

Approvazione nella prossima conferenza delle 5 Regioni e delle tre benchmark per il 2013

ScoCCA l'ora dei costi standard

Per il 2014 dai governatori la proposta per cambiare - Patto: trattativa al via

Dopo un anno di attesa, è sprint sui costi standard. Che già nel 2013 entreranno in vigore in via "sperimentale" proprio con la proposta bocciata dai Governatori di scegliere tre Regioni benchmark tra le cinque (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Umbria e Marche) selezionate dal Governo. Un'approvazione formale quella della scorsa settimana, visto che l'anno è già finito. Una decisione soprattutto politica, per dimostrare la volontà delle Regioni di mantenere l'impegno di massima collaborazione dopo aver evitato i tagli nella legge di stabilità. Ma dal 2014 si cambia - se si farà in tempo a inserire una modifica normativa del Dlgs 68/2011 magari già nella manovra 2014 - e la proposta stavolta arriverà direttamente dai governatori che non vogliono più "classifiche" tra le Regioni con i conti a posto e hanno deciso che il benchmark sarà tra tutte quelle a statuto ordinario e senza piano di rientro. In sostanza 8 Regioni (Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata), senza nemmeno l'imbarazzo della scelta scritta nel Dlgs 69/2011, ma non seguita nel Dpcm di applicazione del Governo, di una Regione del Nord, una del Centro e almeno una del Sud.

Così, nella prossima Stato-Regioni i governatori daranno il loro assenso alla prima proposta del Governo e contestualmente sceglieranno le tre Regioni benchmark (i nomi fatti a suo tempo erano Umbria, Marche ed Emilia Romagna, su cui si era scatenata la protesta delle Regioni leghiste del Nord). La nuova proposta - nata a uno dei tavoli del Patto per la salute su proposta della Toscana e che ora dovrà essere discussa nel dettaglio dai governatori concordandola soprattutto con le Regioni del Sud che insistono sull'inserimento dell'indice di deprivazione - prevede che le Regioni benchmark siano tutte quelle senza piano di rientro,

Ferrara e Potenza, oscar Pa per i bilanci

I bilanci dell'Asl di Ferrara e dell'azienda ospedaliera regionale San Carlo di Potenza sono da Oscar. E l'Oscar è arrivato: quello della pubblica amministrazione 2013 assegnato la scorsa settimana alla presenza del ministro per gli Affari regionali Graziano Delrio e di Dino Piero Giarda presidente della giuria dell'iniziativa. L'oscar di Bilancio della Pa 2013 si svolge sotto l'Alto patronato del Presidente della Repubblica promosso, gestito e organizzato da Ferpi - Federazione relazioni pubbliche italiana in collaborazione con Anci e Fiaso.

L'oscar è l'unico premio nazionale che ha l'obiettivo di segnalare e sostenere le best practice di rendicontazione di Enti locali e aziende sanitarie pubbliche che danno prova di buona amministrazione, trasparenza delle scelte attuate e soprattutto capacità di comunicare con efficacia agli stakeholder sia i rendiconti contabili, sia i risultati sociali e ambientali, anche con modalità innovative.

Nell'ambito della Sanità pubblica i finalisti sono risultati anche l'Asl 4 Alto Vicentino, l'Ao Irccs Fondazione Pascale di Napoli e l'Ao di Lecco.

adempimenti alla verifica del tavolo ad hoc e individuate secondo indicatori di qualità, quantità, appropriatezza ed efficienza dei servizi e definiti per ciascun macrolivello di assistenza (prevenzione, territorio e ospedale). Le Regioni in piano di rientro dovranno raggiungere gli standard fissati entro cinque anni. Il valore del costo standard sarà la media pro capite pesata del costo di ciascuno dei macrolivelli nelle Regioni di riferimento e il livello di spesa sarà al lordo della mobilità passiva, al netto di quella attiva extraregionale, depurato delle entrate proprie, della quota di spesa che finanzia livelli di assistenza superiori a quelli essenziali e delle quote di ammortamento che hanno ulteriori coperture. Inoltre, la quota per ogni Regione di riferimento non potrà essere inferiore a quella percentuale già assegnata l'anno precedente ed eventuali risparmi rimarranno a disposizione delle Regioni che li hanno ottenuti.

