

STUDIO ANAAO ASSOMED-SETTORE ANAAO GIOVANI

COSTI E SPESE RIDUCIBILI IN SANITA'

A cura di *Chiara Rivetti (Segreteria Anaa Assomed Piemonte)*, *Domenico Montemurro (Responsabile Nazionale Anaa Giovani)*, *Maddalena Zippi (Responsabile Anaa Giovani Lazio)*, *Saveria De Vito (Avvocato)*, *Ilaria Vescarelli (Anaa Assomed Umbria)*, *Pierino di Silverio (Direttivo Nazionale Anaa Giovani)*, *Maurizia Gambacorta (Anaa Giovani Umbria)*, *Gabriele Romani (Anaa Giovani Emilia Romagna)*

La sostenibilità del Ssn da troppi anni oramai viene lentamente erosa ed è prevedibile che, a meno di un netto cambiamento di rotta, il suo indebolimento prosegua e peggiori. I dati parlano chiaro. In un recentissimo studio pubblicato sulla rivista Lancet¹, Joseph Dieleman e colleghi hanno elaborato una previsione di come e quanto si spenderà per la sanità in 184 Paesi fino al 2040.

Per il nostro Paese si ipotizza un tasso di crescita annuale del 2,6%, il che porterebbe nel 2040 ad un'impennata della spesa sanitaria (pubblica e privata) pro-capite a 5.968 dollari, rispetto a quella registrata nel 2013 pari a 3.077 dollari, di cui l'80% a carico della sanità pubblica ed il restante a carico di quella privata.

In un contesto di risorse pubbliche limitate, questa previsione di spesa diventa preoccupante ed inevitabilmente si deve pensare a come contenere i costi, incominciando dalla eliminazione o riduzione dei famosi sprechi della sanità.

Per "spreco" si intende l'utilizzo improprio di risorse, con conseguenti inefficienze e perdite economiche, o comunque un costo cui non corrisponde un beneficio. Lo spreco si può distinguere in spreco passivo, dovuto ad inefficienze gestionali, ed attivo, connesso ad un vantaggio personale.

Di fatto fino ad ora, in sanità, con l'alibi della "lotta agli sprechi", sono stati decisi a livello centrale solo tagli lineari, che hanno coinvolto sia le realtà meno virtuose che quelle con buoni standard qualitativi. Se il risparmio ottenuto sia derivato dalla razionalizzazione dei processi produttivi o da un impoverimento dei livelli qualitativi o quantitativi, non è ben chiaro dai dati a disposizione². Ma è certo che, per la prima volta, nel 2015 l'aspettativa di vita alla nascita ha subito un lieve calo rispetto al precedente periodo.

In Italia si assiste ad un malessere demografico, con il rapporto tra numero di giovani (under 14) ed anziani (over 65) invertito a partire dal 1992 ed un costante sbilanciamento a favore della popolazione anziana. L'invecchiamento della popolazione ha causato un aumento delle persone affette da patologie croniche o con multimorbidità e una crescita dei bisogni sanitari. Il Censis stima che 4,1 milioni di persone in Italia sono attualmente portatrici di disabilità (il 6,7% della popolazione), nel 2020 diventeranno 4,8 milioni, per arrivare a 6,7 milioni nel 2040.

- Risorse limitate in un contesto che in futuro avrà sempre più bisogno di accesso ai servizi sanitari, un "consumismo" sanitario indotto da internet, ripetute novità tecnologiche costituite da devices e farmaci sempre più costosi, ma non sempre innovativi, fanno sì che il cocktail possa essere esplosivo.

Identificare e colpire le inefficienze è dunque urgente per poter garantire l'universalismo delle cure che oramai vacilla, ma quantificarle con precisione non è semplice: è infatti una sfida che

hanno affrontato in molti, stimando cifre talvolta poco credibili e comunque difficilmente dimostrabili.

Con un articolo apparso nel 2012 su JAMA, Berwick e Hackbarth³ ipotizzavano che gli sprechi nel sistema sanitario Usa ammontassero a circa il 20% dei costi, suddividendo tali sprechi in più categorie (*overtreatment*, inadeguato coordinamento dell'assistenza, tecnologia acquistata a costo eccessivo, eccesso di burocrazia e frodi e abusi), ma il modello Usa non è certamente esportabile tout court in Italia.

Secondo i dati riportati da Ispe-sanità⁴, nel nostro paese il tasso medio stimato di corruzione e frode in sanità è del 5,59%, ovvero circa 6 miliardi di euro l'anno, che aumenterebbero a 25 miliardi se ci riferiamo alla *corruption* (termine anglosassone che include gli sprechi). Nel recente report di trasparenza⁵ si legge che la corruzione viene percepita dal 87,2% del personale delle aziende sanitarie come un problema grave.

Stime queste forse imprecise, anche solo per la difficoltà nel tracciare il limite tra spesa appropriata e spreco, ma che rendono bene l'idea della dimensione del fenomeno.

