

con il sostegno non condizionato di



INDICE

1.Premessa	Pag. 6
2. Una lettura istituzionale del contesto macro economico	Pag. 8
3. La raccolta di segnalazioni sullo spreco in sanità dal punto di vista dei cittadini	Pag.36
4. Il contributo critico di Cittadinanzattiva: una definizione di spreco e di road map per la sostenibilità	Pag.96

1 . PREMESSA

Occuparsi di sprechi e inefficienze in ogni ambito della spesa pubblica è per Cittadinanzattiva parte integrante della propria mission.

E' scritto nero su bianco nell'articolo 1 del suo Statuto che recita così:

"Cittadinanzattiva è un movimento laico di partecipazione civica che agisce per la tutela dei diritti umani, per la promozione e l'esercizio pratico dei diritti civili sociali e politici dei cittadini nella dimensione nazionale, europea e internazionale; agisce per la lotta agli sprechi e alla corruzione, per la tutela e salvaguardia dell'ambiente, del territorio, della salute, della sicurezza individuale e collettiva, del risparmio, della veridicità degli atti pubblici e della fede pubblica...."

Oggi impegnarsi sulla qualità della spesa, sulla corretta allocazione delle risorse, sulla promozione della trasparenza reale e non formale della pubblica amministrazione; nel contrasto alle inefficienze, alla corruzione, al malaffare; spendere bene le risorse economiche; opporsi alla logica del taglio lineare per l'"efficientamento"; garantire che veramente i "risparmi restino in sanità"; vuol dire tutelare il diritto alla salute e il Servizio Sanitario Nazionale bene comune.

Infatti è ancora più insopportabile per i cittadini in questo momento storico che anche un solo centesimo sia speso male, perché una parte sempre più consistente di italiani (9,5% della popolazione, con trend in aumento rispetto all'anno precedente conferma ISTAT) è esclusa dalle cure e costretta a rinunciare a curarsi.

L'indignazione poi è ancora più forte quando si parla di tagli che l'efficienza prefissata non l'hanno prodotta, anzi ha significato piuttosto meno servizi e più disagi.

Il re è nudo: gli effetti delle ripetute manovre, dalla spending review in poi, sono stati smascherati dalla Corte dei Conti, uno degli organi

costituzionali di garanzia della legalità e del buon andamento dell'azione amministrativa e di tutela degli equilibri di finanza pubblica¹.

Il Presidente della Corte dei Conti, Dott. Squitieri, infatti certifica che “il contributo al contenimento della spesa non è più solo riconducibile a effettivi interventi di razionalizzazione e di efficientamento di strutture e servizi quanto piuttosto a operazioni assai meno mirate di contrazione, se non di soppressione, di prestazioni rese alla collettività”.

“Dai tagli operati è derivato un progressivo offuscamento delle caratteristiche dei servizi che il cittadino può e deve aspettarsi dall'intervento pubblico cui è chiamato a contribuire...le difficoltà incontrate dagli interventi successivi di revisione della spesa sono anche imputabili ad una non ottimale costruzione di basi conoscitive sui contenuti, sui meccanismi regolatori e sui vincoli che caratterizzano le diverse categorie di spesa oggetto dei propositi di taglio”.

Per questo motivo, l'idea di «raccolgere e catalogare esempi concreti di spreco in sanità» dal punto di vista dei cittadini: per offrire a decisori e amministratori uno strumento pratico di ri-orientamento delle politiche, in vista di una migliore efficienza dei servizi.

Eppure che le cose debbano andare in questa direzione non è la regola: esistono professionisti che si impegnano, si ingegnano e che ri-organizzano i servizi in modo più razionale e vicino ai cittadini.

Questo progetto quindi ha una forza del tutto particolare. Per la prima volta si è voluto elaborare una visione completa del funzionamento della Sanità pubblica.

¹http://www.corteconti.it/chi_siamoDalla doppia investitura deriva la centralità del ruolo di garanzia della corretta gestione delle pubbliche risorse della Corte dei conti che, nell'esercizio delle funzioni di controllo, è organo neutrale, autonomo ed indipendente sia rispetto al Governo che al Parlamento, e, nell'esercizio delle funzioni giurisdizionali, fa parte a tutti gli effetti dell'ordine giudiziario.

Oltre alla *“pars destruens”*, rappresentata dall’analisi degli sprechi, anche quella *“costruens”*, grazie alla forza positiva del premio Andrea Alesini, che giunto quest’anno alla 12° edizione, promuove e incentiva la conoscenza e la diffusione di buone pratiche al fine di trasformare le singole esperienze in *“sistema”*.

Da ciò, il titolo di questa edizione *“I due volti della sanità. Tra sprechi e buone pratiche, la road map per la sostenibilità vista dai cittadini”*.

2. UNA LETTURA ISTITUZIONALE DEL CONTESTO MACRO ECONOMICO

Livelli di finanziamento e politiche di contenimento della spesa pubblica in sanità: risparmi o tagli

Negli ultimi anni, la spesa sanitaria è stata oggetto di molteplici misure di contenimento, con il tentativo di razionalizzare ed efficientare il Servizio Sanitario Nazionale, in un’ottica di salute *“sostenibile”* con le risorse finanziarie a disposizione, di riduzione degli sprechi finalizzati a produrre risparmi.

“10 miliardi in 5 anni²”, secondo il Ministro della Salute saranno recuperati grazie ad alcuni provvedimenti, come ad esempio, il DDL sulla responsabilità professionale sanitaria che dovrebbe incidere sulla cosiddetta *“medicina difensiva”* che costerebbe allo Stato circa

²http://www.ansa.it/saluteebenessere/notizie/rubriche/salute/2015/07/28/lorenzini-nessun-taglio-a-sanita-ma-risparmi_c88311d4-7baf-42de-b5a7-a72bcd810a0e.html

13 mld, ma il dato è tutt'altro che scientifico: con il D.L Enti locali³, meglio conosciuto come "decreto appropriatezza", che a pochi giorni dalla sua emanazione inizia a produrre effetti negativi per i cittadini e a manifestare enormi incongruenze e criticità sia dal punto di vista del contenuto che della sua implementazione⁴.

Gli effetti di tali politiche unitamente alle manovre economiche di riduzione del livello di finanziamento del SSN, rischiano invece di produrre tagli lineari che si ripercuotono solo sulla qualità, sicurezza e tempestiva accessibilità delle prestazioni sanitarie, incidendo ancora una volta sulla garanzia dei LEA e sui bisogni di salute dei cittadini.

Gli impegni assunti con il Patto per la salute 2014-2016 di prevedere nuovi Lea, riforma dei ticket, rilancio dell'assistenza territoriale, sanità digitale, nuovi standard ospedalieri, monitoraggio Lea, piano cronicità, per citarne alcuni, sono di fatto rimasti disattesi.

E contrariamente a quanto stabilito nel nuovo Patto, che aveva avuto il merito di rilanciare finanziamento e programmazione il Fondo sanitario nazionale è stato ridotto di circa 2,3 con l'intesa del 2 luglio del 2015.

Nella stessa direzione, la Legge di stabilità per l'anno 2016 ha previsto un'ulteriore contrazione fissando il finanziamento, per l'anno 2016, a 111 miliardi di euro. Circa 5 mld rispetto al Nuovo Patto per la salute che segna di fatto l'impraticabilità delle riforme.

I risparmi ovvero la lotta agli sprechi non devono tradursi in tagli ai servizi. Efficientare il SSN significa andare verso un'umana e

3 In Gazzetta Ufficiale n.188 del 14 agosto 2015 (SO n. 49), la Legge 125/2015 di conversione del D.L. 78/2015 recante "Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali"

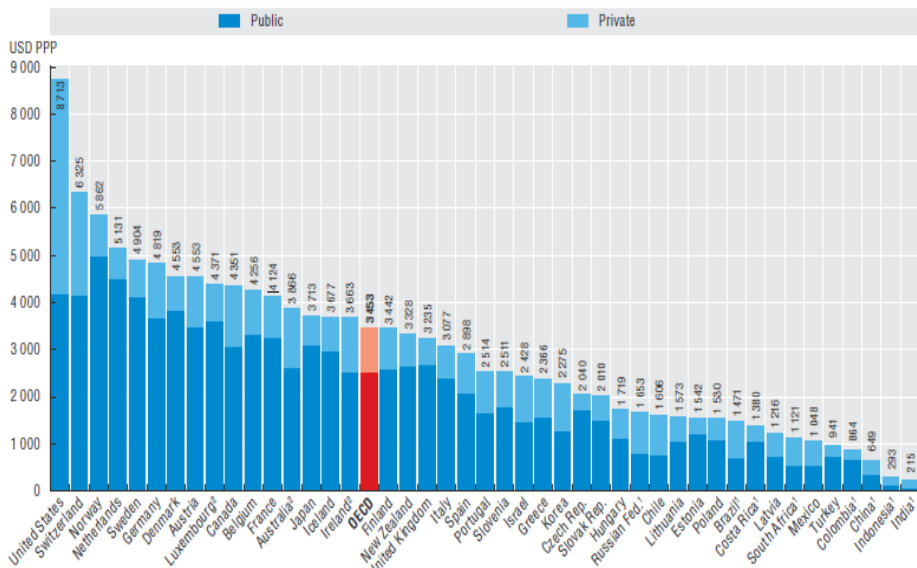
⁴cfr. editoriale "Tutti gli effetti negativi del decreto appropriatezza", di Tonino Aceti, Coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva-Tdm<http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2016-02-11/tutti-effetti-negativi-decreto-appropriatezza-095217.php?uuid=ACYbn8RC>

razionale organizzazione dei servizi sanitari, non di smantellarlo definitivamente.

La spesa sanitaria italiana nel contesto internazionale

L'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), nell'ultimo Rapporto *Health at Glance* (2015), descrive come la spesa sanitaria in Italia continui a ridursi per effetto degli interventi del Governo di contenimento dei disavanzi di bilancio, che si sono attuati a partire dal 2011. Il nostro Paese risulta al di sotto della media dei Paesi OCSE: spende complessivamente per la sanità pubblica e privata, in valore pro capite, \$ 3.077, a fronte di una media di \$ 3.453 (fig. 1), risultando ben al di sotto dei livelli di spesa di Paesi ad alto reddito come Germania (\$ 4.819) e Francia (\$ 4.124). Ci stiamo progressivamente allineando a Paesi come Spagna e Portogallo che spendono rispettivamente \$ 2.898 e \$ 2.514.

Fig. 1 – Spesa sanitaria pro capite – 2013 (USD PPP)



Fonte: OECD Health at a Glance – 2015

Per quanto riguarda la spesa sanitaria in Italia in rapporto al PIL, notiamo che si assesta all'8,8%, rispetto a una media OCSE di 8,9%, risultando molto al di sotto di Paesi come Svizzera (11,1), Germania (11,0) o Francia (10,9) (fig. 2). In rapporto al Pil, l'Italia spende ormai meno della Grecia. La spesa sanitaria italiana è più bassa di quella greca nonostante la crisi del paese ellenico: nel 2013 i greci hanno investito in sanità, tra pubblico e privato, il 9,2% del loro Pil, l'Italia si è fermata all'8,8%.

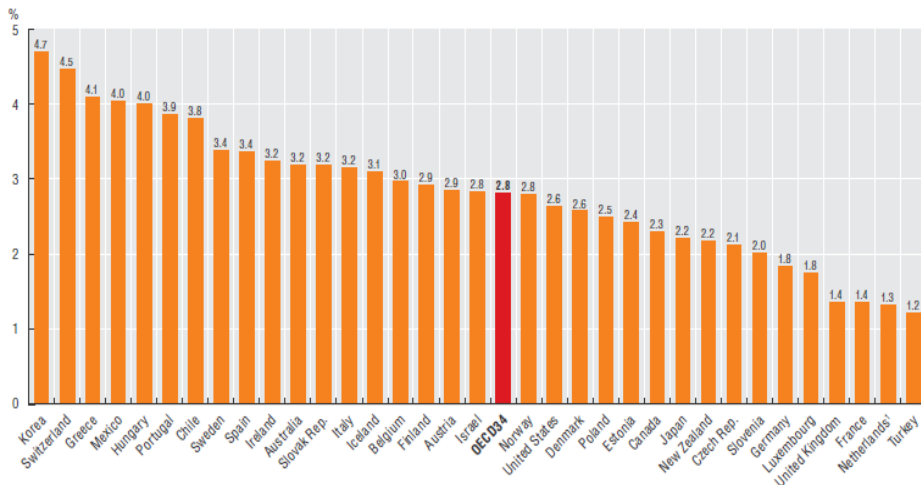
Secondo l'11° Rapporto CREA sanità 2015, la spesa sanitaria in Italia si assesta al -28,7% rispetto ai Paesi UE 14. Il gap di spesa sanitaria pubblica pro capite in Italia nei confronti dei paesi UE 14, si assesta al 21 %⁵ nel 2013.

L'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil in confronto ai Paesi europei, in valore percentuale al 2013, risulta molto al di sotto, con il 7,1% dell'Italia rispetto alla media UE 14 del 7,9%; molto al di sotto rispetto a Germania (8,7%) e Francia (9%)⁶. L'ultimo Rapporto OCSE segnala, inoltre, che la spesa privata *out of pocket* in Italia risulta invece al di sopra della media OCSE, con il 3,2%, rispetto al dato medio di 2,8%. E per il 2014 l'OCSE segnala un deciso aumento della spesa sostenuta direttamente dalla famiglie (+14,5%).

⁵The European House – Ambrosetti su dati OECD, 2015.

⁶The European House – Ambrosetti su dati OECD, 2015.

Fig. n. 2 - Spese mediche Out-of-pocket come quota di consumi finali delle famiglie, 2013 (%)

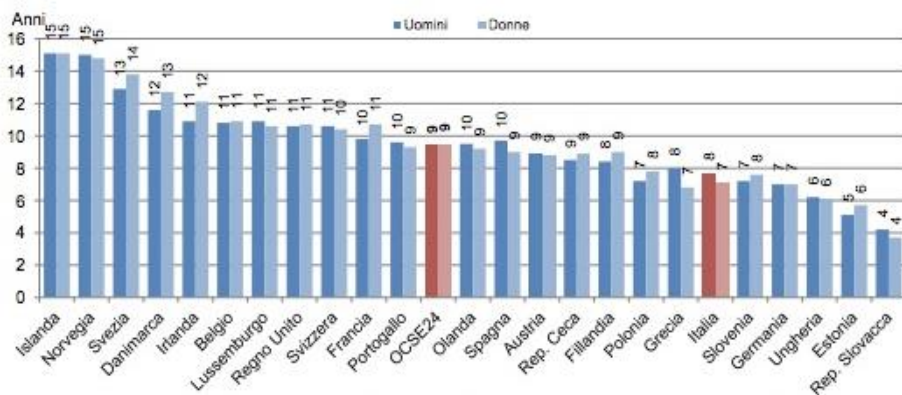


Fonte: Health at a Glance OECD Indicators – 2015

A fronte di politiche di finanziamento pubblico sempre più restrittive e inferiori alla media dei Paesi OCSE, l'Italia registra una spesa privata *out of pocket* più alta rispetto alla media, mentre al contrario Paesi che presentano una spesa sanitaria pubblica maggiore mostrano una spesa privata inferiore. È di tutta evidenza che le politiche di riduzione dei livelli di finanziamento in sanità stiano incidendo sulle tasche dei cittadini, sempre più spesso costretti a ricorrere a prestazioni private.

Gli effetti delle politiche di austerità producono effetti peggiorativi sui livelli di salute nel nostro Paese. Se l'Italia è al quarto posto per aspettativa di vita alla nascita (82,8 anni nel 2013), a fronte di un'aspettativa di vita media nei Paesi OCSE pari a oltre 80 anni; dall'altra l'aspettativa di vita a 65 anni in buona salute risulta infatti al di sotto della media OCSE, con un'aspettativa di 7 anni senza disabilità per le donne e di 8 per gli uomini (fig. 3).

Fig. 3 – Aspettativa di vita in buona salute all'età di 65 anni, Paesi europei, 2013



Nota: I paesi sono disposti in ordine decrescente di aspettativa di vita in buona salute dell'intera popolazione
Fonte: Eurostat Database 2015.

Fonte: OECD, Rapporto Health at a Glance, 2015

Dinamica di finanziamento del SSN

La riduzione della spesa sanitaria in Italia è correlata ai molteplici, e spesso pesanti, interventi degli ultimi anni sul livello di finanziamento e di spesa del Servizio Sanitario Nazionale.

- Il **Patto per la salute 2014-2016**⁷ fissava il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, a cui concorre lo Stato, in 109.928 milioni di euro per l'anno 2014, in 112.062 milioni di euro per l'anno 2015 e in 115.444 milioni di euro per il 2016.
- La **Legge di stabilità 2015** (legge 190/2014) ha poi recepito le misure contenute nell'Intesa sul nuovo Patto, confermando il livello del finanziamento statale del SSN per il biennio 2015-2016 (art. 1, co. 555-557).

⁷Il Patto per la salute per gli anni 2014-2016, è stato sancito il 10 luglio 2014 tra Governo, Regioni e Province autonome. Per il testo integrale si consulti http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&p=dalministero&id=1654

- Il **Decreto legge 78/2015**⁸, che ha recepito l'Intesa del 2 luglio 2015⁹ della Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato, le Regioni e le Province autonome, ha previsto un taglio sul Fondo di € 2,352 mld, a partire dall'anno 2015. Conseguentemente, il livello di finanziamento del SSN veniva ridotto a € 109.715 mln per il 2015 e a € 113.097 mln per l'anno 2016.
- Con il **Documento Economia e Finanza (DEF) 2015** e successiva **Nota al DEF**¹⁰, la spesa sanitaria per il 2016 viene stimata in 113.372 milioni di euro, cifra risultante dalla manovra che ha ridotto i fondi previsti dal Patto per la salute di 2,352 mld di euro.
- Nella **Legge di Stabilità 2016** lo stanziamento per il Fondo sanitario è previsto in 111.000 mln per l'anno 2016¹¹, senza contare che 800 mln saranno finalizzati ai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (comma 555); nonchè 500 mln saranno destinati al Fondo farmaci innovativi (comma 569).

Il dato allarmante è che in Legge di stabilità per l'anno 2016 viene previsto inoltre un **contributo a carico delle Regioni** di 3,9 miliardi nel 2017 e di 5,4 miliardi nel 2018 e altrettanto nel 2019. **In tutto sono 14,7 miliardi di euro** da recuperare con lo stesso meccanismo con i quali sono stati operati gli ultimi tagli al Fondo sanitario, ad esempio l'Intesa tra le Regioni, come è già accaduto con il taglio di € 2,3 mld. Il rischio è che il Fondo sanitario venga di fatto congelato a 111 miliardi di euro per tutto il prossimo triennio, senza contare che le Regioni, in particolare quelle in piano di

⁸<http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/06/19/15G00093/sg>

⁹<http://www.regioni.it/newsletter/n-2773/del-28-07-2015/tagli-sanita-il-testo-dellintesa-stato-regioni-del-2-luglio-14213/>

¹⁰Il presidente del Consiglio, Matteo Renzi e il ministro dell'Economia e delle finanze, Pier Carlo Padoan, hanno presentato al Consiglio dei ministri il Documento Economia e Finanza e la Nota di aggiornamento al DEF, rispettivamente in data 7 aprile 2015 e 18 settembre 2015.

¹¹La legge di stabilità 2016: legge del 28/12/2015 n. 208, GU, 302, 30/12/2015;

rientro, per stare dentro a questi parametri e riportare in equilibrio i bilanci, applicheranno per compensare addizionali irpef ticket più alti, gravando ancor di più sui cittadini che però non vedranno incrementarsi i servizi e le prestazioni di cui hanno bisogno.

Tabella n. 1 - Dinamica del livello di Finanziamento SSN (mln)

Finanziamento del fondo sanitario			
Atti normativi	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016
Patto per la salute 2014-2016	€ 109.928	€ 112.062	€ 115.444
Intesa 2 luglio 2015 (-2,352 mld)		€ 109.715	€ 113.097
Legge di Stabilità 2016			€ 111.000

Fonte: Osservatorio Civico sul federalismo in sanità - 2015

Il quadro delle spese regionali

Scendendo a livelli regionali, la spesa sanitaria presenta una discreta variabilità: secondo l'11° Rapporto CREA sanità 2015, la spesa sanitaria pubblica pro capite nell'anno 2013, assume valori massimi nella PA di Trento (€ 2.315,27) e Bolzano (€2.308,21), mentre presenta valori minimi in Campania (€ 1.776,85), con un gap in termini nominali tra la Regione con valori minimi e quella con valori massimi di € 538,4. Molto diversificata anche la spesa privata per Regione: 781,2 euro pro capite in Valle d'Aosta, a fronte di 267,9 euro in Sicilia.

In linea generale, la spesa privata pro capite delle Regioni del Nord è stata molto più alta di quella delle Regioni meridionali; lo scarto, progressivamente aumentato nel corso degli anni, ha avuto il suo picco tra il 2010 e il 2013, divenendo quasi il doppio rispetto alle Regioni del Sud. Un altro dato interessante riguarda le Regioni in piano di rientro (PdR). Non è un caso che la quasi totalità delle Regioni sottoposte a PdR (es. Lazio e Campania) siano anche quelle in cui si osserva la maggiore pressione tributaria.

Tab. n. 2 – Addizionale regionale Irpef – Ammontare medio (€) per contribuente, anno 2013

Regioni	Ammontare medio per contribuente
Lazio*	470,00
Campania*	440,00
Molise*	420,00
Piemonte*	410,00
Calabria*	410,00
Emilia Romagna	400,00
Lombardia	380,00
Abruzzo*	370,00
Sicilia*	370,00
Pr. Aut. di Bolzano	360,00
Liguria	360,00
Toscana	350,00
Umbria	310,00
Valle d'Aosta	300,00
Pr. Aut. di Trento	300,00
Marche	300,00
Veneto	290,00
Puglia*	290,00
Friuli Venezia Giulia	280,00
Sardegna	260,00
Basilicata	250,00

* Regioni sottoposte a piano di rientro.

Fonte: 11° Rapporto Sanità – L'universalismo diseguale – CREA Sanità, 2015

L'addizionale regionale Irpef media più alta è stata registrata nel Lazio, € 470,0 per contribuente; segue la Campania con € 440,0 per contribuente; quella più bassa è stata, invece, rilevata in Basilicata con €250,0 per contribuente (tab. 2).

Tab. n. 3 – Aliquota Irap media effettiva applicata dalle Regioni. Valori % anno 2012

Regioni	Aliquota media effettiva
Campania*	4,99
Lazio*	4,97
Calabria*	4,93
Molise*	4,86
Sicilia*	4,72
Marche	4,64
Abruzzo*	4,63
Puglia*	4,61
Lombardia	4,14
Pr. Aut. di Bolzano	4,12
Piemonte*	4,10
Toscana	4,09
Emilia Romagna	4,06
Friuli Venezia Giulia	4,04
Umbria	4,02
Liguria	3,96
Basilicata	3,86
Sardegna	3,73
Pr. Aut. di Trento	3,05
Valle d'Aosta	3,04
Veneto	3,03

* Regioni sottoposte a piano di rientro.

Fonte: 11° Rapporto Sanità – L'universalismo diseguale – CREA Sanità, 2015

Analogamente, l'imposta regionale sulle attività produttive (aliquota Irap) ha raggiunto il suo valore massimo in Campania e Lazio (4,9%). I dati si riferiscono al 2012 (tab. 3). Il risanamento finanziario finisce, dunque, per pesare sui cittadini anche dal punto fiscale, penalizzando nei fatti quelli che risiedono nelle Regioni che non riescono a mantenere l'equilibrio finanziario del SSN. Queste Regioni, per onorare gli impegni sottoscritti nei piani di rientro, applicano una tassazione mediamente più elevata rispetto alle Regioni non sottoposte al rispetto dei vincoli dei piani, ma sono

anche quelle che hanno anche una spesa pubblica e privata più bassa.

Spesa bassa e pressione fiscale possono innescare effetti peggiorativi sui cittadini in termini di servizi e garanzia nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Spese correnti e di investimento delle ASL e delle Regioni

L'intesa del 2 luglio 2015 della Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato, le Regioni e le Province autonome, in cui si rideterminava il Fondo sanitario per gli anni 2015-2016 con un taglio alle risorse di circa € 2,3 mld sul Fondo sanitario, è stata di fatto una scelta condivisa dalle Regioni. Appare davvero inspiegabile la motivazione per la quale le Regioni abbiano scelto di rispondere al taglio imposto ai loro bilanci utilizzando ancora risorse della sanità. È indubbiamente vero che la voce sanità nei bilanci regionali incide per il 70% della spesa corrente ma è altrettanto vero che i € 2,3 mld avrebbero inciso solo per il 5,7% sulle spese correnti non sanitarie e il 15% degli investimenti non sanitari¹². Dati questi confermati dall'Istat (riferiti all'anno 2012) che rilevano una spesa regionale corrente di € 169,385 mld di cui il 70% dell'intera spesa, € 118,896 mld riferiti a trasferimenti alle ASL. Ma se togliamo dal conto le spese sanitarie, le spese regionali non sanitarie correnti ammontano ancora a circa 44,175 miliardi. Nel conto delle spese correnti non sanitarie troviamo inoltre 800 milioni per consulenze esterne e ancora 6,050 miliardi per beni e servizi (sanità esclusa) di cui ben 2,674 per beni non durevoli. Ci sono poi 3,263 miliardi trasferiti annualmente a cosiddette "aziende regionalizzate, provincializzate, municipalizzate e consortili". E infine troviamo 902,2 milioni di euro per le spese della "politica": vi rientrerebbero le spese relative al funzionamento dei servizi delle istituzioni, gli assegni e indennità alla presidenza, compensi,

¹² "L'universalismo diseguale (o imperfetto)" di Federico Spandonaro - abstract al 11° Rapporto Sanità – L'universalismo diseguale – CREA Sanità, 2015

indennità e rimborsi ai componenti gli organi collegiali delle Regioni, con compensi per ogni consigliere, cifre stimate in circa 200 mila euro l'anno (dato da *lavoce.info*). Alle spese correnti si aggiungono, al conto dei bilanci regionali, quelle per investimenti di 51,358 miliardi di euro, di cui solo 3 miliardi riferiti alle ASL.

