



Walter Ricciardi

Presidente  
Istituto Superiore di Sanità

# Importanza della legge sulla responsabilità professionale

- Questa sezione passa in rassegna i risultati emersi dall'analisi dei documenti e progetti di livello nazionale che hanno preso in esame le cause alla base degli sprechi in sanità nel nostro Paese.
  
- Le principali voci di spreco individuate sono state:
  1. ***L'inappropriatezza***
  2. ***L'assenza di reti assistenziali integrate***
  3. ***Gli errori in medicina***
  4. ***La scarsa attenzione alle azioni di prevenzione***
  5. ***Le liste d'attesa***

# Analisi degli sprechi in Sanità in Italia

**Inappropriatezza**

# Inappropriatezza

Considerando l'incidenza dei ricoveri per acuzie relativi ai 43 DRG dichiarati a rischio di inappropriatezza dal D.P.C.M. del 29-11-2001, la media nazionale è di **21,1 ricoveri potenzialmente inappropriati ogni 1000 residenti**, con una netta differenza tra Nord e Sud Italia.

# Inappropriatezza

I valori più alti di ricoveri inappropriati si registrano nelle Regioni meridionali: Abruzzo (**35,2**), Calabria (**30,1**) e Molise (**30,0**); tra le Regioni settentrionali, quelle a superare il dato medio nazionale sono solo la P.A. di Bolzano (**25,3**) e la Lombardia (**21,5**).

Le Regioni che presentano in assoluto il minor numero di ricoveri potenzialmente inappropriati sono Piemonte (**11,7**), Toscana (**10,2**) e Valle d'Aosta (**9,8**).

# Inappropriatezza

**Tabella 5.36 - Val. della produz. dei ricov. potenziante inappr. - Ricoveri acuti ordinari  
Valori in mln. di € e composizione % - Anno 2006**

<b>Regioni</b>	<b>Valore assoluto</b>	<b>%</b>
Italia	1.554,53	6,17
Piemonte	66,07	3,85
Valle d'Aosta	1,60	2,73
Lombardia	258,79	6,29
P. A. Bolzano	15,22	7,45
P. A. Trento	8,85	4,75
Veneto	87,13	4,78
F.V. Giulia	23,83	4,62
Liguria	27,53	3,56
E. Romagna	87,45	4,78
Toscana	47,89	3,21
Umbria	17,76	5,00
Marche	36,76	5,46
Lazio	169,54	6,88
Abruzzo	56,41	8,43
Molise	11,83	7,23
Campania	208,30	8,76
Puglia	138,21	7,42
Basilicata	13,95	5,78
Calabria	73,18	8,52
Sicilia	143,76	6,69
Sardegna	60,46	9,09

Fonte: elaborazione CEIS-Sanità su dati SDQ Ministero della Salute.

# Analisi degli sprechi in Sanità in Italia

**Assenza di reti assistenziali  
integrate**

# Inappropriatezza

**L'assenza di reti assistenziali integrate tra ospedale e territorio è un'altra delle cause di notevoli sprechi di risorse su tutto il territorio nazionale, che si traduce spesso in prestazioni inappropriate o in una mancata presa in carico del cittadino/paziente, con conseguenze sull'efficacia dei trattamenti oltre che sulla disponibilità di risorse.**

L'analisi del Ministero della Salute sulle performance della sanità italiana, mostra:

- **un tasso di ospedalizzazione per diabete globale per 100.000 abitanti pari a 53,889;**
- **un tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100.000 abitanti 50-74 anni pari a 307,401;**
- **un tasso di ospedalizzazione BPCO per 100.000 abitanti 50-74 anni pari a 166,581.**



# Inappropriatezza

- Per quanto concerne la rete dell'emergenza-urgenza è stata evidenziata una notevole mancanza di appropriatezza.
- **Il 65% circa dei pazienti afferenti al Pronto Soccorso (PS) presentano problemi di salute minori, che potrebbero essere presi in carico dai servizi territoriali.**
- Un'analisi condotta nella AUSL di Ravenna nel 2008 ha stimato una percentuale di **accessi in PS identificabili come non appropriati pari al 48% del campione totale, al 93% dei codici bianchi e al 35% dei codici verdi.**