Buona parte degli sprechi è da imputare in modo considerevole a carenze organizzative:

- 1) Mancata centralizzazione acquisti beni;
- 2) Eccessiva eterogeneità regionale e locale che si ripercuote in diseguaglianze all'accesso dei servizi. Un esempio è l'Health Technology Assessment (approccio multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia sanitaria, attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo) applicato a macchia di leopardo nel territorio nazionale;
- 3) Scarsa valorizzazione del capitale umano (premiare le buone pratiche e il merito attraverso l'utilizzo di indicatori di qualità), blocco del turn-over;
- 4) Mancanza di programmazione, assenza di coordinazione tra ospedale e territorio (con creazione di "colli di bottiglia" che bloccano le dimissioni dei pazienti stabilizzati verso *setting* territoriali adeguati), turn-over eccessivo dei direttori generali, riorganizzazioni aziendali spesso decise su basi politiche;
- 5) Sistema DRG basato soprattutto su di una logica "produttiva" più che qualitativa, equiparando gli ospedali a stabilimenti di produzione. E' ormai un dato di fatto che una alta efficienza non porta necessariamente salute: gli esiti andranno valutati attraverso l'efficacia. In questo campo la disomogeneità tra le regioni dei sistemi informativi non aiuta.

Un capitolo a sé è riservato all'inappropriatezza e all'eccesso prescrittivo, di cui si è parlato molto in quest'ultimo anno, sicuramente cause di spesa riducibile, così come *l'underuse*, ovvero lo scarso utilizzo di servizi. Quest'ultimo è da imputare ad alcuni fattori strutturali, in primis lo scarso investimento del nostro paese in prevenzione che rappresenta solo il 4,2% della spesa sanitaria pubblica⁶. La mancata prevenzione, è causa di crescita di costi futuri legata al peggioramento delle condizioni di salute della popolazione. Tale situazione si acuisce nelle Regioni coinvolte dai piani di rientro, in cui la percentuale di popolazione aderente agli screening è bassa.

Entità degli sprechi: il labile confine tra uso e abuso

Se è possibile individuare i campi ove si annidano le cause maggiori degli sprechi, molto più complicato è quantizzare con precisione l'entità degli stessi, perché il confine tra uso ed abuso, necessario e superfluo, soprattutto in sanità, è labile e contestabile. Cerchiamo tuttavia di

approfondire alcuni tra i più rilevanti capitoli di spesa ed avanzare delle stime verosimili delle inefficienze più significative.

Farmaci e device

Una prima analisi dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali⁷ ha evidenziato una crescita nel 2014 della spesa farmaceutica dello 0,89% rispetto al 2013, segnando un'inversione di tendenza rispetto agli anni 2008-2013, che mostravano un *trend* in diminuzione. I costi che hanno inciso maggiormente sono stati quelli inerenti i prodotti farmaceutici ed emoderivati (+7,09%) ed i dispositivi medici (+3,41%). Fortemente in crescita i primi, che ammontano a circa 9 miliardi di euro, aumentati del 7% rispetto al 2013, sia per incremento delle modalità di erogazione dei farmaci in distribuzione diretta, sia per l'immissione in commercio di molecole nuove e/o in possesso del requisito dell'innovatività.

Nel 2015 la spesa farmaceutica totale⁸, territoriale pubblica/privata e ospedaliera, è ammontata a 28,9 miliardi di euro, di cui il 76,3% rimborsato dal Ssn. La flessione è giustificata soprattutto dall'ingresso nel mercato di nuovi farmaci anti-HCV come il Sofosbuvir.

La spesa per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche è risultata essere pari a 11,2 miliardi di euro (184,3 euro pro capite), con un incremento rispetto al 2014 del +24,5%: si va da una spesa più bassa della Valle d'Aosta (143,6 euro pro capite) a quella delle Regioni Puglia e Sardegna, con 224,4 euro pro capite. La minor spesa territoriale è stata invece registrata nella Provincia Autonoma di Bolzano (195,7 euro pro capite), mentre la Campania (332,3 euro pro capite) da un lato, la Liguria (134,0 euro pro capite) e il Molise (83,8 euro pro capite) dall'altro rappresentano, rispettivamente, le Regioni con la più alta e più bassa spesa privata di farmaci.

La dinamica degli sprechi in ambito farmaceutico deve essere valutata in relazione all'appropriatezza prescrittiva/organizzativa da parte del *care giver*, all'aderenza alla terapia da parte del paziente, alla pratica dell'*overstocking* da parte delle farmacie territoriali e ospedaliere.

1) Farmaci scaduti o non utilizzati

Uno studio del British Medical Journal⁹ affronta il problema del confezionamento di farmaci costosi, come quelli oncologici, distribuiti in fiale contenenti una quantità di principio attivo superiore a quella necessaria e quindi necessariamente sprecata, e calcola che il 10% del volume dei farmaci erogati finirà nel cestino (l'equivalente di 1,6 miliardi di euro).

Il Report Istat 2014 relativo all'anno 2012 su "Popolazione e ambiente: comportamenti, valutazioni e opinioni"¹⁰ informa che nel Mezzogiorno solo 45,6 famiglie su 100 effettuano il corretto smaltimento dei farmaci, di contro alle 77,3 del Nord, alle 75,2 del Nord-Ovest e alle 48,5 del Centro. Le più diligenti sono quelle della Provincia autonoma di Trento (89,4), seguite da quelle del Veneto (84,4). La maglia nera è assegnata alle famiglie calabresi (29,2) e siciliane (26,7). Anche gli errori nel differenziare rifiuti potenzialmente tossici determinano costi sociali indiretti, incidendo sull'inquinamento ambientale e quindi sulla salute.

