

EDWIN MORLEY-FLETCHER

## INFORMATIZZAZIONE DELLA SANITÀ E RIFORMA FEDERALISTA: UN PROCESSO TRAVAGLIATO\*

### 1. Polarità tra federalismo e opacità informativa

In confronto con altri paesi, l'Italia presenta una situazione nella quale, prima che come fattore di modernizzazione e di efficienza, il maggiore o minore impiego delle tecnologie informatiche nella sanità ha svolto un ruolo prevalentemente strumentale nella complessa partita in atto per il controllo della spesa.

In effetti, malgrado i notevoli sforzi compiuti per informatizzare il sistema, il monitoraggio della spesa e la verifica di adeguatezza e appropriatezza delle prestazioni sanitarie continuano a rappresentare un terreno altamente conflittuale, dove le stesse carenze informative, o la dubbia attendibilità dei dati rilevati, o lo scarso utilizzo delle analisi che essi rendono possibili, costituiscono componenti non marginali, e in ogni caso mai neutrali, dell'arsenale impiegato dai vari interessi in campo nel conflitto di potere intorno alla gestione delle risorse destinate alla sanità.

Un arsenale nel quale la consistente opacità delle regole, derivante anche da un'abnorme complessità delle medesime, soggette a un continuo processo di ridefinizione negoziale, costituisce un primario ostacolo non solo per l'attivazione di stabili e coerenti flussi informatici all'altezza delle esigenze di monitoraggio e valutazione dei costi e degli esiti delle prestazioni sanitarie, ma anche per la realizzazione della grande riforma istituzionale del federalismo.

In questo senso, il faticoso percorso a ostacoli che continua a caratterizzare il processo di informatizzazione del settore della salute vale a evidenziare una sorta di strutturale polarità fra federalismo e opacità informativa. Una polarità che non deve d'altronde sorprendere, se si ha a mente il fatto che il federalismo "ben temperato" possa costituire di per sé uno strumento induttore di trasparenza. Può anzi dirsi, più in generale, che tale polarità valga a testimoniare delle potenzialità riformatrici connesse alla dinamica del federalismo se applicato in un contesto quale quello del *welfare*, che invece si è tradizionalmente giovato, nella sua prima fase di espansione, di elementi di sostanziale opacità quanto agli effettivi processi di reciproco dare e avere da esso alimentati.

È in questa ottica che va inquadrata anche l'annosa *querelle*, circa i vincoli di bilancio troppo "morbidi" operanti nel rapporto fra Stato ed enti locali, specie per quanto attiene alla sanità, che può esprimersi riassuntivamente nella constatazione che "per lungo tempo l'aspettativa del ripiano dei disavanzi da parte dello Stato ha guidato il comportamento di spesa delle Regioni"<sup>1</sup>.

Sia pure con intensità via via minore, il perdurare di situazioni di deficit costituisce in effetti una caratteristica tuttora saliente del servizio sanitario nazionale (SSN), con un accumulo pregresso di "29 miliardi di euro tra 2003 e 2009, ovvero l'equivalente di due leggi finanziarie di media taglia", per dirla con le parole di Luca Cordero di Montezemolo<sup>2</sup>.

---

\* il testo è destinato al volume a cura di C. De Vincenti, R. Finocchi Ghersi, A. Tardiola, il Mulino, 2010, in corso di pubblicazione.

<sup>1</sup> F. Massicci, *Evoluzione, disciplina e prospettive dei piani di rientro*, Monitor, Agenas, 22, 2008.

<sup>2</sup> L. Cordero di Montezemolo, Intervento conclusivo alla presentazione del rapporto di W. Ricciardi, *La salute degli italiani, la salute del futuro*, Associazione Italia Futura, Bologna, 17 aprile 2010, [http://www.italiafutura.it/dettaglio/110520/il\\_diritto\\_alla\\_salute\\_ci\\_rende\\_una\\_comunita\\_civile](http://www.italiafutura.it/dettaglio/110520/il_diritto_alla_salute_ci_rende_una_comunita_civile).

Va anche rilevato, tuttavia, come, oltre che servire a preservare gli interessi concresciuti intorno ai volumi e ai modi in cui si esplica la spesa sanitaria, il ricorrere di percorsi viziosi sia risultato di fatto funzionale anche a una dose di italica furbizia nei confronti dei vincoli di Maastricht, in base al presupposto che “i disavanzi da ripianare *ex-post* ... non [avrebbero imposto] misure di copertura, trattandosi di operazioni che le autorità europee per convenzione considerano straordinarie e pertanto non conteggiano nei conti pubblici rilevati per il rispetto del patto europeo di stabilità”<sup>3</sup>.

Non a caso si è potuta registrare, in questo senso, l’esclusione, a partire dal 2002, di 2/3 della spesa regionale (quella appunto attinente alla salute) dal Patto di stabilità interno (PSI)<sup>4</sup>, sostituito da meccanismi di negoziazione finanziaria *ad hoc* sulla base dell’accordo Stato-Regioni dell’8 agosto 2001<sup>5</sup>, che ha preso per l’appunto il nome di “patto di stabilità sanitario”.

Analogamente, nel 2009 il decreto legge che ha incorporato le misure finalizzate alla tempestività dei pagamenti<sup>6</sup>, ha anche precisato che tali disposizioni non si sarebbero applicate al settore sanitario, confermando il permanere di uno status speciale (implicitamente più inquietante) riservato alla spesa sanitaria.

Ciò a significativa riprova di uno specifico dato di fatto: al di là delle oscillazioni rispetto all’adozione di criteri di “quasi mercato” o di programmazione pubblica, a partire dall’accordo Giarda dell’agosto 2000, il settore della salute è stato regolato per il tramite del meccanismo di negoziazione fra Stato e Regioni. Questa modalità non solo ha spesso finito con il riassumersi nella “logica del negoziato politico sui saldi (in disavanzo) delle gestioni finanziarie concluse”<sup>7</sup>, ma anche con il costituire la sede nella quale, dopo aver svolto il loro “effetto annuncio”, alcune iniziali innovazioni normative potevano essere progressivamente dilazionate e ridimensionate, se non addirittura contraddette, senza comparire sotto i riflettori della pubblica opinione, in quanto schermate da un velo di consociativa acquiescenza dei principali interessati.

## 2. Vincoli di bilancio “morbidi”

Non deve sorprendere che nel 2010, con l’irruzione sulla scena politica ed economica della crisi innescata dall’accertata inattendibilità dei dati sull’ammontare del deficit di bilancio trasmessi negli anni precedenti alla Commissione Europea dal governo greco, il membro italiano del Comitato esecutivo della Banca Centrale Europea sia stato indotto ad auspicare che “questa crisi [possa] servire anche agli Stati che si vogliono dotare di strutture federali, affinché definiscano meccanismi rigorosi che evitino che lo Stato centrale (cioè le altre regioni) si trovi a dover ripianare i debiti creati a livello regionale”<sup>8</sup>.

L’analogia può essere pertinente, con riferimento alle Regioni con deficit protratti, nelle quali si rilevano “consistenti indizi che, anche con i correnti sistemi di controllo, l’incentivo [derivante

---

<sup>3</sup> F. Reviglio, *Sanità: senza vincoli di spesa?*, Il Mulino, Bologna 1999.

<sup>4</sup> Introdotta nel Trattato di Maastricht dal Consiglio Europeo del 7 giugno 1997 e recepita, con l’art. 28 del collegato alla finanziaria per l’anno 1999 (L. 448/1998), al fine di impegnare tutti gli enti territoriali nazionali a rispettare le misure di contenimento dei conti pubblici in coerenza con gli obiettivi europei. Vedasi, al riguardo, P. De Ioanna e C. Goretti, *La decisione di bilancio in Italia*, Il Mulino, Bologna 2008.

<sup>5</sup> Recepita dal d.l. 18 settembre 2001, n. 347.

<sup>6</sup> Art. 9, d. l. 78/2009.

<sup>7</sup> R. Finocchi Ghersi e A. Tardiola, *Il federalismo istituzionale e fiscale e l’assetto di governance del SSN*, in altra parte di questo volume.

<sup>8</sup> L. Bini Smaghi, *La lentezza di Bruxelles e il rigore*, Il Corriere della sera, 3 maggio 2010.

dall'operare di un vincolo di bilancio 'morbido'] esista e che quindi, in presenza di situazioni particolari, esso è e sarà alquanto rilevante anche in futuro"<sup>9</sup>. Se sembra potersi rigettare almeno "l'ipotesi che l'incentivo connesso a un *soft budget constraint* sia endemico"<sup>10</sup>, essendo appunto i deficit concentrati in alcune Regioni, l'esperienza ha tuttavia dimostrato che "il concorso statale al ripiano dei disavanzi accertati ... ripartito fra le Regioni sostanzialmente secondo i criteri del riparto ordinario, [non solo] non ha risolto il problema della formazione di disavanzi delle Regioni con elevati deficit, [ma anzi] ha consentito un'espansione della spesa nelle cosiddette Regioni 'virtuose'"<sup>11</sup>, rendendole così indirettamente beneficiarie del comportamento "non-virtuoso" delle prime.

