

Marco Trabucchi

## Editoriale. Una "spending review" locale e partecipata

(doi: 10.1450/37612)

Tendenze nuove (ISSN 2239-2378)

Fascicolo 4, luglio-agosto 2012

**Ente di afferenza:**

()

Copyright © by Società editrice il Mulino, Bologna. Tutti i diritti sono riservati.  
Per altre informazioni si veda <https://www.rivisteweb.it>

### Licenza d'uso

Questo articolo è reso disponibile con licenza CC BY NC ND. Per altre informazioni si veda <https://www.rivisteweb.it/>

---

## Editoriale

# Una *spending review* locale e partecipata

Ho recentemente visitato un ospedale perché invitato ad una riunione scientifica. È collocato in una ordinata cittadina del Centro-Nord, circondato da un ambiente piacevole, nel verde. Il reparto dove si è svolto l'incontro era pulito, ordinato, luminoso, esteticamente piacevole, caratterizzato da un'attività frenetica ma senza stress; il personale di tutti i livelli era cortese e disponibile. Insomma: un'impressione assolutamente positiva, in linea peraltro con la qualità di molti ospedali del nostro paese.

Il lettore a questo punto si chiederà il perché di un incipit così favorevole, quando è normalmente abituato a considerazioni critiche sui servizi; rispondo che, pur frequentando gli ambienti sanitari più disparati, sono ancora in grado di esprimere soddisfazione quando intuisco che l'insieme degli atti di cura esercitati da un ospedale o da un altro servizio raggiunge un buon livello, con risultati positivi sia sul piano degli *outcome* aggregati sia su quello della soddisfazione degli utenti. Proprio l'adeguatezza dell'insieme mi ha però stimolato ad allargare lo sguardo nel corso della visita, anche sulla scia dalla recente insistenza sui possibili risparmi ottenibili in un ospedale. Sebbene la discussione abbia assunto toni drammatici, catastrofici, talvolta ridicoli, non mi sono mai lasciato impressionare da dati presentati con approssimazione e resto fiducioso che le analisi compiute in queste settimane porteranno a risultati significativi, senza eccessi e senza polemiche fuori posto. Suggestisco però che basterebbe girare per i vari ambienti sanitari con occhi attenti e intelligenti per trarne l'indicazione di interventi fattibili senza scardinare il sistema, soprattutto senza peggiorare l'assistenza alle persone ammalate. Anzi, dovrebbe essere chiarito fin dall'inizio che almeno una parte dei risparmi ottenuti in una certa struttura o servizio devono essere reinvestiti nello stesso per migliorarne la funzionalità. Così nell'intervallo dei lavori ho allargato la mia attenzione; mi sono guardato attorno con l'atteggiamento psicologico di chi va alla ricerca di risparmi, senza volontà distruttive o punitive (questo è uno degli aspetti più critici dell'attuale dibattito, che rischia

di trasformare la legittima *spending review* in un contrasto spesso feroce tra competenze, ruoli, sensibilità diverse).

La prima perplessità stimolata dall'ampliamento di prospettiva deriva dalla presenza di un cantiere che mi si è detto essere aperto «da sempre». Anche se ciò non comportava – almeno apparentemente – disagio agli ammalati (e questo è un aspetto importante, considerando che molti nosocomi in questi anni sono stati più aree di cantiere senza fine che non aree di cura!), certamente è fonte di costi aggiuntivi, spesso difficilmente controllabili; la mancata programmazione negli anni degli interventi porta a ripetere spostamenti di interi servizi, ogni volta con interventi costosi. Non sarebbe molto più vantaggioso prevedere, come avviene in molti paesi, un ospedale con una vita predefinita (30 anni), che può essere adeguata alla probabile evoluzione del bisogno e quindi dei servizi in un determinato spazio di tempo? In questo modo l'intero investimento potrebbe essere commisurato all'uso previsto, evitando molti costi, incertezze, discussioni, talvolta anche chiudendo ogni spazio ad interessi poco nobili. Aleggianti sopra le (mancate) strategie edilizie vi era la discussione sull'accorpamento degli ospedali della zona in un'unica sede, con la possibilità di un sostanziale miglioramento di servizi essenziali, quali il pronto soccorso ed alcune superspecialità. Perché prevalgono ancora le discussioni di campanile e la politica ha rinunciato alle mediazioni che sono il suo compito principale? Se non è in grado di fare questo, la burocrazia, che spesso ha le idee chiare, si trova priva di supporti e quindi necessariamente soccombente (o, al contrario, talvolta diviene padrona assoluta dello scenario, perché riempie i voti lasciati da altri, codardi o privi di idee).

