaiono spesso necessarie in una situazione critica per la finanza pubblica. Tuttavia, poiché non riescono a controllare i fattori strutturali che alimentano la dinamica dei costi sanitari, non garantiscono miglioramenti duraturi dei livelli di efficienza e di efficacia del sistema: non garantiscono cioè la sostenibilità economica e (quindi) la sostenibilità finanziaria di lungo periodo. In alcuni casi, possono addirittura provocare un aumento della spesa nel lungo periodo, quando impediscano o ritardino troppo l'investimento in nuove tecnologie o in programmi di prevenzione a elevata costo-efficacia. Inoltre, alcune di queste misure presentano rischi per quanto riguarda il mantenimento dei livelli di qualità e di equità di sistemi sanitari, determinando effetti negativi sull'accesso ai servizi sanitari pubblici soprattutto per le fasce sociali maggiormente colpite dalla crisi economica.

La sostenibilità finanziaria di lungo periodo richiede quindi risposte diverse che puntino a migliorare la performance complessiva dei sistemi sanitari, cioè a utilizzare al meglio le risorse finanziarie disponibili per ottenere il massimo risultato in termini di salute, senza pregiudicare l'equità. Alcuni paesi si sono già mossi in questa direzione, adottando o progettando innovazioni istituzionali di due tipi:

1. *l'adozione di strumenti di governo della domanda e dell'offerta, in grado di fronteggiare i nuovi bisogni (legati ai trend epidemiologici e sociali) e di dare i giusti incentivi a fornitori e cittadini-utenti, riducendo gli "sprechi" e promuovendo la sostenibilità economica dei sistemi sanitari (Tabella 1);*
2. *la ricerca di nuovi equilibri tra finanziamento pubblico e finanziamento privato in modo da non pregiudicare la sostenibilità finanziaria dei sistemi, preservando comunque il carattere universalistico dei sistemi sanitari.*

Più avanti (nel paragrafo 3) verranno esaminate alcune delle politiche di sostenibilità che agiscono dal lato della domanda e dell'offerta. Prima però di approfondire l'analisi di tali strumenti, si ritiene opportuno offrire (nel paragrafo 2) un quadro sintetico di descrizione e valutazione del Sistema socio-sanitario della Regione del Veneto (Sssr) allo scopo di formulare alcune considerazioni circa l'efficacia in termini di sostenibilità degli interventi più rilevanti previsti dal nuovo Piano socio-sanitario regionale (Pssr) 2012-2016, che verranno riportate nel paragrafo 4.

L'analisi che verrà svolta si pone l'obiettivo di aprire uno scenario di discussione intorno agli aspetti bioetici più rilevanti.

2. Lo scenario del Sistema socio-sanitario regionale del Veneto ³

2.1 *La spesa del Sssr*

Il Veneto configura un sistema socio-sanitario di tipo integrato e accentrato a livello regionale, con una forte accentuazione dell'integrazione socio-sanitaria e del ruolo delle cure primarie sul territorio che si manifesta, ad esempio, in un peso relativamente maggiore della spesa per l'assistenza territoriale: 54,1% contro il 48,8% della media nazionale nel 2010. La spesa per l'assistenza ospedaliera pesa invece per il 42,5% (sotto la media nazionale pari al 47%) e quella per la prevenzione per il 3,2% (sotto la media nazionale pari al 4,2%)⁴.

Nel 2011, il Veneto ha impegnato complessivamente circa 9 miliardi di euro per il Sssr (poco meno dell'8% della spesa sostenuta dal Ssn italiano), collocandosi al quarto posto tra le regioni, dopo Lombardia (18,5 miliardi), Lazio (11 miliardi) e Campania (10 miliardi). La spesa sanitaria corrente, circa 8,7 miliardi di euro nel 2011, rappresenta oltre l'87% della spesa totale corrente della regione. Il 65,7% della spesa sanitaria totale si riferisce ad assistenza erogata da enti a gestione diretta, una quota poco superiore a quella media nazionale (64,5%) ma inferiore a quella di quasi tutte le regioni del Centro-Nord ad esclusione della Lombardia (57,9%) e del Lazio (59,7%); la voce più rilevante della spesa pubblica diretta del Veneto è quella per il personale (30,2% del totale), seguita dall'acquisto di servizi (16,5%) e di beni sanitari e non sanitari (13,2%). La parte restante della spesa totale del Veneto (34,3%) si riferisce all'acquisto di servizi di assistenza da privati convenzionati e accreditati, comprendenti: medicina generale convenzionata (5,95%), farmaceutica convenzionata (7,4%), ospedaliera (5,8%) e altra assistenza convenzionata (complessivamente 15,1%); si tratta di una percentuale superiore a quella di tutte le regioni del Centro-Nord, ad eccezione di Lombardia (42,1%) e Lazio (40,3%). Nel complesso, il Veneto evidenzia nel 2011 un peso relativamente elevato dell'acquisto di prestazioni socio-sanitarie da privati (9,25%, dietro solo alla P.A. di Trento) soprattutto per quanto riguarda i servizi per gli anziani,

³ Il paragrafo è tratto da [3].

⁴ Nel 2011 il Veneto ha registrato un ulteriore incremento del peso dell'assistenza territoriale che è passato al 54,3% mentre nello stesso anno la spesa per l'assistenza ospedaliera e per la prevenzione rappresentavano rispettivamente il 42,5% e il 3,2% del totale.

tossicodipendenti e alcolisti e la psichiatria; appare invece relativamente minore (rispetto, ad esempio, a regioni come Lombardia, Liguria, Emilia-Romagna e Lazio) l'incidenza dei servizi ospedalieri acquistati da privati accreditati.

L'area di costo economicamente più rilevante è quella relativa all'acquisto di servizi (oltre il 50% dei costi) che, per quanto riguarda i servizi sanitari, evidenzia nel triennio 2009-2011 una dinamica di riduzione soprattutto con riferimento all'assistenza farmaceutica convenzionata (-9,3%) e alle prestazioni di ricovero acquistate da ospedali accreditati (-9,6%). Tra i servizi non sanitari, si evidenzia invece l'espansione dei costi relativi ai premi di assicurazione (+ 61,2% nel triennio 2009-2011), riguardanti soprattutto la responsabilità civile professionale, nonché dei costi relativi a riscaldamento e utenze elettriche. La seconda area più rilevante in termini di costo riguarda il personale; in questo caso si registra una sostanziale stabilità (+0,5%) nel triennio frutto dell'applicazione delle disposizioni di contenimento diretto dei costi del personale (in particolare, il D.l. 31 maggio 2010, n. 78 convertito, con modificazioni, dalla L. 30 luglio 2010, n. 122⁵ che ha disposto il blocco dei rinnovi contrattuali per il periodo 2011-2013). Nel triennio 2009-2011 cresce invece in misura sensibile l'incidenza dei costi per gli acquisti di beni sanitari (+7,4%), in particolare prodotti farmaceutici ed emoderivati e dispositivi medici (che registrano un +13,2%). Un peso non trascurabile all'interno dei costi hanno gli oneri finanziari riconducibili ai canoni e oneri accessori per la gestione in regime di *project financing* dell'ospedale "All'Angelo" di Mestre gestito direttamente dalla Aulss n. 12 Veneziana⁶.

Nel periodo 2000-2011, il tasso di incremento medio annuo della spesa sanitaria pubblica del Veneto è stato di circa il 3,5%, relativamente contenuto rispetto a

⁵ Decreto Legge 31 maggio 2010, n. 78 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica" convertito, con modificazioni, dalla Legge 30 luglio 2010, n. 122.

⁶ Il costo complessivo dell'operazione di *project financing* (PF) nel caso del nuovo ospedale di Mestre è stato di circa 255 milioni di euro al lordo di Iva, con un contributo privato di circa 120 milioni e una durata complessiva di 29 anni della concessione per la società privata (Veneta Sanitaria Finanza di progetto S.p.A.), che avrà in gestione una serie di servizi dell'ospedale (laboratorio, diagnostica, manutenzione elettromedicali, manutenzioni varie, pulizia, lavanderia, smaltimento rifiuti, spazi commerciali, mensa degenti, bar/ristorante, mensa dipendenti, parcheggi, trasporto automatizzato) ricevendo un canone annuo totale di circa 55 milioni al lordo di Iva. Oltre che per la realizzazione del nuovo ospedale di Mestre, lo strumento di partenariato pubblico-privato in PF è stato adottato anche per la ristrutturazione dell'ospedale di Montebelluna e l'ampliamento dell'ospedale di Castelfranco facenti capo alla Aulss 8 di Asolo (durata concessione 27,5 anni; canone annuo lordo di 44,5 milioni) e per la realizzazione del nuovo polo ospedaliero di Santorso per la Aulss 4 Alto Vicentino in luogo di due strutture ospedaliere che sono state dismesse (durata concessione 24 anni; canone annuo lordo di 30,4 milioni). Sono inoltre stati attivati, o sono in corso di attivazione, altri progetti riguardanti l'Aulss 17 della Bassa Padovana (che utilizza una concessione molto simile al PF), l'Aulss 9 di Treviso e quelli relativi agli ospedali di Chioggia, Arzignano-Montebelluna ed all'Azienda Ospedaliero Universitaria Integrata di Verona.

quello delle altre regioni: solo Marche, Provincia Autonoma di Bolzano e Abruzzo hanno fatto registrare tassi più bassi. Per il Veneto il rapporto percentuale tra spesa sanitaria corrente e Pil (che segnala la quota di risorse impegnate per la garanzia dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) rispetto al valore totale dei beni e servizi prodotti nel territorio regionale) è stabilmente al di sotto della media italiana (a sua volta stabilmente al di sotto dei valori registrati dai principali paesi dell'Ocse, tra cui gli stessi Usa): 5,9% contro 7,2% nel 2009; considerando le regioni del Centro-Nord, tale indicatore risulta superiore solo a quelli di Lombardia ed Emilia-Romagna.

La spesa sanitaria pro capite in Veneto (1.812 euro nel 2011) si colloca costantemente al di sotto della media nazionale e, a partire dal 2010, risulta più bassa di quella di tutte le regioni del Centro-Nord, fatta eccezione delle Marche. Nel 2011, il valore della spesa sanitaria pro capite al netto del saldo della mobilità per il Veneto è stato di circa 1.792 euro (essendo la mobilità attiva superiore a quella passiva), collocandosi ben al di sotto della media nazionale e di tutte le regioni del Centro-Nord.

