

In quali regioni si è speso di meno e in quali di più

35,1 miliardi di euro



La spesa totale della Sanità per acquisti di beni e servizi nel 2013 (Fonte dei conti 2014)



896 milioni di euro



I risparmi totali che le Asl potrebbero realizzare con la razionalizzazione di otto voci di spesa



964 milioni di euro



I risparmi totali che gli ospedali potrebbero realizzare con la razionalizzazione di otto voci di spesa

Fonte: Ispes 2014, studio Aenas-Umiv-Cattolica di Roma e CEIS-EHTA Umiv-Tor Vergata di Roma (dati 2010) *Azienze ospedaliere, in relazione al numero dei dimessi e i costi generati di categoria (positivi per l'indice di Costo Mio)

Correttivi Si stanno mettendo a punto vari strumenti al fine di evitare sperperi di risorse preziose per l'assistenza

Lavori in corso per calcolare i prezzi giusti

Migliori scelte grazie a criteri più «raffinati» di confronto delle offerte

Nuovi prezzi di riferimento per i beni e servizi (basati su un confronto più dettagliato per tipologia e qualità), centrali di acquisto, costi standard in sanità (in vigore dal 2013) e, in prospettiva, il nuovo Patto della Salute: sono gli strumenti (qualcuno lo definisce, «scommesse») su cui la sanità sta lavorando per ridurre sprechi e recuperare risorse.

I primi prezzi di riferimento per beni e servizi, indicatori per l'acquisto di singoli prodotti o servizi di qualità al prezzo giusto, sono stati pubblicati nel 2012 dall'Autorità di vigilanza sugli appalti pubblici (Avcp), in seguito a una rilevazione dei prezzi effettuata presso le stazioni appaltanti (Asl, aziende ospedaliere, centrali di acquisto) in base a un elenco di beni e servizi a più alto impatto economico sul Servizio sanitario nazionale, fornito da Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

«Anche i Tar avevano riscontrato carenze nel sistema dei prezzi di riferimento — ricorda Laura Velardi, dirigente di Agenas —. Per consentire un confronto più preciso tra stessi beni o servizi, col coinvolgimento degli operatori sanitari abbiamo provveduto ad aggiornare la descrizione/agggregazione di dispositivi medici particolarmente «sensibili», quali gli stent a cessione di farmaco (distinti in 4 lotti), le protesi ortopediche e vascolari, ma anche altri servizi

«complessi» come la ristorazione, inserendo più variabili (per esempio: se il servizio è dato in appalto o c'è la cucina all'interno dell'ospedale, modalità di trasporto e consegna, preparazione di piatti personalizzati)».

E, sulla base di questo lavoro, l'Authority ha condotto una nuova rilevazione, conclusasi a fine maggio, al fine di un aggiornamento dei prezzi di riferimento (le previsioni erano entro l'estate, ora l'Autorità di vigilanza sugli appalti pubblici è stata commissariata dal Governo).

C'è chi sostiene che i prezzi di riferimento non siano una panacea. Ma, fa notare il presidente di Agenas, Giovanni Bissoni: «Di fatto è in atto un cambio di rotta: si sta spostando l'attenzione dal prezzo di riferimento alla «riorganizzazione della domanda». Ad esempio, per quanto riguarda gli stent coronarici, dispositivi medici di cui esistono numerosi tipi per specifiche esigenze, alcune Regioni, mettendo insieme competenze cliniche, amministrative e tecniche, sono già riuscite a raggrupparli in 7-8 lotti. E questo facilita l'indicazione del prezzo corretto».

«Uno dei principali vantaggi della centralizzazione degli acquisti — sottolinea Valerio Fabio Alberti, presidente di Fiaso, la Federazione italiana delle aziende sanitarie ospedaliere — è proprio quello di poter coinvolgere professionalità elevate nella gestione delle gare, il che garantisce la qualità dei prodot-

ti. Senza trascurare le esigenze specifiche dei pazienti».