Le spese regionali complessive, correnti e per investimenti (esclusi comunque sanità, mutui e prestiti e partite di giro varie), arrivano quindi a sfiorare circa 100 miliardi di euro, per l'esattezza 98,794, su cui intervenire, attraverso politiche che riducano sprechi e inefficienze legati anche a tali voci di spesa, per trasferirli invece sul Servizio Sanitario Nazionale pubblico chiamato a garantire Livelli Essenziali di Assistenza già fortemente compromessi dalle misure contenitive del Fondo sanitario attuate negli ultimi anni. Tutto ciò senza contare che la Corte dei conti, nella relazione di novembre 2015, rintraccia poca chiarezza e trasparenza su alcune voci di spesa dei bilanci regionali.

Effetti dei tagli in sanità su professionisti sanitari e cittadini

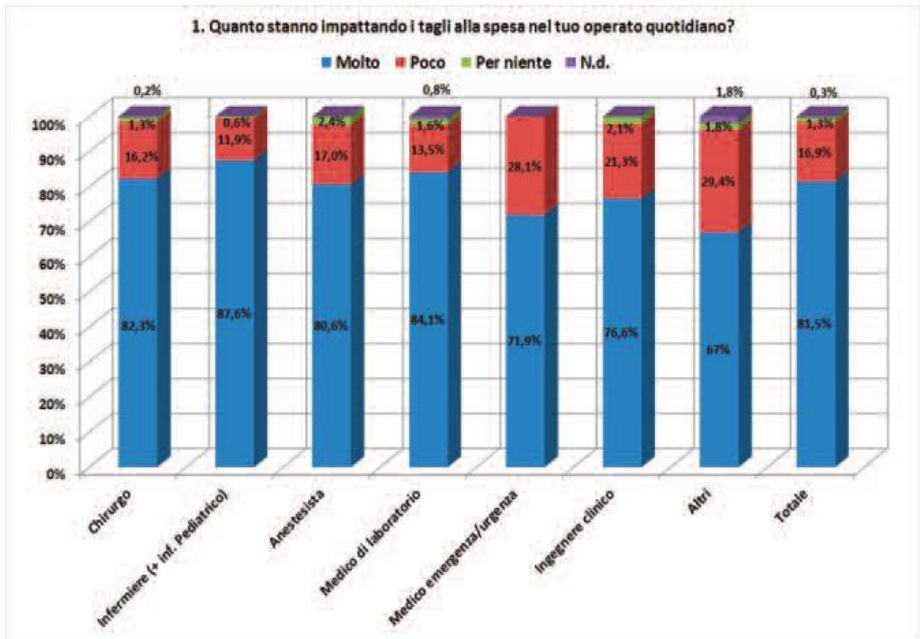
L'impatto sui professionisti sanitari

Il Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva ha rilevato, nell'ambito di un progetto sulla valutazione dell'impatto della spending review in sanità, attraverso l'esperienza quotidiana dei professionisti sanitari, quanto i tagli disposti da ripetuti provvedimenti, a partire dal 2012 ad oggi, abbiano inciso sulla pratica clinica, ma soprattutto su quanto effettivamente viene reso ai cittadini, in termini assistenza e servizi sanitari.¹³La survey, a cui hanno risposto circa 1.500 professionisti di vari ambiti sanitari, ha consentito di avere uno spaccato dell'impatto dei tagli sul loro operato quotidiano. Dal grafico proposto è possibile notare la

¹³<http://www.cittadinanzattiva.it/progetti-e-campagne/salute/7037-indagine-civica-su-spending-review-in-sanita-e-impatto-sui-cittadini-focus-su-dispositivi-medici.html>

evidente valutazione negativa dell'impatto dei tagli sull'attività degli operatori sanitari. L'81,5% degli operatori sanitari ritiene infatti che vi siano state notevoli ripercussioni sul lavoro.

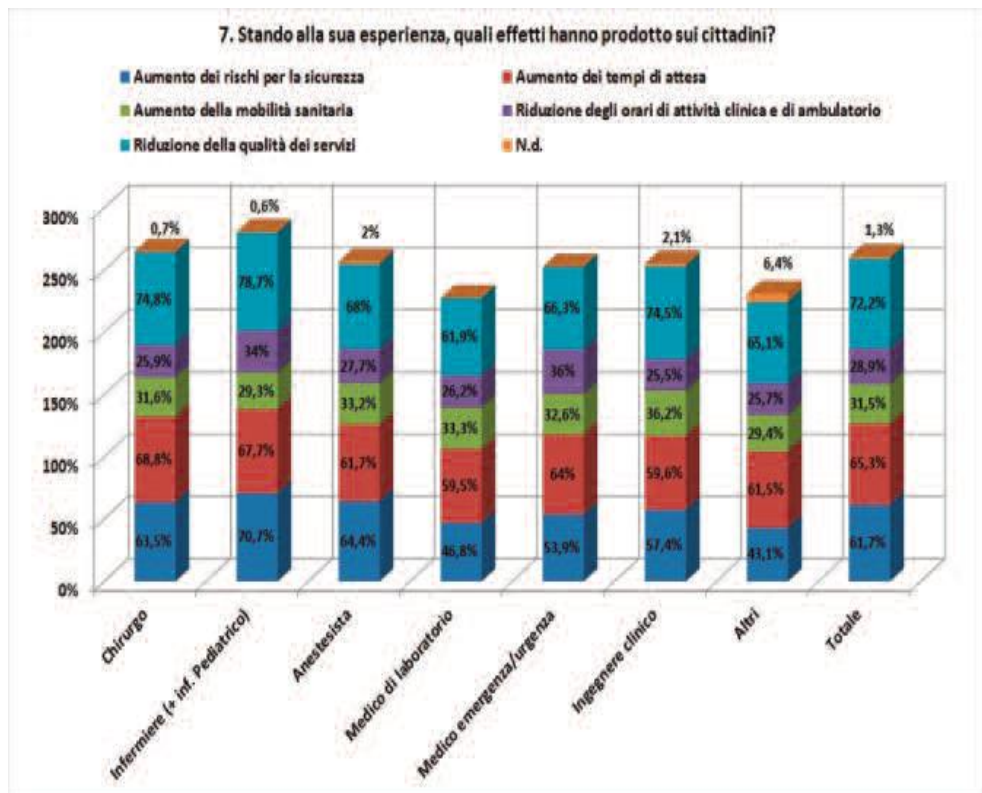
Tab. n. 4– Impatto dei tagli alla spesa sull'operato quotidiano dei professionisti sanitari



Fonte: Indagine civica su Spending Review in sanità - Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva

La figura che segue mostra un secondo dato interessante relativo agli effetti sui cittadini. Vengono pertanto indicati quali sono gli ambiti che hanno maggiormente risentito dei tagli. Per il 72,2% degli operatori i tagli hanno inciso sulla qualità dei servizi offerti, per il 65,3% hanno contribuito ad alimentare le liste d'attesa, per il 61,7 ad aumentare i rischi per la sicurezza, per il 31,5% ad aumentare la mobilità sanitaria e per il 28,9% a ridurre gli orari di attività clinica e di ambulatorio.

Tab. n. 5– Effetti dei tagli alla spesa sanitaria sui cittadini: il punto di vista dei professionisti sanitari



Fonte: Indagine civica su Spending Review in sanità - Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva

Il punto di vista dei cittadini sui tagli in sanità – il Rapporto PiT salute 2015 Accesso alle prestazioni

Accanto alla valutazione degli operatori sanitari, riportiamo di seguito quanto i cittadini ci hanno segnalato nel corso del 2014 rivolgendosi alle sedi del tribunale per i diritti del malato sul territorio. Molte delle segnalazioni ricevute, che possono essere

ricondotte agli effetti dei tagli in sanità, confermano appieno le criticità sollevate dagli operatori sanitari. Il dato rilevato dal rapporto PiT Salute 2015¹⁴, evidenzia che per il 25% delle segnalazioni (sul totale di: 26.016 segnalazioni), l'accesso alle prestazioni risulta particolarmente difficoltoso, determinando in alcuni casi un probabile rischio per la salute dei cittadini. Quello delle liste d'attesa, in particolare, è segnalato come il problema più significativo con il 58,7% delle segnalazioni e sintetizza l'ambito sul quale è più necessario individuare azioni di miglioramento. Ulteriore ambito critico per i cittadini per ciò che attiene alla difficoltà d'accesso alle cure sono i costi dei ticket 31,4%. I cittadini ci hanno segnalato che la problematica più rilevante riguarda i costi elevati e l'aumento dei ticket per la diagnostica, la specialistica e per l'accesso ai farmaci.

Presunta malpractice e sicurezza nelle strutture

Le segnalazioni raccolte quest'anno sul tema della presunta malpractice ci dicono che il 15,4% delle persone contatta i nostri servizi Pit e le nostre sedi del TDM sul territorio per avere informazioni, consulenza ed assistenza per casi di sospetto errore medico. È bene precisare che le segnalazioni riguardanti la presunta malpractice non riguardano solo i presunti errori (diagnostici e/o terapeutici) legati all'operato dei sanitari o nella presa in carico di un paziente, quanto al problema, più generale, della sicurezza delle cure. Ciò si riferisce ad esempio ad interventi chirurgici, da ripetere per scarsa qualità delle protesi ed altri dispositivi medici, etc ... La voce relativa alle condizioni delle strutture occupa il secondo posto, con il 17% delle segnalazioni registrate. Sono in particolare i problemi con i macchinari, le condizioni igieniche e la presenza di ambienti fatiscenti ad essere segnalati dai cittadini. Ulteriore tema rilevante riguarda le infezioni nosocomiali, con il 3,8% del totale delle segnalazioni; si tratta di casi in cui la non osservanza di

¹⁴ Rapporto PiT Salute 2015 "Sanità pubblica, accesso privato"

procedure atte a prevenire infezioni ospedaliere ha determinato o rischia di determinare un danno.

Assistenza ospedaliera

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera (13,4% sul totale delle segnalazioni) e nello specifico nell'ambito delle difficoltà legate al ricovero, il 20% dei cittadini che segnala il rifiuto del ricovero per tagli ai servizi; causato per lo più da chiusura di reparti, accorpamenti dei presidi e scarso personale medico infermieristico. Quest'ultima fattispecie è determinata in particolar modo dagli effetti del blocco del turn over, effetto più tangibile della spending review. Tale riduzione si traduce in minore disponibilità nei confronti del cittadino e cattiva organizzazione. Ricoveri in reparti non adeguati, pazienti "parcheggiati" nei pronto soccorsi per diversi giorni per carenza di posti letto o ritardi nei trasferimenti presso altre strutture più specializzate, sono le segnalazioni più frequenti.

Anche per ciò che riguarda le dimissioni registriamo un dato in cui è crescente il malessere dei cittadini. Infatti le dimissioni ritenute improprie si attestano al 67,4% e si riferiscono alla dimissione di pazienti ancora in condizioni cliniche non ottimali determinate dalla necessità di liberare al più presto posti letto. Ultimo dato relativo all'assistenza ospedaliera è quello legato alla mobilità sanitaria che vede i cittadini costretti a spostarsi per ottenere le cure a loro necessarie 24,6% (sul totale delle segnalazioni inerenti l'assistenza ospedaliera). È soprattutto a causa dei tempi d'attesa che i cittadini si devono muovere o a causa dell' assenza di presidi e strutture in grado di offrire la qualità di cura necessaria. Sono soprattutto i cittadini con problemi oncologici a vivere questo ulteriore disagio per curarsi con il 36.6% delle segnalazioni.

Assistenza farmaceutica

I tagli in sanità hanno determinato una evidente limitazione per ciò che riguarda l'accesso ai farmaci. In particolare l'accesso ai farmaci è limitato a causa dei costi (45,9%) in particolare dal costo elevato per i farmaci non passati dal SSN, dalla differenza di prezzo tra il

brand ed il generico e a causa dell'aumento dei ticket avviato negli ultimi anni. Inoltre ulteriore problematica riguarda l'indisponibilità dei farmaci (32%) soprattutto per ciò che riguarda i ritardi nell'erogazione di farmaci causata dalla lentezza burocratica per l'autorizzazione all'immissione in commercio di farmaci ad alto costo. Il tetto di spesa per la farmaceutica ospedaliera poi fissato al 3,5% appare sempre più spesso inadeguato rendendo di fatto difficoltoso garantire l'accesso ai farmaci ospedalieri; sempre più spesso i budget ospedalieri non appaiono sufficienti a rispondere al bisogno di cura dei cittadini e le difficoltà di accesso.

Accesso al credito

Ulteriore fenomeno che conferma le forti ripercussioni per i cittadini derivate dai provvedimenti di contenimento della spesa sanitaria è la tendenza, ravvisata dalle segnalazioni, ad accedere a mutui e prestiti per potersi curare. Il fenomeno si riscontra per l'accesso ai farmaci, per accedere a visite, esami ed interventi chirurgici in tempi congrui attraverso il canale privato o intramurario, per avere una assistenza domiciliare o una riabilitazione davvero rispondente ai bisogno del cittadino.

Secondo una recente indagine di Altroconsumo il 13% dei cittadini si indebita con finanziarie e mutui per accedere alle cure. Secondo l'indagine i prestiti sono richiesti soprattutto per cure estetiche, dentistiche, interventi in strutture private, per accedere a case di cura private e assistenza a persone disabili ma anche per garantirsi le cure oncologiche.

L'impatto delle politiche di contenimento della spesa sanitaria sui cittadini

Il 48° Rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese del Censis mostra una diffusa consapevolezza da parte dei cittadini dell'impatto delle politiche di contenimento della spesa sanitaria nel contribuire a creare disuguaglianze in sanità. Per il 50,2% degli italiani, infatti, il governo attuale, attraverso le manovre sulla sanità

come la spending review e i piani di rientro, ha contribuito all'ampliamento delle vecchie disparità e alla creazione di nuove forme di disuguaglianza nelle opportunità di cura offerte ai cittadini.

Tab. n. 6 -Impatto delle politiche di contenimento della spesa sanitaria sulle disuguaglianze in sanità, per area geografica (val. %)

Secondo lei le recenti politiche volte al contenimento della spesa pubblica in sanità hanno:	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Aumentato le disuguaglianze	54,7	48,4	44,5	51,1	50,2
Ridotto le disuguaglianze	2,3	6,1	2,0	4,4	3,7
Né aumentato né ridotto le disuguaglianze	27,2	33,1	33,1	32,8	31,4
Non so	15,8	12,4	20,4	11,7	14,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2014

Dalla ricerca del Censis e ANIA-Consumatori 2014 inoltre, emerge che alcune spese per la salute e socioassistenziali sono ritenute insostenibili dalle famiglie italiane e in alcuni casi sono tali da far vacillare la sostenibilità delle famiglie stesse. Il 34,9% delle famiglie negli ultimi dodici mesi ha visto emergere nuove spese e/o aumenti di spesa relativi alla salute, che stanno intaccando la tenuta economica del proprio budget. In particolare: oltre il 34% degli intervistati indica come spese che stanno generando impatti destabilizzanti sul reddito familiare quelle per i ticket per farmaci e/o visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici; il 32,4% segnala la spesa per le visite mediche specialistiche interamente a proprio carico; oltre il 20% menziona gli accertamenti diagnostici interamente a proprio carico. Tali dati pongono l'accento sull'effetto particolarmente regressivo che hanno le spese sanitarie private,

interamente a carico dei cittadini e presumibilmente non rinviabili, che derivano da prestazioni che si stenta ad avere tempestivamente nel pubblico a causa delle lunghe liste di attesa. Le spese per visite mediche e accertamenti diagnostici a pagamento impattano negativamente sui bilanci, rispettivamente del 37,6% e del 27,4%, delle famiglie a basso reddito. Nuove o aggiuntive spese per la salute e socioassistenziali che fanno traballare i budget familiari (val. %).

Tab. n 7 Impatto delle politiche di contenimento della spesa sanitaria sulle disuguaglianze in sanità, per area geografica (val. %)

Ticket per farmaci e/o visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici	34,3
Visite mediche specialistiche interamente a suo carico	32,4
Accertamenti diagnostici interamente a suo carico	20,3
Farmaci interamente a suo carico	16,9
Spese odontoiatriche interamente a suo carico	15,4
Spesa per polizze assicurative di vario tipo	11,3
Tutori, ausili, dispositivi medici	3,9
Spese assistenziali	3,7
Diete speciali/alimenti per seguire una dieta	3,3
Fisioterapia/riabilitazione	3,1
Infermieri	1,2
Eventuali rette per presidi diurni e/o permanenti per membri come minori, anziani, disabili ecc.	0,4

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.

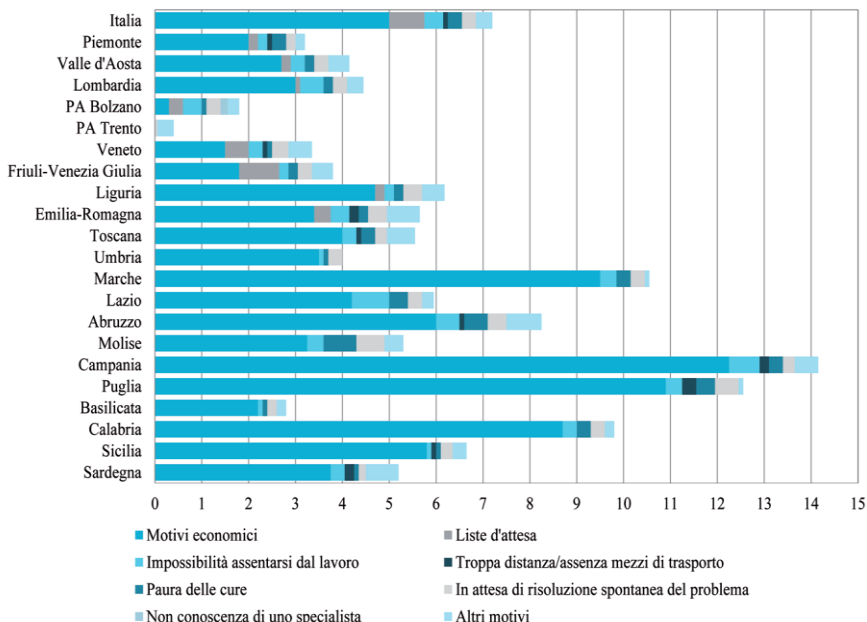
Fonte: indagine Censis e Forum ANIA-Consumatori, 2014

La rinuncia alle cure

L'11° Rapporto CREA mostra un ulteriore dato interessante, quello relativo alla rinuncia alle cure. Dall'analisi risulta che in Italia il 7,2% dei residenti ha rinunciato a curarsi. Il 5,1%, ovvero circa 2,7 milioni di persone, lo ha fatto per motivi economici, lo 0,8% a causa delle liste d'attesa, lo 0,4% poiché impossibilitato ad assentarsi dal lavoro, lo 0,3% sperava in una risoluzione spontanea del problema, lo 0,2% per paura delle cure mediche. Nelle Regioni del Sud si riscontra la maggior quota di rinunce (11,2%): l'8,5% dei residenti rinuncia per motivi economici e l'1,2% per le liste d'attesa. Al Centro rinuncia il 7,4% (4,8% per motivi economici e

1,1% per le liste d'attesa) dei residenti e al Nord il 4,1% (2,6% per motivi economici, 0,4% per impossibilità ad assentarsi dal lavoro e 0,3% per le liste d'attesa).

Tab. n. 8-Quota di rinuncia alle cure, per tipo di rinuncia



Fonte: 11° Rapporto Sanità – L'universalismo diseguale, CREA Sanità, 2015

Professionisti sanitari e cittadini penalizzati dallo spreco di risorse

Il settore della sanità in termini allocazione e ripartizione delle risorse è tra le aree della pubblica amministrazione, quello più soggetto a costanti misurazioni e controlli, formalizzate dagli assetti normativi che si sono succeduti negli anni.

Ma, data l'intrinseca complessità, è anche tra quelli maggiormente esposti al rischio di inefficienza e corruzione, a causa del peso del finanziamento pubblico del settore nei budget regionali.

Da un lato, si tratta di uno dei settori più rilevanti in termini di spesa pubblica, la cui consistenza è accresciuta negli ultimi due decenni, come dimostra l'aumento significativo della spesa regionale rispetto a quella dello Stato e degli enti locali. Dall'altro, la sanità è caratterizzata da una importante porzione di spesa che è meno rigida, perché legata agli acquisti di beni e servizi. Si tratta, dunque, di un settore in cui grandi quantità di denaro vengono gestite da decisioni amministrative, che si rinnovano frequentemente, dunque esposte ai tentativi di condizionamento, che possono assumere varie forme: spese inutili, contratti conclusi senza gara, gare svolte in modo poco trasparente, assunzioni e inquadramenti illegittimi, falsità e irregolarità nella prescrizione di farmaci e simili, inadempimenti e irregolarità nell'esecuzione dei lavori e nella fornitura di beni.

La dimensione della spesa, naturalmente, non è di per sé significativa di cattiva qualità della stessa. Tuttavia, nella valutazione dei dati della contabilità sanitaria è opportuno muoversi con cautela.

Che cosa è spreco per la letteratura

Numerosi gli autori che hanno approfondito in modo rilevante il concetto di spreco in sanità. Solo per fare qualche esempio, Don Berwick, Piero Giarda, Giuseppe Perrella e molti altri ...

Cittadinanzattiva ha approfondito il tema attraverso una importante analisi della letteratura. Le fonti consultate sono state numerose. Ad esempio: Evidence – Disinvestire e riallocare: la chiave per la sostenibilità del SSN, marzo 2015, GIMBE; Dinamica, struttura e criteri di governo della spesa pubblica: un rapporto preliminare di Piero Giarda, 2013; Glocus: sanità e Spending review (2014); La variabilità dei costi dei beni e servizi non sanitari (nov. 2010) Cernib; Alla ricerca di standard per la sanità federalista (2010) Cerm; Inaugurazione dell'Anno giudiziario 2015, Corte dei Conti; Intervento di Francesco Bevere, presentazione Libro Bianco, 2014;

Transparency International Italia in collaborazione con ISPE Sanità 2012; ISPE: Libro Bianco sulla corruzione in sanità, 2014; AGENAS: Monitor 35 – 2014 – elementi di analisi e osservazione del sistema salute.

Dopo un’attenta analisi delle fonti, il team di lavoro ha costruito una sinossi critica delle principali categorie di spreco.

Qui di seguito una tavola sinottica relativa alle principali macro - categorie di spreco evinte:

Tab. 9 – Categorie di spreco, analisi della letteratura

Sovra e sotto – utilizzo di interventi sanitari inefficaci ed inappropriati
Acquisto a costi eccessivi di tecnologie sanitarie e beni/servizi non sanitari
Complessità amministrative (disorganizzazione, duplicazione)
Innovazione - Utilizzo di modi di produzione antichi chiaramente più inefficienti (e quindi più costosi) di quelli che si avrebbero utilizzando le tecnologie più avanzate e innovative
Progettazione di opere incomplete o mancato completamento di opere iniziate, tempi di esecuzione superiore ai tempi programmati
Errori medici
Gestione di dotazioni, beni e servizi
Inappropriatezza
Spreco di tempo
Non rispetto standard di qualità
Allocazione delle risorse
Corruption

Fonte: I due volti della sanità, tra sprechi e buone pratiche, la road map per la sostenibilità vista dai cittadini, Cittadinanzattiva, 2016

Sovra e sotto – utilizzo di interventi sanitari inefficaci ed inappropriati¹⁵

La definizione di Piero Giarda è collocabile all'interno di questa categoria come: *“utilizzo di fattori produttivi in misura eccedente/scarsa la quantità necessaria”*¹⁶.

Perrella nel suo testo *“La Caccia e la lotta agli sprechi in sanità, metodi e strumenti operativi per le strutture sanitarie pubbliche e private”* individua *lo spreco per sovrapproduzione* (es. indagini diagnostiche non necessarie; sovradimensionamento set chirurgici; utilizzo di apparecchiature.

Ad esempio, analizzatori sovradimensionati, anche se il laboratorio riceve pochi campioni al giorno; sovraccarico dei magazzini aziendali per incapacità di gestire preventivamente), come anche *lo spreco per processo* (es. attività ridondanti e ripetute, prescrizioni inappropriate di indagini diagnostiche, ecc.). Sotto declinazione di questa categoria è *lo spreco per medicina difensiva* (esami inutili, ipermedicalizzazione ...) ¹⁷ .

Importante voce nel determinare sprechi di risorse ed inefficienze di processo è **l'acquisto a costi eccessivi di tecnologie sanitarie e beni/servizi non sanitari**¹⁸, che aprono il capitolo della correttezza del setting informativo e procedurale delle gare d'acquisto.

Le complessità amministrative (disorganizzazione, duplicazione)¹⁹ sono un'altra rilevante categoria che è possibile sostanziare con la già menzionata definizione di Perrella di *spreco*

¹⁵GIMBE: Evidence – Disinvestire e riallocare: la chiave per la sostenibilità del SSN, marzo 2015

¹⁶Piero Giarda *Dinamica, struttura e criteri di governo della spesa pubblica: un rapporto preliminare* di Piero Giarda, 2013

¹⁷GIMBE: Evidence – Disinvestire e riallocare: la chiave per la sostenibilità del SSN, marzo 2015

¹⁸GIMBE: Evidence – Disinvestire e riallocare: la chiave per la sostenibilità del SSN, marzo 2015

¹⁹GIMBE: Evidence – Disinvestire e riallocare: la chiave per la sostenibilità del SSN, marzo 2015

di processo, ovvero attività ridondanti e ripetute, prescrizioni inappropriate di indagini diagnostiche, ecc.

