

Gli sprechi in medicina

Waste in Health Care

A. De Micheli¹

¹ACISMOM, Genova.

Corresponding author: a.de.micheli@alice.it

Abstract

Waste in a health service is every activity, behavior, asset and service that, using resources, does not produce results in terms of health, well-being or quality of life. According to the OECD, in different countries, about 20% of health expenditure makes little or no contribution to improving people's health. Avoiding waste is theoretically easy: health interventions delivered according to a principle of appropriateness are not wasting. However, there are multiple obstacles. Waste has, in fact, different causes: inappropriateness, use of ineffective health interventions, over- and under- use of health interventions, low quality standards, medical errors, lack of innovation, misplaced and unmotivated resource allocation, administrative complexity, incorrect management of equipments, assets and services, wasted time, non-compliance with quality standards, purchasing of technologies and assets at an excessive price, incomplete design or non-completion of works, fraud and corruption. In Italy, in 2017, waste in Health Service, even if calculated on indirect and inaccurate data, was estimated at 21.59 ($\pm 20\%$: 17.27 – 25.91) billion euros, 17-21% of public health spending. Strategies to reduce waste are essentially two: stop doing activities that do not generate value; use, if any, equal in effectiveness and safety, but less expensive, alternatives. The implementation goes through targeted research and the culture of continuous improvement rooted in the organization and owned and applied by decision makers and every health or administrative provider.

KEY WORDS health resources; allocation of resources; cost-benefit analysis; health services misuse; inappropriate prescribing.

Riassunto

Lo spreco in un Servizio sanitario è ogni attività, comportamento, bene e servizio che, utilizzando risorse, non produce risultati in termini di salute, benessere o qualità della vita. Secondo l'OCSE, nelle diverse realtà, circa il 20% della spesa sanitaria apporta un contributo minimo o nullo al miglioramento della salute delle persone.



OPEN
ACCESS



PEER-
REVIEWED

Citation A. De Micheli (2019). Gli sprechi in medicina. JAMD Vol. 22/4

Editor Luca Monge, Associazione Medici Diabetologi, Italy

Received September, 2019

Accepted October, 2019

Published November, 2019

Copyright © 2019 De Micheli. This is an open access article edited by [AMD](#), published by [Idelson Gnocchi](#), distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Funding The Author received no specific funding for this work.

Competing interest The Author declares no competing interests.

Evitare gli sprechi è in teoria facile: non si spreca, laddove gli interventi sanitari siano erogati secondo un principio di appropriatezza. Sono tuttavia presenti ostacoli multipli. Lo spreco ha, infatti, cause diverse: inappropriata, utilizzo di interventi sanitari inefficaci, sovra- e sotto-utilizzo di interventi sanitari, standard qualitativi bassi, errori medici, mancata innovazione, allocazione delle risorse errata e non motivata, complessità amministrative, scorretta gestione di dotazioni, beni e servizi, spreco di tempo, non rispetto di standard di qualità, acquisto a costi eccessivi di tecnologie e beni, progettazione incompleta o mancato completamento di opere, corruzione (truffe e abusi). Lo spreco sanitario in Italia nel 2017, pur calcolato su dati indiretti ed imprecisi, è stato stimato in 21,59 ($\pm 20\%$: 17,27 – 25,91) miliardi di euro, il 17-21% della spesa sanitaria pubblica. Le strategie per ridurre gli sprechi sono essenzialmente due: smettere di fare attività che non generano ritorno in termini di salute delle risorse investite; utilizzare, se esistono, alternative di efficacia e sicurezza sovrapponibili ma di costo inferiore. L'implementazione di ciò passa attraverso la ricerca mirata e la cultura del miglioramento continuo radicata nell'organizzazione e posseduta ed applicata dai decisori e da ogni operatore nel suo specifico ruolo, sanitario od amministrativo, dirigenziale od esecutivo.

PAROLE CHIAVE risorse sanitarie; allocazione delle risorse; analisi costi-benefici; uso improprio di servizi sanitari; prescrizione inappropriata.

Il tema degli sprechi in medicina è ampiamente dibattuto da molti anni.

Lo spreco in un Servizio sanitario si può definire come ogni attività, comportamento, bene e servizio che, utilizzando risorse, non produce risultati in termini di salute, benessere e qualità della vita¹. In altri termini² esso è generato da attività che consumano risorse senza generare "value"^(1,3). In sanità, pertanto, tutti i processi clinici, organizzativi o amministrativi che non migliorano la salute delle persone generano sprechi, anche se la loro esistenza è motivata da altre possibilmente valide motivazioni (occupazione, qualità percepita, consenso professionale e sociale e quant'altro)⁽⁴⁾. Secondo l'OCSE, nelle diverse realtà, circa il 20% della spesa sanitaria apporta un contributo minimo o nullo al miglioramento della salute delle persone⁽⁵⁾.