I dati di costo appena esaminati offrono solo qualche prima indicazione molto approssimativa rispetto al grado di efficienza relativa del Sssr veneto, la cui misurazione richiede tuttavia informazioni dettagliate anche sui livelli e sui bisogni di salute della popolazione, sui livelli quali-quantitativi e sul grado di appropriatezza delle prestazioni erogate.

2.2. Risorse umane e materiali

Le dotazioni di risorse materiali e umane utilizzate dal Sssr risultano adeguate e non sovradimensionate:

- a) 3,9 posti letto ospedalieri pubblici e accreditati per 1.000 abitanti nel 2011 (di cui 3,3 per acuti e 0,6 per riabilitazione e lungodegenza) in linea con la media e lo standard nazionale e al di sotto delle dotazioni delle regioni del Nord; le attuali dotazioni rappresentano il risultato di un processo decennale di forte deospedalizzazione (una riduzione dei PL/1000 soprattutto pubblici di circa il 20% tra 2000 e 2011) che ha caratterizzato in particolare Veneto, Lazio e Friuli-Venezia Giulia;
- b) la dotazione delle principali apparecchiature di diagnosi e cura nelle strutture pubbliche per milione di abitanti è in diversi casi in linea o poco inferiore, a quella media nazionale; ad esempio, nel 2011, si registrano le seguenti dotazioni per milione di abitanti: 16,5 Tac (tomografi assiali computerizzati), 92 mammografi, 5,5 acceleratori lineari, 1 tomografo a emissione di positroni (PET) e sistemi CT/PET integrati (a fronte di una dotazione media nazionale

- pari rispettivamente a 18,9, 107,1, 5,2 e 1,4 apparecchiature per milioni di abitanti);
- c) la dotazione di personale dipendente del Sssr (espressa in Full time equivalent, Fte), è aumentata del 2,4% nel periodo 2006-2010, passando da 56.425 a 57.783 operatori; tale crescita ha riguardato le funzioni di erogazione di servizi sanitari, mentre il personale dei servizi generali si è ridotto sensibilmente a seguito delle progressive esternalizzazioni di servizi non sanitari. Rapportata alla popolazione residente, la dotazione di personale del Sssr risulta sostanzialmente invariata tra 2006 e 2010: circa 117,6 operatori per 10.000 abitanti, di cui 81,1 operatori sanitari (in particolare, 16/10.000 medici e 50,6/10.000 unità di personale infermieristico); la dotazione complessiva di personale, quella di personale sanitario e quella di personale infermieristico risultano maggiori di quella media nazionale (pari rispettivamente a 107,1/10.000, 75,1/10.000 e 43,72/10.000) mentre è relativamente minore quella di personale medico (la media nazionale è di 17,8 medici per 10.000 residenti);
- d) per quanto riguarda l'assistenza territoriale, sul territorio regionale, nel 2010 le dotazioni dei principali servizi appaiono relativamente inferiori rispetto alla media delle regioni italiane: il numero medio di abitanti residenti per medico di medicina generale si attesta a 1.222 unità, superiore ai 1.143 della media italiana; il numero medio di bambini residenti per medico pediatra è pari a 1.149, superiore anche in questo caso alla media italiana di 1.026; il numero medio di abitanti serviti da ciascuna farmacia si attesta intorno alle 3.800 unità, valore ben superiore alla media italiana di 3.374 e allo standard (3.300 abitanti serviti) previsto dal D.l. 24 gennaio 2012, n.1 convertito, con modificazioni, dalla L. 24 marzo 2012, n. 27⁷ in materia di liberalizzazione del settore farmaceutico.

2.3. Finanziamento del Sssr del Veneto

Per quanto riguarda la quota del finanziamento pubblico della spesa corrente, la capacità di garantire la copertura dei Lea con tributi propri (Irap e addizionale Irpef) della Regione Veneto è pari nel 2011 a circa il 40,4%, inferiore solo a quella di Lombardia (50,7%), Lazio (43,4%) ed Emilia-Romagna (41,4%). La capacità di autofinanziamento del Veneto aumenta al 47% considerando anche i ricavi e le entrate proprie (tra cui i ticket) e gli ulteriori trasferimenti da pubblico e privato (per Lombardia, Lazio ed Emilia-Romagna, tale capacità è pari rispettivamente a

⁷ Decreto Legge 24 gennaio 2012, n.1 "Disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività" convertito, con modificazioni, dalla Legge 24 marzo 2012, n. 27.

56%, 49,3% e 49%)⁸. I ticket, tuttavia, configurano una fonte di finanziamento privata del Sssr (gli utenti sono chiamati a compartecipare al finanziamento). Complessivamente, in Veneto, il contributo delle famiglie alla spesa sanitaria (attraverso la cosiddetta spesa *out-of-pocket* per l'acquisto diretto di farmaci e prestazioni, comprese quelle in libera professione intramuraria, e il pagamento di ticket) appare relativamente elevato se confrontato con quello delle altre regioni del Centro-Nord. In base ai più recenti dati Istat, nel 2011 il Veneto, con il 23,3% (l'1,7% del Pil regionale), si collocava al terzo posto come peso della componente privata della spesa, dietro solo a Friuli Venezia-Giulia (28,1%) ed Emilia-Romagna (26,4%), a fronte di una media nazionale di circa il 20,6%. La componente privata della spesa sanitaria veneta ha fatto registrare un arretramento tra 2000 (quando era pari al 26,3% a fronte della media italiana del 24,9%) e 2011. Dal 2011, dopo l'introduzione del cosiddetto *superticket* sulle prestazioni specialistiche e l'ulteriore contrazione del finanziamento pubblico dei Lea, la quota della spesa privata sul totale è aumentata. In particolare, le compartecipazioni su farmaci e prestazioni specialistiche ammontano nel 2012 a circa 64,5 euro per abitante (il livello più alto tra tutte le Regioni) con un aumento del 22,7% rispetto al 2011.

Data la difficoltà in precedenza segnalata di interpretare correttamente i dati relativi alla spesa pro capite, per esprimere qualche considerazione sul grado di *performance* economico-finanziaria (capacità di gestione del bilancio e di sostenibilità finanziaria) del Sssr, può essere utile confrontare le risorse finanziarie previste per l'erogazione dei Lea (derivanti principalmente dalla ripartizione del Fondo sanitario nazionale sulla base di una quota capitaria ponderata parzialmente per l'età) con quelle effettivamente impegnate dalla regione.

Secondo i dati contenuti nella Relazione generale sulla situazione economica del Paese, nel 2011 – a fronte di un disavanzo sanitario nazionale di circa 1,78 miliardi di euro (con un trend di sistematica riduzione dopo il picco di 5,79 miliardi raggiunto nel 2004) – il Sssr veneto registrava un sostanziale equilibrio di bilancio (un piccolo avanzo di gestione di circa 9,8 milioni derivante da costi complessivi per 9,122 miliardi, a fronte di 9,034 miliardi di ricavi e di 98 milioni di saldo positivo della mobilità sanitaria interregionale).⁹ Tale risultato è stato conseguito

⁸ Lo Stato contribuisce con trasferimenti perequativi (finanziati con una compartecipazione a Iva e accise in base al D. lgs. 18 febbraio 2000, n. 56 "Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133") al fabbisogno di spesa regionale, trasferendo le risorse mancanti. Solo le Regioni a statuto speciale e le province autonome risultano autosufficienti per il finanziamento del proprio Ssr ad esclusione della Sicilia che riesce a coprire il 72,5% del fabbisogno.

⁹ In base ai dati della Corte dei Conti, anche nel 2012 il Sssr veneto dovrebbe aver registrato un avanzo, con un miglioramento del risultato di gestione.

non solo attraverso il controllo della spesa (in particolare quella relativa alla farmaceutica convenzionata e all'acquisto di prestazioni da ospedali accreditati), reso possibile da diverse linee di intervento volte a migliorare soprattutto il governo dell'offerta, ma anche ricorrendo ad entrate aggiuntive a carico del bilancio regionale per compensare le perdite di esercizio delle aziende sanitarie quantificate in circa 330,5 milioni di euro¹⁰.

2.4. La performance complessiva del Sssr

I dati economico-finanziari precedentemente esaminati sembrerebbero indicare che, pur evidenziando alcune criticità, il Sssr veneto è relativamente efficiente e riesce a tenere sotto controllo in maniera efficace la dinamica della spesa sanitaria pubblica, garantendo un buon livello di accessibilità alle cure ai propri residenti. Ciò rappresenta il frutto delle politiche della Regione che si sono concentrate sul governo della domanda di servizi (bassa ospedalizzazione, appropriatezza dei regimi di ricovero e ambulatoriali, prescrizioni farmaceutiche) e, soprattutto, dell'offerta (budget alle strutture accreditate, tetti di attività, adeguamenti tariffari controllati, vincoli al turnover del personale)¹¹. Più recentemente, per effetto prevalentemente della *spending review*, ha preso avvio una politica di forte attenzione anche sui costi non sanitari, tuttavia ancora legata alla sola dimensione prezzo.

Il Sssr veneto (insieme con quelli di Emilia-Romagna, Umbria, Toscana, Marche, Liguria, Lombardia e Basilicata) risulta pienamente adempiente per quanto i livelli essenziali di assistenza, come emerge dal Rapporto sulla verifica adempimenti Lea dell'anno 2011 elaborato dal Ministero della Salute sulla base del monitoraggio effettuato dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea sulle 16 Regioni che accedono al Fondo sanitario nazionale (quelle a statuto ordinario più la Sicilia). In particolare, il Veneto evidenziava un elevato livello di *performance*

¹⁰ Questo risultato di esercizio consolidato, determinato sulla base dei bilanci d'esercizio 2011 degli enti del sistema sanitario del Veneto (somma algebrica dei risultati di esercizio derivanti dai bilanci civilistici delle aziende sanitarie), seppure negativo, presenta sensibili miglioramenti rispetto ai precedenti esercizi sia in valore assoluto che in rapporto al totale del fondo sanitario regionale ripartito tra le aziende sanitarie per garantire i Lea.