Spreco per trasporto è un'altra sotto declinazione delle complessità amministrative. Per spreco per trasporto si intende gli spostamenti all'interno delle strutture ospedaliere organizzate in padiglioni, e non in monoblocco, oppure un errato layout degli ospedali, un'organizzazione del lavoro che non prevede precise sequenze di ecc.²⁰ *L'inadeguato coordinamento dell'assistenza*²¹ può essere considerato la "cinghia di trasmissione" del mal funzionamento della complessità amministrativa.

Innovazione - Utilizzo di modi di produzione antichi chiaramente più inefficienti (e quindi più costosi) di quelli che si avrebbero utilizzando le tecnologie più avanzate e innovative²². Per Pietro Giarda molto diffuso è questo tipo di spreco, nonostante invece la sanità, a macchia di leopardo, presenti punte di eccellenza tecnologica talvolta anche utilizzate appropriatamente.

Perrella definisce questa tipologia come *spreco per mancanza di innovazione tecnologica e organizzativa* in quanto la mancata innovazione può essere un importante fonte di spreco e di mancato valore per il cittadino utente.

Il campo di edilizia sanitaria è da sempre considerata un'area di grande possibilità di efficientamento. **La progettazione di opere incomplete o mancato completamento di opere iniziate, tempi di esecuzione superiore ai tempi programmati**²³ è uno dei temi portanti della analisi di Giarda sul malfunzionamento del sistema Paese.

²⁰Giuseppe Perrella, Riccardo Leggeri, "La Caccia e la lotta agli sprechi in sanità, metodi e strumenti operativi per le strutture sanitarie pubbliche e private", Franco Angeli, 2007

²¹GIMBE: Evidence – Disinvestire e riallocare: la chiave per la sostenibilità del SSN, marzo 2015

²²Piero Giarda Dinamica, struttura e criteri di governo della spesa pubblica: un rapporto preliminare di Piero Giarda, 2013

²³Piero Giarda Dinamica, struttura e criteri di governo della spesa pubblica: un rapporto preliminare di Piero Giarda, 2013

Gli errori medici, dovuti a non aggiornamento professionale o a medicina difensiva sono un'altra categoria di spreco di risorse e di qualità e tempo di vita dei pazienti²⁴. Un altro grande capitolo di spreco è quello della **gestione di dotazioni, beni e servizi**, una partita che se organizzata in modo più efficiente potrebbe far risparmiare numerose risorse. Solo il documento "Analisi delle spese regionali Istat 2012, pubblicate a giugno 2014, individuano una spesa regionale di circa 6 mld di euro per la voce acquisto di beni e servizi.

Le declinazioni che la letteratura ha elaborato di questa rilevante area di spreco sono numerose:

- *Spreco per scorte*,²⁵ ovvero letti non occupati o con basso indice di rotazione, farmaci accumulati; ordini, materiali di consumo, presidi ospedalieri in lotti superiori al fabbisogno, ecc ...
- *Spreco per movimenti*,²⁶ ovvero movimenti del personale e percorsi o azioni che non producono valore, per lo più dovuti al layout mal disegnati o a strutture sovradimensionate o a non razionale distribuzione dei servizi sul territorio ...
- *Spreco per trasporto*,²⁷ ovvero strutture ospedaliere organizzate in padiglioni, e non in monoblocco, errato layout degli ospedali, organizzazione del lavoro che non prevede precise sequenze, ecc ...

²⁴Giuseppe Perrella, Riccardo Leggeri, "La Caccia e la lotta agli sprechi in sanità, metodi e strumenti operativi per le strutture sanitarie pubbliche e private", Franco Angeli, 2007

²⁵Giuseppe Perrella, Riccardo Leggeri, "La Caccia e la lotta agli sprechi in sanità, metodi e strumenti operativi per le strutture sanitarie pubbliche e private", Franco Angeli, 2007

²⁶Giuseppe Perrella, Riccardo Leggeri, "La Caccia e la lotta agli sprechi in sanità, metodi e strumenti operativi per le strutture sanitarie pubbliche e private", Franco Angeli, 2007

²⁷Giuseppe Perrella, Riccardo Leggeri, "La Caccia e la lotta agli sprechi in sanità, metodi e strumenti operativi per le strutture sanitarie pubbliche e private", Franco Angeli, 2007

- *Attribuzione di incarichi di consulenza , inquadramento di personale ed esercizio di attività intramoenia/extramoenia*²⁸
- *Ingerenza della politica*²⁹

L'inappropriatezza, madre di tutte le allocazioni errate. Per Perrella si traduce in *inappropriatezza delle prestazioni ospedaliere, di ricoveri*. In questo senso lo strumento del PDTA (Percorso diagnostico terapeutico assistenziale) è lo strumento per la gestione delle carenze nella continuità del percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale e nelle carenze di interazione tra professionisti, discipline, competenze, specialità operanti nei diversi contesti tra ospedale, cure primarie, servizi sociali.

Il tempo, l'unica risorsa che davvero non si recupera più una volta mal gestita. Lo **spreco di tempo**³⁰ è letta da Perrella in termini di attese dei lavoratori e conseguente mancata produttività, attese del cittadino utente, che oltre a generare sprechi, producono disagi ai cittadini, aumenti del rischio clinico e possibile e conseguenti danni.

Anche il **non rispetto standard di qualità** genera spreco perché a fronte di programmazione di investimenti che prevedono una pattuita qualità, le liquidazioni³¹ per prestazioni sanitarie erogate non rispettose di quanto stabilito in sede di programmazione e difforme nei prefissati indici di qualità genera un' allocazione delle risorse che non porta beneficio e qualità al cittadino.

Da punto di vista macro economico, Pietro Giarda³² individua **nell'allocazione delle risorse** un punto nevralgico di spreco di risorse

²⁸Corte dei Conti, apertura dell'anno giudiziario 2015

²⁹Trasparency International Italia in collaborazione con ISPE Sanità 2012

³⁰Giuseppe Perrella, Riccardo Leggeri, "La Caccia e la lotta agli sprechi in sanità, metodi e strumenti operativi per le strutture sanitarie pubbliche e private", Franco Angeli, 2007

³¹Corte dei Conti, apertura dell'anno giudiziario 2015

³²Piero Giarda Dinamica, struttura e criteri di governo della spesa pubblica: un rapporto preliminare di Piero Giarda, 2013

pubbliche nei seguenti casi: *quando il mix dei programmi di spesa pubblica non si adegua (o si adegua con ritardo) ai mutamenti della domanda e dei bisogni della collettività; quando l'avvio di nuovi programmi di spesa non sono preceduti da o che non passano il test di benefici superiori ai costi; quando le iniziative di spesa avviate in funzione anti-ciclica sono realizzate con spese di durata permanente, anziché con programmi di spesa a termine.*

Un'altra rilevante declinazione dello spreco è la **corruzione**³³, **intesa come corruption**, ovvero “quegli atti, al limite della illegalità, di inefficienza arbitraria o mis-uso delle risorse pubbliche”³⁴.

E su questo l'analisi della Corte dei Conti è fonte certificata ed autorevole.

L'inaugurazione dell'anno giudiziario della Corte dei Conti infatti tenutasi a febbraio 2015 ha confermato che nel 2014 sono state emesse 74 sentenze delle Sezioni giurisdizionali del Consiglio di Stato per un importo complessivo di oltre 24 milioni di euro a titolo di risarcimenti per danni erariali (100 persone fisiche).

Tra le fattispecie oggetto di pronuncia figurano danni accertati in relazione alla:

- illegittima attribuzione di incarichi di consulenza;
- acquisti di materiale informatico mai utilizzato;
- realizzazione di un reparto utilizzato solo per pochi anni, poi chiuso e successivamente demolito;
- vari casi di irregolarità nell' inquadramento di personale;
- prestazioni eseguite, illecitamente, oltre il limite costituito dalla “capacità operativa massima” (COM) che hanno comportato maggiori esborsi a carico del SSN;
- l'ammanto di denaro presso la cassa di un'ASL (per oltre 182 mila euro di danno addebitato).

³³GIMBE: Evidence – Disinvestire e riallocare: la chiave per la sostenibilità del SSN, marzo 2015

³⁴<http://www.ispe-sanita.it/>

- omessa attuazione di campagne di screening per la diagnosi precoce di tumori femminili dovuti alla mancata;
- utilizzazione delle apposite strumentazioni;
- vari casi di irregolarità nell'esercizio di attività intramoenia o extramoenia;
- errori medici;
- illecite liquidazioni di prestazioni sanitarie erogate in violazione dei principi statuiti in sede di programmazione e in difformità dei prefissati indici di qualità

Di seguito, alcuni esempi di sentenze di appello:

- sentenza 252/2014 per 2,2 milioni di euro ai danni dell'ASL n.4 di Cosenza.

E' una truffa per fatture emesse dal Centro ortopedico meridionale S.r.l. per la fornitura di presidi ortopedici, truffa posta in essere dall'amministratore unico del Centro ortopedico in concorso con vari dirigenti e impiegati dell'ASL n. 4

- nove sentenze della Sezione siciliana d'appello per oltre 16,2 milioni di euro per tipologie di danno.

Si tratta di irregolarità nell'accreditamento di una struttura per l'erogazione di prestazioni di altissima specialità nel settore diagnostica per immagini e radioterapia oncologica, per un risarcimento determinato in oltre 15,2 milioni di euro (sentenza n. 117/2014); irregolari conferimenti di incarichi e illeciti nel "potenziamento" del servizio di soccorso "118".

Queste sentenze sono quelle accertate a cui debbono aggiungersi provvedimenti ancora in corso di definizione, nonché le costanti indagini della guardia di finanza che indicano un fenomeno attualmente ancora sommerso.

Spreco in sanità, come lo raccontano i media

Il media, la cinghia di trasmissione tra il fenomeno e la sua percezione diffusa. Media, spreco di risorse sui servizi per la salute delle persone, pubblica opinione. Ci siamo interrogati su questo, analizzando come i più importanti quotidiani nazionali hanno interpretato il concetto di “spreco in sanità”, tra il 2014 ed il 2015.

Dei circa 300 articoli analizzati di quotidiani, circa 203 riportavano denunce palesi di spreco. Questo tema è stato categorizzato in base alle 3 categorie delle segnalazioni di spreco giunte a Cittadinanzattiva: dotazioni strumentali, risorse umane, beni e servizi. Il 49% degli articoli denuncia sprechi dovuti a cattiva gestione di beni e servizi da intendersi come spreco di farmaci, inappropriatezza degli esami, accesso non razionale alle cure. Il 23% invece punta il dito sulle dotazioni strumentali non funzionanti o funzionanti a scarto ridotto. Per il 28% dei media nazionali lo spreco è nella cattiva gestione delle risorse umane.

3. La raccolta di segnalazioni sullo spreco in sanità dal punto di vista dei cittadini

La lotta agli sprechi in sanità rappresenta una esigenza prioritaria per garantire e tutelare il Diritto alla Salute contemplato nella nostra Costituzione.

Eliminare o ridurre gli sprechi significa anche migliorare la qualità dell’assistenza dei pazienti, soprattutto in termini di efficienza,

efficacia e sicurezza, riducendo il rischio di ritardi ed errori, con un guadagno di salute per il cittadino.

L'attenzione agli sprechi, nel campo della sanità, diventa anche una necessità imposta dalle risorse limitate, ma è importante verificare che l'utilizzo, la programmazione e l'organizzazione degli interventi ed il coordinamento dell'assistenza siano adeguati. Sprecare in sanità significa porre in essere anche interventi inefficaci o inappropriati che ledono i diritti dei pazienti, come il diritto ad evitare le sofferenze ed il dolore non necessari, a causa di una organizzazione inefficiente; o il non rispetto del tempo dei pazienti, vanificando anche eventuali aspettative di cura.

Alla luce del contesto attuale, rappresentato nel capitolo introduttivo e dalle segnalazioni che quotidianamente giungono dai cittadini, Cittadinanzattiva ha avviato un'attività **di raccolta di segnalazioni per catalogare esempi concreti di spreco. dal punto di vista di chi ogni giorno vive e subisce situazioni in cui vede sperperare risorse del nostro Servizio Sanitario Nazionale.** Abbiamo voluto raccogliere testimonianze ed esperienze da parte degli attivisti di Cittadinanzattiva presenti quotidianamente nelle ASL del nostro Paese, di Associazioni di pazienti, di singoli cittadini e di personale sanitario. Ciò al fine di catalogare esempi concreti di spreco secondo l'ottica dei cittadini per una migliore efficienza del Servizio Sanitario Nazionale.

Le tappe del lavoro e la metodologia utilizzata per la raccolta di segnalazioni sullo spreco in sanità

Per poter istruire e svolgere l'attività di raccolta di segnalazioni, sono stati previsti i seguenti step:

- costituzione di un tavolo di lavoro;
- messa a punto di uno strumento di rilevazione;
- raccolta dati;
- analisi dei dati e delle informazioni ottenute.

Il tavolo di lavoro

Il Tavolo di Lavoro è stato costituito nel novembre 2013 con l'obiettivo di avviare uno spazio di riflessione, condivisione e confronto tra soggetti con competenze e saperi diversi sul tema. Il Tavolo è stato composto da rappresentanti del mondo istituzionale, società scientifiche, associazioni di persone affette da patologia cronica, e rappresentanti di Cittadinanzattiva regionali.

Hanno partecipato: AIOP – Associazione Italiana Ospedalità Privata, ANMAR-Associazione Nazionale Malati Reumatici, Cittadinanzattiva Lazio, Cittadinanzattiva Veneto; FARE – Federazione delle Associazioni Regionali degli Economisti e Provveditori della Sanità, Farmindustria, Federfarma, Federsanità ANCI, FIASO – Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, FIMP – Federazione Italiana medici Pediatri, SIFO – Società Italiana di Farmacia Ospedaliere e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie.

I partecipanti hanno fornito supporto tecnico alla costruzione degli indicatori per lo strumento di rilevazione.

Hanno inoltre partecipato all'impostazione delle attività: ACOI – Associazione Chirurghi Ospedaliere Italiani, AIMA-Associazione Italiana Malati di Alzheimer, AUSL di Bologna, ASL Roma E, CARD – Confederazione Associazioni Regionali di Distretto.

Lo strumento di rilevazione

Le principali fonti bibliografiche dalle quali si è partiti per selezionare le macroaree più appropriate alla raccolta delle segnalazioni sono state: i 14 diritti della Carta europea dei diritti del malato, le segnalazioni dei cittadini e delle Associazioni presentate nei rapporti PiT Salute e CnAMC, i dati dei rapporti Audit Civico, e Osservatorio civico sul federalismo in sanità di Cittadinanzattiva, dati istituzionali (Istat, Farindustria, OECD, Corte dei Conti, ecc.).

Per la rilevazione è stata messa a punto una *Scheda di registrazione* composta da una parte descrittiva, realizzata per raccogliere:

- il tipo di spreco segnalato in modo più ampio ed allo stesso tempo puntuale e dettagliato;
- idee e suggerimenti per ridurre quello spreco;
- il luogo in cui avveniva lo spreco (es. Comune, Provincia, Regione, ecc.) ed il contesto di riferimento (es. area ospedaliera, area distrettuale/territoriale, area della programmazione, ecc.).

Si è scelto inoltre di inserire nella scheda alcune “voci” che hanno permesso di analizzare e classificare il tipo di spreco indicato. Nello specifico:

- l’individuazione delle possibili causa di spreco
- il diritto violato nella Carta europea dei diritti del malato
- quale livello istituzionale sarebbe dovuto intervenire per rimuovere o controllare quella situazione di spreco.

Per la raccolta delle segnalazioni è stato infine messo a punto un *form on line* sul sito di Cittadinanzattiva, accessibile a tutti i cittadini.

La raccolta dati

Sono stati coinvolti nella raccolta di segnalazioni gli attivisti delle sedi regionali e territoriali del Tribunale per i diritti del malato e delle Assemblee territoriali di Cittadinanzattiva, le Associazioni di

pazienti con patologie croniche e rare appartenenti al CnAMC (Coordinamento nazionale delle malattie croniche).

I canali mediatici di Cittadinanzattiva (sito della nostra associazione e newsletter) sono stati in particolar modo utilizzati per informare cittadini ed operatori sanitari dell'iniziativa e per invitarli a segnalare esempi di spreco rilevati attraverso l'esperienza quotidiana.

Da aprile 2014 ad aprile 2015 attivisti di Cittadinanzattiva, Associazioni di pazienti, cittadini ed operatori sanitari, si sono mobilitati per osservare con occhi attenti situazioni di spreco in sanità.

L'analisi dei dati e delle informazioni ottenute

Dalle segnalazioni registrate nel *form on line* fino al trenta aprile 2015, è stata effettuata una prima analisi al fine di categorizzare quelle che in modo più concreto, dettagliato e documentato si riferissero a situazioni di spreco.

Sono state quindi ritenute valide 104 segnalazioni di spreco. Di queste ne è stata verificata la fondatezza anche ricontattando in diversi casi i segnalanti ed accertando che, **nel mese di giugno 2015** fosse ancora in atto la condizione di spreco evidenziata e non fossero stati presi provvedimenti o avviate misure per ridurre o eliminare la situazione segnalata.

Le segnalazioni, attraverso una analisi qualitativa sul testo, sono state classificate secondo tre macroaree: *utilizzo di dotazioni strumentali e di strutture sanitarie; erogazione di servizi e prestazioni; gestione delle risorse umane.*

In questo capitolo, quindi, sono riportate condizioni di spreco, segnalate dai cittadini nell'arco di tempo compreso tra aprile 2014 e aprile 2015 e che a giugno 2015 risultavano ancora irrisolte.

Valori e limiti

I dati raccolti non sono un campione statistico sufficientemente rappresentativo, tuttavia non diminuiscono il valore del lavoro di analisi svolto.

La raccolta di segnalazioni qui presentata è un esempio di informazione civica "produzione da parte dei cittadini e sulla base

del loro punto di vista, di informazioni a partire da dati raccolti direttamente o indirettamente ed orientata alla trasformazione della realtà nella direzione di un aumento della effettiva tutela dei diritti dei cittadini e di una realizzazione delle condizioni a ciò connesse³⁵.

Le informazioni contenute in questo capitolo, pertanto, non possono essere considerate come rappresentative dei casi di spreco in ambito sanitario, ma piuttosto come indicatori, elementi, questioni o situazioni di maggior rilievo dal punto di vista dei cittadini, utili ad offrire ad istituzioni, decisori ed amministratori uno strumento di ri-orientamento delle politiche, volto ad una migliore efficienza dei servizi.

I dati raccolti

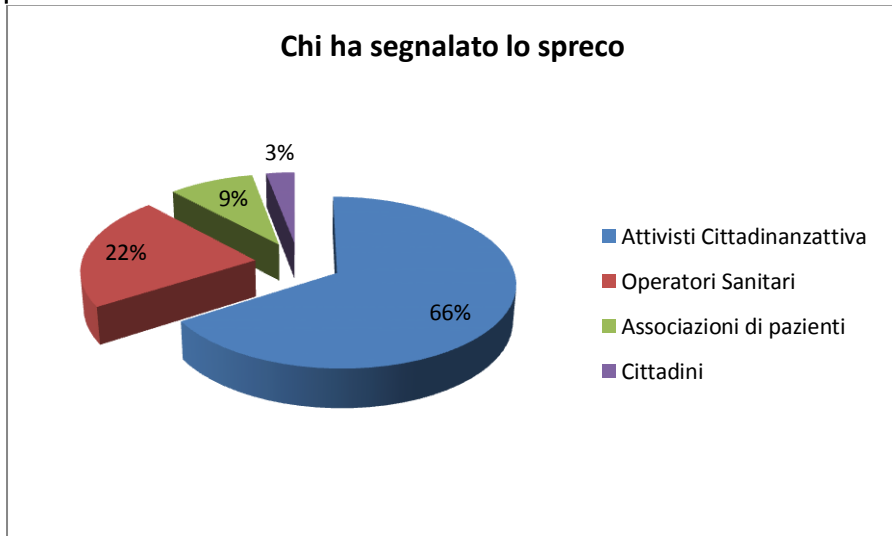
La raccolta di segnalazioni ha visto il coinvolgimento di singoli cittadini, operatori sanitari, Associazioni di pazienti, attivisti di Cittadinanzattiva.

A loro va il nostro più sentito ringraziamento per l'impegno. In particolare ci fa molto piacere poter sottolineare il senso civico di chi, con l'intenzione di provare a migliorare un Servizio Sanitario Nazionale che è un bene comune e quindi "di tutti", si è impegnato in prima persona raccontando la propria evidenza.

Le segnalazioni sono giunte per il 66% da attivisti di Cittadinanzattiva e da operatori sanitari, per il 22%. Per il 9% da Associazioni di pazienti che hanno portato l'esperienza e la competenza di chi, più di chiunque altro, vive giorno per giorno in continua interrelazione con servizi e figure del Servizio Sanitario. Il 3% delle segnalazioni giunge da singoli cittadini.

³⁵ G. Moro, Manuale di Cittadinanza attiva, Carocci Editore, 1998

Fig.1 – Chi ha partecipato alla raccolta di segnalazioni sullo spreco, in percentuale



I due volti della sanità, tra sprechi e buone pratiche, la road map per la sostenibilità vista dai cittadini, Cittadinanzattiva, 2016

I diritti violati dallo spreco

Nella compilazione della *Scheda di registrazione* è stato chiesto ai cittadini quale fosse, tra i diritti della Carta Europea del malato quello che, con lo spreco segnalato, veniva più fortemente violato. Il diritto indicato più volte è stato “diritto al rispetto degli standard di qualità ”(14,7%) con, a seguire, il diritto al rispetto del tempo (14%).

Ancora, le situazioni perpetuate di spreco ledono il diritto alla sicurezza delle cure³⁶ (11,6%) ed ostacolano il diritto all’accesso ai servizi sanitari (10,9%).

Questi primi quattro diritti menzionati esprimono già il senso di ciò che per i cittadini rappresenta lo spreco. Pensiamo per es. ai soli

³⁶Il diritto alla sicurezza recita: Ogni individuo ha diritto a non subire danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari o da errori medici e trattamenti sanitari che garantiscono elevati standard di sicurezza

macchinari rotti e che non vengono riparati in tempi congrui– una delle categorie messe più in evidenza da coloro che hanno segnalato.

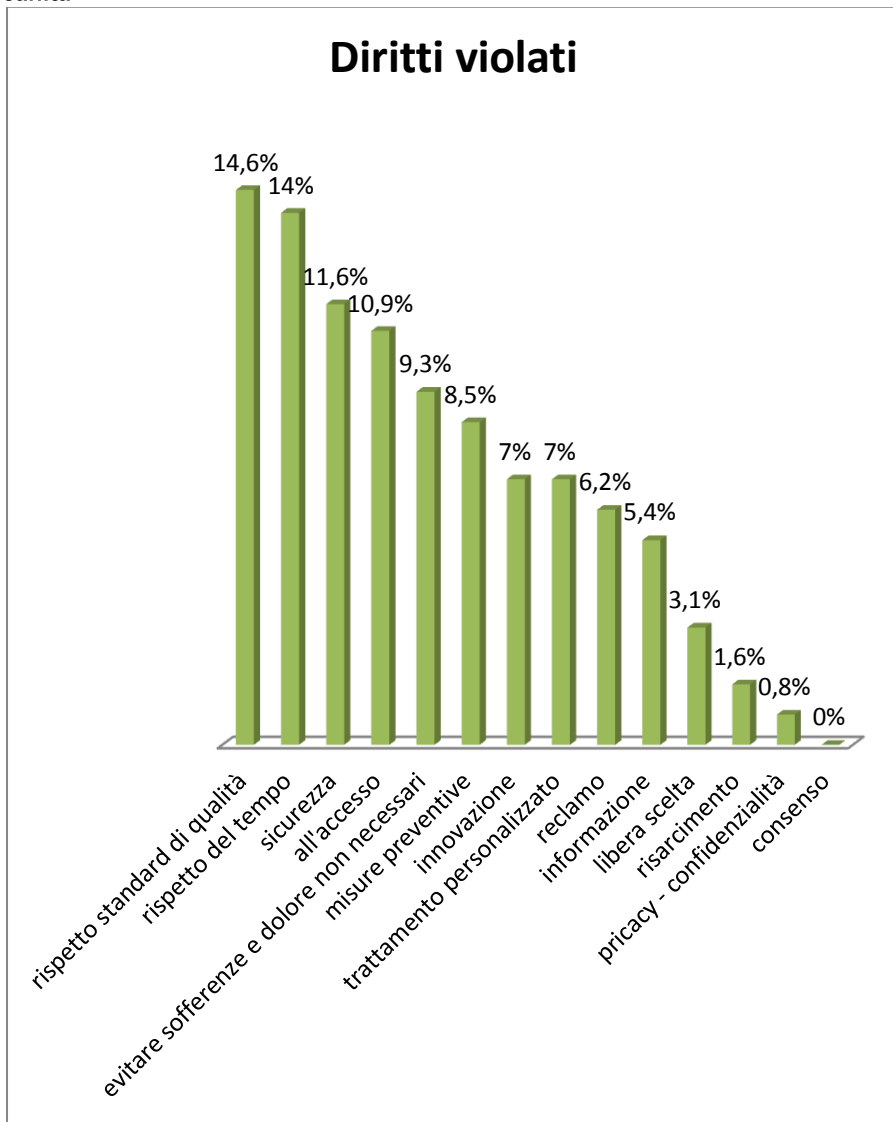
Situazioni che, oltre ad evidenziare uno spreco di risorse, indicano una grave limitazione all' accesso del Servizio Sanitario; evidenziano standard di qualità non adeguati; determinano una serie di conseguenze per il tempo di cura dei pazienti che quindi si allungano e potrebbero comportare il rischio di subire danni alla salute.