Il metodo per evitare gli sprechi sarebbe in linea teorica semplicissimo: non si spreca, laddove gli interventi sanitari siano erogati secondo un principio di appropriatezza. È infatti noto che il buon funzionamento dei sistemi sanitari tradotto in termini di efficacia, efficienza, equità e sostenibilità, si rapporta alla capacità di determinare e identificare le cure necessarie, minimizzando i fenomeni di inappropriata⁽⁶⁾.

In termini specifici, una cura può considerarsi appropriata quando sia associata a un beneficio netto o, più precisamente, quando sia in grado di massimizzare il beneficio e minimizzare il rischio al quale un paziente va incontro quando accede a determinate prestazioni o servizi. Inoltre, in una logica di successione temporale nella storia naturale di qualunque condizione, è possibile fissare un punto prima del quale è inappropriato intervenire o fornire un servizio e, analogamente, è possibile fissare un punto oltre il quale un servizio diventa inappropriato, in gran parte a causa della perdita di benefici in quella determinata fase di malattia o di bisogno di assistenza.

L'appropriatezza definisce quindi un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi^(7,8).

Un intervento, per essere appropriato, deve essere necessariamente efficace ed efficiente.

Distinguiamo una efficacia sperimentale o teorica (in lingua inglese efficacy), dimostrata in condizioni di ricerca con soggetti selezionati, ad esempio in uno studio clinico controllato ed una efficacia pratica (in inglese effectiveness), osservata nelle condizioni di funzionamento routinario dei servizi sanitari e misurata mediante la rilevazione di indicatori di esito, studi di follow up e mediante la misura del raggiungimento di obiettivi di esito definiti per i singoli pazienti.

La valutazione dell'utilizzo di risorse di qualunque tipo introduce al concetto economico di efficacia (rapporto fra costo ed efficacia), definibile come l'ottenimento del massimo beneficio utilizzando al minimo le risorse economiche, organizzative e professionali oppure l'impiego di un intervento sanitario in condizioni organizzative che ne massimizzano il beneficio a parità di risorse o che minimizzano queste ultime a parità di beneficio clinico ottenibile.

La declinazione pratica di questi principi è notoriamente estremamente difficile e soggetta a condizionamenti oggettivi e soggettivi diversi, con il risultato pratico dello spreco in senso lato, cui spesso si assiste.

La categorie dello spreco nell'organizzazione sanitaria

Lo spreco nell'organizzazione sanitaria ha cause molteplici⁽⁹⁾ (Tabella 1).

Nell'ambito medico una causa è l'utilizzo di interventi sanitari diagnostico/terapeutici inefficaci ed inappropriati perché obsoleti, che hanno comunque un costo senza un corrispettivo in efficacia oppure il sovra o sottoutilizzo di interventi pur efficaci.

Si pensi ad esempio allo spreco di risorse diagnostiche legato alla medicina difensiva, con indicazioni inadeguate o inutili ripetizioni, sostenute da sentenze giudiziarie discutibili e avvocati senza scrupoli volti a incrementare il contenzioso medico-legale o alla prescrizione di farmaci con indicazioni inappropriate o con costi non giustificati dai vantaggi terapeutici ottenibili. Altre cause di sovrautilizzo sono: lo scarso impiego del ragionamento clinico ipotetico-deduttivo e il prevalere della strategia diagnostica esaustiva o, anche, l'agire in un sistema in cui è più facile ordinare un test che considerare attentamente la sua necessità; le logiche perverse di finanziamento e incentivazione di aziende e professionisti basate sul numero delle prestazioni, non sull'appropriatezza o i risultati; la medicalizzazione della società con cieca fede nella tecnologia e le crescenti aspettative per una medicina mitica e una sanità infallibile; la continua im-

missione sul mercato e promozione, non immune da conflitti di interesse, di innovazioni, vere o date per tali⁽¹⁰⁾. L'eccessivo ricorso all'assistenza ospedaliera, spesso anch'esso causato da atteggiamenti difensivi è un altro motivo di costi ingiustificati, così come gli errori medici e le loro conseguenze. Eppure, se smettessimo di fornire cure non necessarie, potremmo ridurre i costi senza compromettere la qualità e l'efficacia dell'assistenza.

