

# Indicazioni utili per la programmazione sanitaria nel quadro della revisione della spesa

Intervista a **Renato Botti\***

di **Chiara Micali Baratelli**

\* Direttore Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute

**R**

*enato Botti, da pochi mesi a capo della Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute, vanta un curriculum di tutto rispetto. Laurea in economia a Roma, master in direzione aziendale alla Bocconi a Milano, una lunga esperienza in sanità con incarichi di vertice a livello regionale, affronta con pragmatismo la difficile sfida della revisione della spesa in sanità. Gli abbiamo chiesto di fare il punto sulle politiche che il Ministero, insieme alle Regioni, intende attuare per fare "quadrare i conti".*

**Il Patto per la salute 2014-2016 prevede alcuni provvedimenti che intendono produrre risparmi virtuosi per un Servizio sanitario nazionale che vuole essere efficiente, efficace e improntato ad appropriatezza ed equità. Quali azioni occorre intraprendere, a suo avviso, per avviare il reinvestimento delle risorse che l'attuazione di tali provvedimenti dovrebbe rendere disponibili?**

Per quanto riguarda il Patto per la salute siamo di fronte a un quadro normativo organico che raccoglie obiettivi e strategie precisi, condivisi fra Governo e Regioni, per la riorganizzazione del sistema che consentiranno di garantire maggiore uniformità e omogeneità nell'erogazione dei servizi. Purtroppo, come spesso accade nel nostro Paese, pur di fronte a un chiaro intendimento regolatorio, i tempi di attuazione sono spesso dilatati, anche e soprattutto per la complessità e la numerosità degli impegni assunti. Devo anche aggiungere che, in alcuni casi, le scadenze previste erano indicate in tempi davvero molto stringenti. Tuttavia, rispetto a interventi tutti molto significativi, ci siamo dati, insieme alle Regioni, alcune priorità, individuando tematiche che necessitano di attuazione immediata e abbiamo già portato a compimento il lavoro di tipo tecnico necessario a presentare i risultati in sede di Conferenza Stato-Regioni, con poche settimane di ritardo rispetto alla tabella di marcia. Penso, ad esempio, all'aggiornamento dei Lea, i livelli essenziali di assistenza, che mancava dal 2001, una revisione che, a distanza di quattordici anni, non è più procrastinabile.

**Il taglio di 4 miliardi imposto dalla legge di stabilità alle Regioni, a parere di molti Governatori, inciderà necessariamente sulla politica sanitaria locale, con una ricaduta sull'erogazione dei Lea. Si rischia realmente un deterioramento nella qualità dell'assistenza sanitaria o sussistono ancora sacche di sprechi aggredibili nell'ambito sanitario, ma anche in altri settori?**

Naturalmente il lavoro compiuto sulla revisione dei livelli essenziali di assistenza vede ora una necessaria verifica di compatibilità finanziaria dei nuovi Lea rispetto al finanziamento stabilito nel Patto e che dovrà ora essere discussa alla luce della legge di stabilità. A questo proposito, è opportuno sottolineare come, in base ai dati di proiezione 2014, il Servizio sanitario nazionale, con i 110 miliardi previsti, si sia sostanzialmente avvicinato a un punto di equilibrio, naturalmente tenendo conto delle Regioni che sono in equilibrio di bilancio e di quelle che sono ancora in disavanzo, sia pure minore che in passato. In questo contesto, il Patto aveva previsto 2 miliardi e 100 milioni aggiuntivi che avrebbero consentito un confronto più sereno sull'aggiornamento Lea. La legge di stabilità impone un surplus di valutazione, ma occorre completare il lavoro di revisione e colmare il ritardo di 14 anni. Una volta raggiunto l'equilibrio finanziario, è importante, però, non restare indietro e, per questo motivo, stiamo proponendo un organismo permanente di revisione e aggiornamento dei Lea, insieme con le Regioni, con la comunità scientifica e i professionisti, che metta in atto un lavoro costante sull'appropriatezza, sulle linee guida, sui protocolli e quindi sulle condizioni di erogabilità. Detto ciò, sussistono, è vero, sacche di inappropriata da aggredire sul versante della riorganizzazione dei servizi, sanitari e non sanitari.

Le politiche degli ultimi anni hanno previsto, per lo più, tagli lineari che hanno avuto effetti impor-

tanti sul riequilibrio finanziario, ma hanno lasciato ancora grandi spazi di miglioramento in termini di riqualificazione e riorganizzazione del sistema, sia privato che pubblico. È arrivato il momento di proporre interventi profondi di riorganizzazione e di cominciare a lavorare molto, anche e soprattutto per l'ospedalità pubblica, in termini di produttività.

**Riorganizzazione in termini di produttività: una nuova sfida per la sanità pubblica?**

Proprio in riferimento all'assistenza ospedaliera e parlando di produttività credo sia arrivato il momento, anche nel nostro Paese, di mettere in atto quelle procedure di bilancio che sono rivolte ad analizzare i costi in proporzione alla produzione effettuata, ovvero, nel nostro caso, ai servizi offerti ai cittadini. Si pensi ai dati, ripresi e pubblicati anche dai media, che ci raccontano quanto spende un'azienda al metro quadro, a posto letto, etc.; sono cifre suddivise per capitoli di bilancio relative al servizio alberghiero, alla mensa, alla pulizia, ma sono dati che hanno poco significato se non li rapportiamo ai servizi prodotti da quella struttura.