Ancora, per il 9,3% lo spreco viola il diritto ad evitare sofferenza e dolore non necessari. Diritto interpretato qui con una visione più ampia che non riguarda soltanto il *“ridurre quanta più sofferenza possibile in ogni fase della malattia”*, ma evitare/diminuire la sofferenza, la fatica o la difficoltà per una burocrazia inutile e superflua, per informazioni non corrette o fornite in modo frammentario tra diversi servizi/dipartimenti; la sofferenza e la rabbia che deriva dal sentirsi chiudere le porte in faccia, molto spesso a causa della disorganizzazione dei servizi stessi.

Alcune tipologie di spreco, inoltre, violano il diritto a misure preventive (8,5%) ed all'innovazione (7%). Diverse sono, per esempio, le segnalazioni che ritengono uno spreco di tempo e di risorse da parte dei servizi pubblici non investire nella salute dei cittadini: non promuovendo, per esempio, campagne di prevenzione ed informazione (su fumo da sigaretta, stili di vita, alimentazione, sport e movimento, ecc.), implementando la medicina di iniziativa, credendo poco ed investendo ancora meno nella salute dei cittadini sui territori (attraverso per esempio l'implementazione di forme di assistenza primaria o servizi che garantiscano la continuità assistenziale). Un Servizio Sanitario Nazionale che non utilizza ancora al meglio le nuove tecnologie (fascicolo sanitario elettronico, telemedicina, farmaci innovativi) o non mettendo in rete servizi e strutture tra loro, oltre che i cittadini.

Episodi/situazioni di spreco non permettono, inoltre, di garantire il diritto ad un trattamento personalizzato (7%) attraverso programmi diagnostici e terapeutici, cioè, adatti alle esigenze personali. Ancora, lo spreco lede il diritto al reclamo (6,2%), all'informazione (5,4%), alla libera scelta (3,1%). Solo nel 1,6% dei casi si segnala il diritto al risarcimento e nello 0,8% il diritto alla privacy ed alla confidenzialità.

Fig. 2 – I diritti della Carta europea dei diritti del malato violati dallo spreco in sanità



I due volti della sanità, tra sprechi e buone pratiche, la road map per la sostenibilità vista dai cittadini, Cittadinanzattiva, 2016

Le principali cause di spreco secondo i cittadini

Per la compilazione della *scheda di registrazione* è stato inoltre chiesto di scegliere, se presente, la causa di spreco che più si avvicinava al caso segnalato.

Come si nota dalla tabella di seguito illustrata, la causa di spreco più frequentemente riportata attiene alla modalità di *gestione del personale sanitario* che, se *sovradimensionato o sottodimensionato* (in questo caso si intende in particolare il numero esiguo di operatori sanitari, causato anche dai tagli lineari e dal blocco del turn-over) non riesce a garantire adeguatamente la domanda di cure e servizi che i cittadini si attendono.

Al secondo posto sono tre le cause di spreco più rappresentate con un valore pari all'8,6%: la cattiva *allocazione delle risorse*, *l'inefficiente organizzazione dei servizi* e *l'acquisto di beni e servizi* non adeguatamente utilizzati.

Cattiva allocazione delle risorse spesso dovuta a programmazioni non oculati, per superficialità o incapacità di gestire le risorse disponibili; per politiche che sottendono tagli lineari o visioni a compartimenti stagni; per poca attenzione prestata alla specificità del territorio ed ai bisogni di salute della popolazione.

Organizzazione poco efficiente dei servizi anch'essa derivante da una non adeguata programmazione della rete socio – sanitaria e dell'effettivo efficientamento: per es. chiusura di reparti e posti letto che non garantiscono misure alternative di assistenza ai cittadini, o che non prevedono comunque il riutilizzo di macchinari ed attrezzature di quei servizi/reparti dismessi.

Per l'acquisto di beni e servizi non utilizzati si fa riferimento, per esempio, a gare d'acquisto effettuate in cui gli ausili acquistati non risultano adeguati o conformi alle esigenze dei cittadini, materiali per l'assistenza sanitaria (guanti, cateteri) di scarsa qualità, ecc.

La terza causa di spreco è *l'assenza di programmazione* che non consente in molti casi di intervenire in modo efficiente, efficace e, sovente, anche in modo tempestivo (8,2%).

Segue l'acquisto di attrezzature (strumenti diagnostici, *medical device*) sottoutilizzate o poco utilizzate, spesso anche a causa di

mancanza di formazione degli operatori sanitari o per l'assenza delle equipe (7,3%).

Il 6,5% riguarda *l'uso improprio di risorse*: ad esempio ospedali appena rinnovati ma destinati a chiudere per effetto del piano di riordino, come sta accadendo in Puglia; un primario ed uno staff al completo per un solo posto letto, in Campania ecc.

Il 6% delle cause di spreco segnalate dai cittadini si riferisce a *strutture sanitarie sottoutilizzate o inutilizzate*. Si tratta in particolare di ospedali, presidi ASL di nuova costruzione o ristrutturati che non sono completamente impiegati come, per es. reparti non funzionanti o spazi non sistemati per motivi di sicurezza, per cavilli burocratici, ma anche per la carenza di personale o assenza di medici specialisti formati, o altri operatori.

A seguire, cittadini ed operatori sanitari, segnalano poi cause che sono più strettamente connesse alla gestione amministrativa dei servizi come la *burocrazia inutile* (4,3%) o un *non adeguato coordinamento dei servizi* (3,0%) che, per le persone diventa non solo un ostacolo all'accesso, ma motivo di spreco di risorse economiche umane e di tempo tanto per il Servizio Sanitario che per l'utente stesso. Le *gare d'appalto* (3,4%), spesso svolte in modo centralizzato o più frammentato per ASL o distretto che tengono conto, nella maggior parte dei casi, del prezzo più basso piuttosto che della interrelazione tra costo e qualità del prodotto oltre che dell'esperienza di chi ha a che fare giorno per giorno con prodotti/ausili/*medical device*: cittadini, associazioni di pazienti, tecnici, medici ed operatori sanitari, ecc. Lo spreco, per il 2,6% di chi ha segnalato, si origina anche per *mancanza di procedure di controllo*, di monitoraggio o per assenza di verifiche sui processi, sugli obiettivi raggiunti o sui risultati attesi.

Ancora, i cittadini ritengono che sia i *ricoveri inappropriati* (come per es. occupare un posto letto nel fine settimana per poi svolgere l'intervento il lunedì successivo; o attendere giorni in un reparto per effettuare un particolare accertamento diagnostico o una prestazione); sia le strutture nelle quali vengono svolti *lavori di manutenzione* che si rilevano dopo tempo inefficaci (es. muri

scrostati a seguito di imbiancatura effettuata pochi mesi prima; riorganizzazione di reparti quando poi strumenti, come i campanelli per avvertire il personale vengono collocati troppo lontano rispetto alla possibilità che ha il paziente di raggiungerli, ecc.); sia il numero eccessivo di *nomine e primariati* (2,6%), siano uno spreco dal punto di vista finanziario e rappresentino una mancanza di rispetto per il Servizio Sanitario Nazionale che accoglie e cura, oltre che per i cittadini.

Il 2,2% imputa all' assenza dei *PDTA* o alla cattiva gestione degli stessi una delle cause che creano spreco. Qui si fa particolare riferimento alla necessaria implementazione dell'assistenza territoriale, alla dovuta integrazione tra strutture complesse e territoriali, al fatto che i *PDTA* non si usano in modo adeguato come strumento per facilitare i percorsi di cura o in modo integrato con il territorio. Troppo spesso, inoltre, i *PDTA* si attivano senza che il cittadino stesso sappia di trovarsi in un percorso assistito ben definito e programmato.

Spreco, inoltre, è tutto ciò che non permette di far fluire la macchina organizzativa, bloccando e disorientando i cittadini. Si fa in questo caso riferimento a: *difficoltà di accesso* per gli utenti ai servizi (2,2%), difficoltà nel ricevere o nel riuscire a trovare informazioni (1,7%), *mancata informatizzazione* dei processi (1,7%), organizzazione spesso macchinosa dei *servizi amministrativi* (1,7%).

Causa di spreco per i cittadini è l'utilizzo di *farmaci* (1,3%) quando per es. le confezioni (sciroppi, blister, fiale, ecc.)contengono quantitativi di poco superiori o inferiori rispetto alla terapia prescritta; o quando farmaci innovativi vengono sospesi in particolare per problemi di budget, comportando comunque indiretti al Servizio Sanitario Nazionale (trasporto della persona, impiego personale, ecc.)

La voce "*altro*" (1,3%) contiene vari elementi: dall'attenzione per l'assistenza territoriale ed un auspicato rafforzamento dell'assistenza primaria a tutto ciò che non favorisce il risparmio energetico; dalla necessità di ristrutturare e riutilizzare strutture

sanitarie abbandonate, all' attenzione alla promozione della salute della popolazione.

Vengono inoltre riportate come cause di spreco la mancanza di investimenti per migliorare prestazioni, servizi e strutture del nostro Servizio Sanitario ed investimenti effettuati in modo poco oculato o inappropriato (1,3%).

Per finire, altre fonti di spreco riguardano la *mancata partecipazione* di cittadini ed operatori sanitari nei percorsi decisionali (1,3%), la difficoltà ad ottenere in modo semplice o tempestivo la *documentazione sanitaria* o amministrativa(0,9%).

Un ultimo punto spetta alla *mobilità sanitaria* che è rappresentata come causa principale di spreco dallo 0,4% e che – come verrà approfondito nei paragrafi successivi - è stato un argomento trasversale emerso da numerosi casi segnalati, in particolare nel sud e nelle isole.

Tab.1 - Le principali cause di spreco in sanità secondo i cittadini

Le principali cause di spreco secondo i cittadini	%
Personale sovradimensionato sottodimensionato	9,1
Allocazione delle risorse	8,6
Organizzazione inefficace dei servizi	8,6
Acquisti beni/servizi non utilizzati	8,6
Assenza di programmazione	8,2
Attrezzature costose non utilizzate	7,3
Uso improprio di risorse	6,5
Strutture utilizzate/sottoutilizzate	6
Burocrazia inutile	4,3
Gare appalto	3,4
Coordinamento dei servizi	3
Valutazione/controlli	2,6
Regime di ricovero	2,6
Condizione/manutenzione delle strutture	2,6

Nomine e primariati	2,6
Assenza PDTA	2,2
Difficoltà nell'accesso ai servizi	2,2
Informazioni/segnalazioni	1,7
Mancata informazione dei processi	1,7
Servizi amministrativi	1,7
Farmaci	1,3
Altro	1,3
Investimenti	1,3
Mancata partecipazione	1,3
Mancato accesso alla documentazione	0,9
Mobilità sanitaria	0,4
TOTALE	100

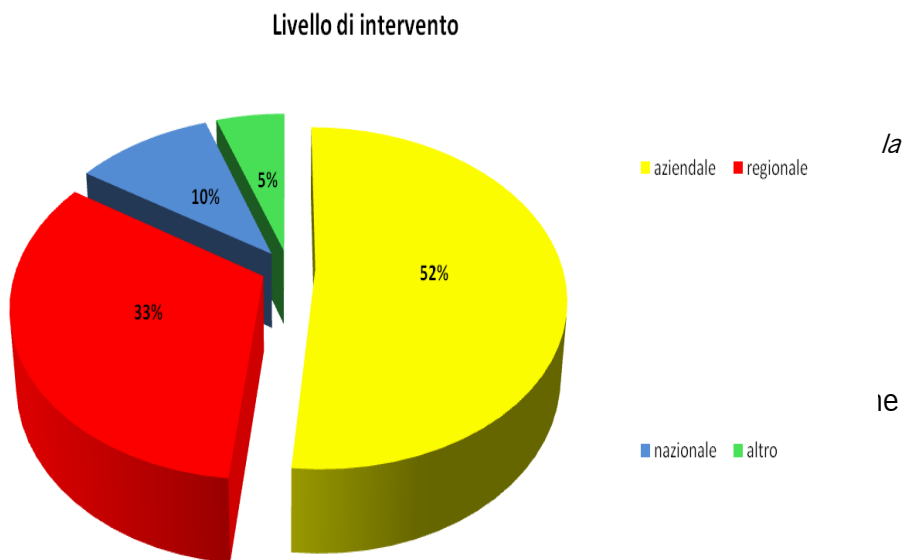
I due volti della sanità, tra sprechi e buone pratiche, la road map per la sostenibilità vista dai cittadini, Cittadinanzattiva, 2016

A chi compete la responsabilità di intervenire

Nella *scheda di registrazione* è stato chiesto di indicare l'istituzione a cui compete intervenire per far cessare la situazione di spreco.

Per il 52% è il livello Aziendale a dover adoperarsi, anche perché la maggior parte degli sprechi segnalati si riferisce ad esempi rilevati a livello territoriale (Servizi ASL, Presidi Ospedalieri, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari, Strutture sanitarie convenzionate, Strutture sanitarie private) che sono ovviamente quelli con cui più direttamente i cittadini si misurano quotidianamente. Il 33% ritiene che su molti dei casi segnalati anche la Regione potrebbe esercitare il proprio ruolo per controllare e prendere provvedimenti. Il 10% ritiene che anche il livello Nazionale (Ministero, AIFA, ISS, ecc.) abbia le proprie responsabilità se non si occupa di rimuovere situazioni di sperpero e spreco. Il 5% risponde altro.

Fig. 4 - Quale livello istituzionale dovrebbe intervenire per eliminare lo spreco segnalato



I due volti della sanità, tra sprechi e buone pratiche, la road map per la sostenibilità vista dai cittadini, Cittadinanzattiva, 2016

La categorizzazione degli esempi di spreco segnalati dai cittadini

Le segnalazioni sono state organizzate in tre grandi aree che definiscono in un certo senso dove, secondo il cittadino, si annida più visibilmente lo spreco all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

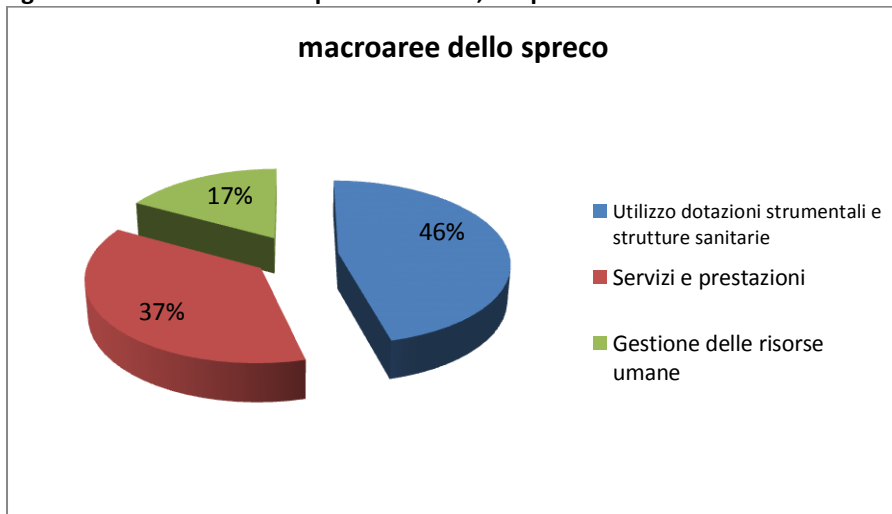
I tre ambiti rappresentano in generale, anche se in modo semplicistico, quella che possiamo definire la gestione e l'organizzazione dell'assistenza sanitaria.

Nella prima macroarea "**utilizzo di dotazioni strumentali e di strutture sanitarie**" si descrive lo spreco evidenziato dai cittadini che va dall'utilizzo di macchinari per la diagnosi e le terapie a strutture sanitarie i cui reparti/servizi/dipartimenti vengono sottoutilizzati o

non utilizzati (perché ancora non agibili nonostante le ristrutturazioni, per mancanza di personale, per sottodimensionamento o riduzione di servizi/dipartimenti, ecc.). La seconda macroarea “*servizi e prestazioni*” riguarda ciò che l’assistenza sanitaria eroga: da prestazioni diagnostiche e terapeutiche, all’erogazione di ausili e presidi. Si fa anche riferimento al costo della burocrazia ed ai servizi per la persona come la qualità dei cibi negli ospedali. Infine, la terza macroarea “*gestione ed organizzazione delle risorse umane*” riguarda l’ambito del personale sanitario ed amministrativo: che, per i cittadini, è fonte di spreco quando risulta in numero esiguo rispetto alle reali necessità dell’azienda, quando è in esubero ma appare carente rispetto all’erogazione di servizi e prestazioni, quando vengono attribuite consulenze all’ esterno, quando i compensi risultano eccessivi, quando non si provvede a svolgere controlli su obiettivi ed attività svolte.

Come riporta il grafico sottostante, lo spreco per macchinari diagnostici e strutture sanitarie sotto utilizzate o non utilizzate è l’ambito che vede più segnalazioni, il 46%. Segue la voce “servizi e prestazioni” (37%), ed in ultimo, la gestione del personale sanitario ed amministrativo (17%).

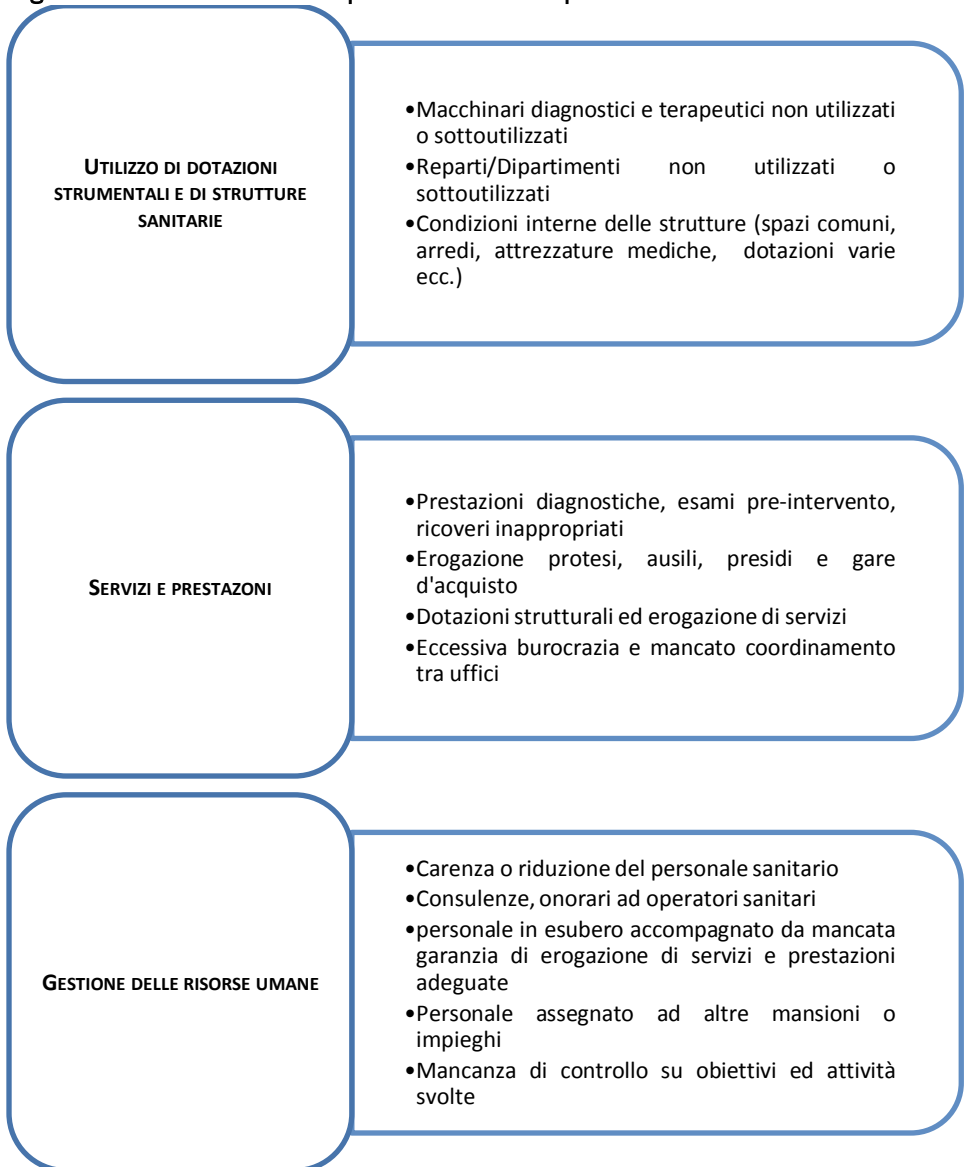
Fig. 5 – Le macroaree dello spreco in sanità, dal punto di vista dei cittadini



I due volti della sanità, tra sprechi e buone pratiche, la road map per la sostenibilità vista dai cittadini, Cittadinanzattiva, 2016

Di seguito un primo esperimento di mappatura dello spreco dal punto di vista dei cittadini.

Fig. 6 - Classificazione dello spreco in sanità dal punto di vista dei cittadini



I due volti della sanità, tra sprechi e buone pratiche, la road map per la sostenibilità vista dai cittadini, Cittadinanzattiva, 2016

Utilizzo di dotazioni strumentali e strutture sanitarie

In questo paragrafo riportiamo le segnalazioni di spreco da parte dei cittadini inerenti le dotazioni strumentali ed il relativo utilizzo, il mancato o ridotto impiego di strutture o reparti ospedalieri in ristrutturazione o di nuova costruzione, dotazioni interne delle strutture come beni ed arredi.

Si tratta di “storture” che caratterizzano il nostro Servizio Sanitario Nazionale all’interno delle Aziende Sanitarie con riferimento alla presenza di macchinari acquistati ma non utilizzati o parzialmente utilizzati; problematiche connesse all’esistenza di presidi e/o reparti edificati, spesso di nuova costruzione, agibili e provvisti di tutte le attrezzature necessarie ma che – purtroppo – rimangono inutilizzati o sono sottoutilizzati; condizioni interne delle strutture (come ad esempio spazi comuni, ascensori, scale, letti, ecc. mal funzionanti o che non garantiscono standard di qualità e sicurezza).

- ✓ Macchinari diagnostici e terapeutici non utilizzati o sottoutilizzati
- ✓ Reparti/Dipartimenti non utilizzati o sottoutilizzati
- ✓ Condizioni interne delle strutture (spazi comuni, arredi, attrezzature mediche, dotazioni varie ecc.)

Macchinari diagnostici inutilizzati o parzialmente utilizzati

La prima categoria riportata, “*macchinari diagnostici inutilizzati o parzialmente utilizzati*”, riguarda strumenti diagnostici, spesso di ultima generazione, acquistati dall’Azienda Sanitaria per un utilizzo “presumibilmente” finalizzato ad ottenere un miglioramento della *performance* in termini di qualità dell’assistenza - con garanzie anche in termini diagnostici e terapeutici - ma che si rivelano però inutilizzati, od utilizzati solo in maniera esigua comportando, di conseguenza, disfunzioni nella gestione della presa in carico ed assistenza dei pazienti.

Rientrano in tale categoria le segnalazioni relative prevalentemente a macchinari medici necessari soprattutto per la fase diagnostica che rimangono inutilizzati o sotto utilizzati dal personale sanitario, con ripercussioni a diretto carico del cittadino, che è costretto ad una riprogrammazione del percorso di cura, con l'emergere di possibili rischi in termini di tempistiche di diagnosi e di scelte cliniche successive.

I macchinari che più frequentemente risultano inutilizzati o parzialmente utilizzati sono TAC, Risonanza Magnetica, Ecografi.

Il primo aspetto che viene segnalato è il sotto utilizzo di questi macchinari diagnostici.

Un esempio riguarda l'Unità operativa complessa di Radiologia del Presidio Ospedaliero di Piedimonte Matese (CE) presso cui è presente una TAC di ultima generazione che, attivata con fatica dopo molti anni, risulta attiva soltanto per le persone ricoverate in ospedale e per lo più in modo parziale poiché non viene garantito il mezzo di contrasto.

“Nell'anno 2013 l'ASL di Caserta, tramite la CONSIP ha acquistato per l'UOC di Radiologia del P.O. di Piedimonte Matese un Tomografo computerizzato ottima 660, una TAC volumetrica veloce nell'acquisizione delle immagini e altrettanto veloce e performante nella costruzione tridimensionale, operativa anche per l'attività di Terapia Intensiva Cardiologica. Una versione di TAC multistrato a 64 scicle, un gioiello di tecnologia all'avanguardia per le TAC presenti nella Regione Campania. I lavori per l'installazione della tecnologia TAC sono iniziati il 04 giugno 2013, l'inaugurazione della TAC è avvenuta il 21 dicembre 2013. Purtroppo la TAC è operativa solo per le persone ricoverate nel P.O. di Piedimonte Matese ed effettua solo TAC senza mezzo di contrasto. Come è possibile che l'installazione di una TAC possa richiedere mesi di lavoro? Pratica solo TAC senza mezzo di contrasto, non si conosce la causa né i tempi per cui tale tecnologia non può svolgere esami anche con mezzo di contrasto.”

Come segnalato, l'impiego della TAC solo per esami senza mezzo di contrasto e solo per le persone ricoverate nel Presidio Ospedaliero potrebbe esporre i cittadini dell'Alto Matese a rischi e disagi inoltre,

non consente di intervenire efficacemente nella formulazione della diagnosi e nell'impostazione della terapia.

Una migliore programmazione e volontà aziendale di interventi efficaci e tempestivi potrebbero consentire di utilizzare la tecnologia TAC nel rispetto dei principi di appropriatezza, efficienza, efficacia e sicurezza e favorire l'utilizzo per i cittadini di tutto il territorio della provincia.