[De Giacomi GV, Di Virgilio E, Aguilar Matamoros M, Di Domenicantonio R, Angelastro A. Le reti ospedaliere: strumenti e modelli per la programmazione. Agenas, 2009. Disponibile online: [http://www.agenas.it/reti\\_ospedaliere/ArticoliApprofondimento/DE%20GIACOMI%20-%20Le%20reti%20ospedaliere%20\\_strumenti%20e%20modelli.pdf](http://www.agenas.it/reti_ospedaliere/ArticoliApprofondimento/DE%20GIACOMI%20-%20Le%20reti%20ospedaliere%20_strumenti%20e%20modelli.pdf) (ultimo accesso: 6 settembre 2012); Di Tommaso F, Falasca P, Calderone B, Nicoli MA, Berardo A, Rossi A. Bollettino Epidemiologico Nazionale. Analisi dei fattori psico-sociali e sanitari che hanno indotto i cittadini all'uso non appropriato del pronto soccorso nella AUSL di Ravenna nel 2008. Not Ist Super Sanità 2010;23(2):iii-iv]

# Analisi degli sprechi in Sanità in Italia

## Errori in medicina

# Errori in medicina

Gli errori medici costituiscono uno tra i principali problemi dei cittadini che si rivolgono al SSN per l'assistenza sanitaria: presunti casi di *malpractice* sono stati l'oggetto del **18% delle segnalazioni (oltre 25.000) giunte al Tribunale per i Diritti del Malato**

I supposti errori segnalati dai cittadini riguardano soprattutto interventi chirurgici (53%) e diagnosi errate (26%), e la maggior parte di essi si registra *in strutture pubbliche (88%)*.

# Errori in medicina

In Italia è stato stimato che **su 8 milioni di persone che ogni anno vengono ricoverate in ospedale, 32.000 (circa il 4%) possano subire danni che potrebbero essere evitati e tra 14.000 e 50.000 possano morire per errori compiuti dai medici o causati da un'inadeguatezza organizzativa delle strutture sanitarie.**

Ciò determinerebbe per il SSN un **danno economico di circa 260 milioni di euro/anno solo per il prolungamento dei tempi di degenza**, senza contare l'incremento dei costi assicurativi della sanità pubblica.

# Errori in medicina: i costi per le Regioni

**Attualmente le Regioni spendono in media circa 30 milioni di euro ogni anno per le polizze assicurative e dal 1994 al 2002 il numero totale dei sinistri denunciati in Italia è quasi raddoppiato, passando da oltre 8.000 casi a poco meno di 15.000, con un conseguente forte incremento delle richieste di risarcimento → le cause aperte al 2010 erano 12.000, con richieste di indennizzi per circa 2,5 miliardi di euro.**

Nel 2002 i sinistri per responsabilità civile professionale sono stati stimati in 7.800 *(con un aumento del 148% rispetto al 1994)*, quelli contro le strutture sanitarie in 6.700 *(con un aumento del 31%)*. Analogamente si è osservato un *incremento del costo medio dei sinistri per colpa professionale del 21% e di quello relativo alle strutture sanitarie del 67%*.

# La medicina difensiva

Tutto ciò ha comportato la vasta diffusione del problema della medicina difensiva: *il 77,9% ammette di aver adottato almeno un comportamento di medicina difensiva durante l'ultimo mese di lavoro.*

Nello specifico:

- **l'82,8% dichiara di avere inserito in cartella clinica annotazioni evitabili;**
- **il 69,8% afferma di aver proposto il ricovero di un paziente in ospedale, nonostante fosse gestibile ambulatorialmente;**
- **il 61,3% dichiara di aver prescritto un numero maggiore di esami diagnostici rispetto a quello necessario;**
- **il 58,6% dichiara di essere ricorso alla consultazione non necessaria di altri specialisti;**
- **il 51,5% afferma di aver prescritto farmaci non necessari;**
- **il 26,2% dichiara di avere escluso pazienti "a rischio" da alcuni trattamenti, oltre le normali regole di prudenza.**

# Errori in medicina: evidenze disponibili

In Italia *le conoscenze sugli errori medici sono piuttosto incomplete*, sia per quanto riguarda l'efficacia delle misure di prevenzione, sia per quanto attiene alla frequenza e all'incidenza degli errori.