¹¹ Relativamente al governo dell'offerta, le diverse linee di intervento hanno riguardato in particolare: la condivisione di processi gestionali volti a migliorare l'interazione tra aziende facenti capo ad una stessa area provinciale; diversi e più incisivi accordi con le strutture private pre-accreditate per la determinazione delle quote di attività; la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi sanitari e non sanitari; l'allargamento delle procedure di monitoraggio sulla prescrizione ed erogazione dei farmaci oncologici anche ad altre tipologie di farmaci ad elevato costo; la definizione per ciascuna azienda sanitaria di limiti massimi di costo e di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi previsti dai Lea (33 obiettivi a cui sono collegati 40 indicatori di *performance*), con l'attivazione di processi di verifica e monitoraggio.

rispetto alla griglia di indicatori utilizzati dal Ministero della Salute per la verifica dell'effettiva erogazione dei Lea, evidenziando alcune criticità, nel 2010, solo per tre dei ventuno indicatori utilizzati: una spesa pubblica pro capite per le attività di prevenzione sotto la media nazionale; una percentuale bassa di alcuni interventi di prevenzione della sanità animale; un'elevata degenza media standardizzata per la complessità del *case-mix* dei ricoveri ospedalieri.

Inoltre, il Veneto è stato inserito tra le tre Regioni *benchmark* per la definizione dei costi e dei fabbisogni standard utilizzati per il riparto del Fondo sanitario nazionale nel 2013, in base a quanto stabilito dal D.lgs. 6 maggio 2011, n. 68¹². Le tre Regioni prescelte (Umbria, Emilia-Romagna e Veneto) sono state selezionate sulla base di un indicatore per la qualità e l'efficienza (Iqe), che ha tenuto conto del requisito fondamentale dell'erogazione dei Lea nel rispetto dell'equilibrio economico, oltre che di una serie di indicatori di appropriatezza e di economicità. Infine, va detto che quasi tutte le principali analisi di comparazione delle *performance* dei sistemi sanitari regionali concordano sul fatto che il sistema veneto ha finora conseguito risultati di buon livello.¹³

2.5. *Il Sistema socio-sanitario regionale tra sostenibilità finanziaria ed equità: una sfida per il futuro*

Il Sssr del Veneto sarà sostenibile in futuro, senza compromettere i valori fondamentali di universalismo e solidarietà su cui si fonda, nella misura in cui riuscirà a uscire dalla logica dei tagli lineari di spesa, puntando a introdurre misure di governo della domanda e dell'offerta e a rendere più efficienti ed eque le modalità di finanziamento.

La sostenibilità del sistema socio-sanitario veneto dipenderà, inoltre, dall'evoluzione futura del processo di realizzazione del federalismo fiscale che ha interessato il Ssn fin dagli anni novanta del secolo scorso. Nella prospettiva di una contrazione ulteriore delle risorse del Fsn, si ravvisa anche per il Sssr del Veneto la necessità di interventi di governo della domanda e dell'offerta che recuperino ulteriore efficienza e aumentino l'appropriatezza, per evitare che tagli di servizi e

¹² Decreto Legislativo 6 maggio 2011, n. 68 "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario".

¹³ Si possono segnalare le analisi più rilevanti sotto il profilo metodologico: 1) l'analisi dei diversi sistemi sanitari regionali realizzata da Mapelli [4,5]; 2) il modello "SaniRegio 2" del centro di ricerca Cerm - Competitività, Regolazione e Mercati [6]; 3) la metodologia del "bersaglio-obiettivi" elaborata dal Laboratorio Mes (Management e Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa [7]; 4) il Rapporto Osservasalute 2012 [8]; 5) l'analisi del Censis del 2013 [9].

aumento dei ticket riducano i livelli finora garantiti di qualità delle prestazioni e di equità nell'accesso.

La sostenibilità del Sssr richiederà, inoltre, nuove modalità di ripartizione del Fondo sanitario regionale che puntino a migliorare la performance delle aziende, ad esempio attraverso la definizione di fabbisogni e costi standard, seguendo l'impostazione della normativa nazionale sul federalismo fiscale.

3. Politiche di governo della domanda e dell'offerta per la sostenibilità economica

A livello internazionale, il dibattito sulle politiche di sostenibilità si sta spostando sempre più dall'ottica del contenimento generalizzato della spesa e della restrizione della gamma e dell'estensione delle prestazioni garantite a quella della riduzione dei livelli di inefficienza e di inappropriately presenti nei sistemi¹⁴ con l'obiettivo di aumentare il valore aggiunto, cioè la sostenibilità economica, dei sistemi socio-sanitari, aumentando il benessere per la collettività.¹⁵

La sostenibilità economica dei sistemi socio-sanitari dovrebbe essere perseguita governando i principali fattori di domanda e di offerta che alimentano la crescita della spesa in modo tale da migliorare l'efficienza, l'efficacia, l'appropriatezza e la qualità delle cure (si veda lo schema riassuntivo della Tabella 1).¹⁶

Gli strumenti innovativi di governo dei sistemi socio-sanitari dovrebbero soprattutto fronteggiare i nuovi bisogni (legati ai trend epidemiologici e sociali) e dare i giusti incentivi ai fornitori di servizi e ai cittadini-utenti.

Procediamo ora ad esaminare in dettaglio gli strumenti di governo elencati nella Tabella 1, distinguendo le politiche dal lato della domanda (paragrafo 3.1) da quelle dal lato dell'offerta (paragrafo 3.2).

¹⁴ Si vedano [10] e [11].

¹⁵ In Italia, il dibattito sulle politiche di sostenibilità del Ssn è stato particolarmente intenso negli ultimi anni e ha condotto all'Indagine conoscitiva delle Commissioni riunite V (Bilancio) e XII (Affari Sociali) della Camera i cui risultati sono stati recentemente pubblicati [12].

¹⁶ Si veda [1].

Tabella 1 Politiche per la sostenibilità di un sistema socio-sanitario: nuovi strumenti di governo della domanda e dell'offerta

Strumenti di governo della domanda	Strumenti di governo dell'offerta
<p>Potenziamento della prevenzione e degli incentivi per modificare gli stili di vita con nuove modalità (es: <i>Nudging</i>).</p> <p>Promuovere “<i>healthy</i>” e “<i>active</i>” aging.</p>	<p>Definizione esplicita e aggiornamento delle prestazioni a copertura pubblica tramite valutazione dell'efficacia e dei costi delle nuove tecnologie</p> <p>Promuovere HTA e Analisi Costo-Efficacia per governare l'adozione di nuove tecnologie.</p>
<p>Migliorare le funzioni di orientamento e selezione della domanda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potenziamento della medicina territoriale - Migliore comunicazione tra paziente e professionista sanitario con <i>empowerment</i> dei cittadini - Standard e criteri di appropriatezza (linee guida Ebm, Pdta; es: iniziativa “<i>Choosing Wisely</i>”) - Gestione delle liste di attesa con criteri di prioritizzazione (es: Rao – Raggruppamenti di attesa omogenei) 	<p>Sviluppare nuovi modelli di promozione della salute:</p> <ul style="list-style-type: none"> - modelli di assistenza centrati sul paziente (coordinamento ospedale-territorio, <i>disease management</i>, Ccm, Ltcm) - potenziamento <i>day hospital</i> e <i>day surgery</i> - potenziamento telemedicina - potenziare integrazione socio-sanitaria (cooperazione tra Asl e enti locali) - azioni congiunte per ridurre i fattori di rischio (economici, sociali e ambientali) di un determinato territorio
	<p>Modificare incentivi dei “fornitori” pubblici e privati per promuovere efficienza, efficacia e appropriatezza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>spending review</i> “dal basso” (eliminare gli sprechi; promuovere l'appropriatezza organizzativa; ridefinire i processi di acquisto e i rapporti con i fornitori) - pagamenti “P4P” (<i>Pay for Performance</i>) - sistemi di finanziamento prospettico basati su costi standard - riformare la disciplina della responsabilità medica per ridurre medicina difensiva
	<p>Azioni trasversali (informazione; formazione)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio, valutazione e informazione sulle performance dei servizi. - Formazione organizzativo-gestionale dei dirigenti.

3.1. Politiche di governo della domanda

Dal lato della domanda, diventeranno sempre più importanti le politiche innovative volte a:

- i) incentivare l'adozione di corretti stili di vita;
- ii) orientare la domanda secondo criteri di appropriatezza (ad esempio, attraverso l'applicazione condivisa di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici e la definizione di criteri di priorità per gestire le liste d'attesa e l'accesso alle prestazioni [1]).

i) Le politiche del primo tipo puntano a controllare i principali fattori di rischio legati ai comportamenti individuali (consumo di alcol e tabacco, obesità determinata da dieta scorretta e inattività fisica, ecc.) allo scopo non solo di limitare i costi sociali delle malattie croniche ma anche di prolungare la vita lavorativa grazie a un miglioramento del livello di salute in età anziana. In tale linea si pone anche un recente documento del Comitato Nazionale di Bioetica [13]. La scelta di incentivare stili di vita socialmente responsabili anziché di escludere dalla copertura pubblica coloro che decidono di mantenere comportamenti a rischio (un'opzione talora evocata nel dibattito politico in diversi paesi) deriva dal fatto che nei sistemi sanitari pubblici appare comunque ancora dominante l'idea che sia impossibile distinguere in maniera netta le responsabilità individuali dai condizionamenti dell'ambiente familiare e sociale. La gamma delle misure adottabili comprende: informazione sugli effetti dei principali fattori di rischio; educazione sanitaria mirata, anche per quanto riguarda l'uso corretto dell'automedicazione; incentivi particolari derivanti dall'applicazione di imposte e/o sussidi correttivi oppure dalla definizione di regole positive che prevedano eccezioni limitate e poco costose (il cosiddetto *nudging* o "spinta gentile") [14, 15]. Il motivo per cui il *nudging* è di grande interesse è evidente: propone in molti casi soluzioni a basso costo che non richiedono necessariamente interventi normativi e che possono essere applicate ad una vasta gamma di problemi derivanti dai comportamenti individuali. L'approccio appare innovativo per due aspetti: la considerazione del carattere non perfettamente razionale delle scelte individuali come evidenziato da economia comportamentale e psicologia sociale; il suo legame con il nuovo filone di filosofia politica del Paternalismo libertario o "Paternalismo soft" secondo cui le persone vanno guidate nella scelta di "ciò che è meglio per loro", anche se sono comunque libere di comportarsi diversamente) [14]. Il secondo aspetto ha innescato un dibattito molto acceso sul carattere più o meno cogente (e quindi scarsamente libertario) delle politiche ispirate al *nudging* adottate o progettate finora soprattutto nei paesi anglosassoni (in particolare, Stati

Uniti e Regno Unito). Un orientamento che si sta manifestando è quello di garantire ampia partecipazione pubblica e trasparenza – attraverso processi deliberativi democratici – non solo nella scelta delle azioni di *nudging* ma anche nella individuazione degli esperti (“architetti delle scelte”) deputati a definire tali azioni [16].

ii) Gli strumenti del secondo tipo interessano i professionisti sanitari (e quindi il lato dell’offerta) ma indirettamente consentono di governare la domanda. In primo luogo, è da prevedere un potenziamento dell’attività di orientamento della domanda da parte dei medici del territorio e un miglioramento della comunicazione medico-paziente per garantire maggiore *compliance*, coinvolgimento e consapevolezza dei pazienti nelle scelte terapeutiche.