Per converso anche il mancato utilizzo di una tecnologia efficace ma costosa può costituire uno spreco oggettivo a causa dei costi assistenziali o sociali successivi indotti per mancata guarigione dei pazienti, aumento delle complicanze, necessità di ricoveri ospedalieri e interventi sanitari tardivi più costosi, assenze dal lavoro. Il sottoutilizzo può essere legato a bassa offerta per ridotte coperture economiche, scarsa accessibilità ai servizi per ostacoli sociali diversi, mancanza di prescrizione medica appropriata per difetto di aggiornamento, mancata compliance dei pazienti (mancata accettazione della proposta diagnostica o terapeutica, non rispetto degli appuntamenti, non aderenza alla terapia)⁽¹¹⁾. Il sottoutilizzo riguarda anche la carenza di strategie di prevenzione primaria contro stili di vita e comportamenti individuali che danneggiano la salute, la prevenzione secondaria e la riabilitazione.

Anche il non garantire standard di qualità adeguati nelle prestazioni comporta risultati scadenti e ripetizioni inutili di procedure.

Infine la mancata innovazione cioè l'utilizzo di modi di produzione obsoleti, chiaramente meno efficienti e quindi più costosi di quelli che si avrebbero utilizzando le tecnologie più avanzate e innovative attraverso PDTA adeguati, è una ulteriore fonte di spreco.

Tabella 1 | I diversi aspetti dello spreco in Medicina.

- Inappropriatezza
- Utilizzo di interventi sanitari inefficaci ed inappropriati
- Sovra e sotto – utilizzo di interventi sanitari
- Standard qualitativi bassi
- Errori medici
- Mancata innovazione
- Allocazione delle risorse errata e non motivata
- Complessità amministrative
- Gestione inadeguata di dotazioni, beni e servizi
- Spreco di tempo
- Non rispetto di standard di qualità
- Acquisto a costi eccessivi di tecnologie sanitarie e beni/servizi non sanitari
- Progettazione di opere incomplete o mancato completamento
- Corruzione (*truffe e abusi*)

Gli aspetti gestionali-amministrativi possono essere causa di sprechi sostanziali ancora maggiori, per quanto meno apparenti.

Si pensi ad esempio ad una errata allocazione delle risorse, non basata su dati epidemiologici precisi ed oggettivi, che può portare a spese eccessive in alcuni ambiti ed a mancati interventi in altri in cui sarebbero necessari.

L'acquisto a costi eccessivi di tecnologie sanitarie e beni/servizi non sanitari è una altra nota fonte di sprechi.

Sono a tutti note le problematiche sulle differenze regionali o locali nei prezzi di acquisto di macchinari e presidi sanitari e la difficoltà nella strutturazione di gare d'appalto rigorose, agili, trasparenti ed efficaci estese ad aree ampie e quindi su grandi numeri, capaci di fornire prodotti di prezzo e qualità entrambi appropriati per le esigenze sanitarie. Verosimilmente le motivazioni risiedono anche in alcune dinamiche strutturali del sistema di offerta che inducono i fornitori a mettere in atto la "strategia preventiva" del surplus nel prezzo di offerta in relazione a tempi di pagamento eccessivamente dilazionati e incerti con conseguente esposizione verso il sistema creditizio o a oneri di immagazzinaggio derivanti da incertezza sui tempi di consegna di materiale e attrezzature, per riorganizzazioni e ristrutturazioni in corso e quant'altro.

La progettazione inadeguata di opere o il mancato completamento di opere iniziate, i tempi di esecuzione superiore ai tempi programmati comportano ingiustificati aumenti di costi e talora realizzazioni non più utilizzabili perché ormai non adatte alle mutate esigenze.

L'acquisto di apparecchiature costose (ad esempio macchine pesanti) senza una adeguata valutazione delle risorse umane necessarie per gestirle, può ingenerare sottoutilizzo dell'investimento e spreco.

Le complessità amministrative (disorganizzazione, inutile moltiplicazione di procedure, eccessiva burocratizzazione degli atti medici, scadente utilizzo dei mezzi informatici) determinano sprechi legati ad un utilizzo improprio delle risorse umane.

Le relazioni non razionalizzate e strutturate fra servizi sanitari, l'eccesso di burocrazia, portano a costi amministrativi aumentati, dispersioni di tempo ed a tempi di attesa per le prestazioni prolungati.

Infine, ovviamente, la corruzione e le vere truffe oppure i semplici abusi (cioè gli atti, al limite della illegalità, di inefficienza arbitraria o maluso delle risorse pubbliche, spesso determinati da scarsa etica professionale o influenzati da conflitti di interesse, ma non necessariamente illeciti), com-