Il Patto per la salute. Una decisione "operativa" i governatori l'hanno presa la

scorsa settimana anche sul Patto per la salute. Dovrà essere chiuso entro Natale, come già programmato, ma non ci sarà un'elaborazione ulteriore rispetto alle schede di sintesi presentate dai dieci tavoli (e anticipate in esclusiva da Il Sole-24 Ore Sanità). Si andrà subito - e i governatori hanno già chiesto un incontro al Governo - a una trattativa diretta per scrivere tutti insieme il Patto, tenendo le schede di sintesi come linea guida. Anche perché su alcune sono già in vista degli aggiustamenti di rotta. Prima tra tutti quella sui farmaci che ha alimentato le proteste della filiera, industrie in testa. E su cui si dovrà coniugare l'aspetto dei risparmi - che rimarrà - col rilancio delle imprese. Anche con un confronto in cui saranno coinvolti non solo Regioni e ministero della Salute, ma anche quelli di Sviluppo economico ed Economia, Aifa e le stesse industrie.

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL COMMENTO

Una garanzia per i livelli essenziali ma il Sud resta il grande escluso

Positiva la conclusione delle Regioni sull'accordo in materia di costi standard nella sanità. Un primo passo verso la sostenibilità del sistema da tutti reclamata, compreso il Capo dello Stato, ma da nessuno ancora risolta. Una condizione difficile a realizzarsi, attesa anche la recente riscrittura della Costituzione che impone paletti di funzionamento e gestione delle risorse difficili da superarsi. Insomma, anche qui il c.d. Fiscal compact e il Six Pack ci si mettono di traverso.

Al di là delle obiezioni formulate sulla graduatoria delle cinque Regioni prescelte dalla Salute, i governatori sembrano essere d'accordo nell'accelerare il percorso per una nuova tipologia di finanziamento della sanità dal 1° gennaio 2014. Non più una spesa pro capite ponderata su dati storici, ma una media pro capite pesata sui costi standard valorizzati per ciascuno dei tre macrolivelli assistenziali (prevenzione, assistenza territoriale e ospedaliera). Il prezzo giusto per i Lea di ogni area di assistenza a garantire (finalmente) un governo della spesa degno di questo nome, che impedirà la contrapposizione tra la siringa acquistata, spesso illecitamente, dai milionari (rimasti senza soldi) e quella comprata secondo i canoni della legalità.

Ma è sufficiente un'operazione simile, che certamente moralizza la spesa, per garantire la sostenibilità del Ssn, così come preteso dalla Costituzione? Stante così le cose, il rispetto dell'articolo 117, lettera m, della Costituzione (Lea da assicurare uniformemente sul territorio nazionale), avrà un bel da farsi a essere rispettato. Per due motivi, almeno.

Il primo: la determinazione dei costi standard individuati, non assicurerà la valorizzazione del fabbisogno necessario per garantire i Lea alle popolazioni più deboli, assediata dai piani di rientro e dai commissariamenti ad acta. Ciò perché, con quanto introitato, dovranno provvedere a pagare gli oneri di ammortamento dei mutui, relativi ai debiti pregressi, sottraendo i valori alla portata dei Lea da assicurare ai cittadini.

Il secondo: le asimmetrie tecnologiche e strutturali, emergenti dalla ricchezza di alcune Regioni (quelle benchmark) contrapposte alla povertà di altre, renderanno difficile la corsa: le prime continueranno a gareggiare in Ferrari, le seconde in triciclo.

Senza una perequazione infrastrutturale che renda giustizia alla strumentazione a elastico che caratterizza gran parte del Sud, non si va da nessuna parte. Che dire della assenza, tra le Regioni prescelte, di una che rappresenti il Sud? È una chiara violazione dell'articolo 27, comma 5, del decreto legislativo 68/2011.

