

Come combattere (veramente) gli sprechi. Per salvare il SSN

Nino Cartabellotta



Lo Stato non può delegare alle autonomie regionali l'identificazione degli sprechi senza fornire chiare linee di indirizzo, perché rischia di commettere lo stesso errore del 2001, quando con la riforma del Titolo V ha "consegnato" la Sanità alle Regioni, rinunciando alle indispensabili attività di indirizzo e verifica. Oggi le conseguenze di una abdicazione dello Stato sarebbero di gran lunga più disastrose, perché non ci sono risorse in esubero per compensare ritardi, errori e furberie.

Anche se è balzata agli onori delle cronache dal 2012, in realtà la sostenibilità del SSN da oltre un ventennio viene silenziosamente erosa da vari fattori: le mutate condizioni demografiche, economiche e sociali, la crescente introduzione sul mercato di false innovazioni tecnologiche, le conseguenze della

modifica del Titolo V della Costituzione, le continue ingerenze della politica partitica nella programmazione sanitaria, la grande incompiuta dei Livelli Essenziali di Assistenza, il modello di aziende sanitarie come "silos" in continua competizione, l'evoluzione del rapporto paziente-medico, l'involuzione del cittadino in consumatore di servizi e prestazioni sanitarie, l'aumento del contenzioso medico-legale.

A fronte del progressivo indebolirsi della sostenibilità del SSN, la politica si è limitata a occasionali rattoppi con interventi legislativi costantemente dettati dalla contingenza, dall'urgenza e non certo da una programmazione coerente con le problematiche che oggi affliggono tutti i sistemi sanitari e che non possono essere risolte da maggiori disponibilità di risorse: inaccettabili variabilità dei processi e degli esiti, aumento dei rischi per i pazienti, sprechi e incapacità a massimizzare il *value*, disuguaglianze e iniquità, scarsa capacità a prevenire le malattie. Peraltro, se è certo che **in Italia la spesa sanitaria continua a scendere, segnando nel 2012 un record negativo del -3%**^[1], è bene ricordare che nei sistemi sanitari avanzati non esistono evidenze scientifiche che dimostrano una relazione diretta tra entità degli investimenti in sanità e miglioramento degli esiti di salute delle popolazioni^[2].

Per fare fronte alla crisi di sostenibilità del SSN, condizionata dall'inderogabile necessità di risparmi diretti e immediati, la politica ha scelto la strategia dei tagli lineari (taglio dei posti letto, blocco delle assunzioni, riduzione dei rimborsi) che per il periodo 2012-2015 ammontano a una cifra compresa tra 25 e 30 miliardi di euro. Senza entrare nel merito dell'insoddisfazione dei vari stakeholders, non sempre scevra da conflitti di interesse, è certo che l'entità e la rapidità dei tagli, oltre ad avere conseguenze negative per la salute dei cittadini – in particolare per le fasce socio-economiche più deboli – potrebbero determinare un imprevedibile e non quantificabile incremento dei costi.

Esiste una strategia alternativa in grado di ottenere migliori risultati dalle risorse investite, grazie alla identificazione e riduzione degli sprechi, per la quale Don Berwick ed Hackbarth^[3] si sono ispirati al modello dei "cunei di stabilizzazione" di Pacala e Socolow^[4]: per contenere le emissioni di CO₂ ed evitare una catastrofe ambientale, ciascuna delle 15 strategie suggerite potrà riempire solo una porzione (cuneo) del triangolo di stabilizzazione. La sfida per contenere gli sprechi in sanità è analoga: le principali categorie di sprechi rappresentano cunei del triangolo di stabilizzazione che contribuiscono ad evitare il crollo del sistema sanitario. Secondo le stime di Berwick ed Hackbarth, i "cunei di stabilizzazione" valgono per la sanità USA almeno 558 miliardi di dollari/anno che, riportati alla nostra dimensione nazionale, rappresentano oltre 20 miliardi di euro/anno: persistendo le attuali modalità di gestione (*business as usual*), la continua ascesa degli sprechi rischia di assorbire qualunque gettito finanziario di risorse pubbliche e/o private.

Considerato che la riduzione degli sprechi e il parallelo incremento del *value* hanno ispirato il progetto "Salviamo il Nostro SSN"^[5], la Fondazione GIMBE ha adattato la tassonomia degli sprechi di Don Berwick (Tabella 1), per offrire alle Istituzioni un approccio meno informale (fatto di termini improbabili come "efficientamento" o di tormentoni come il "costo delle siringhe") e sviluppare adeguate strategie di prevenzione degli sprechi basate sulle migliori evidenze. Infatti, la parallela disamina delle evidenze

scientifiche e delle attuali modalità di pianificazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari, dimostrano che – nonostante i tagli – il SSN rimane sostenibile, perché una quota consistente di risorse viene attualmente “assorbita” da sprechi che si annidano a vari livelli a causa degli obiettivi spesso divergenti, conflittuali e opportunistici degli stakeholders del pianeta Sanità .