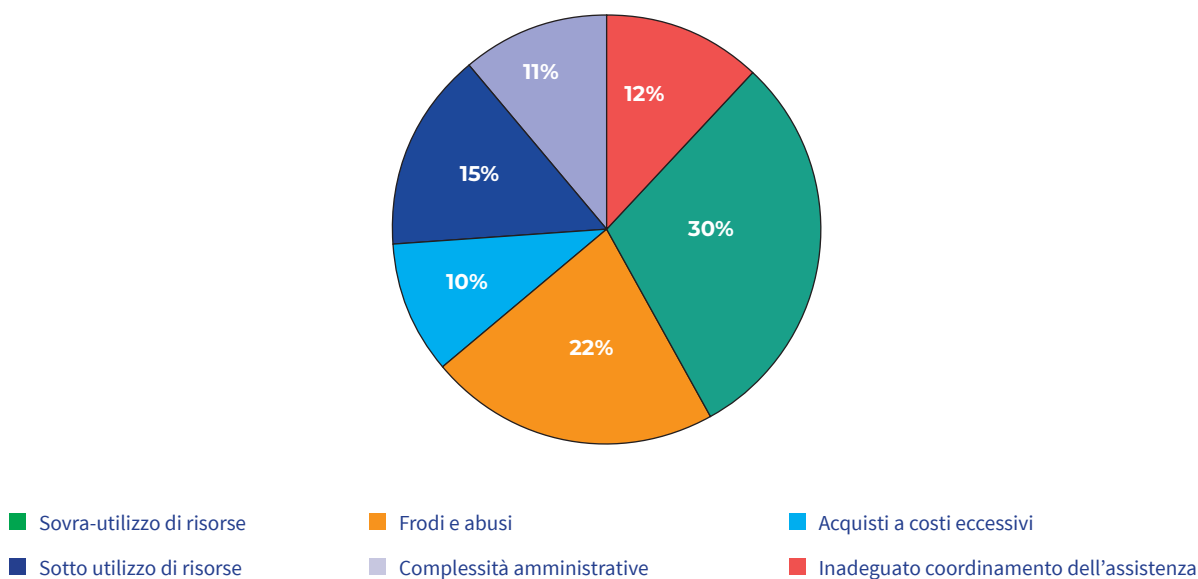


Figura 1 | Spreco totale stimato 21,59 (17,27 - 25,91) mld €.

portano sprechi rilevanti. Il settore sanitario è caratterizzato dalla compresenza di complessità, incertezze, distorsione delle informazioni scientifiche, qualità poco misurabile, conflitti di interesse e possibile corruzione, estrema variabilità delle decisioni cliniche, manageriali e politiche. La complessa interazione di questi elementi rende il sistema poco controllabile e ha favorito negli anni il consolidamento di una vasta rete di malfare: ingenti quantità di denaro sono esposte a condizionamenti impropri, che determinano varie tipologie di comportamenti opportunistici, frodi, abusi, illeciti che erodono risorse preziose al SSN⁽⁴⁾.

È estremamente difficile valutare l'entità globale dello spreco sanitario e l'incidenza delle singole componenti, stimati sempre sulla base di dati indiretti derivanti da studi molteplici e non sempre concordanti.

A solo titolo di esempio, la stima degli sprechi sulla spesa sanitaria pubblica italiana nel 2017 di GIMBE⁽⁴⁾, non da tutti condivisa, ammonta a 21,59 (±20%:17,27 – 25,91) miliardi di euro, il 17-21% della spesa sanitaria pubblica, ripartita fra sovra-utilizzo di risorse, farmaci, interventi terapeutici, test di screening e diagnostici, visite specialistiche, ricoveri ospedalieri; frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi, sottoutilizzo di risorse, complessità amministrative, inadeguato coordinamento dell'assistenza (Figura 1).

Gli sprechi evitabili nella pratica quotidiana

Esistono nella pratica quotidiana di ogni diabetologo sprechi quotidiani evitabili.

Nella diagnosi di diabete il rispetto delle linee guida può evitare sprechi. Per formulare la diagnosi di diabete non sono utili le misurazioni di glicemia postprandiale o profilo glicemico, insulinemia basale o durante OGTT, C-peptide, autoanticorpi diretti contro l'insulina o la beta cellula⁽¹²⁾. Eppure è stato necessario ribadire tale raccomandazione fra le pratiche a rischio di inappropriatazza del progetto Slow Medicine⁽¹³⁾, nonostante la richiesta di esami sulla base di un fondato sospetto clinico e solo se il risultato possa modificare in qualche modo le scelte cliniche debba essere una buona pratica medica al di là di ogni discussione.

Anche l'autocontrollo glicemico nel diabete tipo 2 deve seguire precise regole ed indicazioni per

essere utile, efficace e cost effective¹², ma l'automonitoraggio quotidiano della glicemia nei diabetici tipo 2 che non utilizzano farmaci che possano indurre ipoglicemia è stato anch'esso inserito fra le pratiche a rischio di appropriatezza⁽¹³⁾.