Ettore Jorio
Università della Calabria

© RIPRODUZIONE RISERVATA

NEL REPORT 2011 L'ANALISI DEI RICOVERI IN 9 REGIONI E IN 31 AZIENDE SANITARIE DA NORD A SUD DEL PAESE

La proposta del Nisan: tariffe costruite sul campo e non «a tavolino»

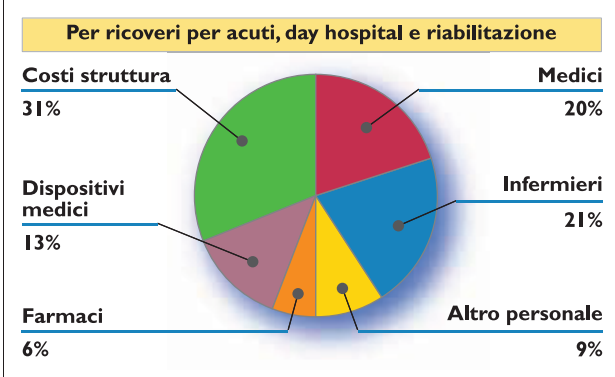
«Trovato l'accordo sui costi standard», annunciano Regioni e ministero. In verità l'accordo riguarda la spesa standard dei macro livelli: ospedaliero, farmaceutico, ambulatoriale, ecc... E ciò permetterà di definire i nuovi criteri di riparto del Fondo sanitario regionale alle singole aziende sanitarie e ospedaliere, oggi definito con sistema tariffario non derivante dai costi standard, come indicato dalla legge 133/2008.

L'importante e atteso accordo trovato mercoledì scorso in Conferenza delle Regioni si pone come elemento fondante nel processo di rivalutazione e riqualificazione del Ssn. Ultimamente il tema aveva tenuto banco in occasione dei più importanti incontri di confronto e dibattito, tanto che lo stesso ministro della Salute Beatrice Lorenzin non aveva perso occasione - in diversi interventi - di sottolinearne l'importanza strategica.

È a fronte di questa novità che il N.I.San, il primo Network italiano che dal 2007 porta avanti una puntuale ricerca di raccolta e analisi dei costi standard Drg/prestazione, ribadisce e conferma il ruolo di precursore di questa strategia, consegnando anche quest'anno all'attenzione del mondo sanitario un significativo contributo: i costi standard relativi all'attività di ricovero del 2011 per la determinazione delle tariffe. La ricerca - condotta su 31 ospedali di Valle D'Aosta, Piemonte, Liguria, Lombardia, P.a. di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia-Giulia, Abruzzo, Puglia - è stata presentata l'11 novembre presso l'Asl di Aosta, durante il III workshop nazionale sui costi standard N.I.San. La dimensione del campione (tab. 1) attiene a un valore complessivo di spesa pari a 4.102.148.221 euro e si basa sull'analisi di: 641.442 dimissioni per acuti pari a 4.566.872 giornate di ricovero; 25.411 osservazioni brevi intensive; 317.528 giornate di riabilitazione/lungodegenza; 722.705 giornate di accesso per day hospital e per prestazioni ambulatoriali complesse (ad esempio: chemioterapie).

Dall'analisi condotta si evince che i costi per i ricoveri sono cresciuti globalmente del 2% rispetto al 2010, dato più che prevedibile in presenza di una riduzione dei ricoveri e in relazione al fatto che una migliore appropriatezza induce a non ricoverare casi di bassa intensità e quindi solitamente poco costosi. Da notare che i costi di struttura (pulizie, pasti, servizi amministrativi e tecnici, ecc.), rappresentano

Tabella 2 - Ripartizione dei costi totali



quasi un terzo del totale dei costi per i ricoverati. I costi di produzione "diretti" (medici, infermieri, altro personale, farmaci e dispositivi medici delle unità di diagnosi e cura) rappresentano il 69% del totale (la composizione percentuale dei costi è esposta in tabella 2). L'andamento mostra una sovrapposizione identica a quella del 2010.