In realtà, la configurazione dei rapporti fra Stato e Regioni delineata con il decreto legislativo 56/2000, che prevedeva un passaggio graduale dalla spesa storica alla capacità fiscale regionale, integrata dal fondo perequativo nazionale nelle regioni con minore capacità fiscale, è stata progressivamente reinterpreta nel susseguirsi degli accordi cui è approdata la Conferenza permanente Stato-Regioni.

Così il già ricordato accordo Giarda, il 3 agosto 2000, aveva stabilito il ripiano a carico dello Stato dei disavanzi sanitari in essere, pur prospettando la copertura di eventuali disavanzi futuri con l'aumento delle imposte regionali e facendo leva, intanto, sull'esigenza di un sistema di rendicontazione e monitoraggio della spesa che operasse con criteri uniformi e con tempestività nei tempi di trasmissione. Tre anni dopo, lo stesso Piero Giarda, commentando con Massimo Bordignon la determinazione della nuova aliquota di compartecipazione all'IVA<sup>12</sup>, avrebbe rilevato come si fosse posta ormai in essere "una procedura incompatibile con il funzionamento del decreto legislativo"<sup>13</sup> contenente le prime disposizioni in materia di federalismo fiscale.

Il decreto 56/2000 aveva infatti affermato il principio di far cessare "i trasferimenti erariali in favore delle regioni a statuto ordinario" e di sopprimere il Fondo Sanitario Nazionale (FSN), in quanto fondo finalizzato al finanziamento della spesa sanitaria corrente e in conto capitale, alimentato interamente da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato, il cui importo veniva annualmente determinato dalla legge finanziaria. A tutt'oggi è un dato di fatto, invece, che il FSN sia sostanzialmente ancora in vigore, anche se a titolo di intervento straordinario di ripiano dei disavanzi, o con la diversa dizione di "livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale al quale concorre ordinariamente lo Stato"<sup>14</sup>.

### 3. Allocazione ex ante delle risorse e Piani di rientro

A partire dal Patto per la Salute siglato tra Governo e Regioni nel settembre 2006 è stato possibile adeguare progressivamente "le risorse a disposizione del SSN a livelli più realistici, ... disponendo che le percentuali di riparto definite in accordo con le regioni ... restassero valide per l'intero triennio (cosicché ogni Regione [avesse] certezza *ex ante* delle risorse a sua disposizione), varando i piani di rientro per le Regioni a elevato disavanzo che hanno consentito di cominciare a 'piegare' la spesa storica"<sup>15</sup>. In effetti, mentre nel periodo 2000-2005 il tasso medio di incremento della spesa sanitaria

<sup>9</sup> G. Coco, *Controllo della spesa: il deficit del federalismo*, [www.nelmerito.com](http://www.nelmerito.com), 26 marzo 2010.

<sup>10</sup> Cit.

<sup>11</sup> *Relazione Unificata sull'Economia e la Finanza*, maggio 2009.

<sup>12</sup> DPCM 22 agosto 2002.

<sup>13</sup> M. Bordignon e P. Giarda, *L'attuazione del decreto*, [www.lavoce.it](http://www.lavoce.it), 23 settembre 2004.

<sup>14</sup> L. 311/2004, L. 266/2005, L. 296/2006, L. 133/2008.

<sup>15</sup> NENS, *Dottrina e prassi di un federalismo consapevole*, Dossier Nens Novembre 2008.

era stato pari al 7,3% all'anno, nel periodo 2006-2009 tale tasso è risultato pari al 2,9% annuo<sup>16</sup>. Significativamente, l'accordo fra Stato e Regioni del 3 dicembre 2009 ha prorogato per un nuovo triennio i Piani di rientro inizialmente introdotti con riferimento al solo periodo 2007-2009.

In questo senso, si è avuto l'operare congiunto di due percorsi. Da un lato, il sistema sanitario italiano è stato pilotato verso un meccanismo di allocazione delle risorse che, definendone a priori, e in via consensuale, l'ammontare, mirava anche a responsabilizzare le competenti autorità regionali al rispetto di tale livello di spesa. Dall'altro lato, si è posto in essere un meccanismo di condizionamento crescente per far sì che le Regioni in disavanzo, tramite i Piani di rientro, fossero sospinte a incidere realmente sui fattori di spesa "sfuggiti al controllo"<sup>17</sup>.

È stato osservato, riguardo al primo percorso, che esso appare come "l'antitesi del federalismo", perché di per sé l'approccio negoziale "non permette né l'individuazione precisa delle responsabilità, né la valutazione sulle modalità con cui le stesse sono assolte"<sup>18</sup>. In questo senso può essere considerato come sintomatico l'orientamento emerso fin dall'accordo Stato-Regioni del 22 marzo 2001, nell'ambito del quale, "a compensazione di una maggiore responsabilizzazione delle Regioni in ordine al controllo sui disavanzi, [era stato] soppresso il vincolo di destinazione delle risorse che pure costituiva una delle novità del decreto 56/2000"<sup>19</sup>.

Riguardo ai Piani di Rientro, invece, un aspetto particolare attiene all'eventuale ricorso alla nomina di un commissario *ad acta* da parte del Governo. Anche in questo caso, superato l'iniziale effetto annuncio, si è avuta una modifica *in itinere*: è divenuto proponibile che sia lo stesso Presidente della Regione oggetto della sanzione a poter essere nominato commissario *ad acta*. Nonostante la legge 222/2007<sup>20</sup> avesse disposto, per l'intero "periodo di vigenza del singolo Piano di rientro", l'incompatibilità della nomina a commissario con "l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento"<sup>21</sup>, la legge 189/2008 ha poi eliminato questa restrizione, trasferendo l'incompatibilità ai soli subcommissari.

Analogamente, in deroga a quanto inizialmente stabilito nell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, le Regioni in disavanzo, che abbiano sottoscritto Piani di rientro e nelle quali sia stato nominato un commissario *ad acta*, possono ormai ottenere, a titolo di anticipazione, e su apposita deliberazione del Consiglio dei Ministri, ulteriori finanziamenti dallo Stato<sup>22</sup>.

Il Patto per la salute siglato il 3 dicembre 2009 fra Stato e regioni ha nuovamente precisato la procedura per il commissariamento, istituzionalizzando la nomina del Presidente della Regione soggetta a Piano di rientro, sospendendo in via automatica i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio, facendo decadere i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente, e facendo ulteriormente scattare, in caso di squilibrio pari o superiore al 5%, un incremento dello 0,15% sull'IRAP e dello 0,30% sull'IRPEF.

---

<sup>16</sup> *Relazione Unificata sull'Economia e la Finanza*, cit.

<sup>17</sup> Cit.

<sup>18</sup> F. Pammolli e N. C. Salerno, "La definizione operativa dei LEA "chiave di volta" del federalismo", in CERM, "Note", ottobre 2004.

<sup>19</sup> B. Vitiello, *La sanità pubblica: specchio della realtà dei rapporti Stato-Regioni (con riferimenti alla finanziaria 2007)*, Le Istituzioni del Federalismo, 6, 2006.

<sup>20</sup> Applicando la procedura prevista dalla legge 131/2003 per dare attuazione dell'art. 120 della Costituzione in tema di esercizio del potere sostitutivo.

<sup>21</sup> Cit., art. 4.

<sup>22</sup> Si segnala al riguardo l'utile indagine condotta dalla Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato della Corte dei Conti: A. Carosi, M.T. D'Urso, *Gestione delle risorse statali destinate alla riduzione strutturale del disavanzo del servizio sanitario nazionale*, relazione approvata con delibera 22/2009/G della Corte dei Conti.

Il diverso clima politico maturato con la crisi dell'euro ha finito peraltro con il determinare, per una volta, un effetto inverso. Malgrado il Patto per la salute avesse registrato, in vista delle elezioni regionali previste per la primavera 2010, la possibilità per “le Regioni interessate dai piani di rientro, d'intesa con il Governo, [di] utilizzare, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, a copertura dei debiti sanitari, le risorse FAS<sup>23</sup> relative ai programmi di interesse strategico regionale”<sup>24</sup>, Il Consiglio dei Ministri ha deliberato in maggio il blocco provvisorio di tali fondi per quattro regioni (Calabria, Campania, Lazio e Molise) con un disavanzo strutturale complessivo di 3,7 miliardi.

#### 4. Organi di accertamento e conti certificati

Alla farraginoso normativa via via accumulatasi corrisponde una marcata complessità dei meccanismi istituzionali di accertamento della spesa. Da ultimo, la legge 42/2009 ha previsto l'istituzione presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) di una sede di condivisione delle basi informative finanziarie, economiche e tributarie, denominata Commissione tecnica paritetica per l'attuazione del federalismo fiscale (COPAFF)<sup>25</sup>, composta di 30 membri<sup>26</sup>, cui è stato affidato un ruolo propedeutico per la definizione dei contenuti dei decreti attuativi.