Un miglior utilizzo delle risorse umane e materiali potrebbe essere possibile con una ripartizione delle attività durante tutto l'arco della giornata.

Ciò consentirebbe di ammortizzare i costi delle apparecchiature in minor tempo e nel contempo con il miglior utilizzo anche delle risorse umane, una maggiore offerta dei servizi al cittadino e migliori soluzioni delle attese.

Ancora, presso l'Ospedale di Acireale, reparto di Radiologia, è presente un apparecchio per la risonanza magnetica che risulta in attività solo alcuni giorni della settimana.

“Da qualche anno c'è un apparecchio per la Risonanza Magnetica che funziona soltanto cinque mattine su sette ed è utilizzato solamente da pazienti ricoverati. Ora, a fronte di liste d'attesa per una RM dell'ordine dei dodici mesi, si verifica un insopportabile spreco di pubblico denaro. Quale la causa della sottoutilizzazione di un'attrezzatura tanto importante e tanto costosa? Continuiamo a sollecitare il Commissario Straordinario dell'ASP3 di Catania a provvedere ad un utilizzo più adeguato delle attrezzature e a soddisfare con sollecitudine la domanda di salute dei cittadini.”

Presso il poliambulatorio di Cagliari, viene segnalato il sotto utilizzo di molte apparecchiature mediche, a disposizione soprattutto per la fase diagnostica.

“Si verifica spesso un sotto utilizzo delle apparecchiature a disposizione di diagnostica per immagini, Risonanza Magnetica. TAC, Ecocardiogramma, ecografie, ecc..”

Il sotto utilizzo di macchinari medici può comportare anche una discriminazione del diritto di accesso all'assistenza sanitaria, poiché l'accesso alle prestazioni risulta essere garantito solo a pazienti ricoverati.

Questo crea una ingiustificata disparità di trattamento, generando una serie di disfunzioni organizzative che costringono i pazienti che accedono dall'esterno a doversi rivolgere altrove per poter veder garantito il proprio diritto alla cura e magari percorrere chilometri e affrontare spostamenti evitabili, e veder soddisfatta la propria domanda di salute.

Inoltre, una delle ripercussioni principali si ha sulle liste di attesa: i tempi si allungano a causa del deficit organizzativo (e questo, in un'ottica di contenimento della spesa, rappresenta sicuramente un fattore in negativo).

I cittadini, a costo di sacrifici finanziari, si vedono costretti ad "archiviare" il loro rapporto con la sanità pubblica che, a fronte di continue inefficienze – causate da un macchinario che si rompe o che rimane ingiustificatamente inutilizzato od utilizzato solo in presenza di una specifica equipe medica – non offre garanzie in termini di tempo e costi alla domanda di salute ed al bisogno di cura dei pazienti.

E la scelta, in simili casi, non può che essere quella più rapida, di rivolgersi al privato, con un dispendio di soldi e risorse non indifferente, perché i malati sono costretti a scegliere la soluzione più veloce per "assicurare" la propria salute ma anche la più costosa.

Un'altra tipologia di segnalazione riguarda, per esempio, l'installazione di *macchinari non utilizzati perché malfunzionanti*. Macchinari diagnostici o dispositivi medici innovativi, e quindi generalmente costosi, che risultano non utilizzati a causa di frequenti malfunzionamenti perché per il loro corretto utilizzo o riparazione risulta necessaria una particolare formazione.

Un esempio è ciò che si verifica al Policlinico Umberto I di Roma.

“I malati oncologici, in corso di cura radioterapica presso l'Istituto di Radiologia del Policlinico Umberto I di Roma, vengono rimandati a casa o in reparto di degenza perché la macchina di radioterapia ha un guasto e non viene riparata.

I medici non possono fare nulla e sono in attesa che i tecnici responsabili provvedano alle riparazioni necessarie.

La causa del ritardo nella riparazione non è stata comunicata. Non si sa se manchino i ricambi di alcuni componenti in avaria oppure non vengano installati per ragioni che non ci è dato sapere.

E' il caso, ancora, del sistema di teletrasmissione di elettrocardiogramma e di alcuni parametri vitali del servizio 118 di Grugliasco (TO) o degli ecografi acquistati presso il Presidio Ospedaliero Sirai (ASL Carbonia, CA)

“Sono stati installati sulle ambulanze di soccorso avanzato, dei dispositivi chiamati ortivus mobimed che fin da subito si sono rivelati inadatti rispetto le dinamiche dell'emergenza sia per complessità di utilizzo che per continui malfunzionamenti. Di conseguenza sono apparecchiature probabilmente molto costose ma inutilizzate/inutilizzabili.”

“Presso i PO Sirai sono stati acquistati otto ecografi.

Questi otto ecografi sono utilizzati soltanto da tre medici perché formati al loro utilizzo e in grado di redigere il referto.”

Nel caso segnalato dagli attivisti di Cittadinanzattiva Piemonte, il problema fondamentale è che trattasi di sistemi complessi (nel caso specifico si tratta di un sistema di teletrasmissione dell'elettrocardiogramma e dei principali parametri vitali, collegato alla rete tramite computer, per monitorare pazienti con sospetto infarto miocardico acuto e sindrome coronarica instabile e permette di trasmettere all'ospedale tutte le informazioni del paziente in tempo reale) che necessitano di una preparazione apposita sull'utilizzo e che rischiano di inficiare i tempi di attuazione e quindi di risposta alle esigenze e necessità di assistenzialismo dei malati. Si tratta anche di sprechi economici, poiché dei macchinari che potrebbero rivelarsi particolarmente utili ed efficienti nella fase di

soccorso rischiano di rimanere inutilizzati e rivelarsi inadatti rispetto alle dinamiche dell'emergenza, a fronte di personale sanitario "impreparato" e poco formato all'utilizzo degli stessi.

Nella maggior parte dei casi, di fronte ad apparecchiature non disponibili, anche per la mancanza di personale medico che sia in grado di utilizzarle, i pazienti si vedono costretti a spostarsi presso altri presidi.

Se in aggiunta ci si sposta fuori provincia o fuori regione, ciò comporta un aggravio di spese, non solo per i pazienti ed i loro familiari costretti a muoversi, ma anche per le Aziende Sanitarie stesse, che si trovano a sostenere ingenti costi per il controllo e la manutenzione di macchinari che rimangono di fatto inutilizzati.

Il problema riguarda, dunque, anche l'allocazione delle risorse, oltre che il coordinamento e l'organizzazione inefficiente dei servizi.

Capita inoltre che le donazioni di macchinari da parte di cittadini si rilevano un vero e proprio paradosso quando questi macchinari *rimangono inutilizzati o sono sotto utilizzati dalla struttura a cui sono stati donati.*

Si tratta di forme di partecipazione e investimento utilissime per le quali sarebbe tuttavia necessario prevedere una modalità di gestione più funzionale per evitare sprechi, ad esempio, identificando percorsi aziendali che individuino le priorità legate a quel territorio per poi procedere con la raccolta delle donazioni.

Consegue la necessità di un maggiore raccordo tra gruppi di cittadini/associazioni e direzione aziendale di fare scelte condivisibili e di pubblica utilità tra chi offre una risorsa economica e il destinatario del bene acquistato, per evitare di incorrere nel rischio che la donazione non venga utilizzata.

Tra i casi segnalati: presso l' Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni - Dipartimento di diagnostica per immagini e radiologia terapeutica e interventistica –si registrava l'esistenza di un macchinario altamente innovativo per le patologie muscolari ma non in funzione.

Presso Il Policlinico Umberto I di Roma – Unità Operative Tecniche Terapeutiche extracorporea – i pazienti affetti da dislipidemie geneticamente determinate segnalavano la chiusura del dipartimento per l'effettuazione dell'afèresi, ristrutturato attraverso una donazione dell'ANIF (Associazione Nazionale Ipercolesterolemia Familiare) e non utilizzato per problemi burocratici.

“Presso l' AO Santa Maria di Terni, è stato donato un macchinario in grado di generare onde d'urto e il cui uso pare sia estremamente efficace nella guarigione/riabilitazione di specifiche patologie muscolari. Da quanto riferito, l'Azienda Ospedaliera possedeva da oltre un anno il macchinario che non risultava essere in funzione.”

“Nel 2010 è stato disposto il trasferimento dell' UO Tecniche Terapeutiche extracorporee, Diagnosi e Terapia delle Dislipidemie e Prevenzione della Aterosclerosi . Il luogo in cui siamo stati trasferiti non era idoneo alle esigenze di sicurezza e privacy dei pazienti.

In accordo con la Direzione Generale del Policlinico Umberto I, l'ANIF (Associazione Nazionale, Italiana Ipercolesterolemia Familiare) si è fatta carico dei lavori di ristrutturazione della UO sostenendo una spesa pari a 30.000 euro. I lavori sono stati avviati a settembre 2013 e si sono conclusi nel dicembre 2013.

Dal 2013 al 2015 noi pazienti non abbiamo potuto usufruire dei locali debitamente ristrutturati per l'effettuazione dell'afèresi, a causa di cavilli burocratici.

Ora per fortuna tutto è tornato alla normalità, ma per circa 5 anni, nonostante le ingenti spese sostenute dall'Associazione, abbiamo svolto le cure in situazioni precarie. Per due anni abbiamo dovuto accontentarci nonostante i lavori fossero stati ultimati da tempo.”

Reparti Dipartimenti non utilizzati o sottoutilizzati

Dalle segnalazioni ricevute e registrate, emerge una seconda questione legata al *mancato o ridotto utilizzo di strutture ospedaliere o reparti*, alcuni dei quali in ristrutturazione o di nuova costruzione – sebbene agibili; ancora *reparti operativi* solo poche ore nell'arco di una giornata; *reparti in cui vengono ridotti i servizi.*

Ci viene segnalato, per esempio, presso l' ospedale San Paolo, ASL Napoli 1 centro, un complesso operatorio di nuova costruzione che lavora con orari molto ridotti, rimanendo in attività solo la mattina.

“Complesso operatorio nuovo, anno di costruzione 2006, circa 900 metri quadrati, quattro sale operatorie, una sala grande open space con quattro posti di rianimazione e post operatoria mai aperta, sala gesso e sala pre-anestesia. Lo spreco è che questo complesso operatorio lavora cinque ore al giorno, in pratica solo la mattina ed alle 14 chiude e funziona solo una sala h 24 per le urgenze; di mattina operano quattro specialità, urologia, chirurgia, ortopedia, oculistica a giorni alterni.”

Un altro esempio simile riguarda l' Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano di Caserta e l'Ospedale Roberto Binaghi di Cagliari.

“Le Unità Operatorie chirurgiche utilizzano una struttura centrale con sei sale operatorie (di cui quattro d'elezione). Sono inoltre attive sale dedicate in D.S. ed in Cardiochirurgia; sono infine state parzialmente approntate ma mai poste in servizio ulteriori due sale d'emergenza. Alle singole Unità Operatorie. sono allocati un numero di accessi settimanali alle sale d'elezione insufficiente rispetto alle necessità; inoltre l'utilizzo di dette sale è di norma ammesso fino alle ore 14. Questa situazione si riflette in modo determinante sulla durata dei ricoveri per l'allungamento dei tempi d'attesa. Stimando che almeno il 15% dei 1.5000 pazienti che l'AO ricovera in regime ordinario siano destinati ad un intervento di elezione, si ottiene un carico di 2.250 interventi. I tempi di attesa non dovuti possono avere la durata di qualche giorno ma superare ampiamente una settimana: ipotizzando un ritardo medio di tre giorni ed un costo di 600 euro per giornata di ricovero, si ottiene uno spreco di oltre 4 milioni di euro all'anno. Poiché le somme riconosciute all'AO per i ricoveri dipendono dal DRG e non dalla durata dello stazionamento in reparto, le somme calcolate costituiscono, oltre che uno spreco, tutte perdite per l'AO.”

“Ormai da circa un anno è stato allestito un reparto di terapia semintensiva e di riabilitazione cardio-toracico-vascolare completa di tutto ma inutilizzata, mentre i pazienti vengono trasferiti in altre Asl o strutture anche fuori regione ad alti costi nonché al grave disagio dei famigliari con spese enormi per poter stare vicino al proprio congiunto”.

Altre segnalazioni riguardano il *non utilizzo di reparti per carenza di personale o di personale qualificato* come nel caso dell' Unità operativa cardiologica del Presidio Ospedaliero di Lanusei (provincia Ogliastra).

"E' stata costruita una sala emodinamica con tutta l'attrezzatura di ultima generazione da oltre un anno ferma in quanto l'entità degli interventi previsti è minima e non ci sono gli specialisti competenti. Persino per l'infarto miocardico acuto (IMA) è più conveniente l'elisoccorso che riesce ad arrivare prima del cardiologo reperibile."

O ancora l'impiego non adeguato e completo di reparti a causa di lavori di ristrutturazione continui o mai terminati, come nel caso di un Presidio Ospedaliero nella città di Venezia di cui riportiamo la testimonianza di una operatrice sanitaria.

"Lavoro nel dipartimento materno infantile che ha dovuto effettuare tre trasferimenti da un' ala all'altra della struttura ospedaliera nel periodo di cinque anni, ma questi traslochi hanno visto coinvolti altri dipartimenti dell'ospedale, che è aperto da non più di sei anni! Vengono effettuate manutenzioni di ristrutturazione per meglio adattarsi alle necessità del nuovo reparto appena insediato sul piano. Lavori di pittura, abbattimento di mura di cartongesso, impianti elettrici, ecc. Spero che un giorno questi traslochi finiscano e che tutti i cantieri in corso giungeranno ad una fine."

Altre segnalazioni inerenti l'esperienza di spreco tengono per esempio conto della *chiusura di reparti/ospedali dovuta alla necessaria razionalizzazione/riorganizzazione* della rete ospedaliera e territoriale che, se non viene fatta tenendo conto di una adeguata riconversione delle strutture e di una specifica programmazione, può comportare sprechi come è accaduto presso una ASL della provincia di Alessandria, a seguito della chiusura del punto nascita dell'Ospedale SS. Antonio e Margherita di Tortona (AL).

“E’ stato chiuso il reparto di Maternità di Tortona per accorpamento struttura a Novi Ligure e Ospedale S. Giacomo. I locali erano da poco stati rinnovati, tinteggiati, sostituiti tendaggi, ecc.

- *Presso quel reparto chiuso esiste una vasca appositamente attrezzata per il parto in acqua che “giace” nei sotterranei ed è inutilizzata. Pare che i locali della Maternità di Novi non siano adeguati per sistemare la vasca, in quanto l’edificio è più vecchio e la metratura non ne consente la collocazione per l’esiguo spazio che avrebbero gli operatori per lavorare.*
Inoltre, non tutti sono in grado di utilizzare la vasca in quanto non tecnicamente formati per il funzionamento.
- *Sono state abbandonate anche alcune incubatrici, poiché il punto nascita di Novi aveva già le sue; ma non si è tenuto in considerazione che il bacino di utenza è aumentato.*
- *Attualmente, il vecchio reparto Maternità di Tortona è vuoto, nonostante i progetti, purtroppo non realizzabili per mancanza di fondi: si tratta di uno spreco di locali e attrezzature, per non considerare il disagio delle donne incinte, in travaglio o in gravidanza a rischio, che accedono in urgenza al Pronto Soccorso e sono costrette a essere trasferite presso l’Ospedale di Novi, trasportate in Ambulanza medicalizzata, considerando la pericolosità del trasporto per mamma e bambino.”*

Oppure reparti o servizi sanitari sotto utilizzati o in cui viene ridotta l’attività. Si riporta l’esempio del Distretto 1 Asl Roma D di Fiumicino in cui si segna l’interruzione del servizio ambulatoriale di dermatologia.

“E’ stato interrotto il servizio ambulatoriale di dermatologia a causa del pensionamento dello specialista. Il servizio era aperto 48 ore settimanali e si svolgeva con successo la diagnosi precoce dei nei attraverso l’epiluminescenza. A seguito di richieste il servizio è stato ripristinato per alcuni mesi e per sole 12 ore settimanali. Sospeso nuovamente il 30 aprile 2015. Si consideri che:

- proprio nella stagione estiva il territorio accoglie una maggior numero di cittadini;*
- *è stato sospeso un servizio che garantiva prevenzione*
- al momento una costosa apparecchiatura non viene utilizzata”.*

Tra le segnalazioni più indicative si riporta anche il caso dell'ospedale di Reggio Calabria, reparto urologia.

“Pur potendo realizzare altri cicli di dialisi vista la disponibilità dei sanitari, questi non sono stati attivati, per cui i dializzati si recano a giorni alterni a Messina.”

Ancora, parte delle segnalazioni ricevute, relative sempre al mancato utilizzo o sotto utilizzo dei macchinari diagnostici o di dipartimenti e servizi sanitari risulta connesso alla carenza di personale o di specifiche equipe professionali in grado di poter utilizzare le apparecchiature acquistate. Per approfondire si rinvia al paragrafo “gestione ed organizzazione del personale sanitario ed amministrativo”.

Condizioni interne delle strutture

In questa terza categoria rientrano le segnalazioni relative a tutti quegli elementi strutturali ed architettonici sui quali sono state sostenute delle spese, ma i cui risultati non sono soddisfacenti in termini di qualità e sicurezza.

Si fa riferimento, nello specifico, alle condizioni delle strutture ed agli ambienti comuni in cui si erogano le prestazioni. Il rischio è di caratterizzare il Servizio Sanitario come destinato all'obsolescenza, non solo per la mancanza di adeguati investimenti funzionali al fisiologico ammodernamento del parco tecnologico ma anche per la mancanza di attenzione alla necessaria manutenzione quotidiana, al decoro ed alla sicurezza della struttura e delle dotazioni interne (ascensori, scale, porte e finestre, sale d'attesa, letti, ecc.)

Problematiche connesse al funzionamento e/o agibilità di strutture sanitarie e reparti, su cui le Aziende Sanitarie hanno investito ed investono per i costi di gestione e manutenzione, ma che si rivelano purtroppo non adeguate, inappropriate o mal funzionanti.

Ad esempio, presso l' Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino IST di Genova, ci viene segnalata la Presenza di porte scorrevoli non utilizzate.

“Nell'ex ingresso principale del nostro ospedale sono state installate delle porte in vetro scorrevoli per una spesa di euro 30.000. Spesa inutile in quanto da tale ingresso, a causa di un vistosissimo cantiere aperto da anni e con lavori fermi, passa pochissima gente che invece accede attraverso una porticina laterale.

La presenza della porta è rimasta per molto tempo non segnalata e Sembra che alcune persone si siano imbattute nella porta a vetri riportando danni.”

Ancora, presso l'Ospedale San Martino di Belluno:

“L'ingresso dell'ospedale San Martino è dotato di porta girevole che risulta poco utilizzata, scomoda e pericolosa per le persone anziane che non riuscendo a tenere il tempo di scorrimento, sono incorsi in pericolosi incidenti.”

Sempre a Belluno:

“Il Pronto Soccorso dell'Ospedale San Martino di Belluno è stato ristrutturato nel 2012. Si è intervenuto anche sulla sala d'attesa che è stata resa dignitosa ed accogliente. La Regione Veneto e la Direzione Sanitaria, non paghe, hanno di nuovo speso soldi per modificarne l'arredo: sono state, per es. cambiate le poltroncine solo perché non “si accordavano” con il colore delle pareti!!! Non lo ritenete uno spreco?”

Nella stessa ottica, presso l' ospedale di Cagliari, presso l' Unità operativa di ortopedia, viene segnalato l'acquisto di letti troppo grandi rispetto alle dimensioni dell'ascensore, con gravi disagi per i pazienti.

“Sono stati acquistati letti che non entrano in ascensore né nelle camere di degenza. Trattandosi di una divisione ortopedica, costringono il paziente a trasferimenti in barelle con perdita di tempo e spreco di risorse umane; pertanto sono costretti ad utilizzare letti rotti od a cercare di aggiustarli spendendo soldi inutili.”

Ed ancora, presso il Dipartimento di prevenzione - Servizio di Medicina Legale di Treviso:

“Un disservizio/spreco riguarda il servizio disabilità età adulta: l'ufficio si trova al terzo piano, servito da scale e ci sarebbe un montascale elettrico, ma nessuno sa dove è la chiave. Visto che è un servizio per disabili, perché non portarlo direttamente nel padiglione dove fanno le visite di invalidità, dove ci sono stanze non occupate, quindi chiuse e inutilizzate?”

Ogni individuo ha diritto di accedere a servizi di qualità e di non subire danni derivanti dal loro cattivo funzionamento.

Al fine di garantire questo diritto, le Aziende Sanitarie dovrebbero monitorare costantemente quei fattori che possono mettere a rischio la salute dei pazienti e verificare che i requisiti strutturali rispettino standard di sicurezza e comfort, che facilitino l'assistenza medica invece che ostacolarla.

Un altro ambito di spreco che viene segnalato è la *poca attenzione a contenere i consumi energetici*. Un esempio riguarda l'ospedale di Gallipoli in cui viene segnalato un problema legato alla non adeguata tenuta degli infissi.

“L'Ospedale di Gallipoli è un complesso costituito da tre edifici denominati Torre A, Torre B e Torre C collegati fra di loro al piano terra e al 2° piano (piastra). Ha sette piani più due interrati ed è circondato da un'ampia zona verde. E' stato edificato tenendo conto di tutte le tecniche antisismiche. L'ubicazione è ottima, infatti secondo i nuovi criteri si trova in periferia, ma è ben servita. Tutta la struttura funziona perfettamente per quanto riguarda impianti di riscaldamento, di illuminazione ed idrici ma purtroppo gli infissi non tengono e quindi numerosi sono gli spifferi. Le correnti d'aria sono molto pericolose non solo per gli ammalati che transitano sulle barelle o sedie a rotelle per effettuare esami strumentali o spostarsi da un reparto ad un altro, ma anche per il personale e per i visitatori. Inoltre con questi infissi il calore dei termosifoni si disperde e quindi è necessario un maggior utilizzo dell'impianto di riscaldamento.”

Gli infissi condizionano in modo sostanziale il clima interno ed il bilancio energetico di un edificio; se non tengono aumenta l'utilizzo dell'impianto di riscaldamento con grande spreco di combustibile.

A fronte di questi fattori che contribuiscono alla dispersione ed al dispendio evitabile di energia, vi sono altre realtà aziendali che invece mostrano attenzione al tema ed utilizzano strumenti per ridurre l'impatto ambientale. E' il caso di Aziende Sanitarie che impiegano per esempio pannelli solari, spesso disposti nelle proprie aree di parcheggio.

Allo stesso modo, vengono segnalati anche disagi connessi al funzionamento dei condizionatori, come accade presso un Presidio Ospedaliero di Spoleto.

"Tutti gli anni, con l'arrivo della stagione calda si accendono i condizionatori d'aria negli ambulatori e nei reparti ecc. La cosa gravissima è che questa azione refrigerante viene effettuata con le finestre aperte e quindi entra di continuo aria calda a 30°/35°, esce quella parzialmente refrigerata, l'ambiente non raggiunge mai la temperatura impostata ed i macchinari di condizionamento - sappiamo tutti quanto consumino - non si fermano mai e vanno di continuo a pieno regime!"

Presso la ASL Torino 3 vengono invece segnalati disservizi legati al funzionamento di particolari software gestionali.

"Continui malfunzionamenti caratterizzano i software ospedalieri dell'ASL TO3 inerenti la trasmissione telematica di immagini relative a esami strumentali e consulenze."

Sprechi, dunque, che caratterizzano il Servizio Sanitario Nazionale sotto diversi punti di vista: varie le disfunzioni, diverse le problematiche, dal punto di vista sia organizzativo che gestionale - ma tutte unite sotto un comun denominatore - che vanno ad inficiare la qualità del servizio e delle prestazioni offerte, sempre a discapito dei cittadini e pazienti.

Non sprecare, limitando i disservizi, significa offrire maggiori garanzie di qualità, razionalizzando le risorse e migliorando le *performance* dell'assistenza.

Perché un buon Servizio Sanitario non può costruirsi solo su tagli e risparmi, ma anche investendo in termini di appropriatezza di risorse, beni e servizi.

Servizi e prestazioni

La seconda macroarea inerente la raccolta di segnalazioni sullo spreco riguarda i disagi nella *gestione e nella erogazione di servizi e prestazioni*; ciò in virtù della evidente trasversalità del tema e della derivante possibilità di applicazione dei metodi d'analisi anche ad un ambito definito, quindi limitato e analizzabile, ma eterogeneo quale è quello inerente i servizi. Quando ci si riferisce ai “servizi”, in effetti, si intende una vasta gamma di prestazioni, anche complesse, erogate da apposite figure e uffici che spesso si collocano in quella sottile linea che esiste fra il livello puramente sanitario e quello propriamente burocratico. Le risultanze di un meccanismo di erogazione dei servizi che non è pienamente operativo – o che, peggio, è in difficoltà - si possono riscontrare spesso proprio in questo ambito, in particolare quando, alla mancanza di coordinamento fra livelli, si aggiunge anche la scarsità di risorse economiche ed umane e la mancanza di verifiche e controlli su beni e servizi acquistati o da acquistare e su prestazioni erogate o da erogare. A intrecciare ulteriormente il bandolo vi è anche la pericolosa distanza che si frappone fra soggetto che richiede il servizio e soggetto che lo eroga, specie nei casi in cui viene a mancare anche una corretta informazione sulle procedure, i diritti, e le tempistiche di erogazione dei servizi. È evidente anche la ricaduta, in termini di qualità dei servizi, sulle spalle dei cittadini: quando le procedure di accesso non sono chiare per il cittadino, aumenta il rischio di effettuare richieste improprie, di attendere inutilmente per un servizio, con ovvie conseguenze sia di tipo economico che clinico e psicologiche. Le voci che rappresentano questa categoria sono - ma più avanti sarà approfondita ogni voce - *la ripetizione degli esami pre-intervento; la*

sovrapposizione delle prescrizioni; ricoveri ritenuti inappropriati, erogazione di protesi ed ausili e gare d'acquisto. Ambito questo che pesa fortemente sul cittadino perché, per esempio, si vede consegnare una protesi che non va bene, e che magari ha anche saputo che costa di più, rispetto al medesimo modello, quando viene erogato da altra ASL. *Le dotazioni strutturali*, cioè le strutture sanitarie stesse, il loro mantenimento e i servizi che sono collegati ed erogati in esse, a partire dall'affitto o dall'acquisto degli spazi, fino ai servizi concessi quali, ad esempio, quelli di mensa; il *mancato coordinamento fra uffici ed eccesso di burocrazia*, con riferimento a tutte quelle procedure, iter vari che è necessario compiere quando si fa richiesta, per esempio, per un presidio o un ausilio, un ricovero per intervento, un esame o una visita specialistica e similari: tutte operazioni che possono costare, in termini di tempo e denaro, molto, sia al cittadino, che alle amministrazioni.