Tabella 1. Categorie di sprechi e relativo impatto sul SSN (tassonomia e percentuali sprechi[3])

Categoria sprechi	% sprechi	Mld di €
1. Sovra-utilizzo di interventi sanitari inefficaci e inappropriati	26%	5,72
2. Frodi e abusi	21%	4,62
3. Tecnologie sanitarie acquistate a costi eccessivi	19%	4,18
4. Sottoutilizzo di interventi sanitari efficaci e appropriati	12%	2,64
5. Complessità amministrative	12%	2,64
6. Inadeguato coordinamento dell’assistenza	10%	2,20

Sovra-utilizzo (*overuse*) di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci o inappropriate. Consistenti evidenze scientifiche documentano *overuse* a tutti i livelli dell’assistenza sanitaria e da parte di tutte le professioni sanitarie e discipline specialistiche a causa di determinanti multiple: il continuo turnover delle tecnologie sanitarie, la medicina difensiva, le eccessive aspettative di cittadini e pazienti, il sistema di finanziamento a prestazione. Considerato che l’etica della riduzione degli sprechi dipende da tutti i professionisti sanitari[6], questi dovrebbero collaborare con le Istituzioni per identificare gli interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal *low value*, che riducono l’efficacia dell’assistenza, aumentano il rischio clinico per i pazienti e determinano un ingente spreco di risorse[7-10], impossibile da identificare per la politica. Inoltre, quando le evidenze scientifiche non supportano le richieste del paziente, il medico ha sempre il dovere di rifiutarle, convincendolo attraverso una *evidence-based persuasion*[11], contribuendo a riformulare l’imperativo socio-culturale dominante “*more is better*” – che ha trasformato il cittadino/paziente in consumatore – in “*less is more*”, vessillo di una medicina parsimoniosa[12].

Frodi e abusi. Negli anni si è radicata in Italia una vasta rete del malaffare che sottrae preziose risorse alla sanità pubblica[13,14], particolarmente esposta a fenomeni opportunistici, perché caratterizzata da un inestricabile mix di complessità, incertezze, asimmetria informativa, qualità poco misurabile, conflitti di interesse, corruzione, estrema variabilità delle decisioni cliniche, manageriali e politiche, che rendono il sistema poco controllabile: di conseguenza, ingenti quantità di denaro sono esposte a condizionamenti impropri, che determinano varie tipologie di frodi, abusi e illegalità, sottraendo preziose risorse al SSN[15].

Tecnologie sanitarie (oltre che beni e servizi non sanitari) acquistati a costi eccessivi. La mancata definizione dei costi standard e l’assenza di regole ben definite fanno sì che i costi di acquisizione delle tecnologie sanitarie, oltre che di beni e servizi non sanitari, siano molto più alti del loro valore reale, con differenze regionali e aziendali assolutamente ingiustificate.

Sotto-utilizzo (*underuse*) di servizi e prestazioni sanitarie efficaci e appropriate. Al pari dell’*overuse*, consegue principalmente ai gap tra ricerca e pratica: può ritardare o impedire la guarigione, aumentare le complicità, determinare ricoveri ospedalieri e interventi sanitari più costosi, causare assenze dal lavoro.

Complessità amministrative. Il sovraccarico di obblighi burocratici sottrae tempo prezioso ai professionisti sanitari in un contesto dove, paradossalmente, i costi del personale amministrativo rappresentano una consistente voce di spesa del SSN. Una categoria di sprechi generata dunque da un mix tra eccessiva burocratizzazione, scarsa informatizzazione e ipertrofia del comparto amministrativo.

Inadeguato coordinamento dell’assistenza tra vari setting di cura. Sono gli sprechi conseguenti al “rimbalzo” del paziente tra setting assistenziali diversi, in particolare tra ospedale e territorio perché il coordinamento dell’assistenza è particolarmente critico nei pazienti con malattie croniche, nei quali l’assistenza a livello di cure primarie deve essere integrata con interventi specialistici e ricoveri ospedalieri, utilizzando tutte le strategie della *transitional care*. Per superare la cultura ospedale-centrica e la sterile dicotomia ospedale-territorio attraverso serve una variabile articolazione di setting assistenziali per intensità

di cura e modalità avanzate di integrazione socio-sanitaria, oltre ad una riorganizzazione dei servizi sanitari con modelli sovra-aziendali per condividere percorsi assistenziali, tecnologie e competenze professionali.

