

## CAPITOLO 2

### La tassonomia degli sprechi in sanità

Per guidare Governo, Regioni, aziende sanitarie e professionisti nel processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze, quale strategia irrinunciabile per contribuire alla sostenibilità del SSN, nel 2014 la Fondazione GIMBE ha adattato al contesto nazionale la tassonomia di Don Berwick<sup>31</sup>, secondo cui almeno il 20% della spesa sanitaria nei paesi industrializzati viene erosa dagli sprechi. Successivamente, integrando alcune stime disponibili da Istituzioni e organizzazioni nazionali, è stato definito il potenziale impatto delle sei categorie di sprechi nel SSN.

L'aggiornamento 2015 stima € 24,73 miliardi di sprechi (tabella 2), tenendo conto che – in assenza del giudizio di parificazione – il dato sulla spesa sanitaria fa riferimento al consuntivo 2015 di € 112,408 miliardi, riportato nel corso dell'audizione sul DEF 2016 della Corte dei Conti presso le Commissioni bilancio riunite del Senato della Repubblica e della Camera dei Deputati del 19 aprile 2016<sup>32</sup>.

**Tabella 2. Impatto stimato degli sprechi sulla spesa sanitaria pubblica**

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

#### 2.1. Sovra-utilizzo

Consistenti evidenze scientifiche oggi documentano l'*overuse* di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate e dal *low value* a tutti i livelli dell'assistenza e da parte di tutte le professioni sanitarie e discipline specialistiche: farmaci, test diagnostici, visite

<sup>31</sup> Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. JAMA 2012;307:1513-6.

<sup>32</sup> Audizione della Corte dei conti sul Documento di economia e finanza 2016 presso le Commissioni bilancio riunite del Senato della Repubblica e della Camera dei Deputati. Roma, 19 aprile 2016, pag 23. Disponibile a: [www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni\\_riunite/sezioni\\_riunite\\_in\\_sede\\_di\\_controllo/2016/audizione\\_cdc\\_def\\_2016.pdf](http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2016/audizione_cdc_def_2016.pdf). Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

specialistiche, ricoveri ospedalieri. Il sovra-utilizzo di prestazioni inappropriate, in particolare quelle diagnostiche, non può tuttavia essere giustificato solo dalla medicina difensiva, alla quale si affiancano altre determinanti<sup>33</sup>: l'ipotrofia del ragionamento ipotetico-deduttivo e il prevalere della strategia diagnostica esaustiva, le perverse logiche di finanziamento e incentivazione di aziende e professionisti basate sulla produzione (non sull'appropriatezza) delle prestazioni, la medicalizzazione della società che genera continui atti di fede per la tecnologia, le crescenti aspettative di cittadini e pazienti per una medicina mitica e una sanità infallibile, il continuo turnover delle tecnologie che spesso immette sul mercato false innovazioni, decisioni e prescrizioni non sempre immuni da conflitti di interesse, sentenze giudiziarie discutibili e avvocati senza scrupoli che contribuiscono a incrementare il contenzioso medico-legale.

## 2.2. Frodi e abusi

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

## 2.3. Acquisti a costi eccessivi

La limitata implementazione dei prezzi di riferimento e l'assenza di regole ben definite su scala nazionale hanno fatto lievitare i costi di acquisizione delle tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi, attrezzature, etc.), oltre che di beni e servizi non sanitari (lavanderia, mensa, pulizie, riscaldamento, utenze telefoniche, etc.) molto oltre il loro valore reale, con differenze regionali e aziendali assolutamente non giustificate.

## 2.4. Sotto-utilizzo

L'inadeguato trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica e all'organizzazione dei servizi sanitari determina l'*underuse* di interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'*high value*. Il sotto-utilizzo ritarda o impedisce la guarigione dei pazienti, aumenta le complicanze, determina ricoveri ospedalieri e interventi sanitari più costosi, genera assenze

---

<sup>33</sup> Cartabellotta A. Less is more: un approccio di sistema alla medicina difensiva. Quaderni di Monitor 2015, pagg. 18-27.

dal lavoro. Il sotto-utilizzo riguarda anche strategie di prevenzione primaria verso l'adozione di stili di vita e comportamenti individuali che danneggiano la salute.

## 2.5. 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. Questa categoria di sprechi è generata da processi che aggiungono costi senza generare *value*, in particolare conseguenti a un mix tra eccessiva burocratizzazione, scarsa informatizzazione, ipertrofia del comparto amministrativo e mancata standardizzazione di tutti i processi non clinici con relative procedure.

## 2.6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza

Gli sprechi si verificano sia tra ospedale e cure primarie, con assistenza del paziente in setting a eccessivo consumo di risorse rispetto ai bisogni, sia tra i vari servizi dello stesso setting per mancata standardizzazione dei percorsi assistenziali. Gli sprechi sono particolarmente evidenti per i pazienti con malattie croniche, nei quali l'assistenza a livello di cure primarie richiede un'appropriata integrazione con interventi specialistici e ricoveri ospedalieri.