La maggior parte dei documenti pubblicati in tema di errori medici è relativo ai settori di:

- **Chirurgia**
- **Radiologia**
- **Cardiologia**
- **Medicina di laboratorio**

Gli errori riguardano la derelizione di corpi estranei nel sito chirurgico, la diagnosi, le procedure utilizzate, la prescrizione di esami inutili.

Magnavita N et al. Radiol Med. 2012 Sep 17.; Pinto A et al. Semin Ultrasound CT MR. 2012;33(4):275-9.; Angiò LG et al. G Chir. 2011 Mar;32(3):153-8.; Orsini E et al. G Ital Cardiol (Rome). 2007;8(6):359-66.; Plebani M. Ann Clin Biochem. 2010;47(Pt 2):101-10.

# Derelizione di corpi estranei nel sito chirurgico

- La ritenzione non intenzionale di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico rappresenta un evento noto e riportato in letteratura.
- Nonostante non si disponga di dati ufficiali di incidenza, si stima che tale fenomeno si verifichi **una volta ogni 1000 - 3000 procedure chirurgiche all'anno.**
- Le segnalazioni più frequenti di derelizione di corpi estranei (tamponcini, garze, compresse laparotomiche, presidi pungenti e taglienti, ferri chirurgici o loro parti, altro materiale) in sito operatorio riguardano soprattutto **la chirurgia addominale, quella toracica e i parti.**



# Derelizione di corpi estranei nel sito chirurgico

- Il materiale estraneo ritenuto può determinare un ampio spettro di esiti clinici che variano da casi asintomatici a **casi con gravi complicanze, quali perforazione intestinale, sepsi, danno d'organo sino alla morte; si stima, infatti, un tasso di mortalità compreso tra l'11% e il 35%.**
- La derelizione di corpi estranei nel sito chirurgico costituisce quindi un **importante evento sentinella** la cui occorrenza va prevenuta, poiché comporta un notevole spreco di risorse per il nostro SSN, oltre agli ingenti danni morali e materiali arrecati ai pazienti.

# Errori in radiologia

- In radiologia, nella pratica quotidiana **circa il 3-5% delle interpretazioni radiologiche contiene errori**, ma rischi e possibili eventi avversi possono identificarsi ad ogni livello di un processo radiologico.
  
- *Tra i fattori che concorrono a determinare l'errore vengono riportati:*
  - *i tempi insufficienti per la refertazione (88,6%),*
  - *la mancata possibilità di consultare i colleghi (84,4%),*
  - *la cattiva organizzazione del lavoro (82,8%),*
  - *il clima lavorativo non collaborativo o carico di tensioni (82,5%),*
  - *le apparecchiature obsolete (78,6%),*
  - *l'insufficiente aggiornamento professionale (75,6%),*
  - *le richieste imprecise dei curanti (74,2%)*
  - *i ritmi di lavoro eccessivi (67%).*

# Errori in radiologia

- ❑ Per quanto concerne la richiesta di esami radiologici, ogni anno in Italia ne vengono eseguiti **da 36 a 43 milioni, il che equivale in media a una per cittadino, bambini esclusi.**
- ❑ La casistica parla di **30-50% degli esami radiologici** eseguiti che appaiono **parzialmente o totalmente inappropriati ai fini clinici**, con percentuali che arrivano *fino al 70% nell'esperienza di un Pronto Soccorso di Palermo.*
- ❑ Da un lavoro svolto su oltre 4000 richieste di esami ambulatoriali di diagnostica per immagini, al fine di verificare l'appropriatezza delle richieste non inserite in programmi di follow-up, è risultato che **le richieste erano appropriate solo nel 55,5% dei casi.**
- ❑ **La conferma del quesito diagnostico si è verificata nel 66% dei casi appropriati ( $p < 0,001$ ).** La presenza di precedenti indagini ha influenzato l'appropriatezza delle richieste ( $p < 0,001$ ) e la conferma della diagnosi ( $p < 0,001$ ).
- ❑ **Il fatturato totale degli esami è stato di 257.317 euro, gli esami non appropriati hanno pesato per 94.012 euro (36,5%)**