Con riferimento al confronto con le tariffe si evidenzia soprattutto l'incoerenza tra i costi effettivi rilevati per singolo episodio di ricovero rispetto alle tariffe in vigore. La conseguenza che ne deriva potrebbe far apparire efficienti ospedali che invece non lo sono o viceversa. Come emerge dalla tabella 3, le tariffe per l'attività di ricovero nel suo complesso (ordinari più day hospital) "coprono" solo il 57% dei costi sostenuti. Però, da un'analisi più approfondita dei dati, si scopre che le tariffe non "colpiscono" nello stesso modo i diversi tipi di ricovero. Infatti, per i ricoveri in day surgery le tariffe sono addirittura più elevate dei costi del 7% (con punte anche di +35%), mentre per altre tipologie di ricovero la situazione è molto diversa: ad esempio nei ricoveri outliers (solitamente più "lunghi" e complessi e con il maggior numero di giornate di ricovero nelle terapie intensive) e nei day hospital di malattie infettive, le tariffe arrivano a coprire solo un terzo dei costi reali.

Tabella 1 - La dimensione del campione

641.442	Dimissioni per acuti pari a 4.566.872 giornate di ricovero
25.411	Osservazioni brevi intensive
317.528	Giornate di riabilitazione/lungodegenza
722.705	Giornate di accesso per day hospital e per prestazioni ambulatoriali complesse (a esempio: chemioterapie)

Fonte: Sistemi informativi delle singole aziende N.I.San elaborati dallo Studio Pasdera

ISCRIVITI GRATIS

alla

NEWSLETTER QUOTIDIANA

su www.24oresanita.com



MODELLI INNOVATIVI

Digitalizzazione per risparmiare

Niente tagli e maggiore appropriatezza

Dagli anni la necessità di far tornare i conti pubblici ha portato a guardare alla Sanità come fonte di costi e potenziali inefficienze, piuttosto che come un settore di grande rilevanza economica e sociale per il Paese. Di qui il susseguirsi di manovre prevalentemente orientate al breve periodo, con una logica di tagli lineari. Finalmente in questi mesi il ministero della Salute sembra aver messo al primo punto della sua agenda il tema della sostenibilità. È buona cosa che nell'intervenire sulla Sanità non si veda solo la necessità di fare cassa nel breve periodo, ma anche un'occasione per rimuovere inefficienze strutturali e preparare il sistema a quei trend futuri che potrebbero metterlo in crisi la stabilità. Purtroppo, però, ogni discussione con Regioni, aziende sanitarie, sindacati e associazioni di categoria tende a insabbiarsi per la difficoltà di tutti gli attori a mettere in discussione privilegi acquisiti e modi di operare consolidati quanto ormai palesemente inadeguati. La conseguenza è che la Sanità italiana (e in particolare quella pubblica) rischia oggi di perdere progressivamente in qualità ed efficienza avvitandosi in un pericoloso circolo vizioso: nel 2000 l'Organizzazione mondiale della Sanità ci posizionava fra i tre migliori sistemi sanitari al mondo, 12 anni dopo siamo scivolati al 21° posto per qualità delle cure tra i 34 Paesi censiti dall'Eu-

roHealth Consumer Index.

Non bisogna partire dal presupposto che il problema della Sanità sia semplicemente quello di spendere meno. Innanzitutto occorre essere consapevoli che già oggi spendiamo, ma soprattutto investiamo, poco. Secondo gli ultimi dati disponibili (del 2012), la spesa sanitaria totale pro-capite del nostro Paese è pari a 2.282 euro, ben al di sotto della media dei Paesi Ocse: spendiamo meno di Paesi tradizionalmente attenti al welfare, come Francia (3.058 euro), Danimarca (3.439 euro), Olanda (3.890 euro) e Inghilterra (2.636 euro), ma anche di altri partner europei come Germania (3.337 euro), Belgio (3.052 euro) e Austria (3.380 euro).