Le scelte e le indicazioni dei medici devono inoltre ispirarsi ai principi della *Evidence Based Medicine* (Ebm) secondo criteri di appropriatezza richiamati dal Codice deontologico. A tale riguardo, strumenti importanti a supporto del medico sono le linee guida e i Percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (Pdta) che possono contribuire a limitare le pratiche di “*overtreatment*” tipiche della medicina difensiva.

Un esempio interessante di orientamento della domanda secondo criteri trasparenti di Ebm è l’iniziativa *Choosing Wisely* (“Scegliere con saggezza”) lanciata ad aprile 2012 negli Stati Uniti dalla fondazione statunitense Abim (*American Board of Internal Medicine*) [17, 18, 19, 20] con la collaborazione di Consumer Reports, organizzazione non profit e indipendente di consumatori. Le società scientifiche statunitensi sono state invitate a stilare una lista di 5 prescrizioni diagnostiche o terapeutiche, comunemente utilizzate nella propria specialità, il cui impiego deve essere messo in discussione da pazienti e clinici perché esse, sulla base di prove scientifiche di efficacia, non apportano alcun beneficio ai pazienti ai quali vengono generalmente prescritte e possono invece esporli a rischi. Ciascuna società ha inoltre creato una lista di “Aspetti su cui Medici e Pazienti dovrebbero interrogarsi”, allo scopo di favorire il dialogo e la condivisione delle decisioni diagnostico-terapeutiche sulle reali esigenze di ciascun paziente e non su domande di prestazioni indotte dal mercato o dai media [21]. A marzo 2014 complessivamente 52 società scientifiche hanno presentato liste per un totale di 290 test e trattamenti ad elevato rischio di inappropriatezza. L’esperienza statunitense non è unica nel suo genere. Iniziative simili sono in corso in altri paesi (ad esempio Regno Unito, Danimarca, Australia, Canada e altri) all’interno di programmi denominati di “*disinvestment*” perché volti a limitare l’utilizzo di interventi relativamente inefficaci, o con un rapporto rischio-beneficio sfavorevole,

o rispetto ai quali esiste un'alternativa ugualmente efficace ma meno costosa. Un recente articolo pubblicato sul *New England Journal of Medicine* [22] evidenzia peraltro alcune criticità dell'approccio, avanzando alcune riserve sugli elenchi delle prescrizioni predisposti da alcune società scientifiche, e rileva che la campagna *Choosing Wisely* può diventare un formidabile strumento di educazione sanitaria a patto che venga sostenuta da un'attività intensa e intelligente di comunicazione nei confronti del pubblico.

Nel dicembre 2012, "Slow Medicine", rete di professionisti e di cittadini, in analogia a *Choosing Wisely* degli Stati Uniti, ha lanciato in Italia il progetto nazionale "Fare di più non significa fare meglio" [23], per migliorare l'appropriatezza degli esami diagnostici e delle terapie e condividere questa opportunità con i destinatari-pazienti. Sono state così pubblicate a marzo 2014 le prime liste di prestazioni a rischio di inappropriatazza definite da società scientifiche italiane. Slow Medicine ha inoltre curato la traduzione italiana dell'elenco delle oltre 200 pratiche (test e trattamenti) ad alto rischio di inappropriatazza finora individuate dalle società scientifiche statunitensi nell'ambito dell'iniziativa *Choosing Wisely*, nonché materiale illustrativo per i pazienti e i cittadini relativo a molte delle pratiche individuate. Al progetto "Slow Medicine" ha aderito la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, sottolineando l'importanza di arrestare il sovrautilizzo di esami diagnostici e trattamenti inutili e potenzialmente dannosi da parte dei Medici, talora su richiesta dei pazienti.

Vi sono quindi ampi margini affinché dalla spesa sanitaria possano essere sottratti i costi per prestazioni che non offrono benefici misurabili.¹⁷ Lo sviluppo di un'etica della riduzione degli sprechi da parte dei medici in Italia, secondo la logica dei progetti "Choosing Wisely" e "Slow Medicine", è in linea con quanto affermato nel Codice di Deontologia Medica del 2014: "La prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza" (art. 13).

Infine, la prioritizzazione trasparente e condivisa delle liste di attesa (attraverso la segmentazione delle liste di attesa per classi di priorità, quali i Raggruppamenti di attesa omogenei (Rao), o l'attribuzione ai pazienti di *priority scores*) appare fondamentale per garantire l'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie (ricoveri di elezione e prestazioni specialistiche e diagnostiche), per non pregiudicare la salute dei pazienti con patologie più gravi e che richiedono interventi più urgenti, nonché per migliorare l'efficienza organizzativa dei servizi [25, 26, 27].

¹⁷ Studi internazionali, relativi a Stati Uniti e Inghilterra, dimostrano che il 40% dei farmaci, il 25% degli esami radiologici prescritti e il 25% delle giornate di degenza sono inutili [24].

3.2. Politiche di governo dell'offerta

Dal lato dell'offerta, le politiche per la sostenibilità si stanno orientando principalmente su tre fronti:

- i) definizione esplicita e aggiornamento delle prestazioni rientranti nella copertura pubblica attraverso un'attenta valutazione dell'efficacia e dei costi delle nuove tecnologie;
- ii) sviluppo di nuovi modelli di assistenza calibrati rispetto all'evoluzione demografica ed epidemiologica delle società avanzate (prevalenza crescente delle patologie croniche);
- iii) nuovi incentivi mirati a promuovere la qualità e l'efficienza [1];
- iv) azioni trasversali di miglioramento dei sistemi informativi e dei processi di formazione delle risorse umane.

i) Un numero crescente di paesi ha iniziato a definire esplicitamente il pacchetto base delle prestazioni essenziali (i livelli essenziali di assistenza) da garantire a tutti con le risorse pubbliche. L'introduzione di una nuova tecnologia pone spesso il problema dell'aggiornamento dei Lea: il nuovo farmaco più efficace ma anche più costoso di quello esistente può rientrare nella copertura pubblica oppure no? Da questo punto di vista sta aumentando sempre di più la consapevolezza nella società civile e nei *policy-maker* della necessità di puntare solo su innovazioni diagnostiche e terapeutiche che siano più costo-efficaci rispetto alle alternative esistenti. L'innovazione in campo biomedico va governata allo scopo di aggiornare la gamma dei beni e servizi compresi nei Lea, in modo tale da ottenere il migliore risultato possibile per la collettività. L'*Health-technology assessment* (Hta) rappresenta un importante strumento di governo attivo dell'innovazione che si sta progressivamente diffondendo nei sistemi sanitari pubblici con l'obiettivo di fornire ai responsabili delle politiche sanitarie e delle scelte assistenziali e ai cittadini informazioni trasparenti, affidabili e scientificamente rigorose sugli effetti delle tecnologie mediche [28]. Questa funzione, fondata sulla metodologia dell'Ebm, viene sviluppata tramite un'attività multidisciplinare in cui una nuova tecnologia sanitaria viene valutata sotto diversi profili: caratteristiche tecniche, sicurezza, fattibilità, efficacia clinica, costo-efficacia, implicazioni e ricadute organizzative, sociali, legali ed etiche. A seconda della collocazione istituzionale della Hta (Ssn, Ssr, Asl, Ao), il prodotto finale consiste in informazioni utili alle decisioni oppure in raccomandazioni più o meno vincolanti sull'adozione e diffusione di nuove tecnologie sanitarie [29]. In Italia, le principali esperienze operative si sono realizzate soprattutto in alcune regioni (Emilia Romagna, Veneto, Piemonte, Lombardia, Toscana) e nell'ambito di alcune

aziende sanitarie, talora con il coordinamento di Aifa e Agenas, mentre manca un'Agenzia nazionale per l'Hta [30].¹⁸ A differenza di altri paesi europei (ad esempio, Inghilterra, Paesi Bassi, Svezia), le esperienze di Hta realizzate in Italia sono ancora molto carenti per quanto riguarda la partecipazione nel processo di rappresentanti dei cittadini e dei pazienti [31].

ii) I nuovi modelli di promozione della salute richiesti per fronteggiare i bisogni socio-sanitari determinati dalle dinamiche demografiche ed epidemiologiche presenti e future sono sempre di più centrati sul paziente, con un migliore coordinamento tra servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali in modo tale da garantire la continuità assistenziale (*disease management, chronic care model – Ccm e long-term care model - Ltcm*) [32]. Tali modelli, la cui adozione viene prevista anche per il Ssn italiano dal D.l. 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni dalla L. 8 novembre 2012, n. 189¹⁹, si fondano sulla riorganizzazione delle cure primarie, sul potenziamento dell'assistenza domiciliare e della Telemedicina, sul maggiore ricorso – ove possibile – alle prestazioni ambulatoriali e di day hospital rispetto alle prestazioni di ricovero ordinario, sull'adozione di nuove e più efficaci modalità di collaborazione tra aziende sanitarie e comunità locali che si sono diffuse a livello internazionale e nazionale [33]. A tale riguardo, benché il modello del distretto socio-sanitario “forte” rappresenti un elemento caratterizzante e qualificante il modello di sanità del Veneto, nella realtà diffusa dei servizi alla persona si ravvisano rilevanti criticità da superare per quanto riguarda l'effettiva realizzazione dell'integrazione tra servizi e della continuità assistenziale.

Va poi osservato come sempre più numerose analisi empiriche indicano che le prestazioni socio-sanitarie influenzano solo parzialmente la produzione complessiva di salute (misurata in termini di mortalità evitabile o speranza media di vita in assenza di disabilità) mentre assumono importanza fondamentale fattori quali livello e distribuzione del reddito, istruzione, tasso di disoccupazione, condizioni igieniche e ambientali, alimentazione, stili di vita. Corrispondentemente, cresce sempre più la consapevolezza dello stretto rapporto

¹⁸ Nel caso del Veneto, sono stati attivati programmi e organismi regionali di Hta: il Programma per la Ricerca l'Innovazione e l'Health Technology Assessment; l'Unità di Valutazione dell'Efficacia del Farmaco; la Commissione per il Prontuario Terapeutico Ospedaliero della Regione Veneto; la Commissione Tecnica Regionale per i Dispositivi Medici. Si veda la Tabella 3 nel successivo paragrafo 4.