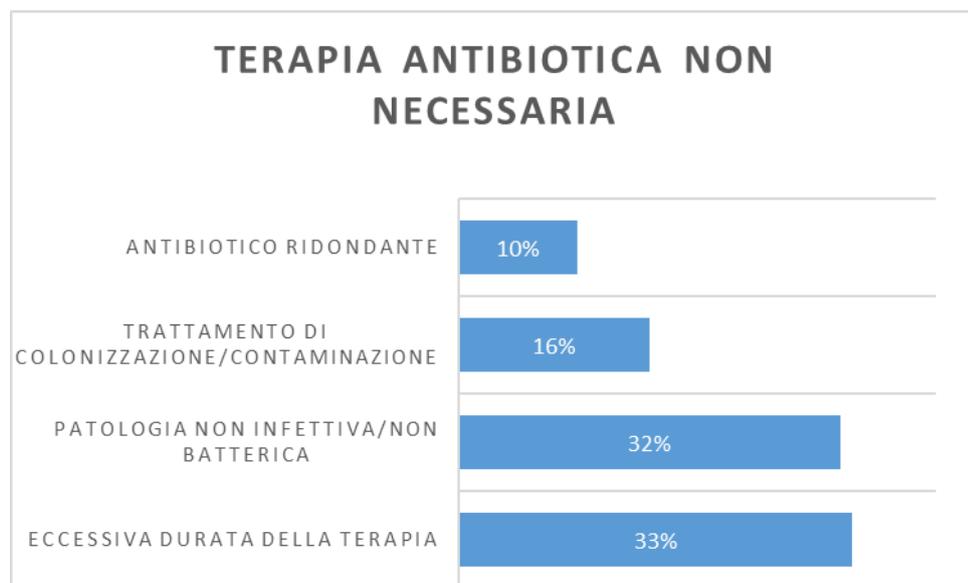
Dal Rapporto Rifiuti Urbani 2015 di ISPRA (Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale)¹¹, frutto di un'analisi di 1.980 Comuni italiani, corrispondenti a 14.855.918 abitanti, è emerso uno scarto di 1.546,4 tonnellate di farmaci, costituito da 100,9 tonnellate di quelli scaduti pericolosi (medicinali citotossici e citostatici) e da 1.445,5 tonnellate di quelli scaduti, ma non pericolosi. Al termine del 2014 la spesa sostenuta per lo smaltimento dei farmaci è stata quantificata intorno a 2,3 milioni di euro. Una sottostima, questa, del volume totale andato nei rifiuti, se si pensa che lo studio ha interessato solo il 24,6% dei comuni italiani.

I farmaci possono giungere a scadenza non solo nelle mani dei pazienti ma anche nelle farmacie, che accantonano spesso per lungo tempo ingenti quantità di medicinali, creando dei

veri e propri silos di stoccaggio.

2) L'appropriatezza prescrittiva

Gli sprechi in ambito farmaceutico si confrontano inevitabilmente con il problema appropriatezza. Secondo il Rapporto OsMed ¹², nel 2015 il consumo di antibiotici è diminuito del 2,7%, ma il loro impiego inappropriato supera il 30% nelle condizioni cliniche degli adulti prese in esame (infezioni acute non complicate delle basse vie urinarie e delle vie respiratorie). Quest'ultime, quand'anche nel 80% dei casi si sia riscontrata una patogenesi virale, sono state trattate, in modo inappropriato, soprattutto con fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi. Comunque, comparando i dati contenuti nel Rapporto OsMed 2014, si osserva come il tasso d'inappropriatezza si sia ridotto, passando dal 41,0% nel 2014 al 37,1% nel 2015 e si sia concentrato nel Sud e nelle isole.



Hecker MT. et al. Arch Intern Med. 2003;162: 972-978

Permane una percentuale non marginale di inappropriatezza per i farmaci antidiabetici. La percentuale di pazienti in trattamento con DPP-IV inibitori non in nota limitativa è del 24,1%, in aumento rispetto all'anno precedente (+10,9% nel 2015 rispetto al 2014), mentre la percentuale di pazienti aderenti è del 63,6%, in leggero calo rispetto all'anno precedente (-0,7% nel 2015 rispetto al 2014).

L'uso inappropriato degli inibitori di pompa protonica (IPP) continua a crescere: 52,0% al Nord, 44,8% al Centro e al 49,3% al Sud. Sulla base dei dati di spesa comunicati dalle diverse Asl, si apprezza come la percentuale di pazienti in trattamento con IPP privi dei criteri di rimborsabilità previsti dalla nota Aifa 1 o 48 sia aumentata rispettivamente del 50,4% e del 4,3% rispetto al 2014.

3) I farmaci generici

Nel 2015 il consumo di generici ha rappresentato il 69,8% dei consumi a carico del Ssn, di cui il 27,0% relativo a farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche.

Nomisma riferisce¹³ che il mercato degli *off-patent* (farmaci che hanno perso la copertura brevettuale) nel 2013 è stato pari a 959 milioni di confezioni (73,5% dell'intero mercato).

Tra i farmaci di Classe A, i generici hanno coperto una quota di mercato pari a quasi un quarto della loro totalità nel 2013 (24,2% delle confezioni vendute) e poco più di un decimo del valore

(13,5%).

