



**PRIMI RISULTATI ECONOMICI
DELL'APPLICAZIONE DEL DL SULLA
“SPENDING REVIEW” NELLE AZIENDE
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Roma, 13 dicembre 2012

LA SANITA' ITALIANA FINO AL LUGLIO 2012

Non da oggi la sanità italiana è valutata, dagli osservatori esterni, tra le migliori del mondo. Non c'è attività del nostro paese, sia pubblica che privata, che goda di pari considerazione ad eccezione del patrimonio artistico e della cucina.

Ma mentre noi italiani abbiamo una sostanziale percezione dell'unicità delle opere d'arte di cui siamo distratti custodi e meniamo giusto vanto della variegata eccellenza dei piatti tipici che gagliardamente consumiamo, quando parliamo della sanità il giudizio si fa più tiepido.

L'esperienza diretta di accesso alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale è di solito positiva. Gli utenti riconoscono l'efficacia delle cure, la competenza dei medici, la premura degli infermieri, la qualità complessiva delle prestazioni ricevute. Tuttavia, nel comune sentire, la sanità è luogo di errori clamorosi, di manchevolezze diffuse, di sprechi indicibili.

Così viene rappresentata dai media, che tendono inevitabilmente ad enfatizzare tutto ciò che "fa notizia" - e che, quasi sempre, è cattiva notizia. Così viene, talvolta, descritta anche dalla politica, che nella società della comunicazione è portata più a vestire i panni del fustigatore dei disservizi che ad assumere le responsabilità ultime del gestore della cosa pubblica. Così è subito dagli operatori del settore, tra i quali cresce la sindrome dell'accerchiamento che si traduce in atteggiamenti difensivi e in un crescendo di frustrazione.

Eppure si tratta della sanità generalista che concorre ad una aspettativa di vita collocata tra i migliori risultati al mondo unitamente ad un costo procapite che è fra più bassi dell'occidente (si veda tabella 1).

Sempre dalla tabella n. 1 è possibile osservare come:

- La spesa sanitaria italiana come quota del PIL risulta la più bassa tra tutti i paesi più avanzati (ad eccezione della sola Australia nel confronto con i 15 paesi) e si attesta sotto alla media OCSE (9,5) nel 2010, più di due punti sotto il valore rilevato in Francia e Germania (11,6)
- La spesa sanitaria pro-capite (da considerare come indicatore macro di efficienza) italiana nel 2010 è la più bassa tra tutti i paesi più avanzati (ad eccezione della sola Grecia) con forti differenze con Francia e Germania che spendono rispettivamente 1.000 e 1.400 Dollari in più all'anno per cittadino per garantire l'assistenza sanitaria. Senza paragoni il confronto con la vicina Svizzera o con i lontani Stati Uniti.
- Tra il 2007 ed il 2009 la spesa sanitaria pubblica ha subito una crescita modesta, confermando così il deciso rallentamento del trend di crescita degli ultimi anni (dal 2001 al 2008 il tasso di crescita medio annuo della spesa

pubblica è stato del 4,6% a fronte di un 8,1% nel periodo 1995-2001). Solo Grecia e Portogallo spendono meno di noi in termini pro-capite.

- Tra il 2000 e il 2009 il tasso di crescita reale (depurato dell'inflazione) della spesa pro-capite è stato in Italia dell'1,6% all'anno, contro una media Ocse del 4%.
- Tra il 2000 e il 2010, l'Italia registra la crescita più bassa della spesa sanitaria pro-capite tra tutti i paesi avanzati attestandosi oltre 10 punti percentuali sotto la media OCSE.
- L'aspettativa di vita alla nascita, considerato come macro indicatore di qualità della salute della popolazione, è la quarta al mondo con il miglior tasso di sviluppo tra il 2000 e il 2010.

TABELLA N. 1 – MACRO INDICATORI DI PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI DEI PAESI OCSE PIÙ AVANZATI (ANNI 1990; 2000; 2010)

Indicatore	Spesa Sanitaria su PIL (%)			Spesa sanitaria pro-capite (US\$)			Aspettativa di vita alla nascita (anni)			Tasso di incremento spesa pro-capite		
	1990	2000	2010	1990	2000	2010	1990	2000	2010	1990-2010	1990-2000	2000-2010
Australia	6,7	8,0	9,1	1.194,50	2.266,60	3.670,20	77,0	79,3	81,8	67,5%	47,3%	38,2%
Canada	8,9	8,8	11,4	1.735,30	2.518,80	4.444,90	77,6	79,0	80,8	61,0%	31,1%	43,3%
Francia	8,4	10,1	11,6	1.443,70	2.544,80	3.974,00	76,8	79,0	81,3	63,7%	43,3%	36,0%
Germania	8,3	10,4	11,6	1.798,10	2.677,80	4.338,40	75,3	78,2	80,5	58,6%	32,9%	38,3%
Grecia	6,7	8,0	10,2	845,80	1.451,00	2.913,70	77,1	78,0	80,6	71,0%	41,7%	50,2%
Italia	7,7	8,0	9,3	1.357,10	2.064,40	2.963,70	77,1	79,8	82,0	54,2%	34,3%	30,3%
Giappone	5,8	7,6	9,5	1.115,40	1.973,60	3.034,60	78,9	81,2	83,0	63,2%	43,5%	35,0%
Olanda	8,0	8,0	12,0	1.413,60	2.340,30	5.056,20	77,0	78,0	80,8	72,0%	39,6%	53,7%
Norvegia	7,6	8,4	9,4	1.367,40	3.043,20	5.387,60	76,7	78,8	81,2	74,6%	55,1%	43,5%
Portogallo	5,7	9,3	10,7	628,20	1.654,50	2.727,70	74,1	76,7	79,8	77,0%	62,0%	39,3%
Spagna	6,5	7,2	9,6	871,00	1.537,80	3.055,70	77,0	79,4	82,2	71,5%	43,4%	49,7%
Svezia	8,2	8,2	9,6	1.593,80	2.286,70	3.757,70	77,6	79,7	81,5	57,6%	30,3%	39,1%
Svizzera	8,2	10,2	11,4	2.029,90	3.221,50	5.269,60	77,5	79,9	82,6	61,5%	37,0%	38,9%
Regno Unito	5,9	7,0	9,6	960,00	1.834,40	3.433,20	75,7	77,9	80,6	72,0%	47,7%	46,6%
Stati Uniti	12,4	13,7	17,6	2.850,70	4.790,50	8.232,90	75,3	76,7	78,7	65,4%	40,5%	41,8%
MEDIA TOTALE OCSE (34 PAESI)	6,9	7,8	9,5	1.185,40	1.887,56	3.264,76	74,7	77,1	79,8	63,7%	37,2%	42,2%
MEDIA OCSE (15 PAESI)	7,7	8,9	10,8	1.413,63	2.413,73	4.150,67	76,7	78,8	81,2	65,9%	41,4%	41,8%

Fonte: ns elaborazione su dati OECD Health Data 2012

Va sottolineato come l'andamento più recente sia ancora più 'virtuoso', con un calo dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL dal 7,2% del 2010 al 7,1% del 2011 (e con un PIL in diminuzione!).

I grandi numeri – che sono indicatori formidabili – ci dicono che abbiamo un servizio sanitario efficace e relativamente poco costoso. Un buon punto di partenza per ogni ulteriore ragionamento.

Occorre, però, subito aggiungere che questo giudizio lusinghiero è il valore medio di una realtà complessa e variegata, segnata da eccellenze qualitative e carenze clamorose, da modelli gestionali e sprechi ingiustificabili. Nel paese delle piccole (e piccolissime) patrie, le differenze sono fattori costitutivi dell'identità. Per il servizio sanitario pubblico, fondato su principi di universalità ed equità, rappresentano un indubbio elemento negativo.

Al quale occorre aggiungere un quadro di bisogni crescenti e mutevoli in un contesto di crisi economica che rende improponibile un correlato adeguamento delle risorse disponibili.

Non compete, è ovvio, alle direzioni delle Aziende sanitarie interloquire sulla definizione delle risorse disponibili o sulla estensione dei servizi che si devono rendere all'utenza: queste sono scelte esclusivamente politiche. Alle Aziende compete perseguire la “mission” per cui sono nate: una costante tensione all'efficienza, colonna portante della sostenibilità.

IL PROCESSO DI CAMBIAMENTO DEL SSN

Negli ultimi venti anni, il sistema socio-sanitario italiano è stato il settore della PA che ha conosciuto il più forte processo di cambiamento e trasformazione.

Dal punto di vista gestionale, il settore sanitario è il più complesso tra tutti i settori produttivi in quanto molto localizzato nella produzione e nelle funzioni con il più alto tasso di innovazione tecnologica e il più alto tasso di specializzazione del capitale umano.

Negli anni ottanta, l'entusiasmo per il salto epocale di qualità operato dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, si scontrò ben presto con la preoccupazione per il tasso di crescita del suo costo, che si aggirava sul 16% all'anno! Conseguenza non imprevedibile di un assetto istituzionale del tutto incongruo (l'Unità Sanitaria Locale, organismo dei comuni senza personalità giuridica) cui erano correlate regole e prassi gestionali semplicemente votate all'autodistruzione.

Il problema che i *policy makers* si trovano ad affrontare sin dai primi anni 90, è come fare a conciliare queste tendenze con i principi sottostanti il Servizio sanitario nazionale: la gratuità delle cure, l'universalità del sistema, l'omogenea copertura dei bisogni sul territorio nazionale, il tutto cercando di capire quale potrà essere l'andamento futuro della spesa in sanità e quali gli interventi migliori per contenerne la crescita. Negli anni, dunque, si sono susseguite, in

misura sempre maggiore, discussioni sulla corretta allocazione delle scarse risorse disponibili in modo da soddisfare i reali bisogni di salute della popolazione evitando, per quanto possibile, allocazioni inefficienti.

Il resto è storia recente: la trasformazione delle USL in aziende, l'introduzione dei DRG, il quasi mercato, il finanziamento a tariffa per le Aziende ospedaliere e a quota capitaria per le ASL, l'applicazione nel mondo della sanità di strumenti gestionali mutuati dall'impresa.

Dagli entusiasmi e dai conflitti degli anni novanta (i professionisti talvolta indifferenti, talvolta ostili al concetto stesso di Azienda), alle correzioni e ai ripensamenti del decennio successivo, fino alla crisi attuale del modello, compreso fra tendenze involutive e criticità di contesto.