Un secondo aspetto significativo era la presenza attorno al blocco ospedaliero principale di tante costruzioni a vario livello di conservazione, cioè i vecchi reparti dell'ospedale stesso. Un susseguirsi di edifici ben conservati e di altri in condizioni pietose, tutti aperti e quindi presumibilmente funzionanti e fonte di costi anche per la sola vita di base (condizionamenti, luce, pulizie, personale di sorveglianza, ecc.). Alcuni dedicati a servizi clinicamente utili (ma perché allora non accorparli nella struttura principale, con grandi economie di scala), altri invece sede di uffici la cui utilità sociale è assolutamente marginale (o in ogni modo non in quelle dimensioni). L'insieme dava l'impressione di serenità e piacevolezza, ma si intuiva che i costi per il mantenimento dello *status quo* erano eccessivi.

Per tutto il resto l'ospedale era davvero un gioiello (e non lo dico per piaggeria, perché nessuno riuscirà a identificare la realtà alla quale mi riferisco, simile a molte altre presenti nelle regioni italiane); però solo precisi atti di governo nelle aree sopraindicate potrebbe permettere un risparmio certo, di non pochi punti percentuali. Certamente anche il tanto sbandierato intervento sull'acquisto di beni e servizi porterà a risparmi rilevanti; vi è però il rischio

che il sistema si burocratizzi ulteriormente, con un'ingessatura rigida che non permette lo sviluppo delle complessità tipiche di un ospedale. L'intervento su beni e servizi non richiede grande capacità inventiva o programmatica, mentre i risparmi sopra delineati richiedono una capacità forte di guardare avanti, il coraggio di dismettere servizi inutili o marginali, la determinazione di cedere spazi non più utilizzabili. Forse le due tipologie di intervento potranno andare avanti assieme nei prossimi mesi; almeno così speriamo. Occorre però inventiva e l'abbandono delle vie facili sulle quali si trova il consenso di tutti (nessuno si opporrà, infatti, al risparmio di 10 centesimi su una siringa, mentre gli interessi più forti interverranno in difesa di un edificio, di un'area, di un servizio per quanto inutili e obsoleti).

Perché non fare tante piccole *spending review* locali, con valutatori indipendenti e pagati simbolicamente, in grado di dare indicazioni in tempi rapidi e con precisione analitica su quello che si può fare a breve per risparmiare. Il direttore generale dell'azienda o dell'ospedale resta poi l'esecutore di quanto indicato, anche se sotto un preciso controllo su tempi e modi. Così si rinforza il suo ruolo di responsabile dell'azienda e gli si offre la possibilità di raggiungere obiettivi a breve di rilevante entità; il tutto è certamente più rispettoso della dignità aziendale che la centralizzazione dell'acquisto di beni e servizi, una sorta di implicita dichiarazione di incapacità (o... di disonestà). Inoltre questi interventi sarebbero di fatto realizzati sotto un forte controllo sociale; se poi la tanto richiesta partecipazione dal basso si riduce all'opposizione rispetto a qualsiasi cambiamento pur razionale, nessuno potrà più lamentarsi. Ma chi scrive è fortemente ottimista che una vera *spending review bottom up* potrebbe raggiungere il duplice obiettivo del risparmio e di rendere la cittadinanza più responsabile nella gestione di servizi che la riguardano così da vicino come quelli sanitari.

Marco Trabucchi

