

RISPARMIO

Nel corso degli ultimi anni è stata avviata anche in Italia una riflessione sui risparmi che si potrebbero realizzare riducendo gli sprechi nel settore sanitario, in particolare grazie al lavoro svolto dalla Fondazione GIMBE che ha adeguato al contesto nazionale la tassonomia degli sprechi messa a punto cinque anni fa negli Stati Uniti e pubblicata sul *JAMA*¹.

Questa tassonomia prevedeva una valutazione del ‘peso’ di questi sprechi sui costi dell’assistenza sanitaria. Trasferendo e adattando alla realtà italiana le stime indicate nell’articolo citato, i possibili – teorici – risparmi per il nostro Servizio Sanitario si attesterebbero intorno al 22%, ossia sarebbero pari a 25.315 miliardi (spesa pubblica del 2018), come riporta la tabella in basso. Esaminiamo in dettaglio ognuna delle voci elencate nella tabella, perché è su queste che si può agire per ottenere un contenimento dei costi e una conseguente riallocazione delle risorse.

Sovrautilizzo. Si tratta dell’*overuse* di prestazioni inefficaci o inappropriate per visite specialistiche, test diagnostici, farmaci, ricoveri ospedalieri. Le cause di tale fenomeno sono molteplici: la cultura dei prescrittori, le aspettative dei pazienti, la pressione dei produttori del settore sanitario, i conflitti di interesse, la medicina difensiva, la non integrazione dei livelli di assistenza con conseguente ripetizione degli accertamenti, i criteri di remunerazione o di valutazione di strutture e di professionisti, che misurano la quantità della produzione e non il valore per il paziente. Il sovrautilizzo rappresenta ben il 30% degli sprechi ipotizzati in questo schema per un importo che si colloca tra 6,076-9,114 miliardi di euro.

STIMA DEGLI SPRECHI IN AMBITO SANITARIO: INCIDENZA PERCENTUALE SULLA SPESA SANITARIA PUBBLICA PREVISTA PER L'ANNO 2018			
Categoria	%	Miliardi di euro	± (20%)
1. Sovrautilizzo	30	7,595	6,076-9,114
2. Sottoutilizzo	15	3,797	3,038-4,556
3. Frodi e abusi	22	5,569	4,455-6,683
4. Inadeguato coordinamento assistenza	12	3,038	2,430-3,646
5. Complessità amministrative	11	2,785	2,228-3,342
6. Acquisti a costi eccessivi	10	2,531	2,633-3,037

Su tale problematica si sono indirizzate alcune autorevoli iniziative, anche a livello italiano, nella convinzione che “fare di più non significa fare meglio”². Tali attività hanno preso avvio dalla constatazione che le variazioni territoriali, nelle prescrizioni e nei consumi di farmaci e prestazioni, sono di notevole entità e non imputabili a una diversa incidenza o prevalenza delle patologie^{3,4}.

Sottoutilizzo. A fronte di tale eccesso di prestazioni si assiste, in parte della popolazione, al fenomeno opposto, quello di un sottoutilizzo di accertamenti e cure adeguate. Si tratta di un effetto attribuibile o al sistema sanitario o all’utente nella sua interrelazione con i servizi. Al sistema sanitario sono imputabili la non prescrizione o non erogazione di interventi sanitari ad elevato *value*, in quanto non previsti dai livelli di assistenza o, più frequentemente, dall’organizzazione stessa perché non disponibili⁵. All’utente sono ascrivibili l’impossibilità di accedere alle prestazioni per motivi economici (a causa del ticket, meglio definibile come tassa sulla salute), culturali, logistici o organizzativi. Vi è poi il tema della *compliance*, cioè dell’aderenza alle terapie, in particolare per le patologie croniche che necessitano di trattamenti con più farmaci. Si tratta, in tutti questi casi, della non adeguata interazione e presa in carico da parte del sistema sanitario e della sua conseguente incapacità di personalizzare la cura, attivare servizi di supporto e monitoraggio domiciliare, di coinvolgere nell’organizzazione assistenziale familiari e *caregiver*.

Frodi e abusi. Il nostro Paese detiene non invidiabili record nell’ambito della corruzione nel complesso delle attività economiche e produttive. L’ultimo rapporto del Transparency Corruption Perceptions Index (2016), che classifica 176 nazioni, colloca l’Italia (con un miglioramento rispetto agli anni precedenti) al 60° posto, penultima fra i Paesi europei (la Grecia è al 69°), che detengono i posti in testa alla classifica. Il problema della corruzione interessa – ovviamente e inevitabilmente – anche il settore sanitario, dove la dimensione economica, la complessità dell’organizzazione, la necessaria diversificazione nelle scelte, con la discrezionalità che ne consegue, danno ampio spazio a comportamenti che possono essere definiti come “utilizzo del potere a fini personali”⁶.