All'interno del mondo della sanità, attento al mutamento dei bisogni indotto dall'invecchiamento della popolazione e da una maggiore attenzione del singolo al proprio patrimonio di salute, il dibattito si è sviluppato, in questi anni, più sulle logiche di offerta (appropriatezza, dimensionamento, qualità) che su quelle di governo del sistema, date forse per scontate ma non sempre praticate.

L'ulteriore regionalizzazione ha acuito le differenze di qualità ed efficienza già accennate e, nel tentativo di governare gli effetti indesiderati del finanziamento prospettico e del quasi mercato, ha portato ad un neocentralismo regionale gestito con criteri non sempre esplicitati, talvolta imperscrutabili.

A ciò si aggiungano le difficoltà economiche del paese, le tensioni sui risultati finanziari, le drastiche misure adottate dal governo centrale per contenere l'incremento dei costi, i tagli "orizzontali" che ignorano l'efficienza e mortificano i migliori.

L'attuale dibattito che ruota attorno al contenimento della spesa sanitaria pubblica nasce dalla presenza di una crisi strutturale dell'economia, sia nazionale che internazionale, a tal punto grave da mettere a repentaglio la sostenibilità del sistema a fronte di una divaricazione sempre più preponderante tra le risorse esistenti e la crescita dei costi dei servizi erogati, dovuti al progresso tecnologico che rende disponibili, anno dopo anno, tecniche e terapie innovative per la diagnosi e cura delle malattie permettendo una migliore qualità di vita.

IL TAGLIO DI RISORSE OPERATO NELLE ULTIME POLITICHE ECONOMICHE: LA SANITA' ITALIANA DOPO LUGLIO 2012

In termini puramente “ragionieristici” la definizione di un sistema sostenibile da un punto di vista finanziario implica il dover garantire un equilibrio tra entrate ed uscite, ma la sua applicazione ad un settore quale quello della sanità deve considerare ulteriori decisivi elementi.

La decisione dei *policy makers* negli ultimi anni su quanto “spendere” per la sanità è stata strettamente collegata al vincolo fiscale. Ne consegue che, se il pareggio di bilancio è il principale obiettivo, la decisione di quanto impiegare per il capitolo “salute” è indirettamente determinata. Se, invece, lo scopo degli investimenti in sanità è quello di contribuire al raggiungimento di un miglior stato di salute della popolazione, allora i *policy makers* dovranno ponderare attentamente quante risorse assegnare al settore assistenziale e come provvedere alla ricerca di eventuali extra-risorse.

Nell'ultimo anno sono state approvate norme di politica economica che riducono sensibilmente le risorse disponibili per il Servizio Sanitario Nazionale.

E' la stessa Corte dei Conti a lanciare l'allarme nella citata Audizione

Per il capitolo della sanità, se la metodologia adottata ha come obiettivo quello di quantificare ed evidenziare le inefficienze e le distorsioni nella gestione degli acquisti, anche mediante l'identificazione dei prezzi standard, la successiva scelta “di operare una riduzione ‘indistinta’ del finanziamento del SSN, invece, potrebbe produrre effetti indesiderati” e potrebbe penalizzare “le realtà più virtuose”. Attraverso i tagli lineari, infatti, l'onere della riduzione verrebbe ripartito omogeneamente in base al fabbisogno espresso, facendo perdere di rilievo alle modalità di determinazione degli eccessi di spesa e penalizzando le regioni “benchmark”.

*In secondo luogo, non può essere ignorato che le riduzioni apportate alle previsioni della spesa sanitaria, in base ai risultati delle manovre introdotte a partire dal decreto legge 98/2011, hanno condotto ad una rilevante correzione dell'andamento della spesa. “caricando il quadro programmatico di obiettivi di contenimento per un totale calcolato in oltre 31 miliardi dal 2010 al 2014 (vedi **tabella n. 2** di seguito riportata).”*

Un dato estremamente significativo dal momento che le regioni sono chiamate a coprire eventuali disavanzi sanitari tramite l'attivazione dei meccanismi automatici previsti dalla legislazione vigente con la difficoltà, in virtù delle avverse condizioni economiche, di reperire maggiori entrate nonché il rischio di compromettere percorsi di “risanamento strutturale”.

TABELLA N. 2 - LA SPESA SANITARIA: INTERVENTI DI CONTENIMENTO E OBIETTIVI PROGRAMMATICI (IN MILIONI)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
DEF 2011 [A]	110.435	113.457	114.836	117.391	122.102	126.512
D.L 98/2011					- 2.500	- 5.100
Relazione al Parlamento [B]	110.435	113.457	114.941	117.491	119.602	121.412
DEF 2012 [C]	110.474	112.742	112.039	114.497	114.727	115.421
DL 95/2012				- 900	- 1.800	- 2.000
Nota di Agg DEF 2012 [D]	110.474	112.742	112.039	113.597	112.927	113.421
DDL stabilità 2013					- 600	- 1.000
Quadro programmatico DDL stabilità 2013 [E]	110.474	112.742	112.039	113.597	112.327	112.421
Differenza E-B	39	- 715	- 2.902	- 3.894	- 7.275	- 8.991
Differenza E-C	0	0	0	- 900	- 2.400	- 3.000
Differenza E-A	39	- 715	- 2.797	- 3.794	- 9.775	- 14.091
Totale (E-A 2010-2014)				- 31.133		

Fonte: Ns elaborazione su dati Corte dei Conti- ottobre 2012

Uno sguardo ai dati contenuti nella **Tabella n. 3** consentono di cogliere tale effetto cumulativo suddiviso per le principali voci di spesa aggredite, frutto dell'unione di tre provvedimenti di indirizzo emanati negli ultimi due anni, e cioè la Legge 111/2011 (Tremonti), la Legge 135/2012 (Spending Review) e Legge di stabilità 2012.

Il risultato combinato di applicazione legislativa porta ad una riduzione del Fondo Sanitario Nazionale per un ammontare di circa 14,3 miliardi di euro nel triennio 2012-2014, pari a circa al 12,6% della spesa sanitaria pubblica del 2011 (circa 112 miliardi di euro).

**TABELLA N. 3 - EFFETTO COMBINATO DELLE RIDUZIONI DI SPESA
SANITARIA PREVISTE DALLA LEGGE 111/2011 (TREMONTI), DALLA LEGGE
135/2012 (SPENDING REVIEW) E DALLA LEGGE DI STABILITA' 2012 (IN
MILIONI DI EURO)**

	2012	2013				2014		Totale Triennio per singola legge			Totale generale
Voci di Spesa	Legge 135/2012	Legge 111/2011	Legge 135/2012	Legge Stabilità 2012	Legge 111/2011	Legge 135/2012	Legge Stabilità 2012	Legge 111/2011	Legge 135/2012	Legge Stabilità 2012	2012-2014
Ospedaliera accreditata	45,00	—	90,00	—	—	180,00	—	—	315,00	—	315,00
Specialistica accreditata	25,00	—	50,00	—	—	100,00	—	—	175,00	—	175,00
Personale dipendente e convenzionato	—	—	—	—	163,50	—	—	163,50	—	—	163,50
Farmaceutica	325,00	1.000,00	747,00	—	1.090,00	747,00	—	2.090,00	1.819,00	—	3.909,00
Beni e servizi-Appalti e forniture, prezzi di riferimento	505,00	750,00	463,00	—	1.199,00	393,00	—	1.949,00	1.361,00	—	3.310,00
Beni e servizi - Standard posti letto	—	—	20,00	—	—	50,00	—	—	70,00	—	70,00
Beni e servizi-Dispositivi medici	—	750,00	400,00	—	817,50	500,00	—	—	900,00	—	2.467,50
Erogatori privati - Prestazioni a funzione	—	—	30,00	—	—	30,00	—	1.567,50	60,00	—	60,00
Nuovi ticket	—	—	—	—	2.180,00	—	—	2.180,00	—	—	2.180,00
Riduzione della spesa	—	—	—	600,00	—	—	1.000,00	—	—	1.600,00	1.600,00
Totale	900,00	2.500,00	1.800,00	600,00	5.450,00	2.000,00	1.000,00	7.950,00	4.700,00	1.600,00	14.250,00

Fonte: Ns elaborazione su dati AIOP (Rapporto 2012, novembre)

Nella **Tabella n. 4** viene, infine, proposta una elaborazione della Ragioneria Generale dello Stato sulla previsione di evoluzione della spesa sanitaria 2011-2015. Nella tabella il fabbisogno complessivo sanitario della popolazione (coincidente con le stime della Ragioneria sulla spesa sanitaria) viene messo a confronto il finanziamento stanziato per soddisfarlo così come concordato a fine 2011 (finanziamento vigente e programmatico come stabilito nella Relazione Tecnica al D.L 98/2011) e per differenza viene calcolato il deficit prodotto.

I valori riportati in tabella 4 mostrano come nei prossimi 3-4 anni la domanda “potenziale” di servizi sanitari e quindi di spesa continuerà a salire ma a fronte di un incremento della domanda assistenziale non saranno disponibili parimenti risorse e questo indurrà, a sua volta, un aumento del deficit della sanità.

In questo scenario i problemi di tenuta dei bilanci non saranno più circoscritti alle sole regioni tradizionalmente inefficienti e in disavanzo ma saranno estesi anche a quelle sino ad ora virtuose.

I dati riportati e le politiche sanitarie ad esse sottese, dimostrano come il concetto di sostenibilità finanziaria di per sé sia privo di significato laddove non venga specificato a livello legislativo quanto il Paese voglia investire nel settore.

TABELLA N. 4 - PREVISIONI DI EVOLUZIONE DELLA SPESA SANITARIA ITALIANA

	Previsione Spesa Sanitaria	Finanziamento Statale		Calcolo Deficit Differenza con Stime RGS	
	RGS	Vigente	Program. (98/2011)	Vigente	Program.
	(A)	(B)	(C)	(B-A)	(C-A)
2010	113.8	105.49	105.49	-8.31	-8.31
2011	117.11	109.27	109.27	-7.84	-7.84
2012	121.14	108.78	108.78	-12.36	-12.36
2013	125.17	111.79	109.29	-13.38	-15.88
2014	129.19	116.24	110.79	-12.95	-18.40

Fonte: Ns elaborazione su dati Ragioneria dello Stato

La lettura combinata delle tre tabelle porta a scenari devastanti. Per il 2012 l’impatto dei tagli (tabella n.2) è pari a 3,8 miliardi e 9,7 per il 2013. Se a questi dati vengono sommati i deficit strutturali tra fabbisogno e spesa (tabella n. 4) porta a lanciare un **allarme** sulla tenuta del SSN così come conosciuto fino ad oggi. Di fronte ad un deficit strutturale stimato a circa 12,3 miliardi (tabella n. 4) l’impatto complessivo per il 2012 è pari a **16 miliardi** e a **23 miliardi** per l’anno 2013.