Maggiori ostacoli di erosione del mercato li hanno incontrati gli equivalenti in Classe C, ove essi rappresentano circa il 13% del totale dei farmaci venduti in Classe C, a cui corrisponde una quota in valore del 6,6%. Peraltro, il valore dei brevetti in scadenza tra 2015 e 2020 dovrebbe superare i 2,1 miliardi di euro tra il 2015 ed il 2020 ed il valore dei farmaci in classe A che perderanno la copertura brevettuale sarà di oltre 1,7 miliardi di euro, con un risparmio pubblico di oltre 1,1 miliardi di euro sempre nello stesso periodo considerato.

4) Medical devices

Confindustria-Assobiomedica riferisce¹⁴ che l'ammontare totale della voce di spesa relativa ai *medical device* nel 2015 è stato pari a circa 5,5 miliardi di euro, corrispondente al 35% del valore totale dei beni sanitari acquistati dagli enti del Ssn per l'erogazione diretta delle prestazioni. Dai documenti del Ministero della Salute¹⁵ nel primo semestre 2015 si evince che la spesa complessiva è aumentata del 4% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. I nuovi Lea prevedono ora l'aggiornamento del nomenclatore delle protesi, dove accanto a nuovi dispositivi se ne eliminano altri, come ad esempio plantari e calzature ortopediche, con una riduzione di spesa di circa 65 milioni di euro.¹⁶

Il Rapporto "I due volti della sanità. Tra sprechi e buone pratiche, la road map per la sostenibilità vista dai cittadini"¹⁷ di Cittadinanzattiva mette sotto la lente ben 104 casi di mala gestione - sprechi individuati da associazioni, operatori sanitari e cittadini, nel periodo ricompreso fra aprile 2014 e aprile 2015. Numerose segnalazioni hanno riguardato gli sprechi sia nell'erogazione che nelle gare di acquisto per presidi, protesi ed ausili. Due esempi: 1) in Campania è stato segnalato l'acquisto unico centralizzato di un gran numero di presidi per i pazienti stomizzati, ma, purtroppo, essi sono rimasti in giacenza nei vari distretti delle Asl, poiché non utilizzabili, data la loro scarsa adattabilità; 2) nella Asl di Forlì (Bagno di Romagna), i cittadini hanno evidenziato che i plantari costano presso le sanitarie entrambi 120 euro, mentre l'Amministrazione li paga 180 euro ognuno.

Trasparenza

Dal raffronto dei vari rapporti sulla spesa farmaceutica emerge che i parametri utilizzati per l'analisi della spesa non sono omogenei, che non tutti i dati sono disponibili nella modalità *'open data'* ed infine che i dati di *sell-in* non si interfacciano con quelli di *sell-out*, disperdendo informazioni non agevolmente recuperabili. Una maggiore trasparenza potrebbe ridurre i possibili fenomeni di corruzione: l'illegalità altera i meccanismi ordinari della concorrenza, penalizza le aziende che rispettano le leggi, premia chi utilizza lavoro nero e corruzione per ottenere incarichi o vincere le gare

Ricordiamo che nel marzo u.s. l'autorità nazionale anticorruzione ha fissato il prezzo di riferimento di alcuni materiali di largo consumo negli ospedali: i costi standard Anac garantiranno una spesa più efficiente, incidendo dove è più probabile che si annidi la corruzione. Le stime parlano di possibili risparmi dell'ordine del 15-20 per cento della spesa, se tutti i contratti con prezzi superiori si allineassero. I prezzi di riferimento andrebbero però estesi fino a coprire l'intera spesa per acquisto di beni e servizi, e non limitarsi solo alle "siringhe".¹⁸

Consulenze in sanità

Nel mese di Ottobre il report di Agenas sui costi del Ssn riporta un incremento di spesa nel 2014

per consulenze del 2,48%, pari a circa 780 milioni di euro.

Il procuratore regionale della Sicilia all'inaugurazione dell'anno giudiziario della Corte dei Conti ha condannato l'eccessivo ricorso alle consulenze nella pubblica amministrazione, con il duplice danno di ledere l'erario e non valorizzare le professionalità interne. Le istruttorie avviate in Sicilia nel 2015 sono state 67 e tra le più significative quelle che riguardano dieci aziende sanitarie e ospedaliere che, pur avendo un ufficio legale, hanno speso milioni per conferire a avvocati esterni numerosi incarichi di rappresentanza e difesa.

Insomma, il problema dell'eccessivo affidamento di incarichi e consulenze sembra sempre attuale, anche se sicuramente non nuovo.

Risale infatti al 2011 l'inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario della commissione parlamentare sulla efficacia ed efficienza del Ssn. Dal rapporto emergeva che ben il 10% delle sentenze relative all'amministrazione sanitaria emesse dalla Corte dei Conti nel triennio 2006/2008 (anni in cui la spesa per consulenze ammontava a 790 milioni di euro, sovrapponibile a quella attuale) riguardano le consulenze e gli incarichi esterni.

I vizi più frequentemente riscontrati dalla Corte dei conti erano: la genericità dell'incarico, la mancanza di un documento conclusivo dal quale risultasse il tipo di attività svolta, le ingiustificate proroghe, la mancata attuazione di procedure selettive nella scelta dei consulenti e il ricorso a consulenze anche in presenza di professionalità interne all'Azienda.