Si tratta piuttosto di spendere meglio, e preparare il sistema a sostenere la domanda futura che, in assenza di interventi strutturali, rischierebbe di portare i conti fuori controllo. L'Italia è il Paese con la percentuale di over-65enni più alta del continente e nei prossimi anni, per effetto dell'invecchiamento demografico, la richiesta di servizi sanitari crescerà inesorabilmente.

Non è solo un problema di sostenibilità di conti pubblici, ma anche di competitività del sistema economico: con l'apertura dell'assistenza sanitaria a livello europeo, i Paesi che si faranno trovare con un'offerta di servizi inadeguata saranno destinati a perdere competitività. Se il nostro sistema sanitario si rivelerà inadeguato rispetto a quelli dei Paesi europei i cittadini si vedranno progressivamente costretti a curarsi all'estero, con enormi costi a carico del nostro sistema sanitario, e decine o addirittura centinaia di migliaia di posti di lavoro a rischio, in quello che è già oggi, e ancora di più sarà in futuro, uno dei più importanti settori dell'economia. Al contrario la Sanità può rappresentare un volano importantissimo per il rilancio della nostra economia, ma perché ciò sia possibile è necessario investire da subito attenzione e risorse.

La buona notizia è che, pur partendo da condizioni particolarmente critiche, abbiamo, anche all'interno del nostro sistema, eccellenze da cui "copiare". La chiave per una Sanità più efficace ed efficiente sta nell'innovazione digitale. I dati degli Osservatori del Politecnico di Milano parlano chiaro: se il sistema sanitario italiano realizzasse pienamente il potenziale delle tecnologie digitali potrebbe risparmiare 6,8 miliardi all'anno - molto più dei tagli al Fondo sanitario previsti per il 2015 e il 2016. A differenza dei tagli, tuttavia, il digitale abiliterebbe trasparenza e appropriatezza, ridurrebbe molti errori (si pensi solo all'interpretazione delle ricette scritte dai medici), e migliorerebbe la qualità dei servizi forniti ai cittadini (si pensi alle code che si eviterebbero permettendo di scaricare i referti da casa). Basterebbe relativamente poco: gli investimenti da attuare sono dell'ordine dei milioni di euro, non dei miliardi di cui si è parlato durante la manovra di stabilità.

Eppure sul fronte della Sanità digitale l'Italia sembra ferma al palo. La spesa complessiva allocata nel 2012 alla digitalizzazione della nostra Sanità è stata stimata dagli Osservatori in 1,23 miliardi di euro, in diminuzione rispetto al 2011 del 5 per cento. In proporzione spendiamo la metà o addirittura un terzo di Paesi come la Francia, l'Inghilterra o i Paesi Scandinavi. Ancora più preoccupante è l'attuale inesistenza di una vera e propria "agenda digitale" per la Sanità. Abbiamo molto lavoro da fare e poco tempo a disposizione, usiamo le risorse al meglio con veri piani che tengano conto della complessità e dell'urgenza dei temi da fronteggiare.

Mariano Corso
Luca Gastaldi
Osservatorio Ict in Sanità
Politecnico di Milano

CORTE DEI CONTI

Risultato 2011-2012 in rosso per l'Iss: scattano gli estremi per il commissario

La situazione economica dell'Istituto superiore di Sanità, in disavanzo finanziario sia nel 2011 (-26,062 milioni) che nel 2012 (-4,244 milioni) dovrebbe comportare, secondo la Corte dei conti, la decadenza degli organi (tranne il collegio dei revisori o sindacale) e il commissariamento, come prescrive la legge (111/2011) in caso di due anni consecutivi di disavanzi.

Non sono buone le premesse con cui la Corte dei conti apre la sua relazione sulla gestione finanziaria dell'Istituto per il 2011-2012. E invita l'Iss a fare attenzione ai saldi negativi sia di parte corrente che in conto capitale e a ridurre «la mole dei residui, in particolare passivi, seppure in decremento di circa il 16% nel 2012».