VALUTAZIONI PRELIMINARI SULLA LEGGE 'SPENDING REVIEW' E RAGIONI DELL'INDAGINE SUGLI EFFETTI APPLICATIVI

Con il Decreto Legge del 6 luglio 2012, n. 95 “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini” si introduce un nuovo termine nel lessico nazionale (“spending review”) e un concetto originale quale quello di una forte diminuzione di risorse a fronte di *invarianza dei servizi ai cittadini*, che suona un po’ come il famigerato ‘a saldi invariati’, quando vengono varati nuovi interventi in qualsiasi settore produttivo.

Già a metà luglio, la Federazione aveva espresso in un documento inviato alle autorità competenti tutte le proprie perplessità: separare analiticamente gli aggregati di spesa per poi proporre, su ognuno, il livello più basso è un metodo concettualmente errato che può soltanto produrre come conseguenza inevitabile lo scadimento qualitativo dei servizi offerti alla collettività.

L’auspicata (almeno da FIASO) introduzione di un albo di ‘prezzi di riferimento’ che aiutasse le Aziende Sanitarie a districarsi nella giungla dei listini dei dispositivi medici e degli altri beni e servizi non sanitari, richiedeva un supporto tecnico e una base di dati certa che il sistema in questo momento ha chiaramente mostrato di non possedere.

Da queste perplessità è nata la scelta di verificare in concreto criticità e risultati ottenuti dall’applicazione del provvedimento.

PRESENTAZIONE DELL’INDAGINE E DEL CAMPIONE

In una giornata di lavoro e confronto organizzata da FIASO il 16 ottobre scorso, oltre 70 partecipanti, rappresentativi di 48 Aziende Sanitarie e Ospedaliere (Direttori Generali e Amministrativi, Responsabili Economico-Finanziari, Responsabili Acquisti), si sono riuniti a Roma per confrontarsi sulle problematiche sollevate dall’applicazione della legge 135/12 nelle Aziende Sanitarie. L’ampia partecipazione registrata e la rappresentatività raggiunta hanno conferito alla giornata significato di particolare importanza strategica, in un momento delicato per le sorti del SSN.

I lavori sono stati contrassegnati da un approfondito dibattito che, a partire dai primi dati disponibili elaborati in una prima indagine conoscitiva di FIASO, ha permesso di restituire ai presenti un quadro delle esperienze maturate nei diversi contesti regionali.

L'impegno profuso da tutti i livelli istituzionali coinvolti, tanto a livello di singola struttura quanto della Regione di appartenenza, sono testimoniati dall'immediata e pronta risposta a livello di coordinamento regionale per indicazioni operative e azioni conoscitive. Nella tabella n. 5, a mero titolo informativo, sono riportate le principali disposizioni poste in essere nei sistemi regionali coinvolti nell'indagine.

TABELLA N. 5 – PROVVEDIMENTI REGIONALI PER APPLICAZIONE ART. 15 SPENDING REVIEW

	Tipo provvedimento regionale	N° provvedimento regionale e data
Piemonte	Delibera	N. 2-4474 del 06/08/12
Lombardia	Delibera	N. IX/3976 DEL 6.8.2012
	Nota	Prot H1 20120017618
Prov Auto di Trento	Delibera	1696/08.08.2012-563057 dd.05.10.2012
	Nota	563057 dd. 05.10.2012
	Legge Provinciale	n. 10 31/05/2012 e ss.mm. (LP 04/10/2012)
Veneto	Delibera	1.670 del 07/08/2012
Liguria	Nota	PG/2012/117224 DEL 6/6/2012
Emilia Romagna	Nota	Prot. N. 249228 del 24/10/12
	Nota	n° 212436 del 10/9/2012
Toscana	Delibera	Deliberazione GRT n.754 del 10.08.2012
Marche	Delibera	DGR Marche 1220 del 1.08.2012
Lazio	Nota	Nota prot. N. 185048 del 8/10/12
Calabria	Nota	relazione circa azioni intraprese per art.15 comma 13 lettera A e B Legge 95/2012
Sicilia	Nota	N. 1295 del 09.08.2012

Fonte: FIASO, Indagine effetti applicativi Spending Review (dicembre 2012)

Nell'incontro di ottobre del management sanitario italiano è emersa la necessità di una raccolta dati rappresentativa e tempestiva sull'andamento reale dell'applicazione normativa. FIASO ha così strutturato un questionario *ad hoc* indirizzato tra la fine di ottobre e novembre alle direzioni generali, sanitarie ed amministrative. Lo stesso questionario è stato corredato da una nota metodologica di supporto alla corretta ed omogenea compilazione nell'inserimento dei dati.

L'indagine conoscitiva è stata deputata a raccogliere informazioni in merito agli effetti applicativi prodotti dalla Legge n. 135/12 (Spending Review) sulle Aziende Sanitarie Italiane ed in particolare per quanto previsto:

- art 15, comma 13, lettera a) Riduzione costi 5%¹
- art 15, comma 13, lettera b) Prezzi di riferimento/ diritto di recesso/ accesso altri²

All'indagine hanno, infine, risposto 45 Aziende Sanitarie italiane di cui 29 ASL e 16 Aziende Ospedaliere e Universitarie (AO e AOU) - così come riportato nella Tabella n. 6 – raggiungendo un livello di rappresentatività del 20% sull'intero universo di riferimento del SSN e conferendo alle elaborazioni forte grado di significatività statistica.

Le Aziende partecipanti sono collocate al 18% nel Nord Ovest del Paese, al 30% nel Nord Est, al 31% nel Centro e 6% nel Sud. Rispetto alle caratteristiche strutturali del SSN nel campione è molto rappresentato il Nord Est e il Centro, poco il Nord Ovest, in modo assolutamente scarso il Sud.

TABELLA N. 6 - CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE D'INDAGINE

	Campione			Totale Italia			Incidenza Campione		
	ASL	AO	Totale	ASL	AO	Totale	ASL	AO	Totale
Nord-Ovest	8	5	13	34	37	71	24%	14%	18%
Nord-Est	11	4	15	40	10	50	28%	40%	30%
Centro	9	4	13	29	13	42	31%	31%	31%
Sud e Isole	1	3	4	42	20	62	2%	15%	6%
Totale	29	16	45	145	80	225	20%	20%	20%

Fonte: FIASO, Indagine effetti applicativi Spending Review (dicembre 2012)

¹ a) ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 17, comma 1, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, gli importi e le connesse prestazioni relative a contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi, con esclusione degli acquisti dei farmaci, stipulati da aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale, sono ridotti del 5 per cento a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto per tutta la durata dei contratti medesimi; tale riduzione per la fornitura di dispositivi medici opera fino al 31 dicembre 2012

² b) all'articolo 17, comma 1, lettera a), del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, sono aggiunti i seguenti periodi: «Qualora sulla base dell'attività di rilevazione di cui al presente comma, nonché sulla base delle analisi effettuate dalle Centrali regionali per gli acquisti anche grazie a strumenti di rilevazione dei prezzi unitari corrisposti dalle Aziende Sanitarie per gli acquisti di beni e servizi, emergano differenze significative dei prezzi unitari, le Aziende Sanitarie sono tenute a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti che abbia l'effetto di ricondurre i prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento come sopra individuati, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto. In caso di mancato accordo, entro il termine di 30 giorni dalla trasmissione della proposta, in ordine ai prezzi come sopra proposti, le Aziende sanitarie hanno il diritto di recedere dal contratto senza alcun onere a carico delle stesse, e ciò in deroga all'articolo 1671 del codice civile. Ai fini della presente lettera per differenze significative dei prezzi si intendono differenze superiori al 20 per cento rispetto al prezzo di riferimento.»

Entrando nel merito della *survey* si riportano di seguito, per ogni singola sezione indagata, le domande formulate con una sintesi esplicativa delle risposte e alcuni punti di commento a corredo dei dati elaborati aggiornati al 15 novembre 2012.

Due note metodologiche da segnalare in particolare per una corretta lettura delle elaborazioni:

- in un tentativo di semplificazione, la rilevazione è impostata per fornitore e non per singolo contratto stipulato, perchè, normalmente, la trattativa viene fatta proprio per fornitore;
- i valori economici raccolti sono da considerare al lordo dell’IVA (fatturati, sconti ottenuti o previsti) perché il finanziamento e i dati di spesa sanitaria sono sempre trattati al lordo di IVA e perché l’IVA stessa rappresenta un costo per il settore sanitario e non una partita di giro.

RISULTATI DELL’INDAGINE

La prima parte della ricerca tenta di sintetizzare, per i principali gruppi merceologici, i possibili interventi attivati dalle Aziende per la riduzione del 5% del costo di beni e servizi (lettera a) comma 13 art. 15).

Si è cercato in sostanza di arrivare a definire l'atteso economico ed il realmente ottenuto: il problema gestionale più critico da rilevare risiede proprio nel delta tra atteso e realizzato. Scopo della rilevazione è acquisire conoscenze su:

- quale procedura applicativa sia stata concretamente adottata (prezzo/volume/mix etc.);
- quanti contatti e negoziazioni siano stati effettuati a seguito della entrata in vigore della norma;
- quale risultato economico sia stato ottenuto per effetto delle iniziative adottate a seguito dell’applicazione della norma.