Un altro aspetto saliente sottolineato era il collegamento tra ricorso agli incarichi esterni e il blocco del *turn over* di personale. Erano stati infatti rilevati casi nei quali si era cercato di ovviare la carenza di personale interno attraverso il ricorso a forme di collaborazione.

Una delle difficoltà segnalate dalla commissione per contrastare il ricorso eccessivo alle consulenze esterne era ed è l'impossibilità di porre limiti specifici a questo tipo di spesa regionale, pena la lesione della sfera di autonomia spettante alle Regioni garantita dal titolo V della Costituzione.

Negli ultimi anni le criticità non sembrano mutate.

La ricerca che abbiamo condotto all'interno dei siti della sanità per sondare il ricorso alle consulenze ci ha infatti permesso di verificare quali e quanti tipi di progetti siano affidati al personale ingaggiato ma non di capire se si tratti di consulenze o di contratti cococo. I professionisti cococo che prestano la loro scienza alla ricerca e/o progetti possono veramente essere considerati così diversi da consulenti? Vi sono interessanti sentenze della Corte dei Conti che mettono in guardia le istituzioni dal "celare" volutamente contratti di consulenza con contratti cococo/pro.

Per un cittadino non addetto ai lavori è quasi impossibile conoscere e comprendere i tipi di attività che vengono svolte all'interno di un istituto pubblico e come queste vengano finanziate. Vediamo nel dettaglio i dati dei maggiori enti del Ssn.

Istituto Superiore di Sanità (Iss)

In data 30 di giugno 2016 i documenti sulla trasparenza per consulenti e collaboratori del sito dell'Istituto Superiore di Sanità risultano aggiornati.

Dal gennaio al giugno 2016 sono stati attivati 32 contratti di collaborazione continuata per un totale di 739.242 euro, tra questi sono indicati sia gli impiegati (uscieri, bibliotecari, ecc) che ricercatori (medici, biologi, microbiologi).

L'analisi dei contratti per consulenti e collaboratori Iss dell'anno 2015 indicati sul sito della trasparenza distingue 60 collaborazioni continuate per un totale di 1.265.720 euro e per ogni professionista è possibile verificare i CV e l'attestato di conferibilità dell'incarico. Alcuni collaboratori presenti nell'anno 2015 hanno ricevuto un rinnovo della collaborazione anche nel

2016. Nessuna di queste collaborazioni è stata rinnovata prima dei due mesi da quella precedentemente scaduta. Si può comprendere se si tratti di contratti di collaborazione per progetti di ricerca o consulenze su specifiche questioni scientifiche solo verificando il curriculum vitae dei professionisti.

Ministero della Salute

Il sito dell'amministrazione trasparente del Ministero della Salute, sezione consulenti e collaboratori, pubblica i contratti di tutte le figure (medici, biologi, infermieri) sia di consulenza che convenzionate.

Dal sito si desume che al 31/12/2015 il costo per rapporti convenzionati indicato come "Conferimento incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo per i quali è previsto un compenso" ammonta ad un totale di 3.623.972,11 di cui 2.804.849,88 per medici e 819.122,23 per infermieri.

L'elenco del personale medico fiduciario con rapporto a prestazione del Sans (Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti) di Napoli ammonta 1.756.161,73 euro; l'elenco del personale sanitario con rapporto convenzionale della Sans Genova è pari a 3.681.805 euro e l'elenco del personale medico fiduciario con rapporto a prestazione Sans Nord e Centro Italia ammonta a 615.274,26 euro.

I Curricula Vitae e le relative dichiarazioni di incompatibilità e inconfiribilità sono conservati presso gli uffici competenti e non disponibili on line.

Agenas

La ricerca sul sito dell'Agenas degli importi impiegati in consulenze è risultata anche in questo caso complicata in quanto i tipi di contratto non vengono chiaramente esplicitati e risultano essere innumerevoli (vengono indicati dai semplici portieri dell'istituto ai ricercatori di specifici progetti). Solo alcuni professionisti si dichiarano consulenti nei loro CV consultabili on line. Complessivamente abbiamo calcolato che ben 7.318.500 euro vengono spesi da Agenas per le consulenze nelle sue varie aree.

Aifa

L'Aifa ha assegnato incarichi nel periodo 2011/2019 per un totale di €5.482.636,37. Sul sito, aggiornato a luglio 2016, è possibile visionare i curricula dei professionisti.

Regioni

In un rapporto pubblicato dall'Agenas¹⁹ nel 2015 e riferito ai conti economici consuntivi compresi tra il 2008 ed il 2014, è possibile estrapolare il conto di spesa per "consulenze" per le singole regioni Italiane. La verifica di tale rapporto evidenzia che le regioni del Nord (il Piemonte, la Liguria, il Veneto, il Friuli, l'Emilia Romagna, e la Provincia di Trento) presentano un rapporto di spesa in riduzione tra il 2008 ed il 2014: tra queste eccelle la provincia di Trento che nel 2014 ha un minimo di spesa pari a 57000 euro. Al centro le consulenze hanno un andamento lineare tra il 2008 ed il 2014, con il Lazio che spicca con 112.706.000 euro di spesa, doppia rispetto alla Toscana (57.355.000 euro). Al Sud si distingue la Campania, con un importo per consulenze uguale a 145.940.000 euro seguita dalla regione Sicilia (88.968.000 euro), quest'ultima con una tendenza all'aumento negli anni. Le regioni Molise (2.309.000 euro), Basilicata (908.000 euro) e Calabria (4.958.000 euro) presentano un netto decremento di spesa per consulenze tra il 2008 ed il 2014. In questo rapporto non vengono comunque specificate a quale area o assessorato sono affidate tali consulenze.