Si tratta di una definizione più restrittiva rispetto al termine anglosassone *corruption*, che ha un significato più esteso e che si avvicina a comprendere gli sprechi e l'opacità nelle transazioni. Con il termine qui usato ci riferiamo pertanto al pagamento di tangenti o allo scambio occulto di vantaggi economici che possono coinvolgere amministratori, politici, imprenditori, operatori sanitari, cioè l'insieme di attori che operano direttamente o indirettamente nel sistema sanitario pubblico e privato del nostro Paese. Uno studio su tale fenomeno è stato effettuato dall'organizzazione no-profit ISPE sanità, che ha valutato l'effetto complessivo della corruzione in Italia, sulla base delle rilevazioni della Corte dei Conti, dell'ordine di 60 miliardi, pari al 4% del Pil (2011). Nell'ambito sanitario ciò comporterebbe una perdita intorno ai 6,4 miliardi di euro, con un valore percentuale superiore a quello della media europea. I crimini più diffusi sono legati ai farmaci; quelli più costosi all'acquisto di beni e servizi e agli appalti di opere; la distribuzione dei reati è territorialmente differenziata: il 23% al Nord, il 30% al Centro, il 41% al Sud e il 6% con atti relativi allo stesso crimine in luoghi diversi⁷.

Inadeguato coordinamento dell'assistenza. È noto che uno dei problemi dei sistemi sanitari concerne il coordinamento fra i vari ambiti nei quali si articola l'attività. Questa problematica riguarda sia il percorso del paziente all'interno dell'ospedale, nel passaggio – ad esempio – fra Pronto soccorso e reparti di degenza, sia, in misura più rilevante, nel

trasferimento fra ospedale e servizi territoriali.

All'interno della struttura ospedaliera non è rara la ripetizione di esami, per ritardi nella trasmissione dei dati, per scarsa comunicazione e collaborazione fra le varie componenti, per un differente approccio diagnostico e terapeutico, talora non adeguatamente valutato e discusso, fra i vari specialisti. Ciò provoca non solo uno spreco di risorse, ma un aumento dei rischi per il paziente. Più rilevante, in genere, il problema del coordinamento del percorso assistenziale fra ospedale e territorio, dove entrano in gioco logiche e regole diversificate (ad esempio, gli orari e i giorni disponibili per la presa in carico dell'utente), una carenza strutturale di collegamenti, anche informatici, una – illogica – competizione nel risparmiare risorse, che si risolve nell'attribuirle, in misura complessivamente incrementata, a quella parte del sistema con cui più che collaborare si compete.

Da qui derivano ritardi nel trasferimento dei pazienti da un set assistenziale ad alta complessità (e maggior costo) ad un set assistenziale più appropriato (problema rilevante anche in ospedale) e con costi più contenuti, carenze nell'invio delle informazioni, duplicazione conseguente di accertamenti, etc.

Complessità amministrative. Un sistema sanitario ha un'evidente complessità amministrativa per la gestione degli acquisti, il controllo dei servizi esternalizzati, la gestione del bilancio, la verifica delle attività svolte e dei risultati ottenuti, le procedure amministrative sulle diverse prestazioni,

Marco Geddes da Filicaia

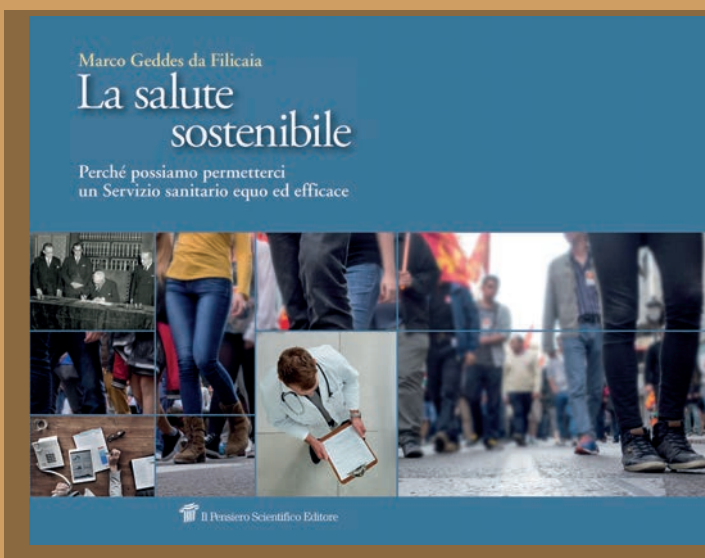
LA SALUTE SOSTENIBILE

Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace

È vero che il costo di un servizio sanitario su base universalistica è insostenibile nel tempo? Qual è l'entità di spesa sanitaria che si ritiene sostenibile? È corretto pensare che un sistema misto assicuri una più adeguata risposta ai bisogni di salute in termini di efficienza, efficacia ed equità? Per rispondere a queste domande, Marco Geddes da Filicaia presenta, a quarant'anni dall'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale in Italia, un confronto con il sistema sanitario di altri Paesi e valuta l'entità delle risorse destinate a questo settore, l'evoluzione della spesa sanitaria e le posizioni di diversi soggetti politici e imprenditoriali. Un libro aggiornato ai più recenti dati economici, con numerosi riferimenti alla letteratura scientifica e a una serie di documenti ufficiali di istituzioni nazionali e internazionali per evidenziare il divario esistente fra le "narrazioni" prevalenti e la documentata realtà.