In precedenza era stato istituito presso il Ministero della salute, dal giugno 2006, il Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), con l'obiettivo iniziale di provvedere sia alla verifica del rispetto dei criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie erogate in coerenza con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA, sia dei criteri di efficienza nell'utilizzo dei fattori produttivi. A questo obiettivo si era successivamente aggiunto, con la legge finanziaria per il 2007, il compito di affiancare le Regioni nei Piani di rientro. Come si vedrà più oltre, alcune delle funzioni di cui all'obiettivo iniziale sono state poi affidate anche all'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali (AGENAS).

Rispetto agli altri organi preesistenti, fra i quali il Tavolo tecnico istituito presso il MEF, cui spettano la certificazione e le verifiche periodiche della spesa sanitaria, la COPAFF opera nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni, svolgendo anche le funzioni di segreteria tecnica della Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica. Significativamente, è stato rilevato che l'incardinamento all'interno di quest'ultima – che si distingue, proprio per la “natura prevalentemente politica dell'organo”<sup>27</sup> dal Tavolo tecnico operante presso il MEF – concorre a evidenziare come “il baricentro del monitoraggio si [sia] sposta[to] verso una sede più propriamente politica”<sup>28</sup>.

Non mancano peraltro accenni alla possibilità (definita “semplice, ma rivoluzionaria”) di procedere all'introduzione dell'obbligo di “presentare un anno prima della fine della legislatura i conti certificati”, così da far votare i cittadini “con quei numeri sotto agli occhi” e lasciare che si candidi “chi vorrà farsi avanti per gestire l'amministrazione ... senza più alibi per il domani”<sup>29</sup>.

<sup>23</sup> Ossia gli stanziamenti destinati al Fondo per le aree sottoutilizzate.

<sup>24</sup> Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, *Intesa del 3 dicembre 2009*, Rep. 243/CSR, art. 13, c. 15, lettera b.

<sup>25</sup> [DPCM 3 luglio 2009](#).

<sup>26</sup> Di cui 8 in rappresentanza di vari Ministeri; 5 (oltre il presidente) di nomina del MEF, 7 in rappresentanza tecnica delle Regioni, 3 delle Province, 5 dei Comuni.

<sup>27</sup> R. Finocchi Ghersi e A. Tardiola, *Il federalismo istituzionale e fiscale...*, cit.

<sup>28</sup> Cit.

<sup>29</sup> M. Sensini, *Federalismo e conti certificati*, *Il Corriere della sera*, 21 maggio 2010.

## 5. Flussi informativi per il controllo della spesa

Pur entro i limiti del quadro d'insieme ora descritto, il meccanismo di gestione finanziaria del SSN è stato sollecitato a fornire risposte a esigenze informative più penetranti avvalendosi di un nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), imperniato su sistemi informativi regionali autonomi, ma semanticamente interoperabili per il tramite del programma Mattoni.

Al fine di determinare un monitoraggio più attendibile della spesa effettiva e delle diverse modalità di erogazione dei servizi, nonché un confronto fra i diversi assetti organizzativi (e conseguenti costi) delle singole Regioni, si è rivelato necessario concepire e attivare flussi informativi più efficaci, che rendessero conto delle spese per le diverse prestazioni, per i diversi centri di spesa, per i diversi attori e finanche per i singoli utenti del SSN.

I primi flussi richiesti sono stati quelli attinenti ai costi complessivi<sup>30</sup>, i cui modelli di riferimento erano stati adottati nel 1996<sup>31</sup>, e successivamente aggiornati nel 2007<sup>32</sup>. Al di là delle critiche rivolte a “una redazione della modulistica ... per nulla dimostrativa di quella attenzione tecnico-strategica che ... avrebbe meritato”, e della conseguente denuncia di “insufficienza dell'attuale sistema di monitoraggio e controllo”, fondato sul meccanismo dei modelli teletrasmessi periodicamente al Ministero della salute, che avrebbe “dimostrato, attraverso le incertezze quantitative che ha prodotto, i suoi limiti accertativi”<sup>33</sup>, va detto che in realtà la principale difficoltà incontrata, prima ancora del concepimento in sé dei flussi informativi e dei conseguenti obblighi normativi, è risultata quella di portare le Regioni ad accettare e a praticare un'effettiva condivisione sistematica dei dati.

Nel contesto dato, deve considerarsi un successo l'introduzione, ai sensi dell'accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005, del vincolo in base al quale, solo rispettando l'obbligo di validare i dati e di trasmetterli, le Regioni possono accedere al finanziamento integrativo a carico dello Stato. La mancata trasmissione determina l'innescarsi di ulteriori provvedimenti sanzionatori culminanti nel criterio che l'eventuale mancanza di trasmissione dei dati costituisce inadempimento grave ai fini della confermabilità nell'incarico di direttore generale di azienda sanitaria.

Nei flussi informativi attivati è peraltro ancora del tutto assente una rilevazione dei costi industriali, effettuata per singola unità di produzione. Di conseguenza, i dati disponibili attengono solo alla spesa aggregata e non consentono di rilevare i costi sostenuti per singoli settori o per ciascuna tipologia di assistenza prestata.

Lo stesso strumento normativo<sup>34</sup> istitutivo dei modelli economici ha predisposto l'attivazione di flussi informativi che riguardano i dati identificativi, i dati di attività e i dati sui fattori produttivi riferiti a ciascuna struttura territoriale. Il confronto fra tali rilevazioni e i modelli economici consente un primo riscontro idoneo a fornire una indicazione di massima quanto alla precisione e all'attendibilità delle informazioni pervenute dalle singole Regioni.

---

<sup>30</sup> Oltre ai modelli CE (conto economico) e SP (stato patrimoniale), ci sono anche altri due modelli: il modello CP, che riporta il conto patrimoniale dei presidi a gestione diretta delle ASL (principalmente le voci di spesa: acquisti di beni; acquisti di servizi; Personale ed altri costi), e il modello LA, che riporta i costi di beni e servizi, prestazioni sanitarie e personale per livello di assistenza.

<sup>31</sup> D.M. Sanità 23 dicembre 1996.

<sup>32</sup> D.M. Sanità 13 novembre 2007: "Modello di rilevazione del conto economico e dello stato patrimoniale delle ASL, AO, IRCCSS pubblici, anche se trasformati in fondazioni e AO Universitarie integrate con il SSN"

<sup>33</sup> E. Jorio, *L'extra deficit sanitario: tra un sistema di controllo conflittuale e piani di rientro non propriamente adeguati*, [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), 17 ottobre 2008.

<sup>34</sup> D.M. 23 dicembre 1996.

A prescindere dai dati sulle spese aggregate, fino all'attivazione dei flussi aggiuntivi concepiti nell'ambito del NSIS in relazione alle prestazioni sanitarie erogate al cittadino nei diversi contesti assistenziali, l'unico flusso in grado di fornire informazioni sulla singola prestazione, associandovi un costo, era la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)<sup>35</sup>, ossia lo strumento di raccolta delle informazioni relative agli aspetti sia clinici sia organizzativi del ricovero, con la singolare esclusione dei dati attinenti ai farmaci somministrati nel corso del medesimo.

Tale sistema, prendendo le mosse dal singolo evento di ricovero e dal corrispondente raggruppamento omogeneo di diagnosi (DRG), permette non solo la registrazione delle prestazioni erogate con riferimento alle tariffe amministrative correlate, ma consente anche di effettuare valutazioni statistiche indicative dell'appropriatezza dei ricoveri stessi.

Allo stato attuale, se il flusso SDO per i ricoveri ospedalieri è ormai consolidato, non altrettanto si può dire relativamente ad altri flussi informativi ancora in attesa di una completa attivazione. In effetti, anche solo con riferimento ai dati di natura strettamente economica, si danno due diverse modalità di finanziamento delle prestazioni del SSN: da un lato, appunto, i trattamenti ospedalieri, remunerati in base alle tariffe predefinite dei DRG; dall'altro, le funzioni assistenziali che dovrebbero essere remunerate in base al cosiddetto costo standard di produzione del programma di assistenza, determinato sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta.

Buona parte di questo impianto è ancora in attesa di piena attuazione, e il lavoro avviato è consistito prevalentemente nel porre in essere i flussi informativi necessari per poterlo realizzare.

## 6. Un primo bilancio

Dopo anni di attesa, si può ormai ritenere che le principali informazioni sui costi aggregati, e sui costi in particolare per la parte ospedaliera, calcolati in termini di DRG, siano operativamente disponibili. Un ruolo importante, nell'attivazione di tali flussi, è stato svolto dagli accordi fra Stato e Regioni, che hanno stabilito vincolanti "obblighi informativi" cui le Regioni sono sottoposte per l'accesso ai finanziamenti aggiuntivi a carico dello Stato.