Oggi ciascuna delle categorie di sprechi può essere arginata a tre condizioni: condivisione degli obiettivi tra Stato e Regioni, utilizzo di metodi e strumenti efficaci, responsabilizzazione e coinvolgimento attivo di aziende sanitarie e professionisti. Infatti, considerato che:

1. i “risparmi derivanti dall’applicazione delle misure contenute nel Patto rimangono nella disponibilità delle singole Regioni per finalità sanitarie”;
2. le performance delle Aziende Sanitarie, in termini di erogazione dei LEA e di equilibrio finanziario, contribuiscono al risultato complessivo della propria Regione;
3. la legge di Stabilità ha confermato che “il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali da parte dei direttori generali costituisce adempimento ai fini dell’accesso al finanziamento integrativo del SSN e comporta la loro decadenza automatica in caso di inadempimento”

tutte le Regioni devono avviare e mantenere un virtuoso processo di disinvestimento (da sprechi e inefficienze) e riallocazione (in servizi essenziali e innovazioni), oltre che responsabilizzare e coinvolgere attivamente in questo processo le Aziende sanitarie e queste, a cascata, tutti i professionisti. L’impressione generale è che, in assenza di una regia nazionale, la spending review “interna” non sia facilmente attuabile dalle Regioni, in particolare da quelle che sono state in grado di concretizzare una congiunzione astrale fatta di inadempimenti dei livelli essenziali di assistenza + conto economico negativo + aumento delle imposte regionali + mobilità sanitaria passiva. Se è vero che tutte le risorse recuperate devono rimanere nel comparto sanitario, diverse Regioni non riusciranno mai nella duplice titanica impresa di disinvestire e riallocare, perché avvezze a difendere strenuamente anche servizi sanitari inefficaci, inappropriati e spesso dannosi per mere logiche di consenso elettorale.

Pertanto, se il mantra del Patto per la Salute è rinunciare a una spending review centralista, fatta prevalentemente di tagli lineari, **lo Stato non può delegare alle autonomie regionali l’identificazione degli sprechi senza fornire chiare linee di indirizzo, perché rischia di commettere lo stesso errore del 2001, quando con la riforma del Titolo V ha “consegnato” la Sanità alle Regioni, rinunciando alle indispensabili attività di indirizzo e verifica. Oggi le conseguenze di una abdicazione dello Stato sarebbero di gran lunga più disastrose, perché non ci sono risorse in esubero per compensare ritardi, errori e furberie.**

Nino Cartabellotta, Presidente Fondazione GIMBE.

Bibliografia

1. OECD Health Data 2014. [Dove si colloca l'Italia?](#) [PDF: 168 Kb]. Ultimo accesso 1 dicembre 2014.
2. Hussey PS, Wertheimer S, Mehrotra A. The association between health care quality and cost: a systematic review. *Ann Intern Med* 2013;158:27-34.
3. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA* 2012;307:1513-6
4. Pacala S, Socolow R. Stabilization wedges: solving the climate problem for the next 50 years with current technologies. *Science* 2004; 305:968-72.
5. Fondazione GIMBE. [Salviamo il Nostro SSN](#).
6. Brody H. From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance. *N Engl J Med* 2012;366:1949-51.
7. Elshaug AG, McWilliams JM, Landon BE. The value of low-value lists. *JAMA* 2013;309:775-6.
8. Baker DW, Qaseem A, Reynolds PP, Gardner LA, Schneider EC; American College of Physicians Performance Measurement Committee. Design and use of performance measures to decrease low-value services and achieve cost-conscious care. *Ann Intern Med* 2013;158:55-9.
9. Garner S, Littlejohns P. Disinvestment from low value clinical interventions: NICEly done? *BMJ* 2011;343:d4519.
10. Elshaug AG, Watt AM, Mundy L, Willis CD. Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study. *Med J Aust* 2012;197(10):556-60.
11. [11] Shaw D, Elger B. Evidence-based persuasion: an ethical imperative. *JAMA* 2013;309:1689-90.
12. Tilburt JC, Cassel CK. Why the ethics of parsimonious medicine is not the ethics of rationing. *JAMA* 2013;309:773-4.
13. Francese D. Sanità SPA. Newton Compton Editori, 2011
14. Bocci M, Tonacci F. La mangiatoia. Mondadori, 2013
15. Demicheli V, Ferrante L, Rivoiro C, Solfrini V. La ragnatela dell’illegalità. *Politiche Sanitarie* 2013;14:118-26.



Fonte: [SALUTE INTERNAZIONALE.info](#) Inserito da [Redazione SI](#) on 9 dicembre 2014