www.pensiero.it

numero verde 800-259620



etc. I costi amministrativi possono essere contenuti con la messa in atto di investimenti e modalità gestionali ancora non adeguatamente diffuse e implementate nei nostri servizi: informatizzazione delle attività sostitutive di processi cartacei (cosa che non sempre avviene); semplificazione dei percorsi; inserimento adeguato di personale amministrativo nei processi assistenziali, sottraendo attività burocratiche al personale sanitario; applicazione di un'organizzazione Lean al settore amministrativo. Tali procedure riducono la complessità amministrativa e permettono di monitorare e ottimizzare le attività, valutandone costi/efficacia, e di ridurre gli sprechi.

Acquisti a costi eccessivi. Il tema dell'acquisto a costi eccessivi è stato oggetto di valutazioni e polemiche (talora anche eccessive, come il ricorrente esempio della siringa quando vi sono centinaia di tipologie di aghi e siringhe) che hanno per riferimento sia i prezzi praticati ai privati sia le differenze di costi per servizi e acquisti analoghi o identici fra Regioni e fra aziende.

L'attivazione di centrali di acquisto a livello regionale o nazionale e l'attività di controllo e monitoraggio da parte di vari organi stanno riducendo questo fenomeno, che ha tuttavia alcune caratteristiche strutturali a monte: costi indiretti a carico dei fornitori, per l'incertezza sui tempi di consegna del materiale e attrezzature, a causa dell'indisponibilità connessa a riorganizzazioni e ristrutturazioni in corso nei servizi sanitari, con conseguenti oneri di immagazzinaggio; tempi di pagamento dilazionati e incerti da parte della pubblica amministrazione con esposizione verso il sistema creditizio da parte del fornitore, etc. Tali elementi portano a far sì che il fornitore si premunisca con un sovrappiù nel prezzo di offerta, rispetto a quanto applica ad altri acquirenti, etc.

Conclusioni

Per contenere la crescita della spesa sanitaria, di fronte all'impatto della crisi finanziaria internazionale del 2008, sono state messe in atto, talora contestualmente, due strategie:

1. la riduzione della spesa sanitaria pubblica;
2. le riforme strutturali.

La prima strategia è stata perseguita in Italia attuando un taglio dei servizi e incrementando il co-pagamento (ticket), con effetti negativi sui bilanci familiari e sugli *outcome* di

salute, per ritardi o rinunce ad accertamenti diagnostici e alle terapie. Le strategie strutturali, volte ad accorpare servizi e a modificare le catene decisionali per incrementare l'efficienza, richiedono invece sforzi rilevanti e le evidenze di un impatto positivo restano deboli, in particolare nei tempi brevi.

In alternativa alla prima ipotesi, due sono le possibili azioni alternative: mettere in atto adeguate e articolate strategie di riduzione degli sprechi e di riallocazione delle risorse, con effetti anche a breve termine; ridurre i bisogni, con interventi di prevenzione, i cui risultati si collocano prevalentemente in un orizzonte temporale più ampio, ma con effetti di lunga durata e rilevanti sulla salute della popolazione.

Riguardo al secondo punto (le riforme strutturali) sono convinto che, seppure alcune riforme e provvedimenti legislativi siano, o possano essere, indispensabili, quello che è necessario attuare è una quotidiana, minuta attività di indirizzo e promozione di adeguate forme organizzative, di iniziative efficaci, di diffusione di buone pratiche perché strutture complesse, professionalizzate e notevolmente autonome sono capaci di cambiamenti effettivi e durevoli solo se attuati in modo capillare e con un elevato coinvolgimento professionale. Quella che è indispensabile è una durevole azione di manutenzione e implementazione. E la manutenzione riguarda anche i "sistemi", con le necessarie riparazioni e aggiornamenti, cioè le reti informatiche, le tecnologie diagnostiche, i processi organizzativi, le procedure sanitarie da implementare, aggiornare e diffondere.

Marco Geddes da Filicaia

Medico epidemiologo

BIBLIOGRAFIA

1. Berwick DM, Hackbarth AD: Eliminating waste in US health care. *JAMA* 2012; 307 (14): 1513-6.
2. Vernerio S, Domenighetti G, Bonaldi A: Italy's "Doing more does not mean doing better" campaign. *BMJ* 2014; 349: g4703.
3. Brody H. Medicine's ethical responsibility for health care reform. The top five list. *N Engl J Med* 2010; 362: 283-285.
4. NHS: Items which should not be routinely prescribed in primary care. Consultation report of findings, 30 Novembre 2017.
5. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med* 2010; 363 (26): 2477-81.
6. https://www.transparency.org/news/feature/corruption_perceptions_index_2016.
7. ISPE Sanita. Libro bianco sulla corruzione, settembre 2014. http://www.ispe-sanita.it/1/upload/ispe_libroweb18settembre.pdf.