La tabella che segue riassume le voci contenute in questa macroarea.

- ✓ Prestazioni diagnostiche, esami pre-intervento, ricoveri inappropriati
- ✓ Erogazione protesi, ausili, presidi e gare d'acquisto
- ✓ Dotazioni strutturali ed erogazione di servizi (mense, acquisto/fitto locali inutilizzati o parzialmente utilizzati, ecc.)
- ✓ Eccessiva burocrazia e mancato coordinamento tra uffici

Prestazioni diagnostiche, esami pre-intervento, ricoveri inappropriati

La *ripetizione di esami pre-operatori* rappresenta il fulcro di una serie di professionalità e responsabilità assolutamente delicato, che ha un unico soggetto da soddisfare e che mette al centro e alla fine della procedura il paziente. Quest'ultimo in lista d'attesa da diversi mesi, ha solo una data ed un luogo di ricovero: il resto, cioè la macchina organizzativa e gestionale rappresentata dalla ASL o

dall'Ospedale, dovrebbe essere “invisibile” agli occhi del paziente, come un elemento fluido in cui i costi, le prenotazioni e le attese, le assegnazioni dei medici e del personale, siano parte ben oliata e funzionante del meccanismo. Quando queste condizioni non si verificano, solitamente, i cittadini hanno accesso alla prima parte della procedura, cioè alla chiamata per le prestazioni di pre-ricovero, ma viene a mancare la continuità della presa in carico, in quanto l'intervento non viene poi eseguito alla data stabilita, ma rimandato più volte con tempistiche anche di mesi.

Tra le segnalazioni giunte ne riportiamo due a titolo di esempio.

“Di frequente avviene che presso il Day Surgery il paziente viene preparato per l'intervento, effettuando visite ed esami diagnostici, colloqui con anestesista ed altri specialisti coinvolti, sospendendo o modificando l'assunzione di farmaci. Poi gli viene comunicata la data dell'intervento ma, un paio di giorni prima della data stabilita per l'operazione, il Day Surgery comunica al paziente che l'intervento è stato cancellato per sopraggiunta revisione dell'agenda degli interventi. L'atto operatorio viene rimandato di alcuni mesi (minimo 6), per cui il paziente dovrà ripetere tutti gli esami diagnostici, oltre a dover ritardare notevolmente il recupero del buono stato di salute, con tutte le conseguenze che ciò vuol dire.”

“Gli esami preoperatori si devono ripetere perché l'intervento programmato, spesso, non viene eseguito entro i trenta giorni previsti, con spreco di denaro pubblico, di tempo e denaro privato, oltre che di giornate di lavoro e benzina; infatti, accade di frequente che si debba tornare in ospedale più volte, sia per avere informazioni sulla lista d'attesa, che anche per ripetere gli esami che nel frattempo hanno perso la loro validità clinica.”

Quali sono le ricadute di tali eventi, in termini di appropriatezza della prestazione e di ottimizzazione delle risorse necessarie per erogarla? In primo luogo si tratta di conseguenze cliniche per il cittadino; poi di conseguenze economiche, in quanto la necessaria ripetizione degli esami e/o delle visite rappresenta un impegno di risorse extra, assolutamente evitabile per la struttura sanitaria.

La mancanza di organizzazione tra diverse figure sanitarie o tra

diversi Dipartimenti e Servizi può dare luogo anche ad una paradossale ridondanza e sfociare nella *duplicazione delle prescrizioni e delle prestazioni da eseguire*: su questa tematica, cittadini e aderenti di Cittadinanzattiva segnalano anche, in provincia di Cagliari, la ripetizione di prescrizione per esami o visite già eseguite.

“Abbiamo notato che, in caso di visite chirurgiche, quando il paziente proviene da altra struttura pubblica con una diagnosi già formulata (per esempio alluce valgo, tunnel carpale, cataratta) e una indicazione terapeutica (intervento chirurgico), si va incontro ad una doppia visita: il paziente, infatti, pur avendo già la sua diagnosi, prima di essere inserito in lista operatoria deve comunque ripetere la visita chirurgica presso il presidio dove deve essere operato, con richiesta nella ricetta rosa e pagamento del relativo ticket.”

Spesso, le segnalazioni in cui si evidenzia che l'evitabile sovrapposizione di prestazioni è uno spreco, hanno al centro la mancanza di informazione e di comunicazione tra servizi diversi che genera una procedura non appropriata di accesso alla prestazione e un costo, per i cittadini, elevato. E' il caso, per esempio di *pacchetti di prestazioni* ad accesso facilitato, come segnalatoci in Umbria.

“Il pacchetto esame clinico-strumentale della mammella ricompreso nei RAO (Raggruppamenti Attesa Omogenea) e nel Piano Sanitario Regionale 2012, comprende un percorso chiaro per donne al di fuori dello screening mammografico, con: visita senologica, ecografia al seno e mammografia. C'è pochissima informazione sull'esistenza del pacchetto (costo totale €36,00) e si persevera nel prescrivere le tre prestazioni separatamente con un aggravio di spesa per il cittadino (che in tutto infatti paga circa € 92,00 contro le 70,00 circa di quanto previsto in privato). Questo comportamento, oltre a generare uno spreco di risorse per il SSR, genera chiaramente anche un allungamento delle tre liste di attesa.”

Spreco per i cittadini sono anche i *ricoveri che potrebbero essere evitati*, in quanto le prestazioni che vengono erogate durante la degenza non sembrano così urgenti e così gravi da richiedere l'occupazione, per dei tempi così importanti, di un posto letto. I cittadini che ci hanno segnalato situazioni inerenti a questa tipologia hanno perfettamente chiaro il senso dell'appropriatezza della prestazione sanitaria, e lo proiettano – con ogni probabilità – nelle storie e nelle esperienze, vissute o apprese, in cui i posti letto non ci sono nemmeno nei Pronto Soccorso, o nei casi in cui i pazienti sono ricoverati nei corridoi, oltre il limite di tutta una serie di norme di sicurezza, tutela, igiene, rispetto umano. Come per altri casi come le segnalazioni qui riportate, lo spreco emerge proprio da un sistema che funziona a singhiozzo e che comunque non riesce a centrare in pieno l'obiettivo della massimizzazione della qualità delle cure erogate.

“Sono stata ricoverata, dopo una lunga attesa, presso un ospedale di Roma nel reparto di gastroenterologia. Ero stata visitata da una dottoressa capace e disponibile che, avendo letto la mia storia clinica mi consigliò, dopo aver interpellato il primario, un ricovero. Così sarebbe stato possibile avere un quadro completo, avendo a disposizione tutti gli specialisti. Sono stata ricoverata per 10 giorni - purtroppo la dottoressa della prima visita non era presente - dal 31 ottobre fino al 10 novembre. Sono stata seguita da un abile specializzando, ma ho visto i medici una sola volta e sono stata sottoposta il martedì ad una colonscopia ed il sabato ad una risonanza magnetica con contrasto. Ho portato con me tutti gli incartamenti medici ed ospedalieri precedenti, che non sono mai stati letti. Ho visto il dermatologo che della mia patologia non capiva un bel nulla. E' venuta la reumatologa che, per le mie artralgie, mi ha detto "si prenda un analgesico"; poi, in cartella ha prescritto esami che durante il ricovero non sono stati effettuati. Quindi sono stata dimessa. Avrei potuto fare un Day Hospital come tante altre persone che si lamentavano del prolungamento inutile della degenza”.

Erogazione protesi, ausili, presidi e gare d'acquisto

Il secondo ambito di questa macroarea si riferisce *all'erogazione di protesi, ausili, presidi e le relative gare d'acquisto.*

La situazione economica di questi ultimi anni ha aggravato le difficoltà dei servizi territoriali, in particolare nella presa in carico e nell'erogazione di prestazioni come quelle di assistenza sanitaria e sociale. Al proposito di approfondire in questa sede il tema, sicuramente è innanzitutto da sottolineare come questa voce sia una delle più consistenti in termini numerici. Ecco, di seguito, alcuni casi selezionati dall'insieme delle segnalazioni riportate dai cittadini, associazioni di pazienti, aderenti a Cittadinanzattiva, operatori sanitari: si tratta, per esempio, di *erogazione di ausili al domicilio anche nei periodi in cui la persona viene ricoverata* (per brevi o lunghi periodi), determinando un ingente spreco di risorse; di gare d'acquisto che non prevedono il coinvolgimento delle associazioni di pazienti e che guardano nello specifico al costo più basso dei presidi/ausili, invece che alla qualità degli stessi.

"Ho notato, come infermiera, che i pazienti (non autosufficienti, allettati con incontinenza grave) che spesso vengono ricoverati negli ospedali, ricevono a casa durante il ricovero ospedaliero i presidi (pannoloni, mutandine e traverse assorbenti) a discapito di chi non viene mai ricoverato. Per altri pazienti, che magari non vengono nemmeno mai ricoverati, i pannoloni non sono nemmeno sufficienti per coprire il fabbisogno giornaliero!"

"Vorrei segnalare a proposito dell'ultima gara per la fornitura di ausili per incontinenti (pannoloni e traverse). La gara riguarda la fornitura di ausili destinati soprattutto a pazienti allettati, su carrozzina e comunque con problemi di mobilità, ospiti presso strutture pubbliche o convenzionate, residenti nel proprio domicilio, aventi diritto a ricevere un certo numero di ausili al mese secondo prescrizione medica. In realtà, con il nuovo accordo regionale, non solo non c'è alcun risparmio reale, ma c'è un significativo aggravio di costi. Basta considerare che:

- 1) un operatore che assiste un paziente deve cambiare più volte il pannolone per le ragioni esposte;*
- 2) per le stesse ragioni nella quasi totalità dei casi è costretto a sostituire le lenzuola che si sono sporcate;*
- 3) la mancanza di igiene favorisce problemi di irritazione della pelle e l'insorgenza di piaghe da decubito e ne ostacola la fase di guarigione;*
- 4) La non funzionalità del pannolone scelto determina una sofferenza*

aggiuntiva e intollerabile per i malati. Uno stress aggiuntivo per gli operatori delle strutture e per i familiari per i pazienti seguiti direttamente in casa.”

“Con acquisto centralizzato regionale in Campania sono stati comprati presidi per stomizzati. Questi presidi però giacciono nei vari distretti delle ASL e non sono stati distribuiti ed utilizzati perché non conformi a quelli richiesti dai pazienti.”

La prima segnalazione è di una un'infermiera che opera presso una ASL lombarda, che nota uno spreco nell'erogazione degli ausili, in quanto il paziente continua a riceverli al domicilio anche nel momento in cui sia ricoverato; non si tratta di una situazione normale, in quanto la responsabilità della tutela del paziente, al momento del ricovero e per tutta la durata dello stesso, è della struttura ospedaliera, la quale si fa carico dell'erogazione dei servizi sia di tipo strettamente sanitario/clinico, che alberghiero o comunque inerenti al comfort. Se, in una tale evenienza, un paziente è già seguito al domicilio tramite l'Assistenza Domiciliare Integrata riceve i presidi necessari secondo la prescrizione e il parere dell'ASL, ma non ne ha più il diritto, nel momento in cui è ricoverato. Molto “semplicemente”, in questo caso, il Servizio Sanitario sta pagando materiali e operatori (per l'amministrazione della pratica, il trasporto e la consegna dei materiali) per un servizio che non è necessario in quel momento, in quanto offerto dalla struttura di ricovero, e che comunque potrebbe riprendere una volta che il paziente ritorna al domicilio. La segnalazione dell'infermiera diventa, così, un importante campanello d'allarme per rintracciare una procedura in cui si nota una comunicazione non ottimale fra i soggetti che assistono il paziente, sia a livello familiare che di assistenza primaria e territoriale (il medico di base che non comunica con il paziente e/o non avverte la ASL dell'avvenuto ricovero).

Le successive due segnalazioni, invece, manifestano la scollatura fra la prospettiva gestionale, economica e dei rientri di bilancio, e

quella dell'appropriatezza delle prestazioni e della centralità del paziente: infatti, una minore qualità dei presidi/ausili si trasforma immediatamente in un disagio per il cittadino. Ciò accade il più delle volte quando le *gare d'appalto* hanno come unico obiettivo di *garantire gli acquisti al costo più basso presentato*. Siamo, quindi, sicuri, che tale situazione rappresenti uno spreco, e non un “semplice” disservizio per la persona? Giunti a questo punto della nostra analisi, ci sentiamo di fornire una risposta positiva a tale domanda, proprio perché è guardando i fatti dalla prospettiva di chi attende il servizio, in quanto ne ha diritto, che emerge il profilo dello spreco: se l'intento è quello di risparmiare sui costi di ausili e presidi e la scelta risolutiva è quella di acquistare prodotti di qualità inferiore, indubbiamente è possibile rientrare nelle spese, limitarle fino al limite di budget previsto; ma la bassa qualità del prodotto costringerà a cure più lunghe, con più rischi e problemi per i soggetti in condizioni di maggiore fragilità, e con una serie ovvia di richieste ulteriori di assistenza (più pannoloni/traverse necessarie, ulteriore necessità di prorogare il periodo di assistenza domiciliare, maggior rischio di infezioni, necessità di richiedere e disporre un numero maggiore di visite o di interventi al domicilio, o ricoveri, nei casi più gravi).

Un altro elemento che emerge dalle segnalazioni giunte riguarda il costo dei presidi sanitari e l'erogazione degli stessi attraverso *modalità di acquisto frammentate e non centralizzate* o che non favoriscono il servizio pubblico, a vantaggio invece del settore privato. Le prime arrivano dall'Umbria. Laterza dalla provincia di Forlì e i cittadini che l'hanno inoltrata fanno anche notare la mancata corrispondenza dei prezzi nell'acquisto – privato e pubblico – di alcuni specifici presidi medico-sanitari.

“Spreco è acquistare presidi, medical device (es. defibrillatori, assi spinali, ecc.) singolarmente. L'acquisto centralizzato a livello regionale farebbe invece crollare il prezzo.”

“Un paio di plantari venduti nelle sanitarie a 69 euro, la ASL li ha acquistati ad euro 171 (+ 250%).”

“Perché il costo di un plantare deve essere maggiorato se pagato dalla ASL? Il plantare a me, cittadino privato, costa 120 euro, alla ASL ne costa 180?”

Mentre le segnalazioni fin ora presentate riguardano situazioni in cui lo spreco è dovuto principalmente alla gestione di gare e procedure di erogazione, altre invece richiamano l'attenzione sul ruolo “attivo” del cittadino e ci dà la possibilità di evidenziare che ciascuno può fare la sua parte nell'ambito della battaglia agli sprechi e nell'ottica del miglioramento dei servizi.

“Quando un cittadino ha in dotazione un ausilio, come per esempio una carrozzina, nel momento in cui tale ausilio non serve più, sta solo alla buona volontà dei parenti la restituzione. Se il paziente guarisce o purtroppo decede, la ASL non ha nessun tipo di controllo per rientrare in possesso dell'ausilio non più utilizzato e, magari, utilizzarlo per altri pazienti bisognosi.”

La restituzione di ausili protesici (carrozze, traverse, letti antidecubito, ecc.), quando non più utili alla persona che li aveva in dotazione, rappresenta una realtà diffusa e probabilmente poco indagata. Le regole stabiliscono che il presidio vada riconsegnato ma, in effetti, non esistono indicazioni per l'effettuazione di una attività di controllo in merito. Inoltre cittadini segnalano estreme difficoltà nella riconsegna di questi presidi – qualora questi siano spinti a farlo – oltre che l'assoluta impossibilità di restituire alla ASL che li ha erogati ausili e dispositivi quali per es. ausili assorbenti, soluzioni fisiologiche, striscette per la rilevazione del diabete, ecc., che -se intatti, mai aperti ed utilizzati, e conservati in buone condizioni - potrebbero essere consegnati dalla ASL a chi ne ha bisogno. Pertanto, vi è la diffusa percezione che una parte del denaro pubblico che è stato investito per la produzione e l'assegnazione di tali presidi possa essere recuperato, a giovamento del sistema di assistenza .

Dotazioni strutturali ed erogazione di servizi

Il terzo ambito di questa categoria riguarda le dotazione e l'erogazione di servizi. In particolare si fa riferimento a: *affitto/acquisto di locali inutilizzati o parzialmente utilizzati e qualità degli alimenti forniti dalle mense ospedaliere.*

Lo spreco, per i cittadini, si presenta, infatti, anche nei casi in cui, per esempio, all'acquisto o all'affitto di nuovi locali da parte della ASL o della Regione non corrisponde un miglioramento del servizio ed un risparmio in termini di costo per la struttura sanitaria. Ecco alcuni esempi raccolti dagli aderenti di Cittadinanzattiva di Ariano Irpino (AV) e dalla sede regionale della Valle D'Aosta.

“L'ASL ha preso in locazione una sede per collocarvi gli uffici amministrativi che erano ubicati in un'ala di un'altra struttura ospedaliera, di proprietà della medesima ASL e da poco ristrutturata. Ci sembra che il lavoro svolto dal personale addetto poteva, quindi, tranquillamente essere portato a buon fine senza alcune necessità di spostamento. Ciò avrebbe comportato un notevole risparmio di danaro pubblico.”

“Un ambulatorio dell'AUSL della Valle D'Aosta è ospitato presso una palestra ad Aosta. Cercando nell'archivio delle delibere AUSL abbiamo estrapolato la n° 925 del 12.05.2008 dove è possibile evidenziare che il canone di locazione mensile ammonta a 2500 euro, comprensivi di spese condominiali. Questa struttura ha una superficie di circa 100 metri quadri, una dimensione eccessiva per il servizio che viene erogato, specialmente a fronte della disponibilità di altri locali di metratura e costo inferiore che potrebbero essere utilizzati, con risultati, rispetto l'erogazione del servizio, equivalenti, e con un risparmio notevole per il Servizio Sanitario Pubblico.”

Anche *la qualità degli alimenti forniti dalle mense ospedaliere* rappresenta per i cittadini un vero e proprio spreco in particolare quando i piatti non vengono nemmeno assaggiati dai pazienti, o non si tiene conto delle loro esigenze cliniche, o quando si corre il rischio di consegnare una pietanza fredda, o ancora quando il cibo risulta troppo abbondante o servito in porzioni ridotte/insoddisfacenti, o di scarsa qualità. Come nel caso della successiva segnalazione che riguarda una struttura ospedaliera

pugliese sottoposta dai volontari del Tribunale per i diritti del malato a monitoraggio:

“Si segnala cattiva qualità della preparazione finale e delle materie prime utilizzate; molti pazienti ce lo hanno segnalato, e lo abbiamo potuto appurare effettuando dei sopralluoghi: i vassoi, nella maggior parte dei casi, vengono solo aperti e consumati parzialmente. Gli alimenti sono spesso freddi, scotti, assolutamente non appetibili, e alle volte addirittura, nemmeno adeguati alle esigenze cliniche del paziente!”

Le cause del disservizio potrebbero risiedere in uno dei diversi passaggi (redazione della scheda personale, trasmissione alle cucine, preparazione effettiva delle vivande, servizio di consegna in reparto, gare d'acquisto ecc.) ma, agli occhi dei cittadini che usufruiscono del servizio, l'apparenza restituisce solo l'immagine di una inappropriata complessiva, che viene per giunta pagata come fosse appropriata, in ogni suo passaggio.

Eccessiva burocrazia e mancato coordinamento tra uffici

L'ultima voce nella tabella si riferisce alle segnalazioni su *uffici e servizi non coordinati e burocrazia eccessiva*, una categoria che rappresenta molte situazioni in quanto l'approccio con il sistema burocratico che permette l'accesso alle prestazioni sanitarie è spesso composto da richieste, attese, protocolli, procedure, formule che non sempre sono chiari e utili per il cittadino, spesso non facilitano la qualità della vita, piuttosto tendono a complicarla. Ne sono un esempio i casi qui riportati che fanno in particolare riferimento alle difficoltà d'accesso a percorsi di cura per persone con patologie croniche come chi si sottopone periodicamente ad INR o chi è affetto da diabete, come nei casi qui riportati e provenienti rispettivamente da Puglia e Campania.

"I cittadini seguiti presso il centro TAO dell' Ospedale di Gallipoli (LE) per effettuare il controllo di PT e PTT per valutare il tempo di coagulazione del sangue, ricevono, solo dopo alcune ore, le prescrizioni farmacologiche conseguenti all'esito dell'esame, opportunamente valutate dallo specialista. Alcuni pazienti, però, non sono autonomi e vengono accompagnati per sottoporsi al suddetto controllo per cui, avendo evidente difficoltà ad attendere i risultati, chiedono una soluzione che faciliti l'acquisizione delle prescrizioni mediche".

"Un malato di diabete deve fare la seguente trafila per una visita al centro diabetologico territoriale:

1) Dopo la visita di routine si riceve il foglio per la prossima visita di controllo con su stampigliato il mese da prenotare

2) bisogna fare l'impegnativa dal medico curante con largo anticipo, per avere la possibilità di rispettare il mese richiesto dal dottore

3) quindi è necessario recarsi presso i CUP nei 2 giorni di apertura settimanali ad orari prestabiliti, oppure presso le farmacie dietro pagamento di 1,50 €

4) poi bisogna recarsi dove si è prenotato mesi prima per regolarizzare il pagamento dell'impegnativa

5) quindi si porta l'impegnativa e le documentazioni richieste al CUP territoriale con centro diabetologico

6) Infine si attende per la visita e si ripete tutta la trafila. Tutto ciò richiede, considerando la sola visita di controllo del diabete, un minimo 4 mezza giornate sprecate in file, spostamenti assurdi nelle varie sedi, giri di carte inutili ed impegno di personale sanitario per attività insensate. Basterebbe una procedura unica, con al massimo 2/3 passaggi: in fondo si tratta di una patologia cronica, non è che la tutela non si possa organizzare in maniera preventiva ed efficiente."

Per i casi su segnalati il concetto di disagio va di pari passo con quello di spreco, in quanto è proprio a causa della necessaria attesa - per il ritiro delle prescrizioni - che i pazienti percepiscono il servizio come non efficiente. La riflessione, quindi, si sposta sulla prevedibilità del percorso di presa in carico, e sulla derivante possibilità di garantire l'assistenza facendo sì che possa essere il più possibile semplificata nelle procedure, il più completa possibile e che possa mettere realmente al centro esigenze e bisogni della persona per una migliore qualità di vita.

Lo spreco sta anche nella mancata sintesi delle procedure e nella non raggiunta collaborazione fra gli uffici, al fine di gestire l'assistenza ed il servizio in maniera più rapida ed a misura di cittadino. In sintesi, nell'aver reso complessa e prolissa la procedura, rendendo più complessa l'organizzazione.

Lo "spreco di tempo" all'interno dei servizi sanitari a causa di burocrazia e disservizi che non mettono il cittadino realmente al centro del sistema, così come anche lo spreco di risorse economiche del SSN, non possono non generare un senso di scoramento, spesso rabbia, anche perché a volte basterebbe poco per apportare semplici miglioramenti.

Gestione delle risorse umane

Tra le macroaree che compongono le esperienze di spreco in sanità dal punto di vista dei cittadini, la terza fa riferimento alla *gestione ed organizzazione del personale sanitario ed amministrativo*.

L'analisi qualitativa svolta sul testo delle segnalazioni giunte, permette di suddividere ulteriormente questa macroarea nelle seguenti categorie.

- ✓ Carenza o riduzione di personale sanitario
- ✓ Consulenze ed onorari attribuiti ad operatori sanitari
- ✓ Personale in esubero accompagnato da mancata garanzia di erogazione di servizi e prestazioni adeguate
- ✓ Personale assegnato ad altre mansioni o impieghi
- ✓ Mancanza di controllo su obiettivi e attività svolte

Carenza o riduzione di personale sanitario

In questa macroarea le segnalazioni più numerose riguardano proprio *l'attenzione dei cittadini rivolta al numero esiguo di personale sanitario*(in Presidi Ospedalieri, Aziende Ospedaliere, Poliambulatori)*che non permette un'agevole erogazione di prestazioni e servizi.* La mancanza o la riduzione del personale sanitario (causata tra l'altro dai tagli inferti al Servizio Sanitario Nazionale in questi anni, provvedimenti restrittivi tra i quali il blocco del turn over) viene considerato dai cittadini uno spreco poiché da una parte rallenta l'erogazione di servizi e le prestazioni, dall'altra la carenza di personale sanitario non consente un adeguato utilizzo ed ottimizzazione di reparti, strutture sanitarie e relativi servizi. Le segnalazioni che riguardano questo aspetto si riferiscono principalmente a reparti/strutture sanitarie aperte da poco o da poco ristrutturata e che vengono sottoutilizzate o non impiegate al meglio. Si genera quindi un enorme spreco rispetto alle risorse investite.

E' il caso, per es. del Presidio Ospedaliero Venere in provincia di Bari - struttura nuova ma le cui sale parto sono chiuse da anni o del Presidio Ospedaliero di Gallipoli, anch'esso sottoutilizzato per mancanza di personale.