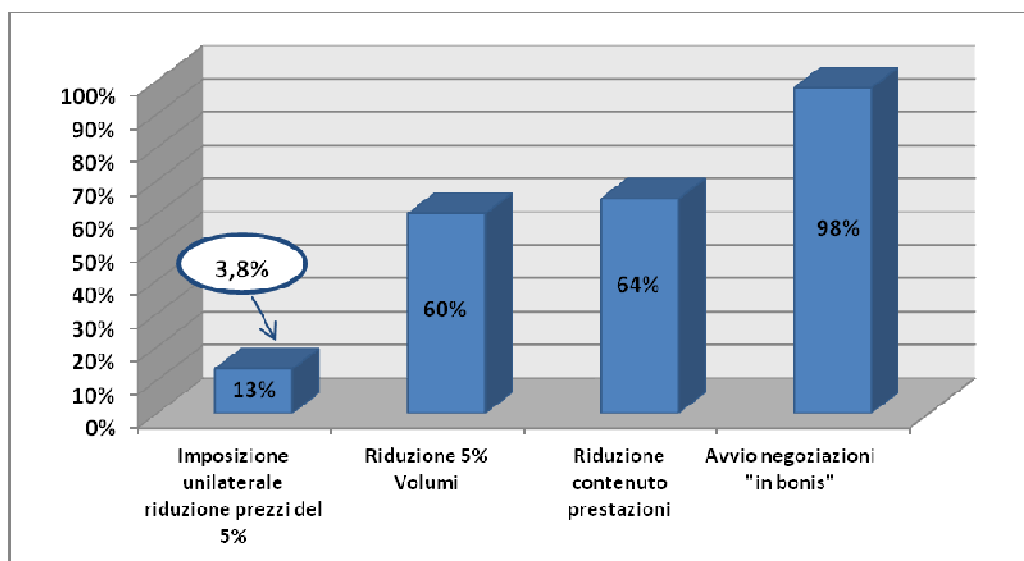
Nella Figura n. 1 viene rappresentata in percentuale (risposta a scelta multipla) la procedura applicativa - tra negoziazione di prezzo, di volumi, di contenuto delle prestazioni o un mix delle precedenti - che è stata impiegata dalle Aziende del SSN per realizzare la riduzione del 5% degli importi relativi a contratti in essere per gli appalti di servizi e di fornitura di beni e servizi (con esclusione degli acquisti dei farmaci così come previsto dalla norma).

Dalle elaborazioni emerge come tutte le Aziende coinvolte abbiano avviato negoziazioni con i fornitori per ridurre volumi e prestazioni oggetto degli accordi: la porzione più cospicua delle Aziende, nella misura del 98%, ha avviato una negoziazione *in bonis* con i fornitori, ovvero ha optato per una riduzione dei

costi contrattuali del 5% attraverso un mix tra rimodulazione del prezzo e al contempo dei volumi. Il 64% e il 60% hanno dichiarato, di aver intrapreso, rispettivamente, una riduzione del contenuto delle prestazioni e una riduzione dei volumi. Soltanto il 13% delle Aziende ha riferito di aver optato per una imposizione unilaterale di taglio dei prezzi pari al 5%, così come la norma prevedeva venisse applicata su larga scala.

Oltre a ciò, occorre considerare che nel 13% del campione che ha cercato di ovviare alla contrattazione, soltanto il 3,8% ha ottenuto poi una risposta positiva da parte dei fornitori sul taglio unilaterale dei prezzi al 5%; il restante 9,2% del Campione è stato costretto a riversarsi sulle pratiche negoziali *in bonis*.

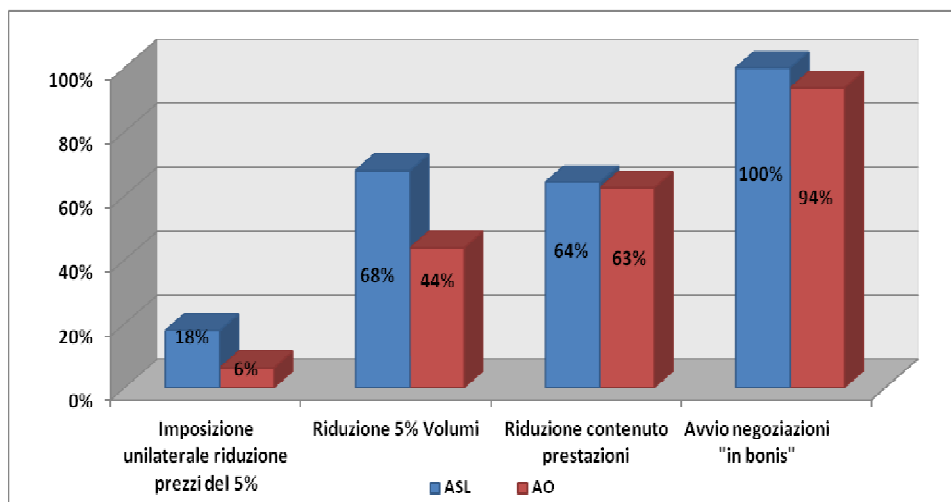
FIGURA N. 1 - PROCEDURA ADOTTATA PER RIDUZIONE COSTI 5% (TOTALE)



Fonte: FIASO, Indagine effetti applicativi Spending Review (dicembre 2012)

Analizzando gli stessi dati elaborati per tipologia di Azienda, emerge che la negoziazione *in bonis* è stata la soluzione attuata nel 100% delle ASL e nel 94% delle AO. La riduzione del contenuto delle prestazioni è stata considerata una strategia più efficace dal 64% delle ASL e dal 63% delle AO. La terza opzione, ovvero la riduzione dei volumi, ha trovato un maggiore impiego nelle ASL con una percentuale del 68% e del solo 44% nelle AO. Ad ultimo, il 18% delle ASL ha reputato maggiormente attinente realizzare un'imposizione unilaterale del taglio dei prezzi contro il 6% delle AO.

FIGURA N. 2 - PROCEDURA ADOTTATA PER RIDUZIONE COSTI 5% (TIPO AZIENDA)



Fonte: FIASO, Indagine effetti applicativi Spending Review (dicembre 2012)

La Tabella n. 7 fornisce la fotografia del numero di contatti e di negoziazioni effettuate per l'applicazione della norma. Dai dati raccolti è emerso che il numero di ditte contattate per Azienda ammonta, mediamente a 212. Questo valore restituisce la sensazione di un approccio proattivo alla norma da parte delle Aziende e dei professionisti degli uffici acquisti ed economico-finanziari.

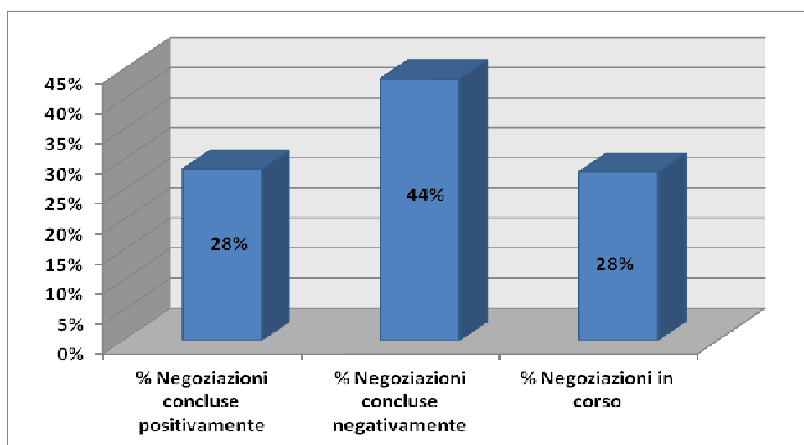
TABELLA N. 7 – TIPOLOGIA DI NEGOZIAZIONI PER RIDUZIONE COSTI 5% (TOTALE)

	Numero negoziazione avviate/ ditte contattate	Negoziations concluse positivamente	Negoziations in corso	Negoziations concluse negativamente
Media	212,03	43,25	34,35	134,43
Min	6,00	0,00	0,00	0,00
Max	1.077,00	240,00	113,00	1.016,00
Dev.Stand	236,05	43,91	32,04	224,37

Fonte: FIASO, Indagine effetti applicativi Spending Review (dicembre 2012)

Al contempo, i risultati sinora registrati sull'esito delle negoziazioni riportate nella Tabella n 7 sono riportate nella Figura n. 3. I dati dimostrano la scarsa efficacia dell'attività di negoziazione con il 44% delle trattative concluse con esito negativo e solo il 28% con responso positivo, per il restante 28% si parla di contrattazioni ancora in corso di cui conosceremo l'esito entro la fine dell'anno.

FIGURA N. 3 – ESITO NEGOZIAZIONI PER RIDUZIONE COSTI 5% (TOTALE)



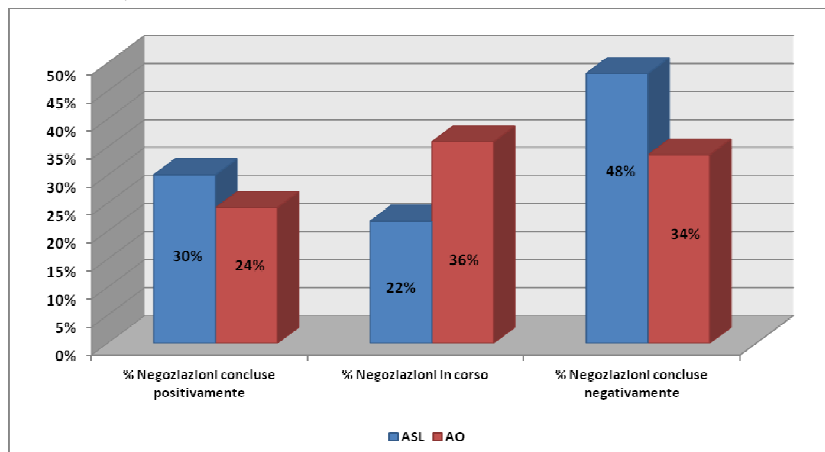
Fonte: FIASO, Indagine effetti applicativi Spending Review (dicembre 2012)

La stessa elaborazione viene proposta nella Figura n. 4 per tipologia aziendale. Il 48% delle ASL intervistate e le AO per il 34%, hanno dichiarato di aver concluso negativamente le negoziazioni con i fornitori. Il 30% delle ASL ha portato a compimento la trattativa positivamente a fronte di un minor valore per le AO, del 24%. Le negoziazioni in corso sono risultate essere il 22% dei casi per le ASL e il 36% per le AO.

In sintesi, il generale orientamento ad una procedura negoziale *in bonis* rappresenta la conferma della rilevanza delle forti perplessità di natura giuridica da subito associate all'ipotesi di un'applicazione unilaterale di qualunque modifica contrattuale.