¹⁹ Decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute” convertito, con modificazioni, dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189

intercorrente tra tutela della salute e assetti socio-economici locali (viabilità, trasporti, alimentazione, istruzione, controllo dell'inquinamento, verde pubblico, ecc.). Sotto questo profilo, si richiedono politiche di intervento coordinate che coinvolgono diverse aree di responsabilità anche esterne al settore socio-sanitario e che, all'interno del settore socio-sanitario, privilegiano le attività di prevenzione e cura a livello territoriale. L'obiettivo è anche quello di mobilitare – ricorrendo a diversi strumenti sia di tipo programmatico, sia di tipo istituzionale – una pluralità di attori, promuovendo processi partecipativi e attivando la cooperazione e l'integrazione tra istituzioni locali e tra queste e i portatori d'interessi socio-sanitari, sociali ed economici. Le nuove strategie di tutela della salute promosse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità non privilegiano quindi unicamente gli interventi prettamente sanitari o socio-sanitari ma tendono a riconoscere sempre di più l'influenza rilevante sullo stato di salute delle condizioni ambientali (ambienti di vita e di lavoro) e socio-economiche (assetto dell'organizzazione sociale ed esistenza di disuguaglianze economiche e sociali). Esse puntano anche a favorire l'*empowerment* dei cittadini, accrescendo la loro partecipazione attiva ai processi decisionali con lo scopo sia di ottenere una percezione più precisa dei bisogni, sia di consentire ai cittadini stessi di incidere su decisioni rilevanti per il loro futuro [33].

iii) Il terzo tipo di politiche dal lato dell'offerta riguarda il miglioramento dell'efficienza e della qualità delle prestazioni delle organizzazioni sanitarie. Il miglioramento delle modalità organizzative e gestionali dei servizi socio sanitari a livello "meso" e "micro" - allo scopo di promuovere significativamente l'efficacia (*outcome* di salute), l'appropriatezza e l'efficienza - può consentire di recuperare risorse ("ridurre gli sprechi") riuscendo a dare risposte ai bisogni delle persone sempre più legati all'invecchiamento e alla prevalenza delle patologie cronicodegenerative e non ai bisogni del "sistema dei servizi" [10, 11]. A tale riguardo, si prevedono quattro categorie di strumenti sintetizzate in Tabella 1 rispetto alle quali concentriamo l'attenzione sulle prime due.

Il miglioramento dell'organizzazione e della gestione dei servizi richiede, in primo luogo, un vero e proprio processo di revisione della spesa (*spending review*) "dal basso" e non più esclusivamente (come si è verificato anche recentemente) "dall'alto", con ricorrenti tagli lineari che inevitabilmente penalizzano tutti i sistemi e i servizi indipendentemente dal loro livello di efficacia e appropriatezza e quindi alla fine finiscono per ridurre la qualità senza recuperare efficienza. Tale operazione di revisione dei processi organizzativi e gestionali "dal basso" si rende particolarmente necessaria per quanto riguarda i servizi socio-sanitari territoriali

e i collegamenti tra assistenza ospedaliera e assistenza socio-sanitaria territoriale. Rientrano all'interno di tali politiche anche tutti gli interventi volti a valutare e promuovere l'appropriatezza organizzativa delle procedure/terapie usualmente adottate, oltre agli interventi mirati a ottenere risparmi, eliminando sprechi e inapproprietezze [34, 35]. Vanno poi adottate tutte le misure volte a prevenire e controllare i fenomeni di corruzione (ad esempio, quelli previsti dalla L. 6 novembre 2012, n. 190²⁰) [36, 37]. Incentivi alla promozione della qualità delle prestazioni possono, inoltre, derivare dall'introduzione e/o affinamento dei meccanismi di pagamento del tipo *Pay-for-performance* (P4P) con la finalità di compensare i fornitori (professionisti e servizi) per miglioramenti misurabili nella qualità delle cure erogate e nella salute dei pazienti. Una certa diffusione di schemi di questo tipo, soprattutto per le cure primarie, si è avuta negli Stati Uniti, nel Regno Unito, in Australia e Nuova Zelanda [29].

iv) L'effettiva attivazione degli strumenti di governo dell'offerta appena esaminati richiede alcune azioni trasversali miranti a migliorare i sistemi informativi (centrandoli sul paziente e sulla misurazione della performance dei servizi) e i processi di formazione delle risorse umane, in particolare delle funzioni dirigenziali. L'implementazione dei nuovi modelli assistenziali richiede, in particolare, una dirigenza con competenza professionale per la realizzazione effettiva ed efficiente della rete dei servizi e dell'integrazione socio-sanitaria. A tale scopo, appare fondamentale il tema della formazione e dello sviluppo delle competenze organizzative e gestionali di chi è chiamato a dirigere i servizi socio-sanitari. Un elemento cruciale è dato dalla revisione delle modalità dell'alta formazione e dei processi di formazione continua che dovrebbero prevedere non solo conoscenze specifiche di carattere economico e gestionale ma soprattutto lo sviluppo di competenze adeguate per governare i processi in campo socio-sanitario (analisi dei bisogni, pianificazione, programmazione, gestione e valutazione dei risultati e delle performance).

Gli strumenti di governo della domanda e dell'offerta appena esaminati possono aumentare considerevolmente il grado di sostenibilità economica dei sistemi socio-sanitari pubblici. Ciò rappresenta, tuttavia, una condizione necessaria ma non sufficiente per la sostenibilità finanziaria dei sistemi, posto che la crescita tendenziale della spesa si confronta con la crescente difficoltà dei governi a

²⁰ Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".

raccogliere gettito in un contesto economico caratterizzato da tassi di crescita ridotti (o negativi) e dalle incertezze legate alla globalizzazione dei mercati [1]. La strada che diversi paesi stanno percorrendo è quella di preservare l'ampiezza della copertura pubblica (l'estensione a tutti i cittadini), prevedendo al contempo una ridefinizione della gamma dei beni e servizi garantiti (Lea) e del loro livello di finanziamento pubblico. La copertura universale dei rischi di malattia ha consentito infatti di ottenere risultati molto importanti in termini di benessere collettivo [38] e va quindi mantenuta se non, addirittura, ampliata con riferimento ai nuovi bisogni emergenti legati alla disabilità e alla non autosufficienza che in alcuni paesi (come l'Italia) vedono una risposta pubblica inadeguata. Si tratta di offrire una protezione universale a costi sostenibili a carico della fiscalità generale e questo comporterà probabilmente un uso crescente di forme di *prioritizzazione*, individuando e aggiornando i Lea in base a considerazioni di costo-efficacia ma anche di carattere etico e distributivo. Tuttavia, definire le priorità, attraverso l'esplicita definizione delle prestazioni coperte, è un'operazione molto complicata sia sotto il profilo tecnico, sia soprattutto sotto il profilo politico, come dimostrano i tentativi non sempre riusciti effettuati da diversi paesi a partire dalla famosa esperienza dell'*Oregon Health Plan* del 1987 [39, 40, 41, 42]. L'alternativa è però rappresentata dal *razionamento implicito* in varie forme (l'aumento dei tempi di attesa, la chiusura di servizi, ecc.), dall'aumento indiscriminato dei ticket o dalla necessità di rivolgersi al privato a prezzo pieno anche per prestazioni essenziali, con il conseguente scadimento qualitativo del sistema e una riduzione dell'equità nell'accesso e nel finanziamento.

4. Prospettive evolutive del sistema socio-sanitario veneto nell'ottica della sostenibilità: alcune considerazioni bioetiche sul Piano Socio-Sanitario Regionale del Veneto 2012-2016²¹

Il Sssr del Veneto, nell'assetto ridisegnato dal nuovo Pssr 2012-2016, appare sostenibile? Potrà cioè garantire una buona performance in termini di efficienza, efficacia e qualità senza compromettere i valori fondamentali di universalismo e solidarietà a cui si ispira?

Il Pssr 2012-2016, approvato con L.R. 29 giugno 2012, n. 23 arriva dopo 16 anni dal precedente Pssr 1996-1998 in una fase in cui si rendeva necessario procedere a un vero e proprio "reset" della *governance* del sistema socio-sanitario che è

²¹ Il paragrafo è tratto da [3].

profondamente cambiato negli ultimi vent'anni sia dal lato della domanda (invecchiamento della popolazione, fenomeni migratori, trend epidemiologici con maggiore incidenza delle cronicità) che dal lato dell'offerta (mutamenti istituzionali e organizzativi, evoluzione tecnologica, esigenze di adeguamento strutturale dei servizi, vincoli nelle risorse attivabili), con la necessità di rispondere ad un fronte di bisogni sempre più ampio e complesso.

Il Piano ribadisce i principi e valori fondanti del Ssr veneto: universalità; equità (uguale opportunità di raggiungere e mantenere gli obiettivi di salute individuale; garanzia di uniformità delle prestazioni sul territorio regionale); umanizzazione dell'assistenza e centralità della persona; integrazione socio-sanitaria e ospedale-territorio; sostenibilità economica, sociale (coinvolgimento e responsabilizzazione dei cittadini) e professionale (condivisione degli obiettivi e formazione). Si tratta di principi pienamente condivisibili dal punto di vista etico e coerenti con i principi ispiratori del Ssn italiano. Nel caso dell'integrazione, si riafferma in particolare la validità del modello veneto, puntando a rafforzarlo ulteriormente.

Il Pssr 2012-2016 indica poi una serie di obiettivi da raggiungere articolati su tre livelli:

- a) macro-obiettivi - 1) potenziamento dell'assistenza territoriale (consolidamento del distretto socio-sanitario; modelli di gestione integrata della cronicità; modelli organizzativi a rete su *team* multiprofessionali con implementazione di Pdta; forme associative di medicina territoriale; sviluppo di una "filiera dell'assistenza territoriale"); 2) razionalizzazione della rete ospedaliera su due livelli attraverso un modello basato sulla complessità delle cure e dell'assistenza; 3) perfezionamento delle reti assistenziali orizzontali e verticali secondo un modello circolare di assistenza che punti alla continuità assistenziale e all'integrazione di funzioni e competenze);
- b) obiettivi programmatici riferiti a macro-aree dei Lea (assistenza territoriale; assistenza ospedaliera; assistenza specialistica, farmaceutica, protesica; promozione della salute e prevenzione) e agli interventi socio- sanitari;
- c) obiettivi riferiti a strumenti a supporto del governo del sistema (qualità e sicurezza delle prestazioni attraverso processi di governo clinico, *risk management* e accreditamento istituzionale; governo della ricerca e innovazione attraverso l'Hta; valorizzazione delle risorse umane; attivazione di un "cruscotto di governo" per il monitoraggio del sistema).