# Errori in radiologia

**Tabella 2** Richieste di ecografia, risonanza magnetica (RM) e tomografia computerizzata (TC) non inserite in un protocollo terapeutico secondo alcune caratteristiche e l'appropriatezza della richiesta

	<i>Richiesta appropriata</i>		Totale (n=2303)	p
	No (n=1023)	%		
<i>Provenienza della richiesta</i>				0,148
Medico generico	796	45	963	55
Medico specialista	227	42	317	58
<i>Presenza di precedenti indagini</i>				<0,001
No	721	50	719	50
Sì	302	35	561	65
<i>Specificità quesito diagnostico</i>				<0,001
Assente	396	53	345	47
Aspecifico	252	53	224	47
Specifico	375	34,5	711	65,5
<i>Tipo di esame</i>				<0,001
Ecografia	702	54	602	46
RM	149	28	386	72
TC	172	37	292	63

# Errori in radiologia: i costi

**Tabella 4** Valutazione economica degli esami inappropriati

<i>Esami</i>	<i>Fatturato totale (euro)</i>	<i>Fatturato esami inappropriati (euro)</i>	<i>%</i>
<i>Ecografie</i>	<i>57.115</i>	<i>30.748</i>	<i>32,7</i>
<i>RM</i>	<i>118.770</i>	<i>33.078</i>	<i>35,2</i>
<i>TC</i>	<i>81.432</i>	<i>30.186</i>	<i>32,1</i>
<i>Totale</i>	<i>257.317</i>	<i>94.012</i>	<i>36,5</i>

*RM, risonanza magnetica; TC, tomografia computerizzata*

# Errori in cardiologia

- Anche nel settore cardiologico è evidente il problema delle prescrizioni inappropriate. La più recente casistica ha dimostrato come **mediamente soltanto il 37% delle prescrizioni di test cardiologici non invasivi** (prova da sforzo, ecocardiogramma, monitoraggio con Holter ed ecografia vascolare) **risulta appropriata, con un tasso di inappropriatezza assoluta del 24% e relativa del 39%** e senza differenze statisticamente significative tra esami ordinari ed esami prioritari/urgenti.

**Tabella 1.** Classi di appropriatezza e percentuali di esami utili/inutili e patologici/normali nel gruppo totale delle richieste, suddivise per tipologia del medico prescrivente e per tipologia della prescrizione.

	Cardiologi	Non cardiologi	p	Esami ordinari	Esami prioritari/urgenti	p
Classe I	170 (53%)	189 (30%)		286 (37%)	73 (41%)	
Classe II	131 (41%)	242 (38%)	0.0001	308 (39%)	65 (37%)	0.50
Classe III	20 (6%)	208 (32%)		189 (24%)	39 (22%)	
Esami utili	224 (74%)	219 (34%)	0.0001	353 (44%)	90 (54%)	0.18
Esami inutili	97 (26%)	420 (66%)		430 (56%)	87 (46%)	
Esami patologici	139 (43%)	235 (37%)	0.05	307 (39%)	67 (38%)	0.73
Esami normali	182 (57%)	404 (63%)		476 (61%)	110 (62%)	