Si è avviato in tal modo un processo di responsabilizzazione degli enti regionali al fine di ottenere un controllo più penetrante della spesa. Non mancano tuttavia criticità – come evidenzia Alberto De Negri in questo stesso volume – in quanto "il dialogo e il confronto avviene principalmente con le Regioni 'virtuose'" e in molte altre "la disponibilità a livello locale ... e la raccolta a livello regionale ... rimangono un problema irrisolto anche per informazioni ... di base rispetto alle evoluzioni previste nell'ambito del NSIS"<sup>36</sup>. Al riguardo, in altra parte di questo stesso volume, quella attuale è stata significativamente definita una situazione di sostanziale "regolazione per cooptazione" da Laura Arcangeli<sup>37</sup>.

La Relazione Unificata sull'Economia e la Finanza per il 2010 evidenzia come, rispetto a un universo costituito da 150 Aziende sanitarie locali (ASL), 108 Aziende ospedaliere e ospedaliero-

---

<sup>35</sup> Dal 1 gennaio 1995, la SDO ha sostituito la precedente rilevazione sui ricoveri attuata con il modello ISTAT/D10. Il D.M.380/2000 ha aggiornato contenuti e flusso informativo della SDO e definito le regole di codifica delle informazioni di natura clinica.

<sup>36</sup> A. De Negri, *Livelli Essenziali di Assistenza e Livelli Essenziali di Informazione*, in questo volume...

<sup>37</sup> L. Arcangeli, *L'importanza e la criticità della regolazione pubblica degli erogatori pubblici e privati nel servizio sanitario nazionale*, in questo volume...

universitarie (AO) e 18 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, siano risultate inadempienti 16 ASL (di cui 6 siciliane) e 12 AO (di cui 8 siciliane). Per le regioni (Abruzzo, Calabria e Sicilia) inadempienti ai flussi trimestrali di cassa, le informazioni sulle riscossioni e sui pagamenti sono state acquisite dalla rilevazione SIOPE<sup>38</sup>, il che ha comportato, “soprattutto per la Regione Sicilia, notevoli differenze nel confronto con l’anno precedente dovute alla diversa modalità di classificazione dei dati”<sup>39</sup>.

Malgrado questi dati testimonino, nel loro insieme, dei successi indiscutibili ottenuti sul piano del monitoraggio “macro” dei costi, tramite la condivisione di un livello crescente di informazioni sulla spesa pubblica per la salute, la capacità di disamina analitica così conseguita rimane ancora insufficiente per rendere possibile una gestione in grado di evidenziare costantemente e tempestivamente quantità, qualità e costi delle prestazioni sanitarie, correlandole al singolo cittadino, al prescrittore, all’erogatore.

Può valere come indicazione emblematica, a tale proposito, la perdurante valutazione pessimistica di un osservatore a lungo partecipe del lavoro di raccolta di statistiche socio-sanitarie ed epidemiologiche in ambito regionale. Roberto Volpi, già autore di un libro iconoclasta in cui invitava “gli addetti ai lavori” a bere interamente “l’amara medicina consistente nell’esaminare fino in fondo i risultati delle loro azioni”<sup>40</sup>, è tornato a esprimere un giudizio sconsolato: “guidato che sia da tecnici o da politici, il servizio sanitario a livello tanto nazionale che a maggior ragione regionale non verrà complessivamente ridimensionato, né sarà passato al setaccio di un serio riordino. Ma tutt’al più accompagnato verso quegli approdi che ne continuano a garantire una indiscussa centralità non opprressa dai debiti, da liste di attesa interminabili, da catastrofiche inefficienze, da squilibri e scollamenti tra ospedale e territorio e tra sanitario e sociale tali da generare paralizzanti conflittualità interne. È, a suo modo, un equilibrio virtuoso. E, comunque, il massimo di equilibrio possibile al momento”<sup>41</sup>.

Più articolata, ma non meno sconsolata, era stata in precedenza la valutazione di merito formulata dall’Associazione Nuova Economia e Società (NENS), fondata da Pier Luigi Bersani e Vincenzo Visco, nel capitolo significativamente intitolato “Incertezze e ambiguità dei costi standard: l’esempio della sanità” all’interno di un *dossier* dedicato al “federalismo consapevole”<sup>42</sup>.

In riferimento alla affidabilità dei dati – veniva infatti scritto in quella sede – è necessario constatare che “l’omogeneizzazione dei criteri contabili tra le Regioni non è stata ancora realizzata, il che implica che l’imputazione dei costi da parte delle diverse Regioni non risulta adeguatamente confrontabile”<sup>43</sup>. A ciò – proseguiva il *dossier* del NENS – si aggiunge, come secondo problema, “la mancanza di una vera contabilità analitica che attribuisca correttamente i costi ai singoli *output* del sistema: abbiamo a disposizione i modelli CE - costi classificati come da contabilità aziendale ... - e i modelli LA - costi classificati per funzioni assistenziali ... - che scontano, per un verso, l’eterogeneità dei criteri contabili ... e, per altro verso, una difficoltà rilevante nel ribaltare i costi secondo una corretta logica di *activity based costing*”<sup>44</sup>.

---

<sup>38</sup> Il Sistema Informativo delle Operazioni di Incasso e di Pagamento degli Enti Pubblici, che classifica, secondo codici uniformi, i dati sulle operazioni di pagamento di tutte le amministrazioni pubbliche.

<sup>39</sup> *Relazione Unificata sull’Economia e la Finanza per il 2010*.

<sup>40</sup> R. Volpi, *L’amara medicina. Come la sanità italiana ha sbagliato strada*, Mondadori, Milano 2008.

<sup>41</sup> R. Volpi, *Nel nome di sua sanità: così in Italia la megamacchina della salute è diventata un corpo estraneo e vorace*, Il Foglio, 10 marzo 2010.

<sup>42</sup> NENS, *Dottrina e prassi di un federalismo consapevole*, ..., cit.

<sup>43</sup> Cit.

<sup>44</sup> Cit.

I due problemi evidenziati determinano peraltro il terzo, che, per il NENS, “è di natura più generale: mentre per le prestazioni ospedaliere e per quelle di diagnostica strumentale si può sperare di arrivare in prospettiva ... a una contabilità analitica accettabile, ... essenziale per definire correttamente le tariffe dei DRG, questo obiettivo appare sostanzialmente fuori portata per i servizi di prevenzione e per quelli di medicina territoriale”<sup>45</sup>.

Ecco perché, sulla base di queste descrizioni della situazione in atto, con i flussi informativi e i relativi limiti sin qui descritti, è difficile attendersi molto più di un controllo aggregato della spesa, nel quadro di un servizio sanitario che rimane ancora declinato in forme inadatte a consentire una conoscenza analitica degli eventi di cura e dei loro costi a seconda dei diversi erogatori.

Insieme a un più stringente controllo dei dati sui costi aggregati, è stato avviato, tuttavia, anche uno sforzo finalizzato all’attivazione di nuovi flussi riferibili alle singole prestazioni erogate, e tali flussi cominciano a trasmettere nel loro insieme informazioni preziose, che vanno al di là di un mero controllo “macro” della spesa.

## **7. Tessera sanitaria, prescrizione elettronica e trasmissione telematica dei certificati di malattia, fascicolo elettronico**

Tramite i nuovi flussi attivati diviene possibile raggruppare gli eventi sanitari secondo quattro dimensioni (assistito, prescrittore, ente territoriale, prestazione), rendendo così praticabili delle analisi statistiche idonee a misurare indicatori di qualità e grado di appropriatezza e adeguatezza dei servizi erogati.

Dando avvio al NSIS<sup>46</sup> e al programma Mattoni del SSN<sup>47</sup> per ottenere una raccolta omogenea e “interoperabile” di tali nuovi flussi sul territorio, l’innovazione di maggior rilievo è consistita nell’introduzione della Tessera Sanitaria (TS), ossia una *card* a banda magnetica, dotata di un codice a barre<sup>48</sup>.

La TS, contribuendo a razionalizzare la banca dati degli assistiti e rendendo possibile l’identificazione univoca del singolo utente del SSN, ha permesso di segnare una tappa fondamentale nel processo di recupero del *card-divide*<sup>49</sup> prodottosi per l’Italia dagli anni ’90 rispetto a paesi tecnologicamente più avanzati, allineando il nostro paese alla normativa in materia di Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM).

Alla tessera sanitaria si è poi affiancata la ricetta a lettura ottica<sup>50</sup>, che ha consentito la trasmissione telematica delle informazioni relative alle prescrizioni farmaceutiche e di specialistica. La tappa

---

<sup>45</sup> Cit.,

<sup>46</sup> Emerso dall’accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001.

<sup>47</sup> Il programma è articolato in 15 linee progettuali (“mattoni”) finalizzate ognuna alla creazione di un modello di flusso informativo adatto alle esigenze dei fenomeni specificamente rilevanti.

<sup>48</sup> Con l’aggiunta, in tre Regioni (Lombardia, Toscana e Sicilia), anche di un microprocessore (*chip*), che può essere utilizzato come più rapido e sicuro strumento identificativo (abbinabile a un PIN), per consentire l’accesso a referti di laboratorio e di radiodiagnostica, ai farmaci erogati, alle esenzioni, ecc., e in prospettiva a tutto quanto attiene al profilo sanitario del paziente. Il *chip* potrebbe anche avere funzioni di pagamento, per ora, peraltro, non attivate.