Gli obiettivi vengono definiti in termini di servizi da erogare (privilegiano quindi il lato dell'offerta) mentre non vengono esplicitati obiettivi in termini di

miglioramento della salute (*outcome*). Inoltre, gli obiettivi sono espressi quasi sempre in termini qualitativi senza specificare indicatori quantitativi e temporali che possano consentire di definire una programmazione coerente con i bisogni e misurare *in itinere* ed *ex post* il grado di realizzazione del Piano, mettendo in atto eventuali misure correttive²². Gli unici *target* espressi con indicatori quantitativi riguardano prevalentemente l'assistenza ospedaliera e residenziale:

- a) standard relativi alle dotazioni di posti letto (3 posti letto per 1.000 abitanti per acuti; 0,5/1.000 per post-acuti; 1,2/1000 per strutture di ricovero intermedie);
- b) tasso di ospedalizzazione (non superiore a 140 ricoveri per 1000 abitanti), tasso di occupazione dei posti letto (90%) e degenza media dei presidi ospedalieri (6 giorni);
- c) bacino di utenza per diverse tipologie di servizio (ospedali *hub* di riferimento: almeno il territorio della provincia; ospedali *spoke* di rete: circa 200.000 abitanti; funzioni di alta specialità e alta tecnologia: 1 milione di abitanti; punti nascita con almeno 1000 parti/anno con eccezioni per zone montane, lagunari e a bassa densità abitativa; distretto socio sanitario di almeno 100.000 abitanti; servizio di Medicina legale per 1 milione di abitanti).

Le azioni strategiche per raggiungere gli obiettivi delineate dal Piano (sintetizzate nelle Tabelle 2 e 3) appaiono comunque coerenti con gli strumenti di governo della domanda e dell'offerta richiesti per garantire la sostenibilità di lungo periodo di un sistema sanitario pubblico. Gli strumenti di governo che intervengono direttamente sulla domanda puntano a controllare i fattori di rischio (ad esempio attraverso informazioni e incentivi per promuovere corretti stili di vita) o a contenere la richiesta di prestazioni inappropriate, orientando opportunamente i cittadini nel percorso assistenziale. Sotto questo profilo, risulta decisivo il progetto di potenziamento delle cure primarie delineato dal Piano, che prevede soprattutto l'introduzione di nuovi strumenti che intervengono direttamente dal lato dell'offerta. Tra questi assumono un peso rilevante quelli diretti a potenziare l'assistenza socio-sanitaria territoriale e a rimodulare l'assistenza ospedaliera.

²² Nel Piano comunque si afferma (nel paragrafo 4.4 dell'Allegato A) che "la definizione di standard di sistema e di indicatori di governo rappresenta una necessità" e "costituisce uno strumento di trasparenza e responsabilizzazione degli amministratori". In particolare si individuano tre aree da sviluppare: sistema di controllo interno e sistema di indicatori di performance; sistema informativo integrato; sistema degli Osservatori per tariffe, gare e prezzi.

Tabella 2: Azioni strategiche del Pssr del Veneto 2012-2016: Strumenti di governo della domanda

✓ Potenziamento delle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie, anche con il coinvolgimento della comunità (Programma “Guadagnare Salute” approvato con DPCM 4/5/2007).
✓ Migliorare le funzioni di analisi dei bisogni e di orientamento della domanda: <ul style="list-style-type: none"> • potenziamento delle cure primarie per accompagnare il cittadino nel percorso assistenziale; • considerazione globale dei bisogni della persona e definizione Pai (Progetto assistenziale individualizzato) con Uvmd (Unità di valutazione multidimensionale distrettuale) • sviluppo del <i>case management</i> infermieristico per le persone in stato di cronicità • supporto all'autocura

Fonte: [3]

Tabella 3: Azioni strategiche del Pssr del Veneto 2012-2016: Strumenti di governo dell'offerta

✓ Sviluppare un modello di rete dei Dipartimenti di Prevenzione per alcune funzioni da svolgersi su scala multizonale (osservazione epidemiologica; educazione e promozione salute; gestione di emergenze epidemiche o ambientali).
✓ Sviluppare una <i>filiere dell'assistenza territoriale</i> secondo un modello centrato sulla persona e imperniato sul distretto socio-sanitario.
✓ Promuovere la <i>continuità assistenziale</i> con: istituzione di un coordinamento ospedale-territorio in ogni Aulss attraverso una <i>Centrale Operativa Territoriale</i> ; definizione di protocolli operativi per la presa in carico coordinata del paziente; diffusione di Pdta; sistemi informativi integrati; correlazione tra budget distrettuale e budget ospedaliero (non ben precisata).
✓ Consolidare l'integrazione socio-sanitaria, con la figura del Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione Territoriale e con uno strumento di governo unitario delle politiche per la salute a livello locale (Piano Attuativo Locale come strumento di pianificazione che include Piani di Zona e Piano Attuativo Locale delle Cure Primarie).
SEGUE

CONTINUA Tabella 3

<p>✓ Completa riorganizzazione della rete ospedaliera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● modello di rete su due livelli di ospedale <i>hub</i> e <i>spoke</i> (economie di scala e specializzazione); ● individuare fabbisogno e allocazione di posti letto in base a: profili epidemiologici; evoluzione tecnologie; <i>expertise</i> (casi trattati); livello di intensità cure e complessità previsto per la struttura; ● sviluppo di reti cliniche anche integrate con il territorio; ● modelli organizzativi e gestionali: sviluppo dipartimenti; degenze chirurgiche organizzate su moduli di assistenza diurna e settimanale; attività ambulatoriali complesse su moduli di <i>day service</i>;
<p>✓ Ridefinire i processi di acquisto (centralizzazione regionale per farmaci e dispositivi medici) e dei rapporti contrattuali con i fornitori privati per promuovere appropriatezza e costo-efficacia;</p>
<p>✓ Sviluppare ulteriormente <i>Health Technology Assessment</i> nell'adozione di nuove tecnologie (consolidamento dei programmi e degli organismi regionali di HTA e di analisi degli investimenti: PRIHTA, UVEF; C-PTORV, CTRDM, CRITE (*); Nuclei aziendali per l'appropriatezza dei farmaci e dei dispositivi medici);</p>
<p>✓ Sviluppare un "cruscotto di governo" (migliorare sistemi informativi centrandonli sul paziente e sulla misurazione della performance):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● integrazione tra sistema informativo pubblico e privato accreditato (fascicolo socio-sanitario del cittadino; "ricetta rossa" informatizzata; cartella clinica elettronica); ● implementazione di sistema di monitoraggio, valutazione e informazione sulle <i>performance</i> di aziende e servizi.

(*) PRIHTA = Programma per la Ricerca l'Innovazione e l'Health Technology Assessment; UVEF = Unità di Valutazione dell'Efficacia del Farmaco; C-PTORV = Commissione per il Prontuario Terapeutico Ospedaliero della Regione Veneto; CTRDM = Commissione Tecnica Regionale per i Dispositivi Medici; CRITE = Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia. Fonte: [3]

In particolare, per quanto riguarda l'assistenza territoriale, si prevede l'attivazione di una vera e propria *filiera* che comprende:

- 1) assistenza primaria strutturata secondo nodi organizzativi multiprofessionali in cui le *Medicine di Gruppo Integrate* rappresentano punti di riferimento per raggiungere l'obiettivo della continuità assistenziale (modello "h24 - 7gg./7");
- 2) cure domiciliari da potenziare attraverso un modello "h24 - 7gg./7", favorendo il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita;
- 3) assistenza specialistica prevalentemente a supporto della medicina di famiglia e organizzata in Centri Polispecialistici territoriali operanti sulla base di Pdta;
- 4) cure palliative con una estensione del modello centrato sul nucleo multiprofessionale dedicato prevedendo una struttura (*hospice*) in ogni Aulss;
- 5) strutture intermedie per offrire una risposta polifunzionale a carattere temporaneo, principalmente per la stabilizzazione, la riabilitazione estensiva, la palliazione (*ospedali di comunità* per ricoveri di breve durata, entro i 30 giorni, senza compartecipazione da parte del paziente e con gestione clinica affidata alla medicina di famiglia; *Unità Riabilitative Territoriali* per ricoveri di media durata, entro i 60 giorni, con compartecipazione alla spesa relativamente alla quota alberghiera);
- 6) assistenza residenziale extra-ospedaliera, valorizzando i Centri di Servizio con rimodulazione delle unità di offerta e puntando a sviluppare una flessibilità organizzativa per adeguare il sistema alle nuove esigenze assistenziali e alla sostenibilità. La *Centrale Operativa Territoriale* rappresenta l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto ha una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale.

Con riferimento all'assistenza ospedaliera, la principale novità riguarda l'adozione di un modello basato su reti cliniche integrate, funzionali e non gerarchiche, fondate sulla collaborazione tra strutture e professionisti. Il modello organizzativo della rete ospedaliera prevede due livelli per quanto riguarda le strutture ospedaliere:

- 1) ospedali *hub* ("perno") di riferimento "provinciale" che devono disporre di specialità di base e medio livello per il territorio di riferimento e prevedere la presenza di alte specialità per un territorio più ampio (con le Ao di Padova e Verona che costituiscono anche centri di riferimento regionale e punti di riferimento nazionale per alcune funzioni);
- 2) ospedali *spoke* ("di raggio") che si configurano come presidi ospedalieri di rete con bacino di circa 200.000 abitanti e che hanno dotazione minima composta da Pronto soccorso e specialità di base e media complessità (chirurgia generale, medicina interna, oncologia, cardiologia con Utic, ostetricia-

ginecologia, pediatria, ortopedia, terapia intensiva, neurologia, urologia, psichiatria, geriatria) per il territorio di riferimento, con servizi di diagnosi e cura assicurati in rete.

Oltre a questi due livelli sono previste strutture per acuti integrative della rete anche ad indirizzo monospecialistico, denominate *ospedali nodi della rete*, che potranno avere il servizio di emergenza-urgenza, prevedendo eventualmente anche forme gestionali di diritto privato. Le alte specialità e le alte tecnologie presso gli ospedali *hub* saranno distribuite sul territorio con riferimento ad un bacino di utenza di un milione di abitanti, tenendo conto della particolare situazione delle aree a bassa densità abitativa. La definizione della complessiva rete ospedaliera, demandata alle schede di dotazione ospedaliera (definite con la deliberazione della Giunta regionale n. 2122 del 19 novembre 2013²³), deve essere coerente con gli standard di dotazioni e di contenimento dei tassi di ospedalizzazione sopra richiamati nonché con i profili epidemiologici, con l'evoluzione delle tecnologie biomediche ed organizzative *expertise* acquisita (volumi di attività e numero di casi trattati) e con livello di intensità di cure e di complessità previsti.