# Errori in medicina di laboratorio

- ❑ Per quanto concerne la medicina di laboratorio, in uno studio condotto su 51.746 analisi **l'incidenza di errori è risultata pari allo 0,309% (160 errori)**, di cui 61,9% commessi in fase preanalitica, 15% in fase analitica e 23,1% in fase postanalitica.
- ❑ Nel confronto con i dati ottenuti nel decennio precedente, è stata dimostrata una riduzione significativa nella percentuale di errori di circa il 16% (Odds Ratio 0,66; IC95% 0,54-0,82;  $p < 0,05$ ).  
**Resta però ancora il 73% del totale degli errori che risulta prevenibile...**
- ❑ Il 24,4% di tutti gli errori rilevati ha determinato **conseguenze negative in termini di:**
  - *Ripetizioni inappropriate dei test diagnostici (16,9%)*
  - *Ulteriori approfondimenti diagnostici inappropriati (5,6%)*
  - *Trasfusioni inappropriate (1,3%)*
  - *Errori di identificazione che hanno causato ricoveri inappropriati in Terapia Intensiva (0,6%)*

# Analisi degli sprechi in Sanità in Italia

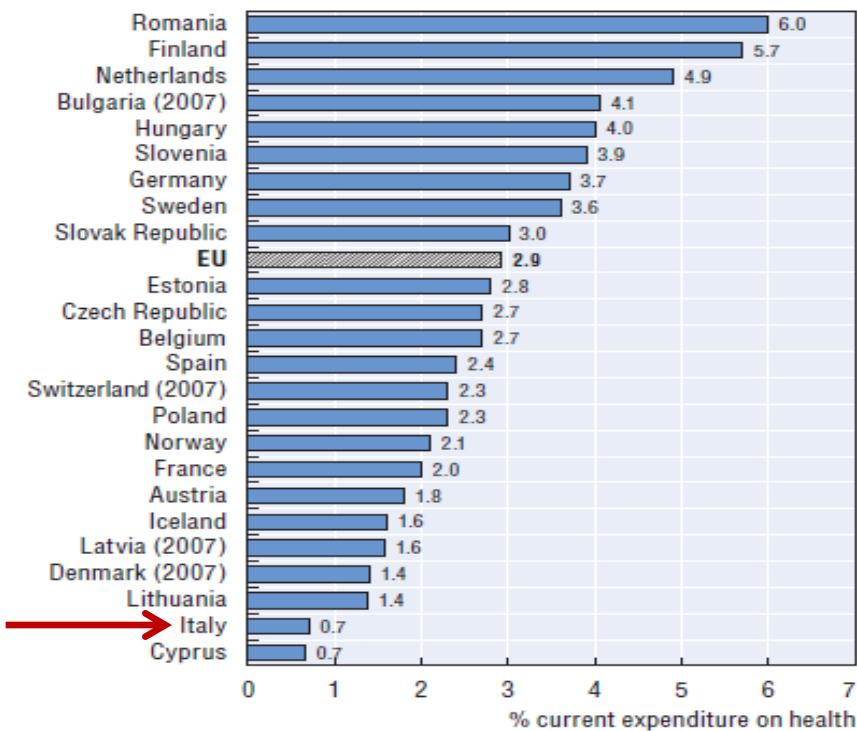
**Mancate azioni di prevenzione**



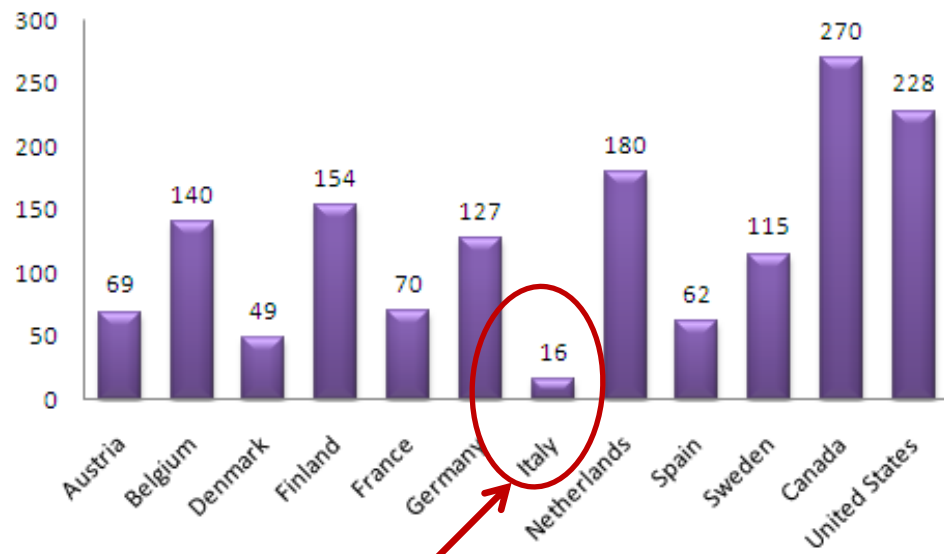
# Le mancate azioni di prevenzione

- Anche le mancate azioni di prevenzione possono alimentare gli sprechi nel nostro Sistema Sanitario.