Anche per il follow up delle complicanze del diabete è possibile rispettare scadenze personalizzate che permettano un uso razionale ed efficiente delle risorse economiche ed umane, evitando controlli inutili e ripetitivi. Ad esempio sui dati dello studio DCCT/ EDIC è stato costruito un modello per personalizzare la frequenza dello screening della retinopatia sulla base dello stato della retina e dei valori di Hb A1c nel diabete tipo 1, riducendo la frequenza degli esami del fundus, senza ritardare la diagnosi di retinopatia clinicamente significativa. Questo modello potrebbe permettere negli Stati Uniti d'America un risparmio di un bilione di dollari in 20 anni⁽¹⁴⁾.

Anche nell'ambito della terapia del diabete è possibile contenere lo spreco. Numerosi studi evidenziano che i vantaggi del compenso glicemico sono correlati inversamente con l'età⁽¹⁵⁾ e la comorbilità⁽¹⁶⁾ e che i risultati del compenso glicemico su end points solidi si manifestano dopo anni⁽¹⁷⁾. Tuttavia studi indicano che l'approccio terapeutico e gli obiettivi glicemici in pazienti diabetici anziani sono spesso simili, indipendentemente dalle condizioni cliniche dei pazienti⁽¹⁸⁾. Un obiettivo glicemico adeguato ai vantaggi prognostici del singolo paziente calcolati sulle prove scientifiche è la base del contenimento degli sprechi nella terapia del diabete (costi, utilizzo di risorse, qualità della vita).

Negli ultimi 20 anni si è osservata una progressiva crescita della prevalenza e dei costi per il trattamento farmacologico del diabete⁽¹⁹⁾. I farmaci sono sempre più costosi a motivo delle sofisticate tecnologie produttive, della complessità delle sperimentazioni pre-cliniche e cliniche, dei requisiti di registrazione rigorosi. A fronte di grandi investimenti sono necessariamente attesi grandi guadagni.

Nonostante la crescente coscienza del problema dei costi elevati e dei rischi potenziali delle terapie, soprattutto in popolazioni sempre più anziane e polipatologiche, le cause del sovratattamento farmacologico possono essere gli incentivi finanziari, i metodi di misurazione delle prestazioni, la medicina difensiva, la cultura pre-

valente nella pratica clinica, la scarsità di tempo per le prestazioni che porta a soluzioni farmacologiche rapide piuttosto che ad approcci che richiedono tempo come l'educazione agli stili di vita⁽¹⁵⁾.

Non sempre le linee guida sono seguite e molte scelte terapeutiche sono inutilmente costose⁽²⁰⁾. Una ipotesi di soluzione potrebbe essere una terapia per passi successivi, cioè iniziare con un farmaco economico, da sostituire con farmaci più costosi in caso di inefficacia o effetti collaterali⁽²¹⁾. Certamente un algoritmo di questo tipo dovrebbe essere studiato in modo ottimale, avere come primo obiettivo il vantaggio del paziente, essere disegnato ed attuato con intelligenza, essere rigorosamente fondato sulla Evidence Based Medicine, avere ragionevoli previsioni di eccezioni per la personalizzazione clinica della terapia. In questo modo sarebbe ipotizzabile una prescrizione razionale, capace di fornire cure efficaci basate su dati scientifici e nel contempo di controllare i costi. Questo approccio ha tuttavia certamente dei limiti. Un algoritmo rigido, legato a mere logiche economiche e non fondato su prove, può essere nocivo. Mitigare lo spreco è imperativo, ma farlo in modo efficace significa recepire e valutare informazioni cliniche complesse, piuttosto che pensare al mero vantaggio finanziario. Fino a quando non impariamo a gestire meglio le problematiche incertezze inerenti alla cura clinica, "less is more" può essere un aforisma poco adatto alle complesse decisioni affrontate da medici e pazienti⁽²²⁾.

Oggi il medico è circondato da stimoli partigiani e discordanti. L'industria farmaceutica, per comprensibili ragioni di profitto, spinge in tutti i modi l'utilizzo di nuovi farmaci costosi agendo sia sui medici che sui pazienti, investendo in studi mirati^(23,24) ed utilizzando i rapidissimi mezzi di diffusione di informazione oggi disponibili. Gli enti regolatori, vincolati da budget limitati e da esigenze di spesa molteplici, seguono spesso criteri valutativi di costo / efficacia a breve termine, lontani da ipotesi di prevenzione e risparmi a lungo termine, ma anche dalla realtà clinica quotidiana. I gruppi di difesa dei pazienti insistono sulle necessità dei singoli pazienti, affetti da specifiche malattie, cui temono siano negati farmaci indispensabili. La prescrizione terapeutica razionale, scevra da conflitti di interesse di qualunque tipo, fondata su prove solide, sul di-

scernimento clinico del medico e sulla condivisione con il paziente può contribuire ad evitare lo spreco di farmaci. Questa è una responsabilità primaria dei medici, che richiede cultura, spirito critico, onestà intellettuale e grande capacità clinica.