Un disinvestimento efficace richiede un approccio di sistema che, coordinato da una regia nazionale ed attuato a livello regionale, deve estendersi a cascata all'organizzazione ed erogazione di servizi e prestazioni da parte delle aziende sanitarie, tenute a coinvolgere attivamente professionisti sanitari e cittadini, in particolare per le categorie di sprechi (sovra- e sotto-utilizzo) fortemente connessi con l'eccesso di medicalizzazione e l'inadeguato trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica e all'organizzazione dei servizi sanitari. Infatti, in assenza di un efficace processo di disinvestimento per ridurre gli sprechi e aumentare il *value* del denaro investito, una consistente quota della spesa sanitaria continuerà a non produrre alcun ritorno in termini di salute, ed eventuali risorse aggiuntive (pubbliche o private) finiranno solo per alimentare gli sprechi.

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

cui disinvestire<sup>34,35</sup>. Infatti, se l'etica del razionamento appartiene alla politica, l'etica della riduzione degli sprechi è legata anche alla professionalità dei medici<sup>36</sup>, con le loro prescrizioni diagnostico-terapeutiche. In tal senso, guidati da un equilibrato mix di evidenze e buonsenso, i medici dovrebbero collaborare con le Istituzioni per identificare gli interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal basso *value*, che riducono l'efficacia dell'assistenza, aumentano i rischi e determinano un ingente spreco di risorse. E quando le evidenze scientifiche non supportano le richieste del paziente, il medico ha il dovere etico di rifiutarle per contribuire a riformulare l'imperativo socio-culturale *more is better in less is more*<sup>37</sup>, vessillo di una medicina parsimoniosa oggi al centro di un movimento internazionale sostenuto da numerose iniziative:

- *Choosing Wisely*: lanciata dall'ABIM Foundation in collaborazione con *Consumer Reports* nel 2012<sup>38</sup>, la campagna USA ha invitato le società scientifiche a predisporre, tenendo conto delle evidenze scientifiche e del buon senso, un elenco di "5 prestazioni sanitarie che medici e pazienti dovrebbero mettere in discussione perché a rischio elevato di inappropriately", puntando sul recupero della relazione medico-paziente per discutere della inutilità di queste prestazioni e dei rischi associati. In Italia un'iniziativa analoga è stata lanciata da Slow Medicine<sup>39</sup> con il progetto "Fare di più non significa fare meglio"<sup>40</sup>;
- *Too Much Medicine*<sup>41</sup> è la campagna del British Medical Journal finalizzata a sensibilizzare professionisti e pazienti sui rischi per la salute e sullo spreco di risorse conseguenti all'eccesso di medicalizzazione<sup>42</sup>; tutti gli articoli pubblicati sulla rivista sono archiviati in una sezione dedicata<sup>43</sup>;
- *Less is More* è la sezione della rivista JAMA Internal Medicine che raccoglie evidenze per dimostrare che "meno sanità migliora la salute";
- numerose iniziative internazionali condividono la preoccupazione che la sanità di oggi prevede "troppa medicina e poca assistenza": *Minimally Disruptive Medicine*<sup>44</sup>, *Right Care Alliance*<sup>45</sup>, *Do No Harm Project*<sup>46</sup>.

---

<sup>34</sup> Academy of Medical Royal Colleges. Protecting resources, promoting value: a doctor's guide to cutting waste in clinical care. November 2014. Disponibile a: [www.aomrc.org.uk/dmdocuments/Promoting%20value%20FINAL.pdf](http://www.aomrc.org.uk/dmdocuments/Promoting%20value%20FINAL.pdf). Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

<sup>35</sup> The King's Fund. Better value in the NHS. The role of changes in clinical practice. July 2015. Disponibile a: [www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/better-value-nhs-Kings-Fund-July%202015.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/better-value-nhs-Kings-Fund-July%202015.pdf). Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

<sup>36</sup> Brody H. From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance. *N Engl J Med* 2012;366:1949-51.

<sup>37</sup> Less is more: Disponibile a: [www.lessismoremedicine.com](http://www.lessismoremedicine.com). Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

<sup>38</sup> Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA* 2012;307:1801-2.

<sup>39</sup> Slow Medicine. Disponibile a: [www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it). Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

<sup>40</sup> Vernero S, Domenighetti G, Bonaldi A. Italy's "Doing more does not mean doing better" campaign. *BMJ* 2014;349:g4703.

<sup>41</sup> Moynihan R, Glasziou P, Woloshin S, Schwartz L, Santa J, Godlee F. Winding back the harms of too much medicine. *BMJ* 2013 ;346:f1271.

<sup>42</sup> Macdonald H, Loder E. Too much medicine: the challenge of finding common ground. *BMJ* 2015;350:h1163.

<sup>43</sup> Too much medicine. Latest from The BMJ. Disponibile a: [www.bmj.com/specialties/too-much-medicine](http://www.bmj.com/specialties/too-much-medicine). Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

<sup>44</sup> May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ* 2009;339:b2803.