La valutazione del ricorso alle consulenze in sanità delle singole regioni rimane comunque particolarmente complicata, perché poche definiscono il sito della trasparenza per “assessorati” o per competenze degli uffici (Umbria, Emilia Romagna, Campania, Lazio).

Project financing degli ospedali

Si parla di *project financing* (PF) quando un privato, o un gruppo di imprese private, costruisce e attrezza l'ospedale, e poi gestisce per un certo numero di anni, stabilito per contratto, tutti i servizi non ospedalieri. In cambio, l'Asl s'impegna a riconoscere un canone annuo per la “disponibilità”, oltre a pagare i servizi. Un fenomeno che riguarda tutta l'Italia.

Nel periodo 2004/2015 in Italia si sono contati 19 ospedali costruiti, considerevolmente ampliati o ristrutturati in maniera radicale attraverso il PF, per un investimento totale pari a 2 miliardi di Euro. Con questa cifra si sono realizzati 8.915 posti letto (PL), ovvero il 5,4% dei posti letto nazionali, con costo pari a 228.513 € per PL. Nello stesso periodo con appalti tradizionali si è realizzato il 5,9% della dotazione pubblica complessiva di posti letto.²

Nel valutare il ricorso al PF emergono forti eterogeneità regionali.

Gli ospedali realizzati con PF sono, infatti, concentrati in quattro regioni: Lombardia e il Veneto rappresentano rispettivamente il 38% e il 35% dell'investimento nazionale, seguite da Toscana (18%) ed Emilia Romagna (9%). Perché per queste 19 strutture non si poteva aspettare il finanziamento pubblico e si è preferito avviare un contratto più oneroso dal punto di vista economico? Per l'esigenza di adeguarsi alle nuove norme di sicurezza o di migliorare la funzionalità e l'efficienza o l'urgenza di ultimare la costruzione dell'*hub* della rete per poi rimodulare i presidi “*spoke*”, per la volontà di sfruttare una disponibilità politica.

Ma se tra i vantaggi del PF vi è la possibilità di accedere a risorse finanziarie più rapidamente rispetto al pubblico, e al ricorso allo stesso mutuo, non va trascurata la relativa onerosità delle iniziative di PF, sia per il costo del capitale, pagato a cifre di molto superiori al pubblico, sia per il costo dell'investimento.

Il procuratore della Corte dei Conti del Veneto, all'inaugurazione dell'anno giudiziario, ha condannato l'utilizzo del PF per le opere sanitarie, concetto rimarcato dal Presidente della Regione Veneto che ha recentemente affermato come con il PF si arrivino a pagare un canone del 10-12%, quando attualmente dalla Bei si possono avere fondi al tasso del 1.5%²⁰. Purtroppo è prevedibile che, alla luce delle ristrettezze della finanza pubblica, soprattutto sul lato del conto capitale, le forme di PF continueranno ad avere un ruolo rilevante.

Sinistri e procedimenti giudiziari

Uno studio condotto dal consorzio universitario per l'ingegneria nelle assicurazioni del Politecnico di Milano riferisce che su 8 milioni di pazienti ricoverati annualmente, ben il 4% (ovvero 320.000 pazienti) sarebbe stato vittima di eventi dannosi, con una spesa legata al prolungamento della degenza stimabile in quasi 300 milioni di euro/anno.²¹ Il numero di sinistri denunciati alle imprese di assicurazione italiane nel 2012 è risultato pari a 31.200, di cui quasi 19.500 relativi a polizze stipulate dalle strutture sanitarie.

Si stima inoltre che il costo sociale ed economico pagato dalle Asl, sommando i premi assicurativi degli ospedali ed il risarcimento diretto dei sinistri, che rimangono a carico delle Asl per le franchigie contenute nelle polizze o per le scelte di autoassicurazione, potrebbe giungere a circa 2 miliardi l'anno.²²

E' indubbio che una seria politica di potenziamento del risk management, associata alla tanto auspicata legge sulla responsabilità professionale che scoraggi le denunce ingiustificate, porterebbero ad un consistente risparmio delle Asl, sia sul costo delle polizze che sui risarcimenti

diretti.

Le cause pendenti davanti ai Tribunali contro medici e Asl ammontano a 12000²³ anche se, secondo un'indagine della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario, è difficile che un professionista debba affrontare una condanna penale: il 98,8% dei procedimenti per casi di lesione colposa e il 99,1% di quelli per omicidio colposo si concludono con l'archiviazione. Vista la minima percentuale di condanne, il costo delle spese legali per le 12000 cause pendenti a carico dei medici è quindi da annoverare tra i possibili sprechi in sanità.

In letteratura non sono disponibili dati che quantifichino con precisione l'ammontare di questa voce di spesa, ma considerando che le spese legali per una causa in primo grado ammontano a circa 5000 euro, possiamo senza dubbio affermare che sarebbero risparmiati almeno 60 milioni di euro evitando procedimenti giudiziari inutili.