Inoltre la prevalenza di indisponibilità alla negoziazione mostrata dai fornitori è la prova della modesta forza contrattuale riscontrabile in capo alle Aziende a contratti avviati.

FIGURA N. 4 – ESITO NEGOZIAZIONI PER RIDUZIONE COSTI 5% (TIPO AZIENDA)



Fonte: FIASO, Indagine effetti applicativi Spending Review (dicembre 2012)

Si noti che la metodologia seguita dalle Aziende nell'avviare contatti negoziali con i fornitori si è dimostrata piuttosto eterogenea. Vi è chi ha proceduto alla trasmissione sistematica di una nota a tutti i fornitori, chi ha ritenuto di selezionare un portafoglio di fornitori in ottica di maggior incidenza di fatturato, chi ha ritenuto di orientarsi prioritariamente ad alcuni selezionati settori merceologici ritenuti maggiormente compatibili con un'attività di rinegoziazione, chi ha inserito una postilla negli ordini emessi a partire da una certa data in avanti. Tale eterogeneità, se da un lato è la dimostrazione della varietà di scenari aziendali esistenti, è anche il frutto del tentativo di risposta ad una norma contraddittoria, che ponendo condizioni oggettivamente poco conseguibili ha dato luogo più allo sviluppo della ben nota italica fantasia, che ad una razionale e conseguente applicazione contrattuale di un mutato quadro normativo uguale per tutti. Si valuti tale constatazione anche dal punto di vista di un fornitore che avendo rapporti contrattuali con numerose realtà sanitarie pubbliche in varie Regioni, veda applicato in modo imprevedibilmente diverso il portato di una medesima variazione normativa.

L'intensa attività di negoziazione verso i fornitori ha comportato naturalmente l'impegno dei dirigenti e degli operatori amministrativi delle Aziende necessario per l'adempimento normativo. Con la richiesta di una stima delle giornate uomo impegnate per costo e profilo professionale, è possibile stabilire che ogni Azienda ha figurativamente impegnato risorse umane per un costo medio di euro 10.540,00 ciascuna con il coinvolgimento del personale dirigente e amministrativo in media di 70 giornate uomo ad un costo medio di 151 euro a giornata.

TABELLA N. 8 – PERSONALE IMPIEGATO PER LA GESTIONE DELLE PROCEDURE NECESSARIE ALL'APPLICAZIONE NORMATIVA

	Totale	Personale Dirigente	Personale Amministrativo
Media Giornate Uomo per Azienda	70	21	49
Costo Medio Giornate Uomo per Azienda	150,89	243,15	111,35
Totale Costo Medio per Azienda	10.540,00	3.162,08	2.213,45

Fonte: FIASO, Indagine effetti applicativi Spending Review (dicembre 2012)

Rispetto al numero di negoziazioni avviate, valga quanto rilevato in merito al gravame amministrativo implicitamente imposto dalla norma. A prescindere dalle soluzioni tecnico-contrattuali adottate dalle diverse Aziende, è indubbio l'effetto riscontrato di un generale dispendio di energie ed attività amministrative tese ad avviare contatti con i fornitori, vagliare le diverse posizioni contrattuali, operare i necessari riscontri con i prezzi evidenziati dall'Osservatorio, condurre

e concludere i negoziati, rendicontare l'attività. Tale considerevole sforzo, indagato sotto forma del monte giornate uomo indicativamente utilizzate dalle diverse Aziende, appare non adeguatamente proporzionato al livello dei risultati mediamente raggiunti in termini di riduzione di costo, con ciò paradossalmente rilevandosi un peggioramento della produttività aziendale conseguito per effetto dell'applicazione di una norma teleologicamente orientata al conseguimento di risultati di opposto orientamento.

Le successive **Tabelle n. 9 e 10** sono forse tra le più rilevanti della presente indagine perché riportano i valori economici rilevati dei fatturati aggrediti e dei risparmi conseguiti rispettivamente nel 2012 e nel 2013 attraverso le iniziative intraprese di riduzione del costo per beni e servizi non sanitari del 5%.

In particolare è stato richiesto di riportare per alcune macro - categorie di voci di costo elencate (dispositivi medici, beni non sanitari, manutenzioni tecnologie, canoni di noleggio attrezzature, etc.):

- il fatturato di riferimento sul quale è stata applicata la teorica riduzione del 5%: ovvero il fatturato passivo atteso nel primo semestre 2012 (dal 6/7/2012 al 31/12/2012) in assenza dell'applicazione della norma sulla Spending Review e su cui la legge ha previsto di incidere con una riduzione del 5%;
- il valore economico degli sconti che sono stati ottenuti dall'azienda a seguito dei processi prescrittivi e negoziali.

La ricerca riconsegna la sensazione di una realtà di contenimento della spesa ben lontana da quella auspicata dal legislatore. Le 45 aziende investigate risultano aver conseguito mediamente uno sconto del 2,0% al 15/11/2012 sulle voci di costo per appalti e forniture di beni e servizi per l'anno 2012 (Tabella n. 9).

TABELLA N. 9 – RISPARMI EFFETTIVI OTTENUTI ANNO 2012 PER RIDUZIONE COSTI 5% (TOTALE)

	Valore fatturato 2012	Valore Obiettivo Normativo Sconto 5%	Valore Sconto Effettivo Ottenuto	Media Sconto Ottenuto
TOTALE CAMPIONE	790.079.356,69	39.503.967,83	15.851.837,45	2,0%
Regioni in Piano di Rientro	231.398.469,66	11.569.923,48	5.937.550,30	2,6%
Regioni NON in Piano di Rientro	558.680.887,03	27.934.044,35	9.914.287,15	1,8%
Dev Stand	12.905.991,92	645.299,60	425.524,78	1,8%
Min	463.468,97	23.173,45	2.215,28	0,0%
Max	47.234.000,00	2.361.700,00	1.902.000,00	6,9%

Fonte: FIASO, Indagine effetti applicativi Spending Review (dicembre 2012)

Per i valori economici, la media è “pesata” per le singole dimensioni aziendali, ovvero facendo ricorso alla media ponderata. Anche la proiezione 2013 contenuta nella Tabella n. 10, raccolta attraverso i dati già stimati dalle Aziende rispetto alle attività di negoziazione avviate quest’anno, segue questo trend negativo, restituendo una percentuale media ponderata di sconto dei costi del 2,6% e, quindi, ben lontana dall’obiettivo richiesto dal legislatore del 5% o del 10% secondo la Legge di stabilità 2013.

TABELLA N. 10 – RISPARMI EFFETTIVI OTTENUTI ANNO 2013 PER RIDUZIONE COSTI 5% (TOTALE)

	Valore fatturato 2013	Valore Obiettivo Normativo Sconto 5%	Valore Sconto Effettivo Ottenuto	Media Sconto Ottenuto
TOTALE CAMPIONE	1.004.071.378,56	50.203.568,93	26.481.080,60	2,6%
Regioni in Piano di Rientro	267.306.808,34	13.365.340,42	12.284.374,78	4,6%
Regioni NON in Piano di Rientro	736.764.570,22	36.838.228,51	14.196.705,83	1,9%
Dev Stand	17.165.792,98	858.289,65	826.144,06	3,2%
Min	914.483,56	45.724,18	8.860,90	0,1%
Max	69.320.140,28	3.466.007,01	3.892.969,70	16,9%

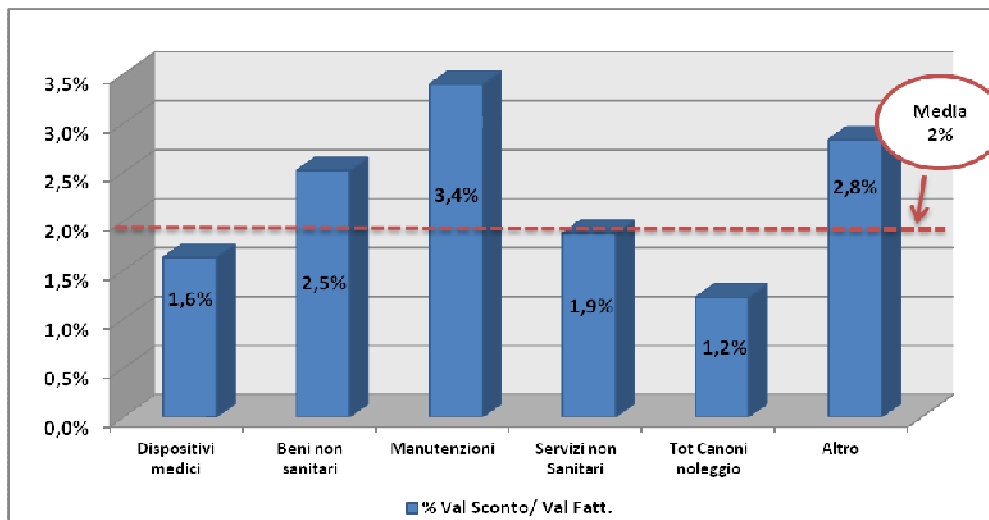
Fonte: FIASO, Indagine effetti applicativi Spending Review (dicembre 2012)

Nelle stesse Tabelle n. 9 e 10, i valori economici rilevati sono stati anche elaborati in funzione delle diverse realtà regionali presenti nel campione tra Regioni in Piano di Rientro e non. Dalle elaborazioni ottenute è possibile constatare che sono le Regioni interessate dai piani di rientro ad aver conseguito i migliori risultati in termini di risparmio sulla spesa (con una quota del 2,6% per l’anno 2012 ed una stima del 4,6% per il 2013). Mentre le cosiddette Regioni “virtuose” sono riuscite, invece, a conseguire un valore notevolmente inferiore, del 1,8% per il 2012 e del solo 1,9% per il 2013. Ciò a riprova di quanto minimo sia il margine di correzione delle inefficienze in alcune realtà sanitarie senza che questo si traduca in una contrazione dei servizi offerti ai cittadini e della stessa qualità assistenziale. E’ un segnale inequivocabile che i tagli lineari finiscono per penalizzare chi è stato fino ad oggi più efficiente e non quindi nella condizione di ottenere altre riduzioni di prezzo da contratti già favorevoli.

Nella Figura n. 5 di seguito riportato vengono proposti gli sconti effettivi ottenuti per le singole categorie merceologiche aggredite dalla spending review. Si può osservare come le categorie dove mediamente si sono riusciti ad ottenere

sconti maggiori rispetto alla media generale raggiunta (2%) sono state la manutenzione di impianti, tecnologie e i beni non sanitari sopra.