Ulteriori elementi innovativi previsti dal Piano riguardano:

- a) l'introduzione della figura del Direttore generale della sanità e del sociale (art. 1 L.R. 23/2012), che viene nominato dalla Giunta Regionale per "la realizzazione degli obiettivi socio-sanitari di programmazione, indirizzo e controllo, individuati dagli organi regionali, nonché il coordinamento delle strutture e dei soggetti che (...) afferiscono al settore socio-sanitario";
- b) la procedura di valutazione annuale dei Direttori generali (art. 4 della L.R. 23/2012) da parte della Giunta regionale (per la garanzia dei Lea nel rispetto dei vincoli di bilancio), della Quinta Commissione consiliare (per il rispetto della programmazione regionale) e della Conferenza dei sindaci (per la garanzia di qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari sul territorio delle Aulss). La pesatura delle singole valutazioni dovrà essere definita dalla Giunta in modo a garantire equilibrio tra i soggetti valutatori. Il mancato equilibrio di bilancio, il mancato rispetto di direttive vincolanti di Giunta e la mancata realizzazione degli obiettivi programmati sono cause di risoluzione del contratto di Direttore generale;
- c) gli ambiti territoriali ottimali per settori strategici – l'art. 7bis della L.R. 23/2012 li prevede per le Unità operative complesse e/o dipartimentali

²³ Deliberazione della Giunta regionale n. 2122 del 19 novembre 2013 "Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n. 68/CR del 18 giugno 2013".

relative a Provveditorato, Anatomia Patologica, Risorse Umane, Gestione logistica, rinviando per le modalità attuative alla Giunta regionale (entro il 31 dicembre 2013). Per Sistema Informativo e HTA l'ambito individuato coincide con la Regione;

- d) la trasparenza contabile (art. 15 della L.R. 23/2012) che prevede che strutture sanitarie, sociali e socio-sanitarie, persone fisiche o giuridiche destinatarie di finanziamenti pubblici, qualunque sia la forma giuridica, abbiano l'obbligo di rendere pubblico quanto percepito. Per le persone giuridiche l'obbligo consiste nella pubblicazione sui propri siti internet dei bilanci annuali nei 5 anni successivi al ricevimento del finanziamento.

Il Pssr 2012-2016 prevede inoltre di applicare, inizialmente in via sperimentale, un nuovo sistema di finanziamento delle Aulss, delle due Ao e dell'Irccs-Istituto Oncologico Veneto (Iov) così articolato:

- a) per le Aulss il finanziamento su quota capitaria sarà costruito prevalentemente su standard di costo, individuando "le migliori performance...realizzate in termini di costo/beneficio". La quota capitaria terrà comunque conto della distribuzione per età e della prevalenza delle principali patologie croniche sul territorio in conformità allo scenario epidemiologico del Pssr;
- b) per le Ao e lo Iov si prospetta un sistema di finanziamento prevalentemente per funzioni, con l'obiettivo di una maggiore appropriatezza e coerenza con la riprogrammazione dell'offerta orientata alla continuità assistenziale.

L'art. 8 della L.R. 23/2012 stabilisce che dal 2014 il riparto delle risorse alle Aulss per l'erogazione dei Lea sia determinato in base a dotazioni standard di personale (che avrebbero dovuto essere definiti entro il 31/12/2012) e costi standard per le prestazioni funzionali all'erogazione dei Lea (da definire entro il 30/6/2013). L'obiettivo è quello ridurre i differenziali delle risorse erogate alle singole aziende che non siano giustificati in termini di diversi bisogni di assistenza o di fattori oggettivi al di fuori del controllo delle aziende stesse, puntando ad incentivare un uso più efficiente ed appropriato delle risorse da parte delle aziende²⁴.

²⁴ La Regione, con la DGR 951 del 5 luglio 2011 "Assegnazione provvisoria alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'esercizio 2011 ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza", aveva già introdotto, nel 2011, un sistema di riparto del Fsr finalizzato a ottenere una maggiore correlazione, nella suddivisione delle risorse, tra il parametro della costosità sostenuta dalle migliori aziende sanitarie e quello della popolazione pesata per età. La DGR 951/2011 aveva inoltre previsto l'eliminazione nel 2011 del criterio di maggiorazione basato sulle specificità territoriali (montagna, isole, dispersione), confermando, altresì, il finanziamento a copertura dei costi relativi al *project financing* delle aziende Ulss n. 8 di Asolo e n. 12 Veneziana.

Nell'ottica di garantire la sostenibilità del Sssr, il Pssr 2012-2016 prevede inoltre:

- a) l'adozione di Piani di rientro per le aziende sanitarie caratterizzate da particolari situazioni di squilibrio (con l'obbligo di autorizzazione all'effettuazione di spese);
- b) puntuali azioni di monitoraggio su alcuni fattori che possono aumentare la spesa (incremento di posti letto e tariffe delle strutture residenziali; aumenti di volumi e tariffari dei privati accreditati; l'autorizzazione e l'accreditamento di nuovi istituti di cura);
- c) azioni per limitare i rischi finanziari che possono derivare da operazioni di partenariato pubblico-privato (*project financing* e *leasing*) e dalla contrazione di mutui per il finanziamento di infrastrutture sanitarie (con ripercussioni piuttosto rilevanti che si sono manifestate per l'equilibrio finanziario di alcune Aulss), tenendo anche conto della priorità di sviluppare la sinergia ospedale-territorio; tali azioni comprendono sia la valutazione dell'adeguata copertura finanziaria, sia la valutazione di impatto organizzativo e gestionale.

Sempre nell'ottica della sostenibilità finanziaria, il Pssr 2012-2016 prevede poi la possibilità di assegnare un peso maggiore, nel finanziamento dei servizi, alle compartecipazioni ("ipotesi di forme di compartecipazione alla spesa da parte di particolari categorie di cittadini in merito ad alcune tipologie di servizi, tenendo conto delle mutate condizioni demografiche e socio-economiche") e a fondi integrativi per l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria (art. 16 L.R. 23/2012), in particolare per la non autosufficienza, coinvolgendo parti sociali, organizzazioni finanziarie e assicurative e altri enti. Le previsioni appena esaminate potrebbero contribuire ad aumentare l'efficienza allocativa e la sostenibilità del Sssr veneto. Per quanto riguarda i ticket, si ravvisa tuttavia l'opportunità di calibrare lo strumento con finalità di responsabilizzazione della diade medico-paziente e di riduzione della domanda inappropriata, con esenzioni calibrate ed azioni di recupero dell'evasione, per evitare impatti negativi sull'equità nell'accesso²⁵. Nel caso dei fondi integrativi, la disposizione della legge di Piano, molto sintetica, lascerebbe intendere la possibilità di un "secondo pilastro" integrativo, senza però fare alcun riferimento alla normativa nazionale esistente oppure a particolari esperienze internazionali.

²⁵ Al riguardo, indicazioni interessanti circa il design delle compartecipazioni si possono trarre dal nuovo approccio *value-based cost sharing* secondo cui i livelli di compartecipazione incentivanti vanno individuati sulla base delle evidenze di efficacia clinica e di costo-efficacia delle prestazioni per specifici gruppi di pazienti. Si vedano [43], [44] e [45].

In conclusione, a nostro avviso, con il Pssr 2012-2016 il Veneto ha posto importanti premesse per garantire la sostenibilità economica e finanziaria del proprio sistema socio-sanitario. Viene infatti prevista l'introduzione di importanti strumenti di governo della domanda e (soprattutto) dell'offerta, che possono recuperare efficienza e aumentare l'appropriatezza delle prestazioni. La principale innovazione introdotta (il nucleo centrale del Piano) è il progetto di completa riorganizzazione e razionalizzazione della rete ospedaliera e di contestuale costruzione di una "filiera dell'assistenza territoriale" con l'obiettivo di garantire un'efficace continuità assistenziale e un rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria. Si prefigura, inoltre – anche se non viene ancora definito in maniera chiara e completa – un nuovo sistema di ripartizione del Fondo sanitario regionale, sulla base di fabbisogni e costi standard, tale da promuovere le *best practice* e l'efficienza. Il perseguimento degli altri principi posti alla base del Piano (in particolare l'equità nell'accesso e nella allocazione delle risorse) dipenderà in modo cruciale dalle sue concrete modalità di attuazione.

Il focus principale del Pssr del Veneto è quindi la ridefinizione e il riequilibrio del rapporto tra ospedale e territorio con la necessità (dichiarata nel Piano) di riconvertire molti degli esistenti presidi ospedalieri (e di spostare personale). Si tratta di un'operazione molto delicata la cui fattibilità dipende in modo cruciale dalla rapida ed efficace attivazione dei servizi della filiera dell'assistenza territoriale per dimostrare alla collettività che l'eventuale chiusura (o riduzione di posti letto) di un ospedale per acuti non si traduce in diminuzione dei servizi forniti e in un abbandono della tutela della salute della comunità locale. La fattibilità e credibilità dell'operazione complessiva (nonché l'impatto in termini di sostenibilità ed equità) si fonda quindi in misura rilevante sulla parte operativa del Piano rappresentata dalle schede di dotazione ospedaliera (art. 9 della L.R. 23/2012) e dalle schede di dotazione territoriale dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie (art.10 della L.R. 23/2012) che sono state definite dalla Giunta regionale con la deliberazione n. 2122 del 19 novembre 2013²⁶.

Per contro, alcuni temi, importanti per promuovere l'integrazione (tra sanità ospedaliera e sanità territoriale, e tra sanitario e sociale), la qualità e l'equità del sistema non sembrano adeguatamente sviluppati nel Piano.

²⁶ Le schede di dotazione ospedaliera approvate con la DGR n. 2122/2013 prevedono nel complesso una riduzione di 1227 posti letto in ospedali per acuti che dovranno essere riconvertiti in 1263 posti sul territorio. Tuttavia, la mancata definizione nelle schede territoriali delle dotazioni di posti letto relative alle strutture di ricovero intermedie lascia indefinita la configurazione della filiera dell'assistenza territoriale.