Erogatori privati accreditati

Uno degli interventi ricorrenti di controllo della spesa sanitaria in Italia in questi ultimi anni è stato il taglio dei posti letto (PL) ospedalieri. Gli ospedali italiani hanno perso in 10 anni oltre 70.000 posti letto, passando da circa 295.000 a 224.000: gli standard della legge 135/2012 prevedono infatti 3.7 posti per 1000 abitanti comprensivi dello 0.7 per riabilitazione/lungodegenza, ben al di sotto della media OCSE (4.8).

Se consideriamo la dotazione complessiva di PL delle strutture del Ssn, gli erogatori privati accreditati detengono il 29% dei posti letto totali a livello nazionale, con estrema variabilità regionale: nel Lazio, circa la metà dei posti letto totali è allocata presso strutture private accreditate (51%), contro l'8% di Umbria e Basilicata². Il peso delle strutture accreditate cresce vistosamente quando si considerano gli ambulatori privati che rappresentano il 59% del totale, mentre le strutture territoriali accreditate, sia residenziali che semiresidenziali, sono aumentate esponenzialmente negli ultimi anni, passando, rispettivamente, dall'8% e dal 5% del 1997 al 64% e al 77% nel 2012. Ben l'85% dei PL destinati alla riabilitazione in regime residenziale è gestito da strutture private accreditate, con una variabilità interregionale più limitata rispetto alle strutture ospedaliere.

Di fatto, nel 2012, la spesa per prestazioni accreditate ha rappresentato il 19% della spesa complessiva del Ssn, pari quindi a 21 miliardi di euro, di cui quasi il 40% dovuto a ricoveri ospedalieri in strutture accreditate, mentre un altro 30% da imputare all'assistenza territoriale presso strutture quali le Rsa. Si rileva, inoltre una crescita progressiva di tale importo pari al 2.9% anno nel periodo 2005/2012².

Sicuramente le prestazioni offerte dalle strutture accreditate sono per buona parte necessarie e quindi andrebbero in alternativa erogate direttamente dal Ssn. Se presupponiamo la buona gestione della sanità pubblica, con allocazione efficiente delle risorse e garanzia della qualità, il risparmio ottenibile dalla riduzione del privato accreditato risiederebbe nel margine di profitto che inevitabilmente esso esige e che nel pubblico invece dovrebbe essere re-investito in servizi al cittadino.

Riorganizzazione Asl ed accorpamento

A fronte della continua riduzione dei finanziamenti per i Ssr, per contenere i costi si sono intrapresi in molte regioni italiane dei processi di riorganizzazione delle aziende sanitarie pubbliche.

Tra questi, molto discussi sono stati gli accorpamenti di aziende per ottenere dimensioni rilevanti: è il caso della fusione delle 4 Ausl della Romagna in un'unica azienda con 12.000 dipendenti; della riduzione a 3 Ausl in Toscana; dell'annunciata riduzione da 21 a 7 Ulss in Veneto;

dell'accorpamento tra Ass Isontina e della Bassa Friulana in Friuli Venezia Giulia; della fusione tra Ao S. Carlo e Ao S. Paolo, tra Fbf e Sacco in Lombardia; delle fusioni tra le Asl della provincia di Roma nel Lazio; della creazione di una unica azienda su scala regionale in Sardegna.

Si è poi assistito ad una significativa riduzione delle strutture complesse e semplici, come nella regione Lazio, dove le unità operative complesse sono state tagliate del 38% e nella Regione Piemonte, del 30%.² Alcune unità operative sono state accorpate ad altre approfittando dell'età media avanzata dei dirigenti di struttura complessa, non sostituiti una volta pensionati.

Nel breve e medio periodo vi sono evidenze contraddittorie sul fatto che vi siano maggiori risparmi nell'accorpate Asl o ospedali piuttosto che mantenerli autonomi. In media gli accorpamenti sembrano garantire risparmi nel lungo periodo fino al 8-10% ma si tratta di valori inferiori a quelli teorici spesso attesi (tra il 10 ed il 16%) e comunque inferiori a quelli portati nel breve termine da processi di reingegnerizzazione del singolo ospedale, che arrivano fino al 20%. Sicuramente questi cambiamenti organizzativi avranno dei costi di aggiustamento molto alti e prolungati nel tempo, perché la loro messa a regime richiederà dai 2 ai 4 anni, prima che un'azienda riprenda ad investire in servizi ai cittadini.

Come si osserva nel rapporto Oasi 2015 "ciò che sorprende è la scarsità di riflessione sulle finalità dell'innovazione, l'assenza di ogni studio sulle soluzioni adottate e le alternative possibili, l'inesistenza di valutazioni costo/beneficio di queste trasformazioni istituzionali, la percezione di una sottovalutazione dei tempi e dei costi di riprogettazione aziendale".

Beni o servizi non sanitari

Un interessante report di Transparency International Italia⁵, analizza alcune specifiche voci di spesa di beni e servizi non sanitari: pulizia, mensa, lavanderia, smaltimento rifiuti, cancelleria e guardaroba. Prese cumulativamente, tali voci costituiscono circa l'1,5% della spesa sanitaria nazionale. Avendo caratteristiche tali da non giustificare significative differenze tra regioni, è stato ipotizzato che il riscontro di ampie difformità di prezzi intra regionali ed interregionali nascondano sprechi evitabili, fino a quantificare potenziali risparmi per 979 milioni di euro. Se consideriamo il peso medio dello spreco sul totale speso dalle Asl italiane per le voci analizzate, emerge che esso corrisponde mediamente al 29%. Lo spreco ipotizzato ha un andamento decrescente dal 2009 al 2013, dato che tuttavia va contestualizzato al periodo di crisi e di complessivo contenimento della spesa sanitaria: non vi è infatti negli anni alcuna inversione di tendenza per quanto riguarda il peso degli sprechi all'interno del totale della spesa sanitaria.