FIGURA N. 5 – MEDIA SCONTI OTTENUTI PER VOCI DI SPESA IN BENI E SERVIZI NON SANITARI PER RIDUZIONE COSTI 5% (TOTALE)



Fonte: FIASO, Indagine effetti applicativi Spending Review (dicembre 2012)

Tale valutazione induce ad una cauta opera di riflessione anche con riferimento al saldo netto dei risultati conseguiti. Se da un lato è vero che per a seguito della L.135/12 con maggiori o minori risultati, tutti gli enti del SSN si sono adoperati per conseguire un risparmio economico, dall'altro il taglio prevalentemente operato sui servizi di supporto potrebbe indurre nel medio periodo ad un effetto controproducente anche sotto il profilo economico.

Basti pensare che la riduzione della qualità del servizio alberghiero, a torto o ragione, è uno degli elementi di più immediata valutazione ed apprezzamento da parte dell'utenza, che potrebbe essere orientata ad accentuare i fenomeni di "fuga" che tanto gravano sulle Regioni in maggiore difficoltà economico finanziaria. Per fare un altro esempio è evidente che un taglio dei costi di manutenzione potrebbe comportare un maggior danno ad attrezzature ed edifici nel medio periodo, od un taglio ai servizi di pulizia potrebbe comportare un tasso più elevato di infezioni ospedaliere. Più in generale una riduzione del livello sei servizi sanitari potrebbe comportare un peggioramento dello stato di salute della popolazione servita con evidenti ricadute n termini di fabbisogno di servizi sanitari più gravosi con l'andare del tempo.

In altre parole quando è necessario chiudere i rubinetti della finanza si interviene dove si può e non dove sarebbe più opportuno, contravvenendo all'evidente principio che le risorse finanziarie utilizzate per la tutela della salute possono

essere ragionevolmente accostate, per lo Stato in un'ottica strategica, più ad una configurazione di investimento che ad una di costo.

All'art 15 comma 13 lettera b) si fa riferimento alla sezione sui prezzi di riferimento. In questo caso il driver è il contratto con la quantificazione economica come elemento rilevante. In tale ottica normativa è stato richiesto alle diverse aziende del campione di evidenziare l'eventuale esistenza di contratti per i quali sia stata riscontrata la condizione di superamento del prezzo di riferimento elaborato dall'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici di oltre il 20%.

Le Aziende sono state chiamate ad evidenziare la presenza di eventuali contratti rescissi in forza della stessa norma nel caso in cui la negoziazione fosse stata rifiutata.

Per i casi di dichiarata rescissione del contratto è stato, altresì, richiesto, di specificare la stipula di accordi alternativi con evidenza del vantaggio acquisito o concretamente atteso.

Le Aziende intervistate hanno dichiarato un numero medio di 17 contratti con scostamento superiore al 20% rispetto ai prezzi di riferimento identificati dall'AVCP. Pochi dati, invece, sono stati rilevati per le altre domande.

Gli esiti aggregati dalle attività di negoziazione per lo sconto del 5% su beni e servizi (lettera a comma 13 art. 15) e per l'applicazione dei prezzi di riferimento (lettera b comma 13 art. 15) sono riportati nella Tabella n. 10. La combinazione dei valori di sconto ottenuti attraverso la riduzione dei costi per la fornitura di beni e servizi e di quelli attribuibili alla rinegoziazione dei prezzi di riferimento, fa registrare una media del 2,2% di sconto complessivo per l'anno 2012.

TABELLA N. 11 – RISPARMI EFFETTIVI OTTENUTI CUMULATI PER RIDUZIONE COSTI 5% E PREZZI DI RIFERIMENTO ANNO 2012 (TOTALE)

	Valore Fatturato 2012	Valore Sconto Effettivo Ottenuto	Media Sconto Ottenuto
TOTALE CAMPIONE	832.510.319,12	18.073.422,78	2,2%
Dev Stand	13.345.435,87	500.224,14	1,9%
Min	463.468,97	0,00	0,0%
Max	47.834.000,00	1.916.960,00	7,2%

Fonte: FIASO, Indagine effetti applicativi Spending Review (dicembre 2012)

Il confronto tra le due grandezze analizzate pone in immediato risalto il divario riscontrato tra l'effetto concretamente atteso o conseguito dalle Aziende ed il valore degli obiettivi di finanza pubblica imposto dalla norma. Allo scopo di meglio evidenziare le difficoltà riscontrate nel procedere unilateralmente alla riapertura di trattative negoziali coi fornitori, è stato inoltre chiesto alle Aziende di quantificare quale fosse il valore dei contratti conclusi e/o degli appalti affidati a ridosso dell'emanazione della norma (indicativamente nel I semestre 2012). Tale rilevazione punta a sottolineare la presenza di un'ulteriore criticità consistente nell'obbligo di andare a rinegoziare condizioni contrattuali appena concordate, per le quali non sia possibile ravvisare per il fornitore né un eventuale beneficio di scala nel consolidare rapporti contrattuali di antica data, né di applicare degli sconti a prezzi quotati in periodi precedenti, eventualmente caratterizzati da maggiore costo di produzione, ovvero di incidere su margini lordi di contribuzione cristallizzati nel tempo e compatibili con una limatura dei prezzi di vendita.

Tale elemento può costituire un significativo spunto di ulteriore approfondimento e comprensione sulle cause alla base dell'evidente divario tra risparmio conseguito dalle Aziende e riduzione dei costi imposta dalla norma, ovvero riduzione dei finanziamenti imposta alle Regioni.

Pertanto il quadro scaturito dalla survey sui prezzi di riferimento risulta piuttosto deludente rispetto ai risultati raggiunti. Per fornire un dato più chiaro ed esplicito sulle motivazioni di tale fallimento dei prezzi di riferimento è stato, necessario condurre un'indagine telefonica di approfondimento sui primi dati messi a disposizione dalle Aziende.

Il sondaggio telefonico ha avuto il fine di mappare alcuni punti ritenuti chiave e lasciati insoluti, ovvero:

- quali fossero le categorie merceologiche prevalenti per le quali era stato riscontrato un valore contrattuale superiore del 20% rispetto ai prezzi di riferimento AVCP;
- quale fosse stata l'azione intrapresa dall'Azienda per i contratti in questione;
- quali fossero le principali motivazioni per le quali i prezzi standard elaborati dall'AVCP per le diverse prestazioni non fossero confrontabili con quelli praticati dai fornitori.

I primi due punti hanno ottenuto risposte omogenee per tutte le Aziende: le categorie merceologiche prevalenti sono risultate essere i dispositivi medici e i farmaci, mentre le azioni intraprese si sono tradotte, per tutte le strutture, in negoziazioni con i fornitori e in pochissimi casi in rescissione del contratto.

Per quanto concerne le motivazioni addotte dai referenti aziendali sulla scarsa confrontabilità dei prezzi di riferimento AVCP con quelli praticati dai diversi

fornitori, si riporta di seguito quanto esposto dagli stessi intervistati al fine di fornire una visione quanto più realistica del dato:

"I prezzi AVCP sono molto bassi, poco veritieri e poco confrontabili dal momento che sono elaborati sulla base di un CND che ricomprende una categoria ampia di prodotti";

"I prezzi delle ASL non sono confrontabili con quelli delle AO in quanto si negoziano volumi differenti";

"Per i Dispositivi medici il prezzo di riferimento utilizzato ha un codice identificativo che ricomprende al suo interno una pluralità di prodotti diversi. È difficile scorporare il prezzo di riferimento per singolo prodotto";

"I contenuti delle prestazioni a cui fanno riferimento i prezzi AVCP hanno una descrizione troppo generica";

"I prezzi di riferimento non possono costituire uno strumento attendibile di paragone per le loro caratteristiche tecniche-qualitative";

"I prezzi formulati non tengono conto, oltre che dei consumi presunti, anche delle prestazioni funzionali, più genericamente, della qualità";

"Nella Guida alla lettura dei prezzi di riferimento la stessa AVCP riconosce che i prezzi rilasciati vanno comunque interpretati con cautela tenendo conto dell'eterogeneità che spesso caratterizza beni ed i servizi acquistati in particolare dispositivi medici e servizi, e talvolta dal modesto numero di osservazioni raccolte. Inoltre, l'AVCP informa che i Prezzi sono stati rilevati a partire dal 31 dicembre 2009 e potrebbero riferirsi a gare espletate anche in anni precedenti";

"I prezzi rilevati si riferiscono a momenti diversi di quotazione della materia prima ed è normale che i prezzi dei dispositivi risentano dell'andamento della materia prima sottostante";

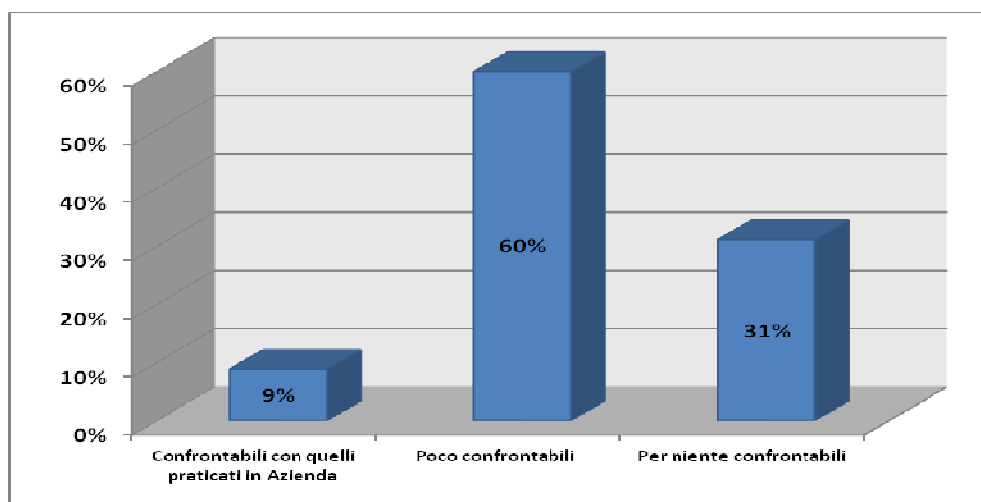
"Sempre nella Guida, nella sezione sui dispositivi medici si riconosce che durante l'analisi statistica è stata riscontrata un'elevata variabilità di prezzo in relazione ad alcuni dispositivi medici imputabile, tra l'altro, a fattori qualitativi nonché ad ulteriori specifiche tecniche inerenti i dispositivi medesimi. In tal caso viene specificato che il prezzo di riferimento indicato può discostarsi in maniera significativa dal valore mediano";

"Nella Classificazione AVCP sono raggruppati dispositivi medici con caratteristiche tecniche, fattori qualitativi, differenze di destinazione d'uso, di confezionamento, di accessori molto diverse fra loro. Questo rende fuorviante il prezzo di riferimento ed il prezzo mediano perchè è evidente che a caratteristiche diverse corrispondano prezzi diversi e la genericità delle categorie che raggruppano questa eterogeneità di prodotti diversi non può far scaturire dati statisticamente rilevanti";

"I prezzi AVCP non sono confrontabili nel contenuto delle prestazioni, per esempio in riferimento alle protesi ortopediche il prezzo AVCP comprende il "collo" della protesi ma non "lo stelo".