"L'ospedale Venere – reparto di ginecologia ostetricia – ristrutturato da poco - ha le sale parto chiuse per mancanza di personale. A conti fatti, se le sale parto rimangono inaccessibili ai cittadini, possiamo dire che sono stati sprecati 5 milioni di euro che potevano essere invece impiegati in modo più corretto."

"L'ospedale di Gallipoli è un complesso costruito da tre edifici. Ha 7 piani più due interrati ed è circondato da un'ampia zona verde. Ma parte della struttura è inutilizzata per mancanza di personale."

Allo stesso modo, presso l'Ospedale di Fabriano, l'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria ed un'Azienda Ospedaliera di Roma.

“All’ospedale di Fabriano molte macchine diagnostiche sono sotto utilizzate per mancanza di personale o di dottori che le potrebbero usare ma, non essendo pagati, queste rimangono ferme.”

“Da cinque anni è stato realizzato un reparto di cardio - chirurgia con apparecchiature all’avanguardia mai utilizzate, a causa della mancata nomina di una equipe cardio-chirurgica. I nostri malati migrano, però ogni mese l’Azienda spende una notevole somma per realizzare il controllo dei macchinari.”

“L’Acceleratore lineare è purtroppo sottoutilizzato per carenza di personale.”

Anche il *blocco del turn over*, che è stato uno dei principali interventi di revisione della spesa in sanità, è riportato come un indicatore di spreco tanto dagli aderenti di Cittadinanzattiva quanto dagli operatori sanitari che hanno volontariamente risposto alla nostra indagine raccolta di segnalazioni. L’impossibilità di assumere personale, infatti, non permette di continuare a garantire una adeguata copertura assistenziale, specie nelle Regioni del sud in piano di rientro, determinando in aggiunta costi sui cittadini a causa dei tempi di attesa più lunghi per ottenere le prestazioni necessarie e migrazione sanitaria.

Situazione paradossale è quella evidenziata dagli attivisti della sede Cittadinanzattiva Calabria presso l’Azienda Ospedaliera Melacrino Morelli all’interno del quale il blocco del turn over ha comportato una riduzione drastica degli interventi in molti reparti, oltre che di operazioni di alta specializzazione come i trapianti di cornea.

In casi come quello rappresentato a Reggio Calabria si sono chiusi i reparti senza una adeguata pianificazione e programmazione della rete assistenziale sul territorio; senza tener conto dei costi per i cittadini costretti a rivolgersi fuori regione per alcuni interventi, specie quelli di elezione; senza considerare i costi che la Regione stessa avrebbe sostenuto in regime di rimborsabilità a causa della mobilità.

“A causa dei piani di rientro e del blocco del tour over è stato ridotto il numero degli interventi e delle prestazioni in urologia e oculistica. Nel reparto di oculistica, i trapianti di cornea non si svolgono con regolarità. A fronte di un reparto di eccellenza presente in Calabria e che ora non c'è più, i cittadini sono costretti a rivolgersi fuori dalla propria regione determinando ulteriori costi. Questo è uno vero e proprio spreco della Regione che deve comunque sostenere i costi in regime di rimborsabilità di prestazioni di eccellenza svolte fuori Regione.”

Consulenza, onorari ad operatori sanitari

Un'altra macroarea che definisce la percezione di spreco riguarda *le consulenze e gli onorari a medici ed operatori sanitari.*

Si tratta, per esempio, di compensi erogati per turni e prestazioni previste dalle Aziende Sanitarie; consulenze affidate a personale non più in servizio o ad esterni per giunta a costi esorbitanti, nonostante la presenza di un adeguato numero di competenze interne.

Situazioni che i cittadini percepiscono come fonte di spreco e che, per trasparenza, sarebbe auspicabile che le Aziende verificassero e dessero conto della adeguatezza delle loro decisioni e del loro operato nel caso in cui gli interventi messi in atto producano un effettivo risparmio di spesa.

“In Campania, nella provincia di Salerno, a causa del blocco del turn-over, i medici svolgono dei turni di lavoro aggiuntivi ruotando anche tra diversi Ospedali ed Aziende Ospedaliere. Ogni ora viene retribuita 63 euro. Questi turni vengono calcolati anche quando il medico non ha completato l'orario di lavoro.”

“La ASL di Frosinone, per ovviare ad alcune criticità legate all'organizzazione del pronto soccorso, ha introdotto delle prestazioni aggiuntive: Pronta Emergenza Radiologica (P.E.R.), Pronta Emergenza Anestesiologica (P.E.A.), Pronta Emergenza Soccorso (P.E.S.). Ogni turno di lavoro costa all'Azienda 700 euro. Ad effettuare questi turni aggiuntivi però sono gli stessi medici che già

svolgono, nell'ordinario, il proprio lavoro.

Si ritiene che, facendo lavorare in regime straordinario gli stessi medici o assumendone qualche altro, si sarebbero potuti risparmiare centinaia di migliaia di euro.”

L'ospedale di Pantalla (Todi, PG) è il raggruppamento sanitario di due città: Todi e Marsciano.

In questo ospedale sono assunti solo gli infermieri. I medici, invece, provengono tutti da Perugia.

La USL2 infatti, utilizza i medici forniti dall'AO di Perugia per i medici delle proprie strutture sanitarie: blocchi di medici che non sono stabili in una struttura sanitaria ma che gravitano sugli ospedali della zona (in un così detto valzer delle sale operatorie).

L'accordo tra L'Azienda Ospedaliera e la USL infatti prevede una spesa di 650 mila euro per questo personale.

Ogni ora di lavoro dei medici “in trasferta” costa 60 euro più il recupero degli oneri ed il rimborso spese forfettario legato alla distanza della trasferta.

Due trasferte a settimana per 6 – 10 ore quotidiana a 60 euro l'ora costano dai 360 ai 600 euro al giorno, 720 – 1200 euro alla settimana, 2.880 – 4.800 al mese. A questo si deve aggiungere circa un 30% in più per rimborsi e recupero oneri. Cifre da capogiro.

Non costerebbe meno assumere medici full time, con contratto a tempo indeterminato o determinato che siano sempre a disposizione dei cittadini?

“L'ex Dirigente sanitario del laboratorio analisi, ora in pensione, continua ad avere un rapporto di consulenza con la struttura sanitaria pubblica. Non è l'unico caso: si tratta di uno spreco in quanto il pubblico paga lo stipendio a chi lo ha sostituito.”

Personale in esubero accompagnato da mancata erogazione di servizi e prestazioni

Per i cittadini il personale sanitario e gli aderenti a Cittadinanzattiva coinvolti nella raccolta di segnalazioni, spreco è anche il “*personale in esubero*”: numero eccessivo di amministrativi che si aggira tra gli uffici; personale (numericamente adeguato) che non viene impiegato al meglio per un servizio migliore da offrire, ecc. Si tratta, per esempio, di garantire in modo fluido e semplificato informazioni/ricieste presso sportelli/uffici; fornire una risposta per

mail o per telefono ai cittadini che contattano per avere informazioni; mantenere per un tempo più lungo l'apertura di un servizio dedicato al pubblico (es. sportello pagamento ticket, ufficio protesi ausili, farmacia territoriale ed ospedaliera, ecc.), dedicare un indirizzo mail o una linea telefonica per fornire informazioni, ecc. come proposto dalle testimonianze di seguito riportate.

"L'ufficio cartelle cliniche nell'ospedale della mia città è costituito da ben 4 operatori. Nonostante ciò non è possibile accedervi telefonicamente. Inutili sono state le diverse richieste raccolte per migliorare il servizio: non è stato ritenuto opportuno dedicare neanche un'ora al giorno all'accesso telefonico. Ciò crea notevoli disagi anche ai cittadini residenti nei comuni limitrofi, costretti necessariamente a recarsi di persona presso l'ufficio per ottenere la documentazione necessaria."

"Gli orari di apertura degli uffici per il pagamento del ticket non corrispondono agli orari di visite o esami che invece spesso vengono svolte anche in orari pomeridiani. Gli uffici ticket dovrebbero seguire gli stessi orari dei servizi che erogano visite o esami. Il numero di persone che lavora dietro gli sportelli non sembra essere esiguo. E' poi così difficile distribuire gli operatori in diverse fasce orarie."

"I tempi di attesa dei pazienti in accettazione radiologica ed al CUP per i pagamenti in taluni orari sono eccessivamente lunghi (anche più di un'ora) per effettuare le registrazioni. Il tempo di attesa per le prestazioni radiologiche, invece, è praticamente nullo."

Personale assegnato ad altre mansioni o impieghi

Ancora, altra indicazione di spreco è osservare quanto - se da una parte si indica che il personale sanitario è sottodimensionato e sottoposto a carichi di lavori ingenti e a turni massacranti - d'altra parte si evidenziano situazioni in cui nelle Aziende Sanitarie gli operatori sanitari vengono *assegnati a mansioni o impieghi diversi* da quelli per i quali sono stati assunti.

“Nella ASL di Salerno, vengono utilizzati infermieri professionali, medici, capo sala, operatori tecnici, secondo compiti/mansioni diversi da quelli per cui sono stati assunti. Vengono lasciati però scoperti i turni di servizio.”

“Nella ASL di Cagliari, soprattutto in alcuni presidi ospedalieri, personale assunto con profilo professionale quale medici, Infermieri, OSS vengono utilizzati per altri impieghi. Queste risorse sono sottratte all'assistenza e spesso questi posti potrebbero essere occupati da personale con un profilo professionale più basso: mansione più “appetibile” perché comporta non avere turni o orari più comodi, anche se viene mantenuto lo stesso stipendio.”

“Presso la ASL di Caserta, si verifica una progressiva assegnazione a personale con competenze infermieristiche di mansioni amministrative.”

Mancanza di controllo su obiettivi ed attività svolte

Altra forma di spreco relativo alla gestione di risorse è la *mancanza di controllo su obiettivi ed attività svolte* da personale sanitario ed amministrativo. Si tratta di indicazioni di cittadini sulla necessità di verificare l'operato di alcuni operatori che, per es. si intrattengono molto spesso chiacchierando con i propri colleghi, escono più del necessario per fumare o per recarsi al bar, ecc.

“In una situazione in cui ci si trova di fronte a grandi difficoltà, è il caso della Regione Campania sottoposta a piano di rientro, non è possibile gestire in modo insoddisfacente le risorse umane e strumentali di ciascuna Azienda Sanitaria.

Richiamare il personale sanitario imboscato negli uffici, verificare e controllare, recuperare efficienza, organizzare al meglio i servizi è ciò che ciascuno può già fare.”

“Effettuo cicli di fisioterapia in un poliambulatorio in Emilia Romagna. Durante il suo lavoro una fisioterapista parla, parla, perde tempo... Gli anziani che dovrebbero tornare a camminare, sono lasciati sulla carrozzina e lei parla.. praticamente non svolge il lavoro per il quale viene pagata.

Vi sembra giusto pagare delle cure che nessuno ti fa? o che anziché fare

riabilitazione per 50 minuti i minuti diventano 30?? Nessuno se ne accorge?

Queste sono le cose da controllare. Ognuno deve essere pagato per quello che realmente fa!!!!"

Altri esempi di spreco indicati dai cittadini e suggerimenti per ridurli

Lo spreco in sanità secondo i cittadini non riguarda soltanto la gestione del personale sanitario; reparti/dipartimenti ASL (anche di nuova costruzione) non utilizzati o impiegati in ristrutturazioni senza fine; macchinari diagnostici guasti; acquisti di beni, servizi, dotazioni, dispositivi non qualitativamente adeguati o eccessivamente costosi. Non riguarda soltanto, o ancora, ricoveri inappropriati, ripetizione di esami e prestazioni quando non necessari, ma si riferisce anche a tutta una serie di ambiti, difficili da misurare o da inserire in un concreto perimetro di spese e costi ma che fa riferimento, invece, ad un' accezione più ampia e di sistema.

Per esempio ***spreco è non investire in prevenzione***. Le segnalazioni mettono in evidenza che è ancora poco l'investimento che si fa in termini di promozione della salute, in particolare viene menzionato spesso essere un comportamento poco oculato, non promuovere campagne di informazione su stili di vita corretti: educazione alimentare, dipendenze da alcol, da fumo e da gioco, sport e movimento.

"A tutti i livelli dovrebbe trovare spazio il tema della prevenzione. Ministero della Salute e Ministero dell'Istruzione dovrebbero lavorare insieme. Le ore di educazione fisica dovrebbero chiamarsi ore di prevenzione ed educazione sanitaria."

Spreco è ***effettuare tagli lineari*** senza una adeguata programmazione strategica ed organizzazione di funzioni, di

infrastrutture, di servizi disponibili; effettuare tagli senza provvedere ad un'analisi della realtà in cui si intende intervenire considerando l'epidemiologia ed il fabbisogno di quei territori.

“La riduzione dei posti letto a tappeto senza una programmazione in base alle affluenze e senza coperture sul territorio comporta dispendio di risorse per i cittadini, arreca danno a loro ed al Servizio Sanitario di quella Regione”.

Spreco è anche ***non investire nella medicina del territorio***. Ciò che risulta dalle segnalazioni è che i medici di famiglia, per esempio, vengono percepiti come un costo inaccettabile quando non seguono in modo appropriato i loro pazienti, specie quelli più critici e con patologie croniche, lungo tutto il loro percorso.

I Percorsi diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) rimangono spesso lettera morta e non garantiscono quella fluidità nell'assistenza per la quale sono stati ideati, ecc.

La continuità di cure non adeguatamente garantita sul territorio, depauperava risorse al Servizio Sanitario Nazionale, e non solo le famiglie. Si pensi ai ricoveri che potrebbero essere evitati presso le strutture ospedaliere se, per es., fossero già esperienza consolidata gli ospedali di comunità o se l'integrazione tra ospedale territorio fosse fluida ed efficiente laddove non lo è ancora.

“I Medici di medicina generale sembrano un gruppo a sé. Suggestisco che dovrebbero interagire meglio con la realtà complessa del percorso del malato verso la guarigione.”

“Attività burocratica ed amministrativa dei medici di medicina generale, poche diagnosi certe, tanti esami strumentali, poca fiducia dell'utente.”

“...L'assenza di PDTA penalizza il paziente e l'Azienda Sanitaria stessa...”

“Garantire un accesso tempestivo alle prestazioni, in particolare ai malati cronici, eviterebbe ricoveri spesso impropri al pronto soccorso, non spreca risorse destinate ad altro.”

Anche le **liste d’attesa** risultano fonte di spreco, sia per i cittadini stessi, costretti a rivolgersi al privato e sostenere i costi delle prestazioni da eseguire, sia per il SSN.

“Tra le cattive pratiche che portano spreco vi sono anche e sicuramente le liste d’attesa per visite specialistiche, esami strumentali ed interventi programmati.”

Non capitalizzare le risorse del Servizio Sanitario Nazionale equivale a sprecare. Incentivare, infatti, il privato accreditato e il regime intramurario - non solo a causa di liste d’attesa ma anche per il costo in eccesso di ticket e super ticket - crea disagio ai cittadini, allontana dalle cure da parte della Sanità pubblica ed è segno di una cattiva economia per il Servizio Sanitario.

Spreco di denaro pubblico è anche la burocrazia inutile, più volte trattata nei paragrafi precedenti, rappresenta ostacoli all’accesso, spreco di tempo, di costi e sicuramente non contribuisce ad una buona qualità di vita della persona.

Si è fatto l’esempio delle procedure per l’erogazione di protesi ed ausili o di percorsi diagnostici e terapeutici più sostenibili per il cittadino dal punto di vista amministrativo. Vengono inoltre segnalate le procedure per il riconoscimento dell’invalidità o la farraginosità delle commissioni INPS, ed ancora procedure per ottenere e rinnovare l’esenzione per patologia (in molte ASL non ancora semplificata).

La burocrazia inutile e la carenza di comunicazione tra uffici e tra personale sanitario/amministrativo e cittadini è uno spreco stando alle segnalazioni raccolte.

“Sprego di denaro pubblico riguarda la procedura di esenzione dal ticket. La ASL ha speso soldi e carta per inviare le lettere per gli utenti che hanno l'esenzione permanente. Sarebbe invece plausibile avviare processi per un rinnovo automatico dell'esenzione.”

“Anche la carenza di comunicazione a vari livelli è una cattiva pratica. Porta alla perdita di tempo prezioso per i cittadini e per gli stessi operatori sanitari ed è fonte di spreco.”

Lo **spreco** per i cittadini è anche **relativo all'erogazione ai farmaci**. Si fa, per esempio, riferimento a blister, confezioni di sciroppi (es. antibiotici), fiale, colliri ecc. contenenti quantitativi di poco superiori o inferiori rispetto alla terapia prescritta; a farmaci innovativi che apportano un beneficio anche per la qualità della vita delle persone, ma che vengono sospese, in particolare, per problemi di budget aziendali.

“Per un certo periodo di tempo ho utilizzato un farmaco per rallentare l'avanzamento dell'osteoporosi. Il farmaco mi veniva infuso in day hospital 1 volta ogni 3 mesi. Questo farmaco la farmacia ospedaliera non lo acquista più. Per continuare la cura ho dovuto svolgere un ciclo di tre mesi in cui tre volte a settimana venivo trasportata in ospedale per le infusioni.

Sicuramente il mio farmaco non ha pesato sul risicato budget ma chi ha realmente risparmiato? Se contiamo il mio disagio nel dover passare tre mattinate fuori casa...! Ma quanto è costato alla sanità il mio trasporto ed i farmaci che comunque mi sono stati infusi?”

Infine, diverse segnalazioni indicano il tema della **mobilità** come un costo non solo per i cittadini, costretti a metter mano al portafogli e recarsi fuori provincia o fuori regione per curarsi, ma come esborso economico anche per il Servizio Sanitario Regionale che dovrà rimborsare le prestazioni erogate in regime di compensazione.

“La mobilità passiva resta il grande buco nero delle regioni del sud e le impoverisce. I cittadini, pur pagando regolarmente le tasse, fanno sacrifici economici per aver accesso alle cure necessarie fuori regione.”

Elementi questi che, come dicevamo, insieme alle categorie prese in considerazione nei paragrafi precedenti, concorrono alla definizione di spreco dal punto di vista dei cittadini.

Definizione che non identifica l'utilizzo poco oculato di risorse soltanto come un “costo diretto”, non programmato ed inappropriato che comporta un ulteriore dispendio per le casse del Servizio Sanitario Nazionale.

Definizione che, invece, guarda ad una visione di insieme e prende in considerazione costi diretti e indiretti che cittadini e Servizio Sanitario Nazionale sono costretti a sostenere nel momento in cui gli ingranaggi della programmazione, dell'organizzazione di servizi e del personale, dell' allocazione ed uso di risorse, non funzionano come dovrebbero.

La seguente definizione, riportata da un componente della Giuria per il premio Buone pratiche in Sanità, meglio di tante descrizioni e parole contiene e sintetizza ciò che per il cittadini è definibile come spreco nei servizi socio - sanitari. Per questo motivo la riportiamo:

Spreco in sanità significa utilizzare risorse per fornire un servizio tale per cui un Cittadino o non riesce ad usufruire o, pur usufruendone, prova la sensazione di aver solo perduto tempo e/o denaro.
(D. Alesini)

Di seguito i suggerimenti, indicazioni e riflessioni di alcuni cittadini che hanno partecipato alla raccolta di segnalazioni e che, per agevolare nella lettura, abbiamo suddiviso per ambiti.

Spreco

Lo spreco che ho segnalato non minaccia nell'immediato i diritti del malato ma, se pensiamo a più anni, la spesa pubblica peserà sempre di più ai cittadini minando il diritto alle cure per i cittadini, senza alcuna distinzione.

Programmazione, organizzazione dei servizi ed appropriatezza delle prestazioni

- ✓ *... E necessario controllare i vertici di ASL e Aziende Ospedaliere*
- ✓ *Per ridurre lo spreco è necessario un maggiore controllo dei vertici... se non funziona il vertice, come fa a funzionare la base?*
- ✓ *Se la politica non conosce il territorio e l'utenza, non dovrebbe occuparsi di sanità.*
- ✓ *La carenza di programmazione e organizzazione non consente interventi tempestivi, efficaci, in sicurezza ed efficienti. Non consente di garantire ai cittadini il diritto all'esercizio effettivo del diritto alla salute.*
- ✓ *Per ridurre lo spreco è necessario anche privilegiare la sanità pubblica a quella privata e riequilibrare il rapporto "personale amministrativo – personale sanitario".*
- ✓ *Miglior utilizzo delle risorse umane e dei macchinari con una ripartizione delle attività lungo tutto l'arco della giornata, anche serale e week end.*
- ✓ *Incrementare ed aumentare gli orari di accesso ai servizi.*
- ✓ *E' necessario assicurare adeguati livelli di organico in base alla domanda di servizi e prestazioni che giunge dalla popolazione.*
- ✓ *Il maggior costo sostenuto per l'impiego di materiali performanti energeticamente viene ammortizzato nel giro di qualche anno, grazie al risparmio sulle spese per riscaldamento o climatizzazione. Pertanto sarebbe una buona pratica da incentivare e premiare.*
- ✓ *Lo spreco potrebbe essere evitato potenziando e valorizzando con oculatezza l'esistente. Incrementando i posti letto laddove è necessario; dando la possibilità al personale sanitario di aggiornarsi e formarsi; attrezzando gli ambulatori di strumenti all'avanguardia per garantire ai pazienti assistenza e terapie adeguate.*

Liste d'attesa

Con un semplice “recalling” organizzato in tutta la Regione sarebbe possibile ridurre del 10% le liste d'attesa ed evitare lo spreco di posti prenotati ma poi non utilizzati.

Ricoveri inappropriati

Tutti i pazienti hanno diritto ad essere seguiti! Tenere un reparto “occupato” inutilmente al solo scopo di farlo apparire funzionante, lede i diritti del malato, oltre ad essere causa di spreco.

Patologie croniche

Garantire accesso alle persone con patologie croniche, garantire un più tempestivo accesso alle prestazioni, in particolare per i pazienti più complessi. Sono più frequentemente i pazienti complessi che si rivolgono al pronto soccorso se non sono presenti appropriati e validi percorsi di cura.

Presa in carico e continuità assistenziale e cure primarie

- ✓ *Lo spreco potrebbe essere arginato pensando ad un effettivo e concreto servizio territoriale che non determini ricoveri impropri e che spesso intasano pronto soccorso.*
- ✓ *La dimissione dell'utente deve essere accompagnata con la consapevolezza che le cure si possano continuare e si possa essere seguiti presso il proprio domicilio, con un'assistenza valida del medico di medicina generale e dell'infermiere. Ciò ridurrebbe i ricoveri inutili e aiuterebbe il Servizio Sanitario Nazionale ad utilizzare in modo appropriato le risorse disponibili.*
- ✓ *la formazione dei medici di medicina generale andrebbe fatta non soltanto via FAD ma anche con confronto sul campo. Per i compensi, prendere in considerazione la tariffa per ogni utente effettivamente seguito. Vi sono persone, infatti, che si rivolgono al medico una volta ogni tre anni almeno.*
- ✓ *Maggiore operatività dei Medici di medicina generale, specialmente verso i loro pazienti più problematici. Si potrebbe istituire un sistema per cui il primo referente non è il servizio 118 ma il medico di*

famiglia stesso che, nel caso ne ravvisi la necessità, contatterà o invierà al 118 (ovviamente non per le urgenze vere come per esempio incidenti ecc.).

Si potrebbe pensare inoltre ad una sorta di graduatoria dei medici di famiglia che penalizzi chi fa un ricorso esagerato e non giustificato al 118.

- ✓ *I medici di famiglia dovrebbero essere “consulenti di famiglia” non limitarsi a curare, ma attivarsi in prima persona anche nel campo della prevenzione: indagini, percorsi di salute attraverso anche le attività fisiche e sane abitudini di vita.*

Protesi ed ausili

- ✓ *Un comportamento responsabile: promuovere l'informazione affinché i familiari dei degenti comunichino l'eventuale ricovero per bloccare temporaneamente il rifornimento di ausili assorbenti presso il proprio domicilio.*
- ✓ *Centralizzare gli acquisti a livello regionale e con un approccio fondato sull'HealthTechnologyAssessment che valuti implicazioni cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali, attraverso la valutazione di più dimensioni e che coinvolga i cittadini.*

Informatizzazione

Occorre informatizzare i servizi in quanto l'informatizzazione è una strategia per migliorare l'accesso a servizi e cure per i cittadini.

4. IL CONTRIBUTO CRITICO DI CITTADINANZATTIVA: UNA DEFINIZIONE DI SPRECO E DI ROAD MAP

L'elaborazione di una definizione di spreco ha impegnato il movimento per circa un anno. Il progetto ha previsto diverse giornate di studio coinvolgendo tutte le risorse del TDM ed i partner del tavolo di lavoro³⁷ per una definizione ponderata di spreco, oltre a strutturare una elaborazione concettuale e culturale condivisa all'interno del Movimento.

L'esito di questo percorso condiviso collegialmente è la seguente definizione:

“Spreco nel Servizio Sanitario Nazionale è ogni attività, comportamento, bene e servizio che, utilizzando risorse, non produce risultati in termini di salute, benessere e qualità della vita per come li definisce la Carta Europea dei diritti del malato”.

E' quindi spreco di risorse operare tagli lineari che non rendono giustizia alle “sacche d'eccellenza” che pur raggiungono risultati di efficienza nel nostro Paese, agendo su tutto e tutti in modo indiscriminato.

Agire in modo “chirurgico” sullo spreco e sull'inefficienza richiede il contributo di tutti. Tutti possono attivarsi in prima persona in due modi: evitando di diventare “propulsori” dello spreco ed intervenendo sulle cause, grazie a segnalazioni precise sullo spreco. Perché è un diritto di tutti avere servizi di qualità. Per questo è un dovere non tacere, ma agire.