<sup>49</sup> E. Morley-Fletcher, *Le politiche pubbliche di electronic government e l’uso della moneta elettronica nella digitalizzazione dei rapporti fra Stato e cittadino*, relazione introduttiva al convegno “Le carte digitali del cittadino come fattore competitivo delle amministrazioni pubbliche e dei sistemi-paese” ( 13-14 aprile 1999), ora in *Nuove prospettive del welfare*, Documenti CNEL, 36, volume secondo, Roma 2001.

<sup>50</sup> DM 14 maggio 2008.

successiva dovrà essere quella del passaggio alla ricetta elettronica, così da consentire la digitalizzazione *ab origine* dell'intero ciclo prescrittivo.

La previsione è che, con andamento graduale dal 1° gennaio 2010 e obbligatoriamente dal 2013, le prescrizioni farmaceutiche e specialistiche dei medici del SSN avvengano in forma telematica. Il Dipartimento per l'Innovazione e le Tecnologie ha valutato che l'introduzione della ricetta elettronica comporterà vantaggi consistenti, quali la disponibilità di prescrizioni ripetibili e sempre e ovunque disponibili e l'abolizione dei costi legati all'impiego di supporti cartacei, con un costo di gestione superiore a 1 euro per ricetta, moltiplicato per 550 milioni di ricette (dati 2007)<sup>51</sup>. Ma i vantaggi di maggior rilievo deriveranno soprattutto dall'abbattimento di errori o abusi nella redazione, nella lettura e nelle successive possibilità di riscontro automatizzato sia contabile sia di appropriatezza delle ricette mediche<sup>52</sup>, con potenzialità di risparmio complessivo stimate dai Ministri Fazio e Brunetta in 5 miliardi l'anno<sup>53</sup>.

L'importanza cruciale, ai fini del controllo e della gestione della spesa, che avranno i flussi informativi della prescrizione elettronica, con l'aggiunta, a seguire, di quelli della trasmissione telematica dei certificati di malattia<sup>54</sup> e degli infortuni sul lavoro<sup>55</sup>, contrastano con l'esiguità delle risorse destinate a promuoverne l'effettiva attuazione.

L'esempio più vistoso è dato dall'obiettivo della dematerializzazione e della conservazione sostitutiva delle cartelle cliniche introducendo il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) come strumento di raccolta digitalizzata dei dati epidemiologici e sanitari di ogni paziente. A regime, il FSE consentirà al cittadino di avere sempre e ovunque a disposizione le informazioni di anamnesi, i risultati delle analisi, e ogni tipo di scansione clinica, riguardanti il proprio stato di salute, per qualsiasi esigenza di emergenza, o di condivisione di dati fra una pluralità di medici, o di *second opinion*, che dovesse presentarsi.

Si tratta di un'innovazione di primaria importanza anche per la straordinaria portata scientifica che potrà derivare dalla disponibilità nel tempo della mole crescente di dati accumulati, ove sensatamente sarà possibile che questi, in forma rigorosamente anonimizzata, divengano sistematicamente oggetto di studio e raffronto con metodologie automatizzate di *knowledge discovery*. Le *Linee guida in tema di FSE e di dossier sanitario* approvate nel luglio 2009 dal Garante per la Protezione dei Dati Personali vanno nella direzione di garantire piuttosto piena libertà di scelta per l'individuo in riferimento alla creazione del FSE, ai dati da immettere e a quelli eventualmente da oscurare, a chi è autorizzato

---

<sup>51</sup> P. Donzelli, *Il piano eGov 2012: obiettivo salute*, Dipartimento per l'Innovazione e le Tecnologie, 20 maggio 2009.

<sup>52</sup> Per un raffronto internazionale, e un esame delle potenzialità di impiego in Italia, si rinvia a: E. Morley-Fletcher, *La ricetta elettronica*, in G. Macciotta (a cura di), *La salute e il mercato*, ASTRID - Il Sole 24 Ore, Milano 2008.

<sup>53</sup> Dichiarazioni del Ministro della salute e del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione in occasione della visita congiunta al sistema di informatizzazione del ministero della Salute (News 14 aprile 2010, in [www.fiaso.net](http://www.fiaso.net)).

<sup>54</sup> DPCM 26 marzo 2008, attuativo del D.L. 296/2006, art. 1, c. 810, lettera C, e d. lgs. 150/2009. Il 26 febbraio 2010, dal Ministero della salute, di concerto con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e con il MEF, sentito l'INPS, è stato emanato il decreto che ha definito le modalità tecniche di invio telematico, da parte dei medici del SSN, dei dati delle certificazioni di malattia al Sistema di Accoglienza Centrale (SAC) predisposto dal MEF, o ai Sistemi di Accoglienza Regionali (SAR), ove predisposti dalle Regioni. A tale decreto è seguita il 16 aprile 2010 una Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica (*Trasmissione telematica delle certificazioni di malattia all'Inps. Aspetti organizzativi e prime istruzioni operative*). Dal 19 giugno 2010, in caso di assenza per malattia dei lavoratori pubblici, i certificati medici dovranno essere inviati esclusivamente per via telematica. Si calcolano in 12 milioni all'anno i certificati di malattia ricevuti dall'INPS, con oltre 500 persone ivi dedicate attualmente per il semplice *data entry*.

<sup>55</sup> Dal luglio 2009 sono state avviate sperimentazioni in Friuli Venezia Giulia e in Toscana per l'invio on line dei certificati di infortunio<sup>55</sup> (*Addio file agli sportelli: i certificati sanitari viaggiano on line*, News 15 luglio 2009, in [www.inail.it](http://www.inail.it)).

all'accesso e tramite quali modalità<sup>56</sup>, ma esperienze internazionali quali HealthVault della Microsoft e GoogleHealth<sup>57</sup> mostrano fortissime spinte di mercato ad aggregare la domanda di servizi personalizzati per la salute proprio facendo leva sull'offerta di meccanismi di archiviazione elettronica *on line* delle informazioni sanitarie, attivabili anche direttamente a opera dei cittadini.

Sia negli Stati Uniti, sia in Inghilterra – per prendere i due casi più significativi – sono stati allocati miliardi di dollari e di sterline in investimenti pubblici per l'informatizzazione dei fascicoli sanitari. In Italia, nelle previsioni del *Piano di e-government 2012*<sup>58</sup> il FSE doveva essere pronto, quanto a linee guida e soluzione di riferimento, entro il 2009 e divenire operativo in tutte le ASL entro il 2012. Secondo il Piano, i costi complessivi sarebbero stati di 90 milioni di euro per lo sviluppo, l'evoluzione e la diffusione del FSE sul territorio nazionale, non comprensivi della formazione degli operatori<sup>59</sup>.

Il FSE dovrebbe peraltro integrarsi con la connessione dei medici in rete<sup>60</sup>, la digitalizzazione del ciclo prescrittivo e dei certificati di malattia<sup>61</sup>, la rete di centri unici di prenotazione interoperabili<sup>62</sup> e l'accrescimento della "efficacia ed efficienza delle aziende sanitarie incrementando il tasso di innovazione digitale nell'organizzazione interna e nell'erogazione dei servizi ai cittadini"<sup>63</sup>. Il tutto con un costo preventivo globale di ulteriori 239 milioni di euro, a fronte di una disponibilità complessiva di soli 19 milioni su di un fabbisogno totale di 329, rinviando per la cifra residua al reperimento di risorse aggiuntive nella sede del Comitato dei Ministri per la Società dell'Informazione, presieduto dal Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione.

A fronte della vaghezza e dubbia attendibilità delle cifre e delle previsioni (per di più in assenza di stanziamenti proporzionati), la componente primaria di innovazione tecnologica continua perciò a vertere sui flussi informativi di base già descritti e, per quanto attiene alle prestazioni diverse da quelle ospedaliere, sul contributo dato dal NSIS, con il supporto del progetto Mattoni, per promuovere flussi informativi standard su base nazionale per tutte le prestazioni più rilevanti fornite dal SSN.

Il processo di attivazione dell'insieme di tali flussi costituisce in effetti un passaggio inevitabile, peraltro già estesosi su di un lungo arco di tempo, e che rimane da completare. Tali flussi, pur esprimendo in termini quantitativi le principali occasioni di erogazione di servizi sanitari, non contengono sempre la correlata valorizzazione economica delle prestazioni svolte. Solo se e quando tali

---

<sup>56</sup> Il testo delle Linee guida contiene peraltro anche l'affermazione che "eventuali, future utilizzazioni anche parziali del FSE o del *dossier* per ulteriori fini di ricerca scientifica, epidemiologica o statistica non sono di per se precluse" (Parte I, 2).

<sup>57</sup> Per un primo esame delle quali si rinvia E. Morley-Fletcher, *La ricetta elettronica ...*, cit.

<sup>58</sup> Governo Italiano, *Piano di e-government 2012*, dicembre 2008.