## 4.3.3. Expenditure on organised public health and prevention programmes, 2008



## Spesa pro capite (US\$ PPP) per le attività di Prevenzione e la Sanità Pubblica, 2007



OECD HEALTH DATA 2009, June 09

# Le mancate azioni di prevenzione: l'esempio delle malattie cardiovascolari (MCV)

- **La prevalenza di cittadini affetti da invalidità per MCV è pari al 4,4 per 1000 ed esse costituiscono anche la causa più frequente di pensione di invalidità (31,2%), con una spesa annua di circa 2,7 miliardi di euro.**
- **La spesa per gli interventi cardiocirurgici è stimabile in circa 650 milioni di Euro/anno e rappresenta da sola l'1% della spesa sanitaria.**

# Le mancate azioni di prevenzione: l'esempio delle malattie cardiovascolari

- **Se in media oggi un caso di infarto costa al SSN circa 3.000 euro, secondo una previsione ottimistica il SSN spende in totale circa 3 miliardi e 514 milioni di euro per sostenere il burden complessivo dovuto a questa patologia.**
- Una quota consistente di questi costi potrebbe essere facilmente risparmiata attraverso adeguate azioni preventive.

# Le mancate azioni di prevenzione: l'esempio delle malattie cardiovascolari

- Ad esempio, si riporta che se il 10% dei soggetti adulti sedentari di età compresa tra 35 e 74 anni, di entrambi i sessi, intraprendessero un'attività fisica di minimo sforzo e priva di impatto economico (ad es. camminare all'aria aperta) per almeno un'ora tutti i giorni, **i costi annuali della spesa sanitaria per la malattia coronarica si potrebbero ridurre di 5,6 miliardi di US\$ (2000) che, convertito in euro e aggiustato per l'attuale inflazione, equivale a un risparmio di circa 5,6 miliardi di euro.**

# Le mancate azioni di prevenzione: l'esempio delle malattie cardiovascolari

- In termini di prevenzione secondaria, esistono poi una serie di potenziali benefici (riduzione della probabilità di ospedalizzazione) a favore del SSN che possono derivare dal miglioramento della terapia farmacologica nel periodo 2010-2050.
- I possibili risparmi sono notevoli e variano **da 3,3 miliardi di euro l'anno nel 2010 a 4,5 miliardi nel 2050**. Il dato più alto riguarda gli uomini in quanto sono maggiormente colpiti da malattie cardiovascolari e possono quindi trarre maggiori benefici da una terapia farmacologica migliore.

# Le mancate azioni di prevenzione: l'esempio delle malattie cardiovascolari

- Anche dopo avere considerato i costi extra dei farmaci ipocolesterolemizzanti necessari per trattare al meglio i pazienti non aderenti, **il risparmio totale permane significativo, variando dai 2,9 miliardi di euro l'anno nel 2010 ai 3,5 miliardi nel 2050.**
- Nel solo arco dei prossimi 20 anni sarebbe possibile realizzare un **risparmio complessivo netto di oltre 60 miliardi di euro, e di oltre 120 miliardi fino al 2050.**