È il sistema che stanno utilizzando in Emilia Romagna, dove c'è un'Agenzia regionale per l'acquisto dei beni e servizi (si veda articolo sotto). «Se, per esempio, bisogna comprare protesi d'anca, — spiega l'assessore alla sanità dell'Emilia Romagna, Carlo Lusenti — prima di fare la gara d'appalto occorre selezionare 3-4 tipi di dispositivi: quali siano i migliori lo decidono i medici. Solo dopo s'indica la gara che include quei requisiti di qualità. E si riesce a spuntare il prezzo migliore, perché si acquistano grandi quantità. La centralizzazione degli acquisti non solo può servire a spendere meno e meglio, ma può essere anche un modo per garantire trasparenza negli appalti e prevenire la corruzione».

Ma allora, perché non «trasferire» alle altre Regioni sistemi già sperimentati con successo? «Piuttosto che replicare le migliori esperienze in altre Regioni — dice Lusenti — sarebbe opportuno far lavorare in rete tra loro le centrali che hanno già esperienze sul campo consolidate, senza per questo limitare l'autonomia regionale. Un efficiente sistema di centralizzazione presuppone strutture, organizzazione, professionalità e non s'improvvisa da un giorno all'altro».

Nel 2013, poi, sono arrivati i costi standard in sanità. Va chiarito che non sono quelli relativi

alle siringhe oppure alla spesa per singolo ricovero. Previsti già nel 2009 (con la legge 42 «Delega al Governo in materia di federalismo fiscale»), hanno segnato il passaggio da modelli di ripartizione delle risorse del Fondo sanitario nazionale da trasferire alle singole Regioni, prima sulla base di quanto spendevano, poi sul numero di abitanti, a un sistema che ha preso come riferimento in materia di spesa le Regioni che hanno saputo coniugare erogazione di prestazioni e servizi con bilanci sani. L'obiettivo? Adeguare i costi sanitari di tutte le Regioni a uno standard che risulti essere il più virtuoso. Anche per evitare sprechi.

A fine 2013 la Conferenza Stato-Regioni ha individuato le tre Regioni da prendere come riferimento: Emilia Romagna, Umbria e Veneto. «I costi standard rappresentano una svolta significativa — sostiene Luca Coletto, coordinatore degli assessori alla sanità delle Regioni —. Sono uno strumento per evitare tagli lineari al Fondo sanitario e quindi all'assistenza, perché puntano a razionalizzare la spesa, andando a colpire anche gli sprechi, per investire meglio le risorse».

Secondo la Corte dei Conti, tuttavia, il primo anno di applicazione dei costi standard «non ha cambiato in maniera sostanziale i risultati ottenuti con la procedura di definizione dei fabbisogni sanitari regionali vigente in passato».

«Per ora il modello delle Re-

gioni benchmark (ovvero, punto di riferimento per il confronto, ndr) ha funzionato solo per il riparto dei fondi, piuttosto che per arginare «sacche» di inefficienza o inadeguatezza — fa notare Costantino Troise, segretario nazionale dell'Anao Assomed, associazione dei medici dirigenti —. Mancano, poi, sistemi di controllo cogenti, op-

pure s'interviene quando si è già verificato il disastro. Ma perché se per lo stesso bene un'Asl spende di più rispetto ad altre, non si va a verificare? Esistono i bilanci, basta studiarli». Le stesse Regioni hanno chiesto di rivedere i criteri dei costi standard per il 2014, appoggiando una proposta elaborata dalla Toscana. «Abbiamo chiesto che i

parametri non siano solo economici, ma tengano conto della qualità delle prestazioni erogate e degli esiti — spiega l'assessore alla sanità della Toscana, Luigi Marroni —. Inoltre, vanno fissati gli obiettivi che deve garantire ogni Regione, cui va assegnato un «premio» in base ai miglioramenti ottenuti».