<sup>59</sup> Basti fare un raffronto con la Regione Emilia-Romagna, che ha stanziato 40 milioni di euro per la realizzazione, e 8,5 milioni di euro annui per la gestione, del sistema regionale di FSE. Una sperimentazione al riguardo è stata avviata dal CUP 2000 dell'Emilia Romagna a partire dal dicembre 2009, coinvolgendo inizialmente solo 400 utenti, ma con l'intento dichiarato di estendere il servizio a tutti i quattro milioni di assistiti del sistema sanitario regionale entro il 2010. Un Protocollo d'intesa fra il Ministero per la Pubblica Amministrazione e la Regione Emilia Romagna, per dare attuazione al Piano straordinario Stato, Regioni, Enti locali per l'attuazione dell'e-Government 2010, è stato sottoscritto il 10 dicembre 2009.

<sup>60</sup> Per la quale erano stati inizialmente previsti 10 milioni di euro come contributo alla trasmissione tematica da parte dei medici prescrittori (Decreto 2 febbraio 2009, *Attuazione dell'articolo 50, comma 5-bis della legge 326/2003, concernente il collegamento telematico in rete dei medici prescrittori del Servizio sanitario nazionale*, e decreto 11 giugno 2009, *Modifica del decreto ministeriale 16 dicembre 2008, attuativo dell'articolo 50, comma 5-ter della legge 326/2003, concernente il contributo per i medici convenzionati prescrittori*).

<sup>61</sup> Da completarsi entro il 2010, con un costo preventivato di 25 milioni di euro.

<sup>62</sup> Da completarsi entro il 2012, con un costo preventivato di 44 milioni di euro. Il 29 aprile 2010 è stata siglata dalla Conferenza Stato-Regioni l'intesa sulle Linee Guida nazionali del sistema CUP.

<sup>63</sup> Con predisposizione delle linee guida entro il 2009 e l'obiettivo di avere entro il 2012 l'80% di aziende con un alto tasso di innovazione. Il costo preventivato è di 90 milioni di euro.

flussi veicoleranno anche queste informazioni, diverrà possibile procedere verso modalità analitiche di controllo globale della spesa, passando dai bilanci “aggregati” al costo per singola prestazione.

## 8. Valutazione di appropriatezza e adeguatezza e qualità degli esiti

Pur con i limiti evidenziati, le Informazioni raccolte con i nuovi flussi informativi consentono di avviare in ogni caso analisi statistiche non prive di efficacia ai fini di una valutazione dell’appropriatezza e adeguatezza<sup>64</sup>.

Ciò può consentire di articolare in maniera più aderente alle reali necessità le prestazioni fornite nell’ambito del SSN, spostando il carico assistenziale dal regime di ricovero ordinario verso modalità di cura diverse, impostate in termini di assistenza distrettuale, svolta nell’ambito del singolo livello territoriale.

Al riguardo, svariate esperienze sono state avviate, a partire dal progetto Mattoni – Misura dell’*outcome*<sup>65</sup>, per integrare nelle schede SDO anche indicatori di esito, fra cui tre sperimentazioni regionali sono in particolare da segnalare<sup>66</sup>.

Una quarta esperienza è quella, a carattere nazionale e condotta nell’ambito del Progetto SIVeAS, di cui ha dato conto il Ministro della salute nell’aprile 2010. Essa fornisce la più recente “fotografia sintetica”<sup>67</sup> dei punti di forza e di debolezza di ciascun sistema sanitario regionale, articolati per ASL o

---

<sup>64</sup> Si veda a tal proposito il documento *Analisi di variabilità dei ricoveri ospedalieri*, 19 luglio 2006, redatto dalla Commissione nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, presso il Ministero della Salute. Interesse particolare riveste la metodologia ivi sviluppata, della cosiddetta “trombetta”, ossia della rappresentazione grafica della distribuzione statistica delle prestazioni effettuate, distinguendo fra un’area di potenziale inappropriata/inadeguatezza e un’area di indifferenza.

<sup>65</sup> Tale Mattoni ha visto la collaborazione fra diversi enti: Istituto Superiore di Sanità, ASL Roma E, Regione Campania, Regione Friuli Venezia Giulia, Regione Lombardia, Regione Sicilia, Ministero della Salute, Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR).

<sup>66</sup> La prima è il Sistema di Valutazione della Performance delle aziende sanitarie, avviato dal 2005 dalla Regione Toscana con il laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa, che si avvale di un paniere di quasi 300 indicatori, modificabile di anno in anno a seconda delle priorità strategiche e delle esigenze di programmazione, per determinare un meccanismo di *benchmarking* dinamico fra i presidi sanitari territoriali (S. Nuti (a cura di), *Il Sistema di valutazione della performance della sanità toscana - Report 2008*, SST e MeS, Pisa 2009).

La seconda è l’esperienza della Regione Lazio, che con l’Agenzia di Sanità Pubblica ha avviato una ricorrente ricognizione delle attività svolte dalle strutture ospedaliere afferenti, classificandole nominativamente sulla base di un numero circoscritto di indicatori di esito che sono direttamente consultabili *on line* (ASP, *Descrizione dell’attività di ricovero, ambulatoriale di emergenza e di assistenza farmaceutica delle strutture ospedaliere del Lazio. Anno 2008*, consultabile dall’ottobre 2009 sul sito <http://www.asplazio.it/>).

La terza è data dallo studio statistico sulla valutazione degli esiti delle prestazioni ospedaliere, promosso dalla Regione Lombardia con il Centro di ricerca interuniversitario per i servizi di pubblica utilità (CRISP) dell’Università di Milano Bicocca insieme con il Centro di studio e ricerca sulla sanità pubblica (CESP) e condotto su 7 milioni e mezzo di cartelle cliniche. In un quadro di dati complessivamente positivi, e con 180.000 ricoveri l’anno provenienti dal resto d’Italia, lo studio ha permesso di evidenziare specifiche criticità, come il fatto che ricoveri ripetuti siano il 14% del totale (rispetto a una soglia, considerata fisiologica, del 10%), ma uno su due avrebbe potuto essere evitato, che i pazienti trasferiti siano il 2%, ma oltre 4 su 10 avrebbero potuto restare nella struttura dov’erano inizialmente ricoverati, che i casi di ritorno in sala operatoria dopo un intervento siano il 6,7% (a fronte di una soglia ‘ottimale’ del 5%), e che la mortalità a 30 giorni sia del 3,8%, ma con trattamenti sanitari inutili nella metà dei casi (Regione Lombardia - Direzione Generale sanità, CRISP, CESP, *La valutazione dell’efficacia ospedaliera 2004-2008*, Milano 2010).

<sup>67</sup> Incentrata su un primo set di 34 indicatori, di cui 23 di “valutazione” e 11 di “osservazione”, di cui ne sono stati utilizzati complessivamente 28.

per soggetto erogatore, in attesa della messa a punto del complessivo sistema di valutazione delle *performance* attualmente allo studio dell’Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali (AGENAS). Ne emerge un quadro di forte divaricazione territoriale, con l’evidenziazione di 164.000 ricoveri ospedalieri “impropri”, di cui 150.000 al Sud, concentrati per il 44% in Campania, e per un altro 44,5% in Puglia, Calabria e Sicilia. Una situazione di marcata dicotomia<sup>68</sup>, che ha indotto un commentatore ad affermare che “chi perde, perde due volte”, perché “chi è in deficit è anche in deficit di gestione delle cure e dunque di tutela del diritto alla salute”<sup>69</sup>.

Sul tema è intervenuta, nella primavera del 2010, anche l’Associazione Italia Futura, presieduta da Luca Cordero di Montezemolo, la quale, sottolineando l’esigenza di superare “le ‘barriere’ che hanno fino a oggi impedito la completa adozione delle tecnologie digitali integrate nel SSN”, ha formulato la proposta e porre in essere un “cruscotto di lettura delle performance sanitarie regionali”<sup>70</sup>, di cui andrebbe garantita la pubblicazione periodica (mensile) sul portale web del Ministero della salute.

Tale “cruscotto”<sup>71</sup> dovrebbe basarsi su di un insieme di indicatori preposti alla valutazione degli esiti delle prestazioni e dei servizi per il tramite di “algoritmi che [tengano] conto delle caratteristiche precipue della popolazione, della struttura di offerta sul territorio e delle priorità stabilite a livello nazionale e regionale”<sup>72</sup>, unitamente a indicatori riferiti agli operatori clinici, attinenti l’esito dei trattamenti relativi alle unità operative o alle aree di appartenenza disciplinare o la tipologia di assistenza erogata, l’appropriatezza delle prestazioni e delle prescrizioni e la qualità percepita dell’assistenza da parte dei cittadini, i quali indicatori “dovranno essere utilizzati anche in riferimento ai percorsi di valutazione e formazione del personale professionale del sistema sanitario”<sup>73</sup>.