Conclusioni

Il miglioramento della qualità, individuando sprechi e ottimizzando gli aspetti organizzativi, deve essere perseguito non attraverso tagli effettuati in virtù di un mero risparmio ma con una seria riallocazione delle risorse, che porti per esempio allo sblocco del *turn-over*, al finanziamento di nuove tecnologie di dimostrata efficacia ed alto "value", al premiare le realtà sanitarie virtuose e chi quotidianamente lavora in prima linea al mantenimento del Servizio Sanitario.

Le risorse umane sono infatti un elemento da valorizzare e l'unico non comprimibile: a fronte di mastodontici aggregati ospedalieri che sempre più dovranno "parlarsi" in rete e di una assistenza territoriale che stenta a decollare, il fattore umano risulta indispensabile. La tecnologia deve essere guidata e governata, l'assistenza al malato, sia cronico che acuto, garantita ed elevati standard delle prestazioni sono possibili solo con personale adeguato e riposato.

Nonostante i continui attacchi, i cittadini italiani hanno ancora fiducia nel nostro Sistema Sanitario e soprattutto hanno ancora fiducia nei professionisti sanitari, che in questi ultimi anni sono comunque riusciti a salvaguardare la tenuta del sistema.

E' innegabile che vi siano margini di miglioramento e sprechi annidati in varie voci, ma non è scarnificando il Ssn che si migliora la qualità dell'assistenza: è a rischio la tenuta del nostro Ssn, ultimo baluardo tra i paesi occidentali di una sanità di tipo universalistico.

Sprechi evitabili	Costo in Euro*
Smaltimento farmaci	2,3 milioni
Confezionamento farmaci in dosaggi eccedenti necessità	1,6 miliardi
Beni o servizi non sanitari	979 milioni
Procedimenti giudiziari conclusi con archiviazione	60 milioni
Spesa riducibile	
Project financing	2 miliardi
Prestazioni sanitarie privato accreditato	21 miliardi
Premi assicurativi e risarcimento diretto dei sinistri	2 miliardi
Consulenze	780 milioni

* cifre indicative e ricavate dai dati disponibili in letteratura

Bibliografia

1. Dieleman et al., National spending on health by source for 184 countries between 2013 and 2040, Lancet. 2016 Apr 12.
2. Rapporto OASI 2015, osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano
3. Eliminating Waste in US Health Care, Jama 2012
4. Libro bianco 2014. Ispe sanità
5. Report "Curiamo la corruzione" Transparency International Italia. Maggio 2016
6. OSSERVASALUTE 2015
7. AGENAS, Andamento spesa sanitaria nazionale e regionale 2008/2014
8. FARMINDUSTRIA, Indicatori Farmaceutici 2016
9. Peter B Bach, Rena M Conti, Raymond J Muller, Geoffrey C Schnorr, Leonard B Saltz, Overspending driven by oversized single dose vials of cancer drugs, BMJ 2016;352:i788
10. Istat, Report 2012 "Popolazione e ambiente: comportamenti, valutazioni e opinioni", 4 aprile 2014
11. ISPRA (Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale), Rapporto Rifiuti Urbani 2015
12. AIFA (OsMed), L'uso dei farmaci in Italia – Rapporto Nazionale 2015, giugno 2016
13. NOMISMA, Il sistema dei farmaci generici in Italia -Scenari per una crescita sostenibile, dicembre 2014
14. ASSOBIOMEDICA, Il quadro economico e finanziario 2009-2018: dal Servizio Sanitario Nazionale alla spesa pubblica in dispositivi medici, Analisi numero 23, dicembre 2014
15. MINISTERO DELLA SALUTE, Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche del Ssn per l'acquisto di dispositivi medici - 1 semestre 2015, 31 dicembre 2015
16. MINISTERO DELLA SALUTE. Schema DPCM nuovi LEA. Protesi ed ausili. Giugno 2016
17. CITTADINANZATTIVA, Rapporto del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva "I due volti della sanità. Tra sprechi e buone pratiche, la road map per la sostenibilità vista dai cittadini", marzo 2016
18. Quanto costa una siringa? Soluzioni per un antico enigma. Gilberto Turati. La voce.info 10.05.2016
19. Andamento della spesa sanitaria nelle Regioni – AGENAS anno 2014
20. Procura Regionale presso la sezione giurisdizionale della Corte dei Conti del Veneto. Intervento del Procuratore Regionale Carmine Scarano per l'inaugurazione dell'anno giudiziario 2014
21. Camera dei deputati. Proposta di legge deputato Fucci.
22. http://www.camera.it/leg17/995?sezione=documenti&tipoDoc=lavori_testo_pdl&idLegislatura=17&codice=17PDL0001220
23. Dossier ANIA. Luglio 2014 Malpractice-il grande caos
24. "Paziente sicuro in ospedale" Associazione Salute e Società Onlus, Ospedale San Giovanni Addolorata. Roma Giugno 2016