In primo luogo, il Piano fa solo un accenno circa la possibilità di sviluppare come prassi la correlazione tra gli obiettivi del budget dell'ospedale e del territorio; tale correlazione appare cruciale per l'efficace integrazione tra ospedale e territorio, ma non vengono specificati gli strumenti operativi per implementarla: strumenti che consentano di superare gli ostacoli che in varie occasioni hanno impedito di realizzare un'efficace integrazione tra ospedale e territorio e una reale implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali.

In secondo luogo, l'obiettivo dell'ulteriore potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria potrebbe essere perseguito in maniera ancora più efficace da un lato mediante una riorganizzazione dell'assetto attuale che consenta la piena valorizzazione degli strumenti disponibili (Piani di Zona, Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali, ecc.), dall'altro prendendo spunto da alcuni modelli di budget integrato tra aziende sanitarie ed enti locali sviluppati a livello nazionale (ad esempio le Società della Salute della Toscana) e internazionale²⁷. Più in generale, il modello di sistema socio-sanitario, che ha rappresentato finora un punto di forza del Veneto richiede, a nostro avviso, di essere aggiornato e rivisitato alla luce delle profonde trasformazioni socio-demografiche che hanno interessato la Regione, potenziando e rendendo più efficaci le sinergie tra enti locali e aziende sanitarie.

In terzo luogo, sarebbe stato utile delineare in che modo e misura il Sssr veneto potrebbe orientarsi in futuro verso un modello di *universalismo selettivo*, come sembrerebbe trasparire dal richiamo all'uso di strumenti di finanziamento quali compartecipazioni (per il co-finanziamento dei Lea da parte dei cittadini) e fondi sanitari integrativi (per il finanziamento delle prestazioni extra-Lea). Nuove modalità di compartecipazione per le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, se opportunamente calibrate, potrebbero consentire di adattare i Lea all'evoluzione dei bisogni di salute e delle innovazioni in campo biomedico e socio-assistenziale; vanno però progettate con grande attenzione e in modo esplicito, per promuovere l'appropriatezza della domanda senza pregiudicare l'equità nell'accesso. I fondi sanitari integrativi, di tipo "supplementare" rispetto alla copertura pubblica di base, potrebbero consentire di limitare i rischi finanziari delle famiglie legati alle spese per l'acquisto diretto delle prestazioni socio-sanitarie extra-Lea ma solo se opportunamente regolati per evitare possibili effetti negativi sul grado di copertura pubblica dei Lea [46].

Infine, si segnala l'opportunità di dedicare maggiore attenzione a due aree contraddistinte da particolare criticità: quella relativa all'inizio della vita e all'età

²⁷ Si veda [33].

dello sviluppo (medicina della riproduzione, riorganizzazione dei punti-nascita per garantire sicurezza nel parto, gestione delle problematiche dell'età infantile derivanti dai nuovi assetti sociali della popolazione di consolidata e di nuova presenza) e quella della fase finale della vita (gestione complessiva della terminalità, trattamento del dolore, distribuzione omogenea delle risorse della medicina palliativa).

Riferimenti bibliografici

- [1] Rebba V. (2013), "Il futuro dei sistemi sanitari pubblici tra universalismo e sostenibilità", in AA.VV., *Evoluzione e riforma dell'intervento pubblico. Scritti in onore di Gilberto Muraro*, Giappichelli Editore, Torino, pp. 149-177.
- [2] Callahan D. (1998), *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna*, Baldini e Castoldi, Milano.
- [3] Rebba V., (2013), "Il Servizio socio-sanitario regionale del Veneto: evoluzione e sostenibilità", in Agostini F. (a cura di), *La Regione del Veneto a quarant'anni dalla sua istituzione: Storia, politica, diritto*, Franco Angeli, Milano, pp. 278-319.
- [4] Mapelli V. (a cura di) (2007), *I sistemi di governance dei Servizi sanitari regionali*, Formez, Roma.
- [5] Mapelli V. (2012), *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologna 2012
- [6] Pammolli F. e Salerno N., "Le differenze regionali nella governance della spesa sanitaria. La sanità alla sfida del federalismo", Cerm – Competitività, Regole, Mercati, Il modello SaniRegio di Cerm, Working Paper n. 2.
- [7] Ministero della Salute (2010), "Valutazione della performance della sanità italiana. Guida alla lettura ed interpretazione del primo gruppo di indicatori", Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, responsabile scientifico Prof.ssa Sabina Nuti, Roma.
- [8] Osservatorio Nazionale sulla salute nelle Regioni Italiane (2013), *Rapporto OsservaSalute 2013*, Università Cattolica di Roma.
- [9] Collicelli (2013), "L'Italia delle disuguaglianze", *Il Sole24Ore Sanità*, N. 29-30.
- [10] Berwick D.M., Hackbarth A.D. (2012), "Eliminating Waste in US Health Care", *The Journal of the American Medical Association*, 307(14), pp. 1513-1516.
- [11] Brody H. (2012), "From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance", *The New England Journal of Medicine*, 366 (21), pp. 1949-1951.
- [12] Camera dei deputati – Commissioni Riunite V (Bilancio, tesoro e programmazione) e XII (Affari sociali) (2014), *Indagine conoscitiva: la sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica. Proposta di documento conclusivo*, Roma, 16 maggio.
- [13] Comitato Nazionale di Bioetica (2014), "Stili di vita e tutela della salute", Roma, 20 marzo.
- [14] Muraro G., Rebba V. (2010), "Individual Rights and Duties in Health Policy", *Rivista Internazionale di Scienze Sociali*, 3, pp. 379-396.
- [15] Thaler R.H., Sunstein, C.S. (2008), *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth and Happiness*, Penguin, New York.

- [16] Schiavone G., De Anna G., Mameli M., Rebba V., Boniolo G. (2013), "Libertarian paternalism and health care: a deliberative proposal", *Medicine, Health Care and Philosophy*, Published online: 12 July 2013, DOI 10.1007/s11019-013-9502-4.
- [17] <http://www.choosingwisely.org/>
- [18] Cassel C.K., Guest J.A. (2012), "Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care" *JAMA*, 307, pp. 1801-1802.
- [19] Dirindin N., Langiano T. (2012), "Scegliere con saggezza fa bene alla salute", *lavoce.info*, 11 dicembre.
- [20] Ballini L. (2012), "L'iniziativa Choosing Wisely® rilancia la scelta ragionata di medici e pazienti", *Politiche Sanitarie*, 13 (4), pp. 253-256.
- [21] <http://www.choosingwisely.org/doctorpatient-lists/>
- [22] Morden N.E., Colla C.H., Sequist T.D., Rosenthal M.B. (2014), "Choosing Wisely -The Politics and Economics of Labeling Low-Value Services", *The New England Journal of Medicine*, February 13, pp. 589-592.
- [23] <http://www.slowmedicine.it/fare-di-piu-non-significa-fare-meglio/48-fare-di-piu-non-significa-fare-meglio/36-ilprogetto.html>
- [24] Øvretveit J. (2009), *Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers*, The Health Foundation, London (p. 18).
- [25] Mariotti G. (1999), *Tempi d'attesa e priorità in sanità*, Franco Angeli, Milano.
- [26] Mariotti G. (2006), *Priorità cliniche in sanità*, Franco Angeli, Milano.
- [27] Siciliani L., Borowitz M., Moran V. (eds.) (2013), *Waiting Times Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>.
- [28] Sorenson C., Drummond M., Kanavos P. (2008), *Ensuring Value for Money in Health care: the Role of Health Technology Assessment in the European Union*, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- [29] OECD (2010) *Value for Money in Health Spending*, OECD Health Policy Studies, Paris.
- [30] Cicchetti A., Marchetti M. (a cura di) (2010), *Manuale di Health Technology Assessment*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- [31] Jommi C., Cavazza M. (2012), "Istituti di Health Technology Assessment e portatori di interesse", *Giornale Italiano di Health Technology Assessment*, 5(1), pp. 5-15.
- [32] Ham C. (2010), "The Ten Characteristics of the High Performing Chronic Care System", *Health Economics, Policy and Law*, 5, pp. 71-90.

- [33] Muraro G., Rebba V. (a cura di) (2009), *Nuove istituzioni per l'assistenza socio-sanitaria: principali esperienze nazionali ed estere*, Franco Angeli, Milano.
- [34] Geddes M. (2012), "W la spending review! W il Servizio Sanitario Nazionale!", *SaluteInternazionale.info*, 7 novembre.
- [35] Donzelli A. (2013), "Spending review. Le (vere) istruzioni per l'uso", *SaluteInternazionale.info*, 3 aprile.
- [36] Coripe Piemonte et al. (2013), *Illuminiamo la salute. Per non cadere nella ragnatela dell'illegalità*, Roma, 27 giugno.
- [37] Numero monografico di Politiche Sanitarie, Vol. 14, N. 3, luglio-settembre 2013, "Per una sanità trasparente e capace di dire di no a illegalità e corruzione", pp. 111-149.
- [38] Moreno-Serra R., Smith P.C. (2012), "Does Progress Towards Universal Health Coverage Improve Population Health?", *The Lancet*, 380, pp. 917-923.
- [39] DiPrete B., Coffman D. (2007), "A Brief History of Health Services Prioritization in Oregon", March, <http://www.oregon.gov/oha/herc/Pages/index.aspx>
- [40] Bariletti A., Cavicchi I., Dirindin N., Mapelli V., Terranova L. (1999), *La sanità tra scelta e razionamento*, Il Sole24Ore, Milano.
- [41] Ham C., Robert G. (eds.) (2003), *Reasonable Rationing: International Experience of Priority Setting in Health Care*, Open University Press, Buckingham.
- [42] Hauck K., Smith P.C., Goddard M. (2004), *The Economics of Priority Setting for Health Care: A Literature Review*, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Washington.
- [43] Rebba V. (2009), "I ticket sanitari: strumenti di controllo della domanda o artefici di disuguaglianze nell'accesso alle cure?", *Politiche Sanitarie*, 10, 4, pp. 221-242.
- [44] Dirindin N., Muraro G., Rebba V. (2011), "I ticket nel Servizio sanitario nazionale: alcune riflessioni per un dibattito", *Politiche Sanitarie*, 12(3), pp. 95-100.
- [45] Volpp K.G., Loe Wenstein G., Asch D.A. (2012), "Choosing wisely: low value services, utilization, and patient cost sharing", *The Journal of the American Medical Association*, 308 (16), pp. 1635-1636.
- [46] Paccagnella O., Rebba V., Weber G. (2013), "Voluntary Private Health Care Insurance among the Over Fifties in Europe", *Health Economics*, 22(3), pp. 289-315.