## 9. Il calcolo dei LEA

A prescindere dalle esigenze informative correlate alla rilevazione degli esiti, il problema di garantire livelli quantitativamente uniformi di prestazioni sul piano nazionale, pur in un contesto di responsabilizzazione federalistica sul piano gestionale, implica in ogni caso la necessità di attivare flussi di informazioni comprendenti non solo le prestazioni, ma anche le relative le voci di valorizzazione economica. Cosa, quest’ultima, ovviamente indispensabile per poter evidenziare e comparare il costo di implementazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) previsti dal Titolo V della Costituzione.

Solo una volta approdati a tale livello di dettaglio analitico, diverrà possibile procedere alla definizione di un costo standard per l’implementazione del singolo LEA, così da farne effettivamente

---

<sup>68</sup> Peraltro già rilevata nell’*Atlante 2008 di Epidemiologia e Ricerca applicata: Schede di dimissione ospedaliera per genere e Usl*, ERA, Roma 2008.

<sup>69</sup> L. Turno, *Non si può rinviare la lotta agli sprechi*, Il Sole 24 Ore, 26 aprile 2010.

<sup>70</sup> W. Ricciardi, *La salute degli italiani, la salute del futuro*, Associazione Italia Futura, aprile 2010.

<sup>71</sup> La terminologia utilizzata dall’Associazione Italia Futura riprende peraltro un’espressione di cui ha fatto più volte uso in passato il Ministero della salute, e che si traduce dal 2007 nei Cruscotti NSIS Tali Cruscotti, per ora posti a disposizione solo delle Regioni, consentono di comparare i dati relativi a un nucleo ancora circoscritto di informazioni: quelle attinenti alle prescrizioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza farmaceutica, raccolte tramite il Sistema di Integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali (SIISI), e quelle attinenti alle prestazioni ospedaliere, raccolte tramite il flusso consolidato delle SDO.

<sup>72</sup> Cit.

<sup>73</sup> Cit.

lo strumento di coerente quantificazione delle risorse da destinare alle singole realtà territoriali, a seconda dei relativi profili demografici, anagrafici ed epidemiologici.

Rinviando a una successiva serie di decreti delegati, la normativa quadro tracciata dalla legge 42/2009 si è limitata a tracciare i principi guida: autonomia di entrata e di spesa e maggiore responsabilizzazione amministrativa, finanziaria e contabile; rafforzamento dei meccanismi premiali e sanzionatori nei confronti dei comportamenti virtuosi e delle gestioni in disavanzo; più ampia autonomia e flessibilità fiscale delle Regioni; individuazione di costi e fabbisogni standard, intesi nel senso di “costo e fabbisogno che, valorizzando l'efficienza e l'efficacia, costituisce l'indicatore rispetto al quale comparare e valutare l'azione pubblica”<sup>74</sup>.

Questa formulazione ha innescato attese di semplice risoluzione del problema “secondo la formula: LEP [livelli essenziali di prestazione] • costi standard = fabbisogno standard”<sup>75</sup>, assumendo per costi standard “i costi di produzione in condizione di efficienza e appropriatezza”<sup>76</sup>.

Secondo questa lettura, con il federalismo fiscale non viene a mutare la specificazione delle risorse che saranno destinate al finanziamento della spesa sanitaria<sup>77</sup>, mentre viene a cambiare la modalità di quantificazione economica del fabbisogno di servizi sanitari nelle singole realtà territoriali: da fabbisogno “calcolato” *ex ante*, questo dovrebbe divenire infatti fabbisogno “effettivo” rilevato *ex post* entro i parametri determinati dai costi standard.

Sono però subito emerse obiezioni a una concezione del costo standard come semplice “costo per unità di prodotto”, in assenza di una preliminare definizione della “prestazione standard”, identificabile come tale in base a criteri di appropriatezza e adeguatezza quando tutti i fattori siano impiegati secondo la tecnologia più efficiente.

“Se per singole prestazioni si può puntare a un confronto tra modalità di erogazione e costi relativi – è stato osservato – per i livelli essenziali esso appare meno significativo: ogni livello racchiude di fatto un'ampia gamma di prestazioni, cosicché il suo costo complessivo non è la mera sommatoria dei costi delle prestazioni ma dipende dal modo in cui quelle prestazioni vengono combinate tra loro; si hanno cioè forti esternalità di produzione che implicano che l'analisi dei costi non consista solo nell'individuazione del costo efficiente della singola prestazione quanto del costo efficiente del complesso dei servizi che vengono erogati”<sup>78</sup>.

## 10. Un calcolo open ended o un criterio “più realistico”?

Queste obiezioni si traducono anche in interrogativi più radicali, espressi all'interno di questo stesso volume da Renato Finocchi Ghersi e Andrea Tardiola, i quali si domandano se il fabbisogno di prestazioni sanitarie coincida con i costi standard dei LEA o rappresenti una variabile indipendente rispetto a essi, e come debba allora calcolarsi<sup>79</sup>.

---

<sup>74</sup> Legge 42/2009, art.2.

<sup>75</sup> C. Buratti, *Intervento* alla conferenza “Il processo federale in Italia – una prospettiva comparata”, Roma, 18-19 febbraio 2010, in: L. Castelli, A. Pagliari, G. Perniciaro (a cura di), *Resoconto*, Dipartimento per le riforme istituzionali e Forum of Federations, Roma 2010.

<sup>76</sup> Cit.

<sup>77</sup> Poiché il sistema sanitario continuerà a essere finanziato attraverso tributi propri regionali (fra cui la quota parte dell'IRAP, l'addizionale IRPEF, la compartecipazione all'IVA). La legge 42/2009 prospetta peraltro la futura abolizione dell'IRAP e la sua sostituzione con altri tributi (art. 8, c. 1, lettera c).

<sup>78</sup> NENS, *Dottrina e prassi di un federalismo consapevole*, ..., cit.

<sup>79</sup> R. Finocchi Ghersi e A. Tardiola, *Il federalismo istituzionale e fiscale*..., cit.

Calcolare “il totale del fabbisogno come sommatoria dei costi delle prestazioni comprese nei LEA” – essi affermano – sarebbe teoricamente possibile, ma verrebbe a scontrarsi con le “diverse condizioni strutturali in cui operano i servizi, che vanno dall’autonomia dei sanitari nello svolgimento della loro attività, alle marcate differenze nell’efficienza organizzativa e gestionale delle Regioni, alla circostanza per cui in ogni LEA si scompongono diverse prestazioni sanitarie, cosicché il suo costo complessivo non è la mera sommatoria dei costi delle prestazioni, ma dipende dal modo in cui quelle prestazioni vengono combinate tra loro”<sup>80</sup>.

Inoltre - essi fanno ancora notare – “le basi informative necessarie a collazionare i dati per fondare questo criterio di calcolo sono carenti sotto diversi profili, sia a livello regionale, per le disfunzioni e, in alcuni casi, le gravi carenze nella gestione contabile delle risorse, sia per le modalità del finanziamento”, dato che nella negoziazione Stato-Regioni “il finanziamento statale è talvolta intervenuto in deroga alla programmazione annuale per tamponare le emergenze imposte dai disavanzi regionali”<sup>81</sup>.

Ecco, pertanto, che ad avviso di Finocchi Ghersi e Tardiola, una proposta “più realistica” dovrebbe fondarsi sul confronto tra due serie di dati: la prima, concernente la “elaborazione uniforme su tutto territorio nazionale dei dati aziendali di costo e ricavo classificati per macrofunzione ... e per tipo di soggetto erogatore”; la seconda, attinente alla “individuazione degli indicatori quantitativi e qualitativi di *output* e di *outcome* del sistema nazionale dei LEA, degli indicatori più rappresentativi del soddisfacimento dei bisogni sanitari raggiunti a livello regionale”<sup>82</sup>. È dal confronto tra questi indicatori con le spese aggregate per macrofunzioni che dovrebbero pertanto ricavarsi “le grandezze del fabbisogno e dei costi standard, secondo modalità di aggregazione dei dati che consentano un approccio più realistico, tenuto conto della base informativa esistente”<sup>83</sup>.

Una variante più semplice, tuttavia – concludono gli autori – sarebbe quella di ritenere che “il superamento del finanziamento basato sulla spesa storica per il SSN, avviatosi nell’ultimo decennio, e i criteri contenuti nell’algoritmo utilizzato in questo periodo, costituiscano già una forma di implementazione del principio del costo standard”<sup>84</sup>. In questa ottica si tratterebbe allora di proseguire nella prassi di operare “il riparto pro-capite ‘intelligente’ in quanto riferito a distinte tipologie di utenti”, il che “consentirebbe di dedicare l’attenzione nella fase attuale solo alle nuove prestazioni inserite nei LEA e a quelle prestazioni selettivamente individuate in quanto presentano problemi di appropriatezza”<sup>85</sup>.

## 11. Costi standard e perimetro della spesa sostenibile

Al di là della maggiore o minore rilevanza delle obiezioni sollevate, la vera questione attiene in realtà al modo e alla misura in cui la dinamica di responsabilizzazione federalistica, sostenuta dai concetti di LEA e di costi standard, possa essere gestibile entro un impianto istituzionale che si è sviluppato in senso sempre più marcatamente negoziale.