Infine i pazienti possono causare ulteriori sprechi non aderendo correttamente alle terapie. Un noto aforisma recita: "I farmaci non funzionano nei pazienti che non li prendono" (C. Everett Koop, 1985); è noto, infatti, che spesso la aderenza alla terapia è bassa⁽²⁵⁾. Nell'ambito del diabete esistono studi che correlano l'aderenza alla terapia al raggiungimento degli obiettivi di Hb A1c^(26,27,28) ed anche alla ospedalizzazione ed alla mortalità⁽²⁹⁾. Lo spreco è quindi doppio, per l'acquisto di farmaci non utilizzati o sottoutilizzati e per i costi delle complicanze non prevenute a motivo di terapie non assunte o assunte in dosi inefficaci. La verifica della adesione alla terapia, pertanto, previene lo spreco.

Lo spreco organizzativo evitabile

L'inadeguato coordinamento dell'assistenza è una fonte di spreco. Gli sprechi si generano sia tra ospedale e cure primarie, spesso con assistenza del paziente in setting a eccessivo consumo di risorse rispetto ai bisogni, sia tra vari servizi del medesimo livello assistenziale per mancata standardizzazione dei percorsi assistenziali. In particolare gli sprechi sono evidenti per la cura delle malattie croniche, per le quali l'assistenza a livello di cure primarie richiede un'appropriata ed efficiente integrazione con gli interventi specialistici e i ricoveri ospedalieri⁽¹¹⁾. In Italia, ad esempio, la grande eterogeneità fra regioni degli esiti e dei ricoveri inappropriati per diabete è verisimilmente correlabile alla notevoli eterogeneità dell'organizzazione assistenziale⁽³⁰⁾. Lo spreco si può inoltre banalmente concretizzare in duplicazione di test diagnostici, aumento dei tempi di attesa, aumento della degenza media, inadeguata presa in carico post-dimissione.

Esistono poi processi non clinici (burocratici, gestionali, amministrativi) che consumano risorse senza generare "value". Le cause sono l'eccesso di burocrazia, la scarsa informatizzazione, l'ipertrofia del comparto, amministrativo, la mancata

standardizzazione di processi non clinici e delle relative procedure⁽⁴⁾.

Una altra fonte di spreco per scadente utilizzo delle risorse economiche ed umane è l'eccessiva burocratizzazione del lavoro medico e infermieristico. 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. Un position paper dell'American College of Physicians ha focalizzato il problema, sostenendo che è possibile dare la priorità al paziente attraverso la riduzione dei compiti amministrativi⁽³¹⁾.

Formalmente i cosiddetti carichi amministrativi sono processi, procedure e richieste, alle quali i medici o i pazienti devono aderire, che influiscono, direttamente o indirettamente sull'erogazione dei servizi di cura.

Nella pratica i compiti amministrativi sono spesso vissuti dai medici come inconvenienti irritanti o carichi di lavoro che causano preoccupazione, difficoltà o sofferenza senza produrre vantaggi. Periodicamente nuove incombenze colpiscono il lavoro di cura ed il medico le percepisce con ormai rassegnato disappunto quando arrivano: ecco una nuova burocrazia! I carichi amministrativi differiscono e spesso si sovrappongono secondo l'ufficio che li impone, compaiono in un

certo momento senza preavviso, poi ricompaiono il mese dopo modificati o totalmente cambiati. Spesso derivano dal mancato utilizzo amministrativo di dati che sono già presenti nelle cartelle mediche.

Certamente i carichi amministrativi eccessivi per i medici ed i loro collaboratori sanitari deviano l'utilizzo del tempo e spostano l'attenzione dalla cura del malato, rendendola in ultima analisi più frettolosa e conseguentemente meno efficace ed efficiente, ingenerando pertanto spreco di risorse umane ed economiche, per sorvolare sulla soddisfazione del paziente e la qualità percepita.

Nella realtà americana sono state fatte alcune misurazioni dei carichi amministrativi per i medici e del loro costo. Si è evidenziato, ad esempio, che medici e staff medico utilizzano 15.1 ore di lavoro settimanale per misure di qualità esterna (2.6 a carico diretto del medico); queste attività includono il monitoraggio di specifici indici, i processi di raccolta dei dati, l'immissione dei dati nelle cartelle elettroniche e la trasmissione dei dati. Un medico di Pronto Soccorso utilizza il 43% del suo tempo in data entry ed in un turno di 10 ore fa 4000 click con il mouse, mentre un medico ambulatoriale utilizza il 49.2% del tempo in data entry ed il 33.1% in contatto con paziente e staff. Il costo del lavoro amministrativo è stimabile in \$ 40069 per medico per anno (Tabella 2). Il 73% dei

Tabella 2 | Stima dei carichi burocratici per il medico in USA.