³⁷ AIOP, ANMAR, Cittadinanzattiva Veneto, Cittadinanzattiva Lazio, FARE, FIASO, FEDERFARMA, FARMINDUSTRIA, FEDERSANITA' – ANCI, SIFO, FIMP

La road map per la sostenibilità dal punto vista dai cittadini

Cittadinanzattiva, attraverso questo lavoro, si è posta i seguenti obiettivi:

- analizzare ed entrare nel fenomeno dello spreco, partendo dalla sua rappresentazione concreta, cioè dalle esperienze dirette di cittadini comuni che hanno interesse ad attivarsi per rimuoverlo per passare da rappresentazioni macro-economiche a esempi micro, quelli che capita di vedere e con i quali ci si misura pressoché quotidianamente;
- concettualizzare e definire cosa è spreco per i cittadini. La definizione è la piattaforma essenziale per misurare il fenomeno;
- mettere in evidenza quelle esperienze positive, che esistono nel SSN e che vanno maggiormente valorizzate e promosse, per dimostrare che il Servizio Sanitario Nazionale non è solo ciò che non va. Il SSN può contare anche su personale, le risorse umane che vuole fare meglio e che ha messo e continua a mettere in campo idee e energie, migliorando i servizi rendendoli più umani e organizzati più razionalmente.
- offrire alle istituzioni una "ricetta con gli ingredienti", la road map, per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, che non può essere messo in discussione.

Prima di passare agli ingredienti, è bene condividere la definizione di sostenibilità alla base di questo lavoro.

La sostenibilità è una scelta politica.

Le conclusioni alle quali giunge la Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica nell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del SSN, che fa proprie le conclusioni del Rapporto di Roy Romanow, della Commissione sul futuro del servizio sanitario in Canada (2002) che afferma *“Non vi è alcuno standard su quanto un Paese dovrebbe spendere per la salute. La scelta riflette la storia, i valori e le priorità di ciascuno e – aggiunge – il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia”*.

La sostenibilità è nel tempo.

La sostenibilità, in quanto tale, non può e non deve riferirsi solo al breve periodo; piuttosto è necessario puntare ad uno *sviluppo sostenibile*, vale a dire *“uno sviluppo che soddisfa i bisogni del presente senza compromettere la possibilità delle generazioni future di soddisfare i propri bisogni”*³⁸.

La sostenibilità è anche per le generazioni future.

E' evidente che esiste una responsabilità dell'attuale generazione della classe dirigente -e non solo- politica, amministrativa, professionale, civica, delle imprese, di consegnare alle generazioni future, e quindi ai nostri figli e nipoti, un bene comune, conquista irrinunciabile e necessità qual è il SSN, integro nei suoi principi fondamentali, e possibilmente migliore dell'attuale.

³⁸Commissione mondiale sull'ambiente e lo sviluppo

La sostenibilità è nel raggiungimento degli obiettivi di salute.

Il Servizio Sanitario Nazionale per i cittadini è sostenibile se è in grado di raggiungere gli obiettivi di salute che si da, se riesce a garantire tempestivamente l'accesso a servizi sicuri e di qualità di cui la persona ha bisogno, se riduce le disuguaglianze, se garantisce il rispetto in tutte le regioni dei LEA, se non obbliga i cittadini a rinunciare alle cure, se riesce a sostenere e non a stressare i redditi familiari già compromessi.

Insomma si tratta di un cambio di paradigma: passare da un concetto di sostenibilità intesa come compatibilità con le risorse allocate in base ad una scala gerarchica delle priorità prefissate dal Governo ad una sostenibilità basata sugli esiti che riesce a produrre in termini di salute e mantenimento della qualità della vita.

Gli assi per rilanciare e ammodernare il Servizio Sanitario Nazionale pubblico, ispirandoci a quanto affermato da Romanow, sono sintetizzabili in tre parole chiave:

1. **Servizi.** Devono essere garantiti tutti -e solo- i servizi necessari ed essenziali (i LEA) per soddisfare le esigenze di salute dei cittadini, garantendo qualità e accessibilità universale e tempestiva, secondo principi di appropriatezza, efficienza ed efficacia che evitino sprechi e ridondanze intollerabili da un punto di vista etico, prima che economico.

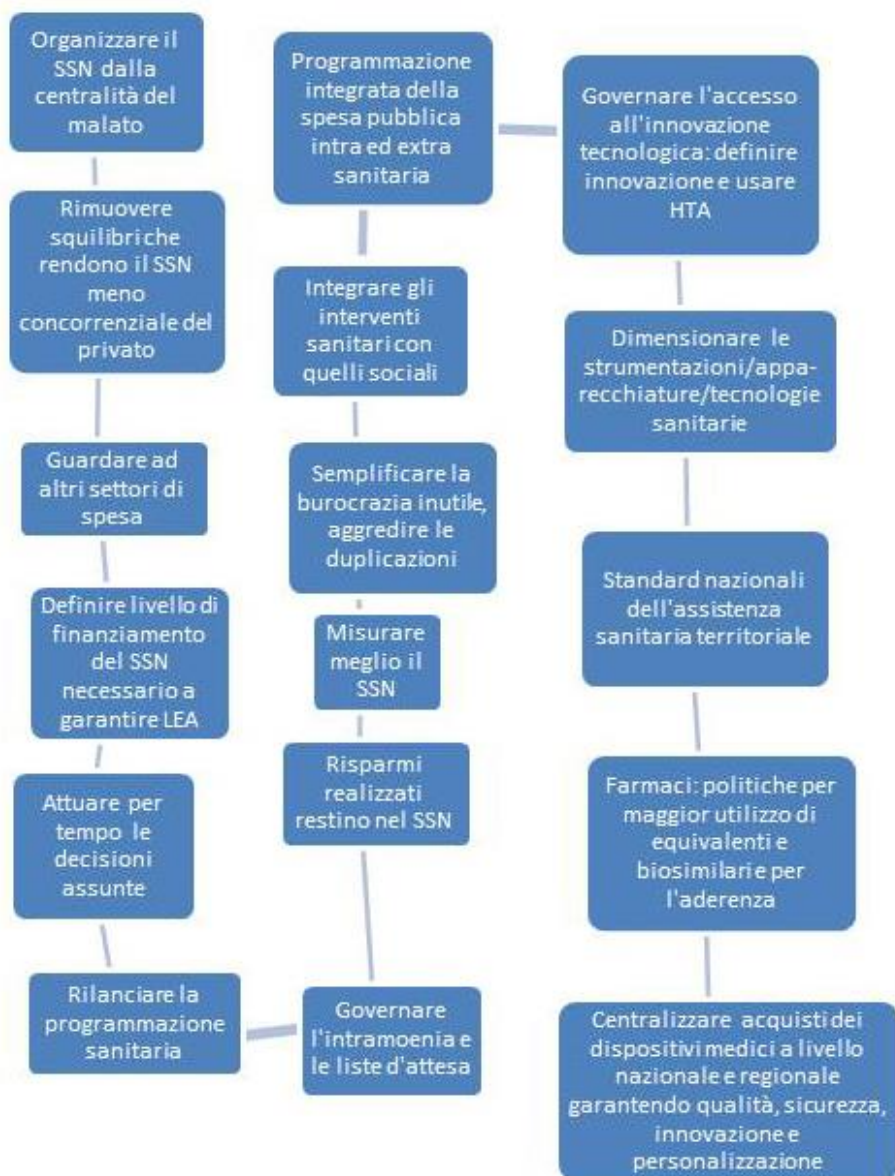
2. **Bisogni.** Il SSN deve essere centrato sui bisogni di salute e assistenza dei cittadini che cambiano, in un'ottica non solo

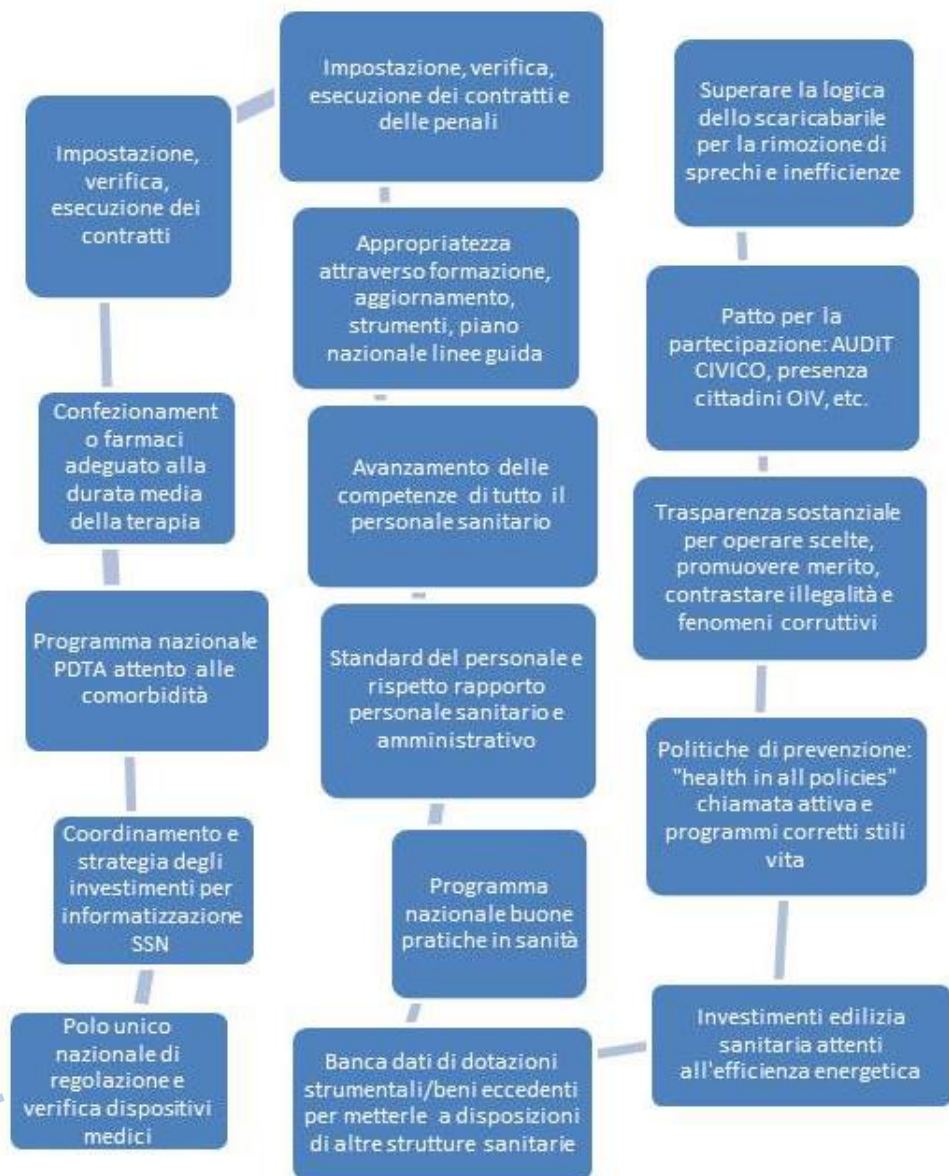
individuale, ma di comunità. E questo sfida il sistema a migliorarsi continuamente nelle performance e nell'organizzazione; a promuovere politiche integrate per la salute: nell'ambiente, nelle politiche industriali, nell'istruzione, nella scelte di mobilità pubblica, etc.

3. **Risorse.** Non sono solo quelle economiche, ma anche il patrimonio strutturale, il parco tecnologico, la ricerca, i sistemi informativi, e soprattutto le risorse umane e professionali necessarie per garantire i servizi. Questa dimensione sottolinea, fra l'altro, la rilevanza del lavoro di cura, il ruolo della trasparenza e dell'integrità del sistema, l'importanza della qualità dei luoghi dove sono assistiti e vivono i cittadini, il valore dell'innovazione e della ricerca, la centralità della formazione e dell'aggiornamento professionale, il riconoscimento del merito.

**LA ROAD MAP PER LA SOSTENIBILITA'
VISTA DAI CITTADINI**

Fig. 1 – La road map per la sostenibilità del SSN di Cittadinanzattiva





Fonte: I due volti della sanità. Tra sprechi e buone pratiche, la road map vista dai cittadini, Cittadinanzattiva, 2016

1. **Ammodernare e organizzare il SSN a partire dalla centralità del malato**, dei suoi bisogni e non di altri interessi, che nulla hanno a che vedere con il servizio di cura, assistenza e produzione di salute che al SSN è affidato.
2. Si tratta ad esempio di passare dal sistema di cura dell'organo malato, al sistema per intensità di cura, centrato sulla persona e sui suoi bisogni socio-sanitari; di passare dalla proliferazione dei reparti-fotocopia a servizi più vicini ai cittadini per tempi di accesso e raggiungibilità; dai DRG/prestazionificio/minutaggio al riconoscimento formale e dignità del tempo dei professionisti come tempo di cura, dedicato alla relazione, all'empowerment, alla comunicazione.
3. **Rimuovere tutti gli squilibri interni al SSN che lo rendono meno concorrenziale rispetto al sistema privato di offerta.** Uno tra i principali squilibri da eliminare in questo senso è rappresentato ad esempio dall'attuale livello di ticket di alcune prestazioni sanitarie che è maggiore rispetto al costo della stessa prestazione nel privato.
4. **Aggredire in modo "chirurgico" sprechi e inefficienze non solo all'interno del SSN.** Abbandonare l'idea di spending review basata sul taglio/definanziamento lineare al Fondo Sanitario Nazionale, guardando sempre più ad altri settori di spesa pubblica extra sanitaria, molto meno misurati del SSN.
5. **Definire il livello di finanziamento del SSN al di sotto del quale i diritti dei cittadini e i Livelli Essenziali di Assistenza**

non possono essere concretamente garantiti. Questo è necessario per far sì che il SSN non sia più usato come bancomat con tagli lineari, anno dopo anno, per riparare le inefficienze anche di altri settori di spesa pubblica e soprattutto per ri-iniziare a programmare la sanità pubblica anche a medio-lungo periodo e occuparsi del diritto alla salute anche delle generazioni future.

6. **Garantire l'effettività del principio "i risparmi realizzati in sanità rimangono nelle disponibilità del SSN",** ad oggi purtroppo disatteso.
7. **Passare da un concetto di spesa pubblica per "silos" al concetto di Programmazione integrata della spesa pubblica intra ed extra sanitaria.** Una prestazione sanitaria ad alto costo che potrebbe risultare non sostenibile guardando al suo specifico capitolo di spesa, potrebbe invece esserlo se si riuscisse a guardare al suo impatto positivo su altri capitoli di spesa pubblica e ad utilizzarne le relative risorse.
8. **Rilanciare la programmazione sanitaria** nazionale, ferma al 2008, e la programmazione sanitaria regionale, superando la separatezza con le politiche sociali come avviene ancora in 6 Regioni e al livello nazionale. Per una corretta programmazione (sanitaria ed economica) è necessario conoscere bisogni e fattori di rischio; avere contezza dei dati epidemiologici presenti e dei trend futuri, anche implementando e valorizzando i registri nazionali di patologia.

9. **Attuare, e per tempo, le decisioni assunte** con l'approvazione di atti nazionali-regionali-aziendali, rendendole effettive. E' il caso ad esempio del Patto per la Salute 2014-2016, con particolare riguardo alle misure previste per l'assistenza territoriale (AFT, UCCP,.....).

10. **Misurare meglio il Servizio Sanitario Nazionale** in particolare attraverso: *l'ottimizzazione dei flussi informativi esistenti* a partire da quelli derivanti da sistemi di monitoraggio e sorveglianza già presenti presso Agenzia ed enti vigilati del Ministero della Salute, nonché quelli prodotti dall'Istat; la previsione di *elementi di terzietà nel sistema di monitoraggio dei LEA* a partire dall'introduzione del punto di vista dei cittadini; il superamento del rischio "verifica formale" e non sostanziale dell'attuale sistema di monitoraggio LEA introducendo *indicatori della dimensione qualitativa*, di rinuncia alle cure, dei tempi effettivi di attesa, di accesso reale e uniforme alle innovazioni tecnologiche,.....; la verifica degli esiti e dei servizi offerti prodotti in particolare dai servizi territoriali.

11. **Integrare gli interventi sanitari con quelli sociali**; integrare i professionisti socio-sanitari per un approccio multidimensionale e multi-professionale che prenda in carico i bisogni della persona malata; integrare le Istituzioni che sono coinvolte nel percorso di cura, di assistenza e nelle procedure amministrative correlate per superare la frammentazione da burocrazia inutile; integrare i flussi informativi.

12. **Semplificare le procedure burocratiche** rimuovendo le sofferenze inutili, l'aggravio della burocrazia e della cattiva organizzazione dei servizi, come il "palleggio tra professionisti" per la prescrizione. **Aggredire le esistenti duplicazioni di centri decisionali**, funzioni e strutture: assorbono risorse indebitamente, penalizzano l'equità di accesso e rallentano l'accesso ai servizi per i cittadini. È il caso ad esempio delle Commissioni Regionali del Farmaco che ripetono analisi già svolte dall'AIFA, dei "reparti fotocopia" o dei "primariati" inutili. L'innovazione tecnologica offre opportunità di semplificazione clinica, amministrativa e organizzativa.
13. **Governare l'intramoenia e le liste d'attesa** attraverso: il varo in tempi brevi del piano nazionale di governo dei tempi di attesa che preveda la sospensione automatica dell'intramoenia quando i suoi tempi di attesa sono più bassi di quelli istituzionali; la centralizzazione al livello regionale delle agende tutti gli erogatori pubblici, privati convenzionati e università; la gestione aziendale delle agende dei ricoveri; il Recalling organizzato in tutta la regione; percorsi di garanzia per il rispetto dei tempi massimi e per la non frammentazione dei percorsi per malati cronici, rari, oncologici.
14. **Governare l'accesso all'innovazione tecnologica** (farmaci e dispositivi medici) attraverso: la definizione condivisa tra tutti gli stakeholder del concetto di innovazione; l'implementazione dell'HTA per selezionare le tecnologie realmente utili ai cittadini e al SSN, garantendo il coinvolgimento delle associazioni di cittadini e di pazienti;

l'istituzione nell'ambito del SSN della funzione a livello nazionale di autorizzazione all'immissione in commercio e di prezzo e rimborso dei dispositivi medici, analogamente a quanto già avviene per i farmaci.

15. Approvare e implementare un provvedimento normativo per il **dimensionamento delle strumentazioni/apparecchiature/tecnologie sanitarie** (ad esempio per bacino di utenza) del SSN (come ad esempio fatto con gli standard ospedalieri).
16. Promuovere un **maggior utilizzo di farmaci equivalenti e biosimilari** salvaguardando il pieno rispetto dei diritti dei pazienti e la possibilità di scelta del clinico.
17. Promuovere politiche per **l'aderenza terapeutica**.
18. **Centralizzare gli acquisti dei dispositivi medici a livello nazionale e regionale garantendo qualità, sicurezza, innovazione e personalizzazione** degli stessi. A tal fine è necessario prevedere il coinvolgimento delle Associazioni di cittadini e di pazienti nelle diverse fasi della gara, dalla sua messa a punto alla valutazione del suo impatto sugli utenti. **La centralizzazione degli acquisti dovrebbe essere estesa anche a tutti i beni e servizi** come: comunicazione istituzionale, servizi elisoccorso, materiali di consumo per uffici, gestione dei rifiuti ospedalieri, servizi assicurativi, servizi di pulizia,.....
19. **Migliorare uniformemente l'impostazione, verifica ed esecuzione dei contratti di appalto**. Per i macchinari ad esempio è necessario che nei contratti di acquisto siano

introdotti criteri di valutazione che prevedano “standard di distribuzione di tecnologie/apparecchiature” conformi ai bisogni della comunità. I contratti di acquisto debbono anche prevedere che le tecnologie/apparecchiature debbano essere collocate all’interno di strutture dotate di personale specializzato in grado di utilizzarle. Oltre a questo, i contratti debbono prevedere clausole specifiche con vincoli sulle tempistiche di riparazione, ed un piano di gestione della crisi in caso di guasti/danneggiamenti/etc.

20. Realizzare un **polo unico nazionale di regolazione e verifica dei dispositivi medici**: dall’autorizzazione all’immissione in commercio di nuove tecnologie, alla dismissione di tecnologie superate/obsolete fino alla definizione di prezzi di rimborso nazionali.
21. **Adeguare il confezionamento con la quantità di farmaci alla durata standard/media della terapia** per evitare sprechi di risorse per i cittadini per confezioni in casa inutilizzate per la parte eccedente la terapia e per ticket sulla confezione dei farmaci, oltre che per il SSN.
22. **Presa in carico integrata delle persone con patologie croniche e rare**, organizzando i servizi in funzione dei dati epidemiologici e delle proiezioni per non trovarci impreparati. Approvare il Piano Nazionale della cronicità. Definire ed implementare su tutto il territorio nazionale Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), anche attraverso l’istituzione di un Programma Nazionale PDTA per patologie croniche/rare che tenga conto delle comorbidità.

23. Approvare e implementare gli **standard nazionali dell'assistenza sanitaria territoriale** da garantire uniformemente su tutto il territorio nazionale, così come accaduto per gli "Standard ospedalieri".
24. **Coordinare e strategizzare a livello nazionale e regionale gli investimenti per l'implementazione dell'informatizzazione del SSN**, al fine di utilizzare al meglio le risorse disponibili, superare l'attuale frammentazione dei sistemi informativi nazionali, regionali e aziendali, nonché garantire la loro interoperabilità. In tal senso promuovere anche programmi di telemedicina e tele-refertazione.
25. Promuovere la **cultura dell'appropriatezza** attraverso: la formazione e l'aggiornamento professionale; la dotazione di strumenti al prescrittore per segnalare eventuali ripetizioni di esami già svolti e per accertarsi che il professionista ne ravvisi davvero la necessità; momenti di discussione "tra pari" delle prestazioni prescritte e inappropriate, per imparare dall'errore; messa a punto e implementazione del Piano Nazionale Linee Guida.
26. Riconoscere, valorizzare, capitalizzare e strategizzare all'interno del SSN **l'avanzamento delle competenze di tutto il personale sanitario** per l'ammodernamento dei servizi sanitari. Spingere tutti gli attori a superare il proprio "orticello", per la tutela e il rilancio del SSN, attuando uno dei principi che ha animato i cittadini attivi del TDM: *"ciascuno sa che non può ottenere niente per sé, senza ottenere qualcosa per tutti"*.

27. Definire e implementare gli **standard di personale** per ciascun ambito di assistenza del SSN e garantire il **rispetto del rapporto previsto dalla Legge tra personale amministrativo e personale sanitario**.
28. Individuare e valorizzare le buone pratiche socio-sanitarie realizzate sul territorio nazionale per una loro messa a sistema nell'organizzazione ed erogazione dei servizi, nella semplificazione delle procedure e della normativa, nell'umanizzazione dell'assistenza. E' necessario istituire un **Programma Nazionale Buone Pratiche in Sanità per garantirne la loro effettiva e diffusa implementazione sul territorio nazionale**.
29. Realizzare un **Patto per la partecipazione alla tutela del diritto alla salute** che impegna il Governo nazionale, i governi regionali e l'amministrazione aziendale per garantire forme di partecipazione e valutazione civica, attraverso metodologie consolidate come l'AUDIT CIVICO, nelle articolazioni del SSN nonché nell'operato dei direttori generali e nella valutazione degli obiettivi del personale (OIV).
30. Promuovere la **trasparenza come strategia di fondo per operare le scelte, per la valutazione, per la promozione del merito, per il contrasto a fenomeni di illegalità e corruttivi**. Per questo è necessario superare l'approccio burocratico nell'applicazione delle norme, che si è fermato solo agli aspetti formali, per passare all'applicazione reale nel coinvolgimento dei cittadini, nei tempi di attesa reali, arrivando agli esiti e performance delle singole strutture, e

alla facilità di consultazione di siti web, documenti, informazioni di interesse generale.

31. Potenziare le **politiche di prevenzione del SSN**, utilizzando interamente a questo scopo il 5% del Fondo Sanitario (si spende in media il 4,2%), ad esempio migliorando i programmi di chiamata attiva per i programmi organizzati di screening in campo oncologico e le vaccinazioni, promuovendo i programmi di prevenzione primaria, oltre all'implementazione di programmi volti alla promozione di corretti stili di vita e all'orientamento nel Servizio Sanitario Nazionale.
32. **Realizzare una banca dati delle dotazioni strumentali e dei beni eccedenti e pienamente funzionanti (quindi sicuri e di qualità) non utilizzati dalle strutture in cui sono ubicati**, così da poter essere messi a disposizione delle altre strutture sanitarie. Si propone di creare una sorta di bacheca virtuale dove domanda/offerta si incontrino prima di mettere a bando nuovi acquisti.
33. Scegliere e privilegiare negli **investimenti di edilizia sanitaria** interventi attenti all'efficienza energetica: architettura bioclimatica, uso più razionale dell'energia, maggiore rispetto dell'impatto ambientale, una gestione più efficiente ed efficace delle strutture per illuminazione, climatizzazione, etc..
34. **Superare lo scaricabarile per la rimozione dello spreco**: la responsabilità nell'agire per eliminarlo, contrastarlo, rimuoverne le cause è in capo a tutti coloro che lo vedono,

lo rilevano, lo vivono, lo agiscono più o meno consapevolmente. E' responsabilità del singolo individuo (cittadino, professionista sanitario, dipendente pubblico,..) o soggetto (imprese, associazioni, ...) segnalare le situazioni di potenziale o reale spreco; delle amministrazioni, delle imprese, etc. prenderle seriamente in considerazione, individuare in tempi certi e celeri il responsabile del procedimento e coinvolgere chi segnala nelle azioni di rimozione delle inefficienze.