Ad avallare i dati "qualitativi" sopra espressi, nella Figura n. 6 si riportano i risultati a due quesiti posti per evidenziare le difficoltà eventualmente riscontrate nel confronto con i prezzi di riferimento e su quali categorie merceologiche in particolare.

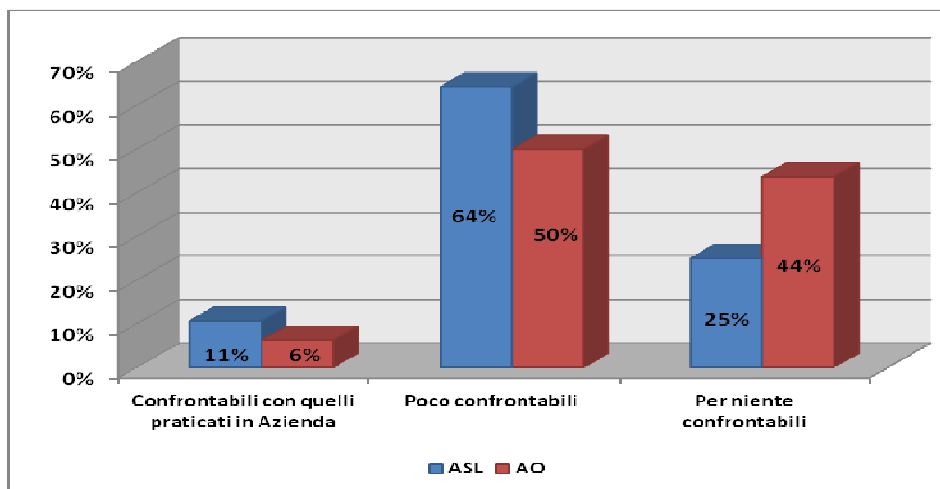
FIGURA N. 6 – CONFRONTABILITA' PREZZI DI RIFERIMENTO (TOTALE)



Fonte: FIASO, Indagine effetti applicativi Spending Review (dicembre 2012)

Ne consegue che ben oltre la maggioranza, ovvero il 60% delle strutture sanitarie qualifica i prezzi di riferimento come "poco confrontabili" e questo è tanto valido sia per le Aziende Ospedaliere che per le ASL, rispettivamente nella misura del 64% e del 50% come si può vedere nella successiva Figura n. 7. Il 31% del campione ha attribuito una connotazione assolutamente negativa ai prezzi standard giudicandoli "per niente confrontabili". Anche in questo caso la posizione di Aziende Ospedaliere e ASL risulta relativamente affine, con una percentuale del 25% per le prime e del 44% per le seconde. Solo il 9% considera attinenti i prezzi di riferimento proposti e quindi confrontabili con quelli aziendali.

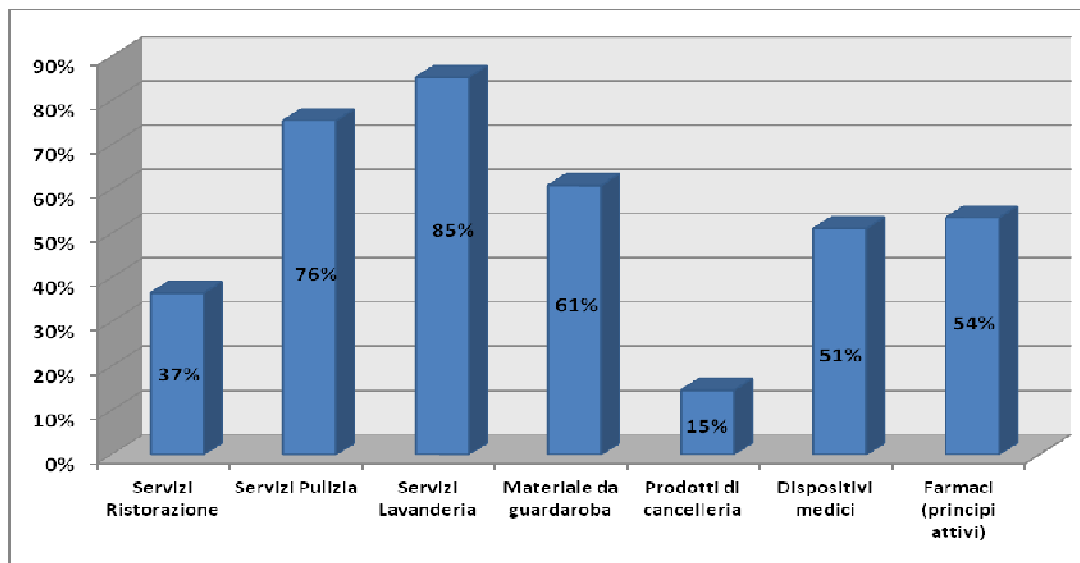
FIGURA N. 7 – CONFRONTABILITA' PREZZI DI RIFERIMENTO (TIPO AZIENDA)



Fonte: FIASO, Indagine effetti applicativi Spending Review (dicembre 2012)

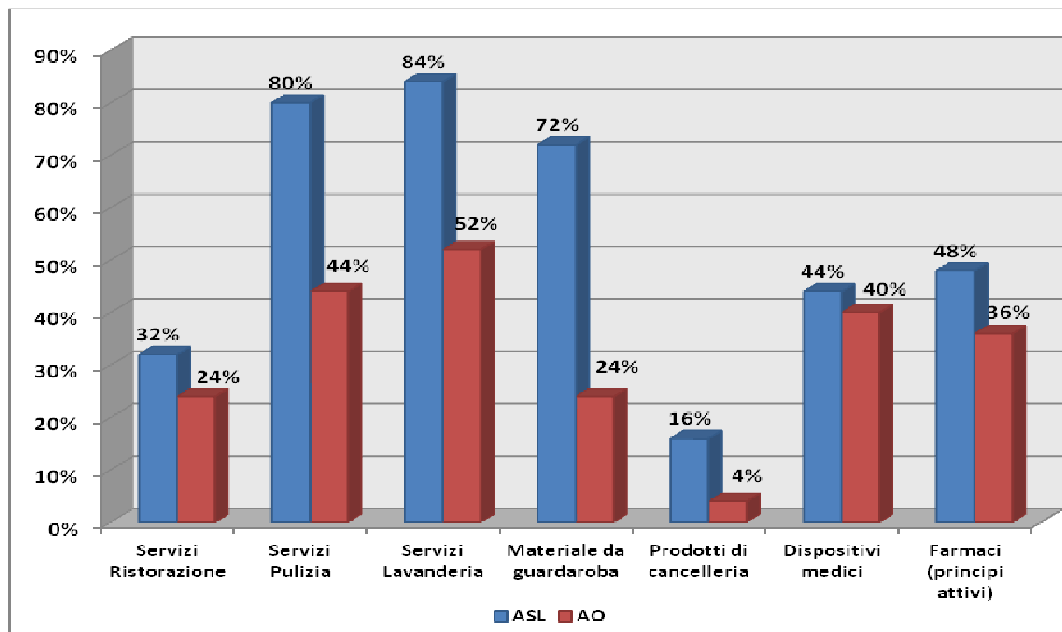
In relazione alle difficoltà riscontrate dalle Aziende nell'acquisizione dei prezzi di riferimento si può constatare nella Figura n. 8 come queste riguardino, in prevalenza, i servizi di Lavanderia, con una percentuale dell'85%, e i Servizi di Pulizia, 76%, e in misura prevalente le ASL – come da Figura n. 9 - con valori rispettivamente di 84% e 80% a fronte del 52% e del 44% per le AO. Le categorie dei dispositivi medici, dei farmaci e del materiale da guardaroba raggiungono comunque una percentuale di scarsa confrontabilità superiore al 50%.

FIGURA N. 8 – CONFRONTABILITA' PREZZI DI RIFERIMENTO PER CATEGORIA MERCEOLOGICA (TOTALE)



Fonte: FIASO, Indagine effetti applicativi Spending Review (dicembre 2012)

FIGURA N. 9 – CONFRONTABILITA' PREZZI DI RIFERIMENTO PER CATEGORIA MERCEOLOGICA (TIPO AZIENDA)



Fonte: FIASO, Indagine effetti applicativi Spending Review (dicembre 2012)

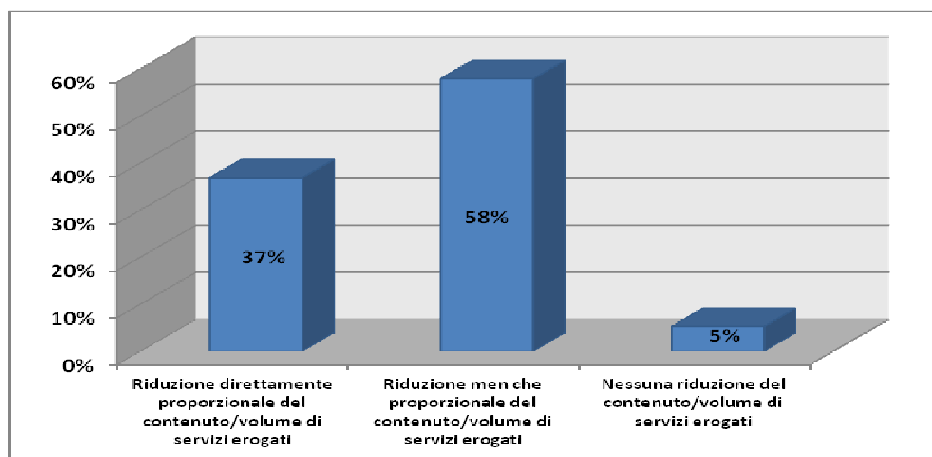
Le valutazioni appalesate dalle Aziende sulla scarsa attendibilità e veridicità dei prezzi *benchmark* elaborati a luglio dall'AVCP, hanno trovato poi negli ultimi giorni conferma giurisdizionale. Infatti, il Tar del Lazio con tre ordinanze-gemelle (sezione III, ordinanze n. 04238, 04245 e 04247 depositate il 23 novembre scorso) ha sospeso i prezzi di riferimento dei dispositivi medici (garze, siringhe, ma anche protesi e tutte le apparecchiature sanitarie) bloccando così il processo di revisione dei contratti di fornitura. Ad essere contestata è stata la scarsa chiarezza “sull’ iter logico seguito per individuare lo specifico prezzo della categoria dei dispositivi medici, in relazione alla tipologia di contratti presi a riferimento e al relativo contesto su base nazionale al fine della concreta incisione sulla spesa sanitaria nazionale dei singoli dispositivi?”. In altre parole il Tar Lazio richiede che venga esplicitato come l'Autorità sia arrivata ad elaborare una serie di costi «ottimali» e con quali dati di partenza.