- Ore di lavoro settimanale di medici e staff per misure di qualità esterna: **15.1** (2.6 a carico diretto del medico).
- Percentuale di tempo lavorativo di un medico di Pronto soccorso utilizzata per data entry: **43%**.
- Click con il mouse di un medico di Pronto soccorso in un turno di 10 ore: **4000**.
- Percentuale di tempo lavorativo di un medico ambulatoriale utilizzata per data entry: **49.2%**.
- Percentuale di tempo lavorativo di un medico ambulatoriale in contatto con paziente e lo staff: **33.1%**.
- Costo delle attività amministrative per medico per anno: **\$ 40069**.

Tabella 3 | Proposte per contenere lo spreco burocratico.

- Analisi sistematica dell'impatto dei compiti amministrativi.
- Rimozione di quelli che nuocciono alla cura del paziente, mettono in discussione il giudizio e l'autonomia del medico, aumentano i costi.
- Revisione regolare ed emendamento e/o semplificazione dei compiti amministrativi non rimovibili con l'obiettivo di minimizzarne il carico.
- Collaborazione fra decisori/ pagatori, medici, fornitori di softwares per stabilire misure di performance che minimizzino il carico amministrativo e favoriscano la centralità del paziente.
- Eliminare tutte le richieste amministrative duplicate.
- Migliore uso delle tecnologie di informatica sanitaria disponibili e ricerca di approcci innovativi per semplificare le procedure.
- Ricerca sugli effetti dei compiti amministrativi sugli esiti, costi, qualità, efficienza, tempi dell'assistenza sanitaria.
- Ricerca evidence based sulle pratiche migliori per ridurre i carichi amministrativi.

medici ritiene che il carico di lavoro documentativo danneggi il rapporto medico/ paziente e la qualità e gli esiti della cura.

L'American College of Physicians ha elaborato una serie di proposte per cercare di arginare il crescente problema dei carichi amministrativi nel lavoro medico (Tabella 3). È necessaria una analisi sistematica dell'impatto dei compiti amministrativi con l'obiettivo di rimuovere quelli che nuocciono alla cura del paziente, mettono in discussione il giudizio e l'autonomia del medico, aumentano i costi. I compiti amministrativi non rimovibili devono essere regolarmente rivisti ed emendati e/o semplificati con l'obiettivo di minimizzarne il carico. Decisori, pagatori, medici, fornitori di softwares devono collaborare per stabilire misure di performance che minimizzino il carico amministrativo e favoriscano la centralità del paziente. Per semplificare le procedure occorrono il migliore uso delle tecnologie di informatica sanitaria disponibili e la ricerca di approcci innovativi. Nell'evoluzione del sistema sanitario occorre eliminare tutte le richieste amministrative duplicate. Occorre infine condurre una rigorosa ricerca sugli effetti dei compiti amministrativi sugli esiti, costi, qualità, efficienza, tempi dell'assistenza sanitaria e realizzare e diffondere la ricerca evidence based sulle pratiche migliori per ridurre i carichi amministrativi.

La prospettiva è che la riduzione della burocrazia faccia bene al Paziente, agli Operatori sanitari ed al Servizio sanitario.

Conclusioni

Le strategie per ridurre gli sprechi sono essenzialmente due: smettere di fare attività che non generano "value"; utilizzare, se esistono, alternative di efficacia e sicurezza sovrapponibili ma di costo inferiore⁽⁵⁾.

Il controllo degli sprechi in Medicina passa attraverso l'implementazione della appropriatezza clinica e della appropriatezza organizzativa, in un processo di miglioramento continuo. La cultura del miglioramento continuo deve essere radicata nell'organizzazione e posseduta ed applicata dai decisori e da ogni operatore delle organizzazioni sanitarie, nel suo specifico ruolo, sanitario od amministrativo, dirigenziale od esecutivo⁽³²⁾. È necessario instaurare un circolo virtuoso contro

lo spreco in sanità, analizzare i processi per identificare sprechi e inefficienze, proporre cambiamenti per eliminare lo spreco di risorse di qualunque tipo, sperimentare le soluzioni su piccola scala per poi attuarle in tutta l'organizzazione se hanno successo.

Questo processo non sarà mai completo e le opportunità di miglioramento andranno cercate sempre.