Per vedere davvero quanto produce una struttura ospedaliera, i costi devono essere rapportati in proporzione ai servizi offerti alla collettività. In altre parole, andando oltre l'ottica del sempre citato costo della siringa, bisogna vedere quanto incide l'acquisto del singolo *device*, del singolo fattore produttivo rispetto ai volumi di attività erogata. Le aziende pubbliche devono cominciare a lavorare molto sull'analisi dei ricavi, e quindi sui processi organizzativi che li generano. Aggiungo che, a mio parere, l'analisi costi/ricavi deve essere resa pubblica, in modo tale che i cittadini possano comprendere meglio le scelte di *governance* che impongono la riqualificazione di Asl, AO, Aou e di presidi di Asl che, talora, costano molto di più di quanto producono.

Soltanto quando riusciremo ad avere – e ci stiamo lavorando – un’analisi dettagliata della produttività per ogni singolo ospedale, saremo in grado di avviare un benchmark anche su questi elementi, un’analisi che favorirà la circolazione di buone pratiche e la promozione di percorsi virtuosi.

**La riduzione nella spesa per beni e servizi, sanitari e non, resta comunque una priorità? Perché finora non si sono ottenuti i risparmi attesi?**

La partita della riduzione della spesa per i beni e servizi è ancora in corso ed è tutta da giocare. Si è cominciato a lavorare sul momento dell’acquisto ma, a mio parere, occorre concentrarsi anche sul controllo dei consumi, su come riuscire effettivamente a governare i contratti. E qui la responsabilità del management, della conduzione aziendale, ha un ruolo determinante, considerando che si può comprare anche al prezzo migliore, ma se non c’è una appropriata gestione nell’utilizzo dei beni, se si spreca la merce acquistata, se non si governano i magazzini, il risultato viene vanificato. Finora i bilanci delle aziende, a livello delle norme contabili, sono stati articolati soprattutto in base alla natura dei costi: spesa per il personale, per beni e servizi, etc., mentre si è fatta poca attenzione all’articolazione dei costi per stabilimenti produttivi. Basti dire che, a livello centrale, non abbiamo ancora un quadro chiaro di quanto il singolo presidio ospedaliero, la singola Asl, costi alla comunità e quanto produce.

Ribadisco che occorre inaugurare una stagione in cui si recuperano risorse colpendo le inefficienze in termini di produttività, piuttosto che continuare a ragionare in termini di tagli lineari, supportando in questo processo di riqualificazione le Regioni e le singole strutture ospedaliere.

**Si dibatte molto sulla recente gara bandita da Consip per l’acquisto di servizi di pulizia e di sanificazione degli ospedali e di tutte le strutture del Servizio sanitario nazionale che dovrebbe comportare una riduzione nella spesa dei servizi non sanitari e una maggiore uniformità dei prezzi. Qual è il suo giudizio?**

La centrale unica di acquisto è senza dubbio un momento fondante del processo di revisione della spesa, ma, come dicevo prima, si tratta di un momento, sia pure determinante, di un intero percorso che va posto in essere. Un ruolo determinante, a questo proposito, deve averlo la comunicazione e l’informazione; nel nostro Paese è necessario dare la massima trasparenza a come vengono utilizzate le risorse, perché la collettività possa sapere come vengono usati i fondi pubblici. Resta la validità dei meccanismi delle gare per determinare i prezzi di riferimento, finalizzati a indicare un *range* all’interno del quale è possibile lasciare a livello locale il giusto spazio per articolare l’offerta. Ma non solo: abbiamo l’esigenza di monitorare i prezzi, ma anche la necessità di uniformare le metodologie adottate per impostare le gare e gli appalti. Non di rado ci troviamo di fronte a capitolati che sono mal formulati o lacunosi, perché non sempre il personale delle aziende è tecnicamente formato per gestire appalti che sono, per loro natura, estremamente complessi. Quindi, ben vengano le centrali uniche di acquisto o la Consip, che sono comunque centri di competenza.

**Altre indicazioni per il management sanitario utili a rivedere la spesa senza incidere sui servizi?**

Dobbiamo considerare che sussistono, comunque, altri aspetti da aggredire all’interno della spending: si pensi alla gestione del patrimonio

immobiliare pubblico, è tempo che si sappia quanto costano gli affitti, le manutenzioni, se gli spazi vengono utilizzati in modo appropriato, se l'efficienza energetica può essere migliorata. In questo campo abbiamo fatto troppo poco e si deve fare molto di più per migliorare l'uso del patrimonio. Si può, inoltre, rivedere la logistica del farmaco, semplificando la gestione dei magazzini, avvalendoci delle esperienze positive che abbiamo a disposizione, a livello nazionale e internazionale, in ambiti diversi; si pensi alle centrali uniche di sterilizzazione dei ferri chirurgici già adottate da alcune Regioni o alla possibilità di prevedere la gestione unica dei laboratori a livello aziendale. Sono tutte operazioni che investono la revisione dei processi or-

ganizzativi, un settore della riorganizzazione complessiva della sanità che è in atto, una "buona pratica" forse non immediatamente percepibile dagli utenti, che nulla toglie ai cittadini, ma, anzi, migliora la qualità del servizio. E ancora, la revisione dei sistemi informativi: sempre nel Patto, è previsto un Patto della sanità digitale sul quale abbiamo aperto un tavolo con l'AgiD, l'Agenzia della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione, con l'obiettivo di definire, insieme alle Regioni, come utilizzare al meglio il nostro patrimonio informativo che racchiude enormi potenzialità, anche ai fini della ottimizzazione della spesa, rendendo il sistema interrogabile e, soprattutto, riproducibile.