---

<sup>80</sup> Cit.

<sup>81</sup> Cit.

<sup>82</sup> Cit.

<sup>83</sup> Cit.

<sup>84</sup> Cit.

<sup>85</sup> Cit.

L'approccio negoziale attuato attraverso la Conferenza Stato-Regioni ha infatti consentito, sin qui, di eludere almeno in termini metodologici il nodo di fondo della "necessità di coerenza tra scelta dei LEA e punti percentuali di PIL da dedicare al loro finanziamento", in riferimento al quale, senza "un benchmark di consumo adeguato sul piano terapeutico ed efficiente sul piano dei costi ... non si è in grado di distinguere ... la spesa che deve trovare finanziamento nel sistema di riparto del FSN da quella che ogni Regione deve fronteggiare da sola, perché riconducibile a sovraconsumi o alla mancata selezione delle prestazioni equivalenti più economiche"<sup>86</sup>.

La posta in gioco con i costi standard è quindi doppiamente cruciale: da un lato, può condurre a "stanare" sprechi e inefficienze<sup>87</sup>, riducendo di conseguenza l'ammontare globale della spesa; dall'altro, può servire a esplicitare i vincoli di compatibilità, obbligando a una precisa quantificazione finanziariamente sostenibile degli stessi LEA.

In effetti, nulla impedisce sul piano logico che l'individuazione del costo standard di ciascun livello essenziale di prestazione e la conseguente cifra complessiva del costo dei servizi sanitari, definiti come somma del costo di tutti i LEA, possa finire con il travalicare la somma globale stanziabile per vincoli di bilancio e per la stessa sostenibilità della spesa pubblica allocata per la salute all'interno del gettito fiscale nel suo insieme.

Potrebbe insomma imporsi, per necessità economiche imprescindibili, di dover restringere l'ambito dell'assistenza ritenuta "essenziale", escludendo dalla copertura sanitaria nazionale alcuni servizi che oggi invece sono garantiti come LEA. L'eventualità di una simile prospettiva implicherebbe perciò di predisporre una strumentazione adeguata a conseguire due esigenze parallele: da un lato, quella di poter affiancare, al necessario automatismo di calcolo del costo globale dei LEA, la possibilità di operare, a regime, una loro idonea gradazione; dall'altro, quella di porre in essere per tempo una sufficiente copertura assicurativa integrativa, con gli opportuni livelli di compartecipazione al costo da parte dei cittadini.

In realtà, risulta non eludibile il principio in base al quale la necessaria limitazione dell'ammontare di risorse fiscali destinabili alla sanità comporta di non poter garantire "tutto a tutti"<sup>88</sup>, e comporta anche sia di disporre di flussi informativi adeguatamente configurati, sia di poter reperire risorse di altro tipo, che non poggino solo sul gettito fiscale<sup>89</sup>.

---

<sup>86</sup> F. Pammolli, N. Salerno e G. Turchetti, *I livelli essenziali di assistenza, la regolazione e la riforma multipilastro*, in: A. Pedone (a cura di), *La Sanità in Italia. Qualità del servizio e sostenibilità finanziaria*, con pref. di G. Galli, Il Sole 24 Ore, Milano 2008.

<sup>87</sup> Con riferimento alla possibilità di intervenire recuperando risorse "negli acquisti di beni e servizi, dell'appropriatezza della spesa ospedaliera, della riduzione della degenza acuta e dell'appropriatezza della diagnostica ambulatoriale con la riduzione della medicina difensiva", il Ministro della Salute, Ferruccio Fazio, ha stimato in 6-11 miliardi di euro l'ammontare della spesa oggi probabilmente sprecata (News 13 aprile 2010: *Fazio, 5-10% Fondo Sanitario sprecato*, in [www.fiaso.net](http://www.fiaso.net)). Altre stime sono state ventilate: vi è chi ha scritto che il "prezzo giusto" dei servizi pubblici per sanità, assistenza e istruzione andrebbe individuato "sull'esempio dei territori più virtuosi (tenendo conto naturalmente delle condizioni socio-economiche locali e dei livelli minimi di assistenza tutelati dalla costituzione)" e si vedrebbe allora che "più si stringe il cerchio dei 'modelli' più aumentano i risparmi. Una griglia basata solo sulla regione migliore imporrebbe in teoria di diminuire la spesa per le tre funzioni anche di 15 miliardi di euro l'anno; più concreta, però, appare l'ipotesi che individua quattro regioni benchmark (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana), che imporrebbe risparmi per circa 2,3 miliardi" (G. Trovati, *I costi standard alla prova decisiva*, Il Sole 24 Ore, 24 maggio 2010).

<sup>88</sup> Salvo incorrere in infingimenti, quale quello per cui, dal momento che "tutto è stato etichettato come essenziale, lungi dal frenare la spesa sanitaria pubblica i LEA ne sono diventati il motore" (R. Volpi, *Proposta per provare a tenere sotto controllo la spesa sanitaria*, Il Foglio, 25 maggio 2010).

<sup>89</sup> Sia consentito il rinvio, per un'ipotesi di attivazione di risorse non fiscali in campo sanitario, a: E. Morley-Fletcher, *Spesa sanitaria, Fondi pubblici a capitalizzazione e schemi di asset-based welfare*, in: L. Guerzoni (a cura di), *La riforma del welfare. Dieci anni dopo la "Commissione Onofri*, Il Mulino, Bologna 2008.

Non deve stupire che, in un contesto tuttora concettualmente tanto imprecisato quanto istituzionalmente condizionato dalla centralità della Conferenza Stato-Regioni e dalla molteplicità e conseguente frantumazione delle sedi tecniche di elaborazione, un ex-Ministro degli Affari regionali<sup>90</sup> sia giunto a esprimere un *caveat* fortemente pessimista: vi è il rischio – ha affermato Linda Lanzillotta – che i costi standard finiscano con l’essere calcolati “sulla base delle inefficienze e delle diseconomie attuali” e dunque “rimangano alti e inefficienti”<sup>91</sup> con la conseguenza che il federalismo fiscale [possa] addirittura determinare un aumento dei flussi di spesa dal Nord al Sud”

Per evitare ciò sarebbe necessario avviare preliminarmente “un’operazione di riforme radicali nell’amministrazione pubblica a tutti i livelli, di impegnare i governatori appena eletti in una poderosa azione di risanamento finanziario e amministrativo oltre che di formazione della capacità amministrativa, di destinare alla riduzione del debito il patrimonio che lo Stato trasferirà gratuitamente agli enti locali. [Altrimenti] il federalismo ... risulterà impraticabile o si realizzerà, ma a costo di abbandonare una parte del Paese al proprio destino. Per questo sul federalismo si gioca una partita decisiva per il futuro del Paese”<sup>92</sup>.

Una partita, come si è visto, eminentemente politica, ma che si giocherà ancora a lungo su due versanti: da un lato, quello della definizione concettuale, e della valutazione delle conseguenze economiche che ne potrebbero derivare; dall’altro, su quello, apparentemente tecnico e di dettaglio, ma in realtà preliminare per la precisazione degli stessi ambiti concettuali, dell’individuazione dei flussi informativi, correlati, riga per riga, nella concreta articolazione dell’impianto normativo di attuazione del federalismo fiscale.

Una partita che potrà peraltro approdare a un’inutile fatica di Sisifo, se non maturerà una diversa dinamica istituzionale, che valga a disarticolare quel concorso di spinte che troppo spesso ha fatto trovare sin qui il punto di equilibrio fra Stato e Regioni in termini di consociativismo al ribasso delle esigenze di rinnovamento (e quindi al rialzo dei costi e delle relative inefficienze), per offrire invece al Paese nel suo insieme una sintesi superiore, in grado di assicurare un impiego più produttivo sia delle risorse fiscali, sia di quelle ulteriori che sarà necessario mobilitare per conseguire livelli di cura della salute sempre più efficaci.

Si tratta di un compito per il cui assolvimento la corretta analisi e comparazione dei costi, e il loro costante rilevamento analitico tramite l’immediata registrazione e trasmissione elettronica delle transazioni economiche e amministrative determinate da ogni prestazione effettuata nell’ambito del SNN, costituiscono una premessa organizzativa e tecnologica ineludibile.

Altrimenti non potrà non avere avuto amaramente ragione chi – come ha scritto Luca Ricolfi, in un saggio sconsolatamente critico – pone oggi in guardia dal rischio che “un federalismo mal fatto, pasticciato o di bandiera [possa] essere peggio di nessuna riforma federalista, perché il suo unico effetto rilevante sarebbe quello di far lievitare la spesa pubblica”<sup>93</sup>.

---

<sup>90</sup> Ora membro della Commissione parlamentare per l’attuazione del federalismo fiscale.

<sup>91</sup> Cit.

<sup>92</sup> Cit.

<sup>93</sup> L. Ricolfi, *Il sacco del Nord. Saggio sulla giustizia territoriale*, Guerini e Associati, Milano 2010.