Bibliografia

1. http://www.cittadinanzattiva.it/files/primo_piano/salute/I_due_volti_della_Sanita_Segnalazioni_Spreco.pdf
2. Ohno T. Toyota Production System: Beyond Large-scale Production, Productivity Press Inc, 1995.
3. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med* 363:2477-81, 2010.
4. 3° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE, Bologna www.rapportogimbe.it, 2018.
5. OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. OECD Publishing: Paris 2017.
6. Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ufficio III ex D.G.PROGS. Manuale di formazione per il governo clinico: Appropriatezza luglio 2012. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1826_allegato.pdf
7. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1826_allegato.pdf.
8. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=314&area=qualita&menu=sicurezza.
9. Cittadinanzattiva. I due volti della sanità, tra sprechi e buone pratiche, la road map per la sostenibilità vista dai cittadini, 2016.
10. Cartabellotta A. Disinvestire da sprechi e inefficienze e creare un link tra appropriatezza e sostenibilità. *Evidence 7*: e1000123, 2015.
11. 2° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, Fondazione GIMBE: Bologna, www.rapportogimbe.it, 2017.
12. Standard italiani per la cura del diabete mellito, 2018.
13. http://www.aemmedi.it/files/Gruppi_a_Progetto/SlowMedicine/5_DEFINITIVA%20PRATICHE%20INAPPROPRIATE%2029_09_2014.pdf
14. DCCT/EDIC Research Group, Nathan DM, Bebu I, Hainsworth D, Klein R, Tamborlane W, Lorenzi G, Gubitosi-Klug R, Lachin JM. Frequency of Evidence-Based Screening for Retinopathy in Type 1 Diabetes. *N Engl J Med* 2017; 376:1507-1516
15. Makam AN, Nguyen OK. An Evidence-Based Medicine Approach to Antihyperglycemic Therapy in Diabetes Mellitus to Overcome Overtreatment. *Circulation* 135:180-195, 2017.
16. Huang ES, Zhang Q, Gandra N, Chin MH, Meltzer DO. The effect of comorbid illness and functional status on the expected benefits of intensive glucose control in older patients with type 2 diabetes: a decision analysis. *Ann Intern Med* 149:11-9, 2008.

17. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 352:837-853, 1998.
18. Lipska KJ, Ross JS, Miao Y, Shah ND, Lee SJ, Steinman MA. Potential overtreatment of diabetes mellitus in older adults with tight glycaemic control. *JAMA Intern Med* 175:356-62, 2015.
19. Osservatorio ARNO Diabete. Il profilo assistenziale della popolazione con diabete. Rapporto 2015. Volume XXIII - Collana "Rapporti ARNO"
20. Desai NR, Shrank WH, Fischer MA, Avorn J, Liberman JN, Schneeweiss S, Pakes J, Brennan TA, Choudhry NK. Patterns of medication initiation in newly diagnosed diabetes mellitus: quality and cost implications. *Am J Med* 125:302.e1-7, 2012.
21. Fischer MA, Avorn J. Step Therapy-Clinical Algorithms, Legislation, and Optimal Prescribing. *JAMA* 317:801-802, 2017.
22. Rosenbaum L. The Less-Is-More Crusade - Are We Overmedicalizing or Oversimplifying? *N Engl J Med* 377:2392-2397, 2017.
23. Als-Nielsen B, Chen W, Gluud C, Kjaergard LL. Association of funding and conclusions in randomized drug trials: a reflection of treatment effect or adverse events? *JAMA* 290:921-8, 2003.
24. Holleman F, Uijldert M, Donswijk LF, Gale EA. Productivity of authors in the field of diabetes: bibliographic analysis of trial publications. *BMJ* 351:h2638. doi: 10.1136/bmj.h2638, 2015.
25. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 353:487-97 2005.
26. Rozenfeld Y, Hunt JS, Plauschinat C, Wong KS. Oral antidiabetic medication adherence and glycaemic control in managed care. *Am J Manag Care* 14:71-5, 2008.
27. Miccoli R, Penno G, Del Prato S. Multidrug treatment of type 2 diabetes: a challenge for compliance. *Diabetes Care* 34 (Suppl 2):S231- 5, 2011.
28. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care* 43:521-30, 2005.
29. Ho PM, Rumsfeld JS, Masoudi FA, McClure DL, Plomondon ME, Steiner JF, Magid DJ. Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *Arch Intern Med* 166: 1836- 41, 2006.
30. Piano Nazionale Esiti <http://www.istat.it/it/archivio/71090>, 2015.
31. Erickson SM, Rockwern B, Koltov M, McLean RM. Medical Practice and Quality Committee of the American College of Physicians. Putting Patients First by Reducing Administrative Tasks in Health Care: A Position Paper of the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 166:659-661, 2017.
32. Smith M, Saunders R, Stuckhardt L, McGinnis JM, eds. Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America. The National Academies Press; Washington, DC, 2013.