# Le mancate azioni di prevenzione: l'esempio delle malattie cardiovascolari

- A livello regionale, si stima che la Regione *Lazio* già dal 2008 avrebbe potuto risparmiare **oltre 320 milioni di euro che sarebbero saliti a quasi 340 nel 2010, per arrivare a circa 450 milioni nel 2040** (a prezzi costanti); la *Campania* nel 2008 avrebbe potuto risparmiare **circa 330 milioni, che salirebbero a circa 340 nel 2010 per poi arrivare a 506 milioni nel 2040**; per la *Puglia* i risparmi sarebbero pari a **205 milioni nel 2008, 211 milioni nel 2010 e circa 290 milioni nel 2040**; in *Sicilia* si avrebbero **306 milioni nel 2008, 311 nel 2010 e circa 405 milioni nel 2040**. Infine, una Regione come la *Lombardia* potrebbe risparmiare addirittura **circa 630 milioni nel 2008, che salirebbero a 664 nel 2010 per arrivare a circa 920 milioni nel 2040**.

# Le mancate azioni di prevenzione: l'esempio delle malattie cardiovascolari

- Dallo studio di Atella e Carbonari è inoltre emerso che **la riduzione dei costi totali che si potrebbe ottenere grazie a interventi farmacologici di prevenzione secondaria è pari a oltre 11 milioni di euro per anno, di cui il 55,6% è rappresentato da minori costi sanitari**, la maggior parte dei quali risparmiati grazie alle terapie cardiovascolari. Notevoli benefici potrebbero anche essere ottenuti sul fronte dei costi indiretti (giornate di lavoro perse).

*Tabella 4.1 – Riepilogo dei maggiori costi evitati grazie alla disponibilità di farmaci (mln di euro)*

	CVD	BPCO	Alzheimer	Depressione	Totale
Totale costi sanitari	3.928	649	--	1.856	6.433
Totale costi non sanitari	4.033	180	707	--	4.920
<b>COSTI TOTALI</b>	<b>7.961</b>	<b>829</b>	<b>707</b>	<b>1.856</b>	<b>11.353</b>



# Analisi degli sprechi in Sanità in Italia

**Liste d'attesa**

# Liste d'attesa

- Anche le liste d'attesa rientrano tra le cause principali degli sprechi nel settore sanitario.
- Al fine di contrastare tale problema, il Governo, in base all'art. 3 comma1, della L. 449/1997, ha erogato *finanziamenti per la costituzione e l'implementazione su base regionale dei Centri Unici di Prenotazione (CUP)*.
- Le regioni di conseguenza hanno sottoscritto d'intesa il Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa del triennio 2006-08, recepito, non in tutte le regioni, dai piani attuativi regionali.
- A loro volta le AUSL hanno dovuto avviare un processo di *monitoraggio di 52 prestazioni per le quali hanno l'obbligo di far rispettare i tempi massimi*.

# Liste d'attesa

## Lista delle prestazioni con i tempi effettivi di erogazione

Esami/visite	Regioni	Giorni di attesa
Mammografia	Puglia	540 gg.
Egc	Puglia	38 gg.
Moc	Friuli	140 gg.
Ecografia addominale completa	Friuli	143 gg.
Visita oculistica	Friuli	183 gg.
Visita oncologica	Emilia Romagna	36 gg.
Visita cardiologica	Veneto	80 gg.
Visita neurologica	Emilia Romagna	149 gg.
Visita urologica	Liguria	79 gg.
Visita ortopedica	Prov. Aut. di Bolzano	110 gg.
Visita geriatrica	Sicilia	180 gg.

Nella tabella si riportano le regione meno virtuose nella media dei tempi di attesa, rappresentate principalmente da **Friuli Venezia Giulia e Puglia**.

Appaiono sorprendenti i ritardi per la regione Emilia Romagna, probabilmente dovuti all'elevata mobilità sanitaria delle popolazioni delle regioni limitrofe.

# Proposte

- Il Sistema Nazionale Linee Guida è già all'ISS
- Va rafforzato (nella riorganizzazione lo è) e adeguatamente finanziato
- L'ISS può essere la sede di standardizzazione delle metodologie, di sviluppo e di validazione delle linee guida per il SSN
- Può lavorare poi con Agenas perché vengano sviluppati i più adeguati Percorsi Diagnostico Terapeutici ed Assistenziali (PDTA)
- Può lavorare con le Regioni per l'ottimizzazione dei Sistemi, delle Reti e dei Percorsi assistenziali