Nella Figura n. 10 sono state elaborate le aspettative delle Aziende sulla possibile ricaduta in termini di riduzione dei servizi, eventualmente necessaria ad assorbire la quota di taglio di risorse non coperta dai risparmi stessi ottenuti.

Nella fattispecie in esame, il 58% del campione dichiara che “i provvedimenti del rigore” messi in atto dal Legislatore per gli anni 2012, 2013, 2014 si tradurranno in una riduzione meno che proporzionale delle prestazioni, per il

37% in una riduzione direttamente proporzionale e per il solo 5% non implicheranno nessuna riduzione nelle prestazioni erogate.

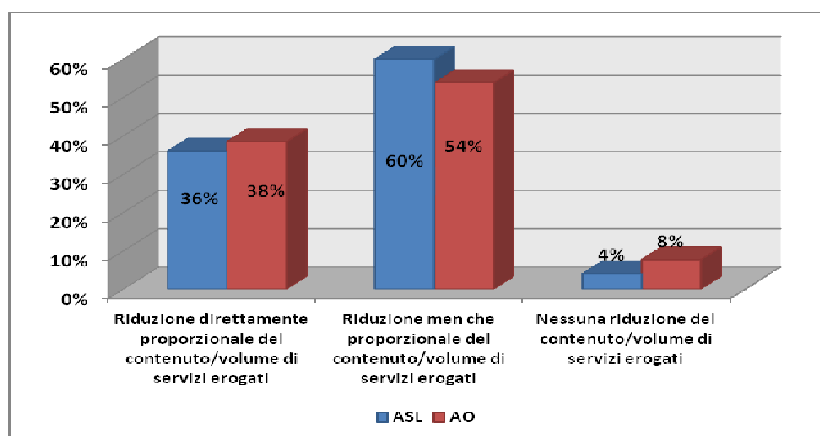
FIGURA N. 10 – OPINIONE DELLE AZIENDE SSN SULL’ESITO DEI TAGLI SUI SERVIZI AI CITTADINI (TOTALE)



Fonte: FIASO, Indagine effetti applicativi Spending Review (dicembre 2012)

Analizzando i dati per tipologia di Azienda, nella Figura n. 11 emerge che il 60% delle Asl, contro il 54% delle AO, attribuisce ai tagli della spesa una diretta diminuzione delle prestazioni erogate; il 36% delle Asl e il 38% delle AO fanno corrispondere alla riduzione dei finanziamenti una riduzione meno che proporzionale delle prestazioni. Ad ultimo, il 4% delle Asl e l’8% delle AO, sostengono che alle misure di contenimento della spesa non farà seguito nessuna contrazione dell’offerta assistenziale.

FIGURA N. 11 – OPINIONE DELLE AZIENDE SSN SULL’ESITO DEI TAGLI SUI SERVIZI AI CITTADINI (TIPO AZIENDA)



Fonte: FIASO, Indagine effetti applicativi Spending Review (dicembre 2012)

QUESTIONI APERTE: EFFICIENZA E SOSTENIBILITA' DEL SSN

Il Presidente del Consiglio ha recentemente confermato i timori che la nostra Federazione delle Aziende Sanitarie Pubbliche manifesta da tempo, ossia che questi livelli di finanziamento rischiano di far morire per asfissia il nostro SSN. I tagli operati negli ultimi anni sono stati accolti da Asl e Ospedali come una sfida per razionalizzare la spesa ma è inimmaginabile pensare che i 31 miliardi depennati dal Fondo Sanitario nel periodo 2009 - 2014 siano interamente composti da sprechi.

L'operazione Spending Review ha inutilmente alimentato speranze irrazionali. Una operazione verità non significa rinunciare al Ssn bensì affrontare il problema nei suoi termini reali.

Occorre rifondare l'Ssn agendo in tre direzioni:

1. ridurre i LEA eliminando quelle prestazioni non necessarie e non adeguate ai progressi della medicina;
2. rivedere il sistema di compartecipazione alla spesa seguendo le indicazioni del Ministro Balduzzi e di Agenas su un modello “a franchigia”;
3. costruire una relazione diversa tra mondo della sanità pubblica, quello del sociale e del volontariato, recuperando anche il contributo che può venire dalla sanità privata e da altre forme di mutualità volontaria.

A fronte di questo quadro la Federazione di Asl e Ospedali lancia le sue proposte “tecniche” per una spending review “sostenibile e realizzabile”.

In primo luogo definire un sistema di prezzi di riferimento più congruo per beni e servizi. L'attuale criterio basato sul prezzo più basso rischia di sacrificare la qualità alla logica del risparmio a tutti i costi ed è poco sostenibile anche dal punto di vista giuridico, come dimostrano le sospensive del Tar Lazio. FIASO chiede prezzi più adeguati alla qualità dei servizi e al tasso di innovazione tecnologica dei dispositivi medici.

Costituire, come avviene già nel comparto farmaceutico con l'Aifa, una Agenzia sui dispositivi medici, in grado di definire la congruità dei prezzi in rapporto a innovatività ed efficacia.

Ma è chiaro che il problema della sostenibilità finanziaria dell'Ssn richiede anche interventi più strutturali che come associazione abbiamo condensato in 4 punti:

- Togliere dall'elenco delle prestazioni mutuabili quelle oramai superate dai progressi della medicina

- Sostituire il sistema iniquo dei ticket con un più equo sistema di pagamento “a franchigia” proporzionato al reddito
- Recuperare ed integrare il contributo che può venire da sociale, volontariato, sanità privata e iniziative assicurative
- Rilanciare il processo di aziendalizzazione, riaffermando il ruolo dell’Azienda come luogo in cui si costruiscono le motivazioni per migliorare l’efficienza.

EFFETTO DEI TAGLI ALLA SPESA SANITARIA SULLA CARTA STAMPATA

LA STAMPA

L'ospedale pediatrico
"dimezzato": otto medici
e nessun infermiere

LAURA ANELLO
PALERMO

Ospedale Molinette

La gara al risparmio
arriva in corsia: meno
farmaci ai pazienti

MARCO ACCOSSATO
TORINO

"Meno letti e personale
Aumenta la mortalità
tra i neonati prematuri"

[PA.RU]

Policlinico

Reparti accorpati
e difficoltà a comprare
persino le protesi

FABIO POLETTI
MILANO

CORRIERE FIORENTINO

Gaetano Cervone

SANITÀ

Effetto tagli: per due mesi
solo operazioni urgenti
negli ospedali fiorentini

Effetto tagli, il chirurgo dimezzato

Da lunedì a Firenze, e per due mesi, solo urgenze e interventi salvavita

Camici bianchi
vs Marroni
Ecco perché

Posti letto

Sotto la soglia

Secondo gli standard
del ministero i posti
letto potrebbero
aumentare di 1.500
unità. la Regione
invece li vuole tagliare
di duemila unità



Carlo Palermo,
presidente
Anao Assomedi

Pronto soccorso

Ricoveri in barella

Per i medici, con
il piano regionale,
il pronto soccorso sono
destinati a diventare
reparti di ricovero
inappropriati, senza letti
ma con posti in barella

Precari

Riduzioni di organico

La riduzione dei posti
letto porterebbe a una
riduzione dell'organico
negli ospedali, con
effetti soprattutto
sulla stabilizzazione
dei medici precari

Vertici

Senza razionalizzazione

Dicono i medici che
serviva un piano di
tagli anche per la
«sovrastruttura» (Asl
e dirigenti), e una
riflessione sull'uso dei
grandi ospedali

Spending review Nella bozza della manovra: attiviamo le leve fiscali senza penalizzare la competitività dei territori
Sanità, tagli veloci. E 900 posti letto in meno
Riduzione dei reparti, via i doppioposti, turnover dei direttori e revisione dei dipartimenti

M.B.

IL MATTINO NAPOLI

Effetto tagli, liste di attesa più lunghe
«Ma in Campania migliora il servizio»

L'Opinione

**Sanità provinciale sul baratro
A rischio Latina e Terracina**

Moscardelli in campo per evitare il ko dei presidi locali e stabilizzare il personale

ALESSIA TOMASINI

IL TEMPO ROMA

La Asl deve risparmiare. Niente acqua e latte all'ospedale
Antonio Sbraga

la Repubblica ROMA

L'appello alla Polverini delle famiglie dei 300 malati dell'Ansd: "Se non verranno più fornite le soluzioni alimentari dovremo ricoverarli tutti"

Sos per i pazienti nutriti artificialmente
"Non tagliate l'assistenza ai nostri cari"

ANNA RITA CILLIS

il Resto del Carlino RIMINI

«Niente dialisi la sera: via il servizio»
La denuncia ortopedico riminese lancia l'allarme sull'azzeramento delle sedute dalle 19 alle 24
L'Ausl replica che la decisione non è presa: ci sono ancora tre settimane di tempo

Monica Raschi

Sanità
La denuncia:
«Dialisi di notte,
toglieranno
il servizio»