Il conto economico dell'Istituto registra un utile nel 2011 di 789.488 euro e nel 2012 di 45.990 euro, ma il patrimonio netto si è ridotto

per la diminuzione dei contributi in conto capitale, spiega la Corte, dovuta alla sterilizzazione degli ammortamenti: era di 81,172 milioni nel 2011 (nel 2010 di 83,130) e di 78,398 milioni nel 2012.

La Corte dei conti indica anche due misure che giudica opportune per l'ente. La prima è la previsione di applicare all'Iss strumenti di verifica analoghi a quelli utilizzati per le Università. La seconda è la prosecuzione senza cedimenti dell'«opera intrapresa di monitoraggio e riaccertamento» dei residui e, in assoluto, di proseguimento «di scelte gestionali di contenimento dei costi e di sviluppo dell'attività convenzionale, che consentano all'Istituto di far fronte anche a eventuali ulteriori limitazioni dei finanziamenti pubblici, dai quali, allo stato, resta ancora quasi totalmente dipendente».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VIA LIBERA REGIONALE

Bilanci in chiaro con i controlli Siope

Bilanci chiari e trasparenti. E monitoraggio dei conti pubblici perché siano fedeli alle regole Ue. Per centrare questi obiettivi tutte le aziende sanitarie pubbliche dovranno indicare sui titoli di entrata e di spesa i nuovi codici gestionali previsti dallo schema di decreto del ministero dell'Economia, approvato la scorsa settimana in conferenza Unificata che prevede anche per Asl&Co l'adeguamento della codifica Siope (sistema informativo sulle operazioni degli enti pubblici).

Una stretta all'insegna della trasparenza dei bilanci: le strutture sanitarie dovranno regolarizzare "tempestivamente" riscossioni e pagamenti effettuati in assenza dell'ordinativo di incasso e di pagamento «evitando l'imputazione provvisoria» a codici che riguardano operazioni finanziarie.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tabella 3 - Confronti tra costi e tariffato per alcune tipologie di ricovero (esclusi Obi e riabilitazione)

Tipologia ricoveri	Costi (C)	Tariffato (T)	Differenza (D = T - C)	D in % su T
Ordinari/0-1giorni	3.004.227.969	2.020.549.397	-983.678.572	-49
Outliers	512.320.037	172.907.525	-339.412.512	-196
Day surgery	189.434.261	203.125.772	13.691.511	+7
Dh ematologia	40.096.945	18.895.551	-21.201.394	-112
Dh oncologia	95.696.846	53.818.893	-41.877.953	-78
Dh malattie infettive	3.833.977	1.319.328	-2.514.649	-191
Dh pediatria	26.174.687	10.799.588	-15.375.099	-142
Totale	3.871.784.722	2.481.416.054	1.390.360.668	-57

Non crediamo affatto che alla base del sistema tariffario vi sia una strategia che porti a premiare le prestazioni di bassa complessità a discapito di quelle rivolte a pazienti più gravi e complessi. Piuttosto (elemento già emerso negli anni precedenti) la causa dell'incoerenza tra costi e tariffe deriva da una mancanza di strategia connessa soprattutto alla tecnica con cui sono definite le tariffe: dall'alto e a tavolino e non dal basso e sul campo (Hospital patient costing o Hpc). Solo dalla conoscenza dei costi effettivi per singolo episodio di ricovero e quindi dalla conseguente realizzazione degli standard si potranno creare driver coerenti e compatibili con le risorse disponibili per la definizione delle singole tariffe. Metodi diversi determinano comportamenti opportunistici («faccio ciò che conviene e non faccio quello che non conviene») che producono effetti contari alla logica dell'appropriatezza clinica («faccio ciò che serve»). È proprio per tale motivo che il N.I.San elabora - e continuerà a farlo - dati e quindi elementi utili ed essenziali all'attuazione di un sistema più equo e sostenibile per il Ssn e per i singoli Ssr.

La ricerca Nisan è l'unica esperienza italiana che rispetta le regole per realizzare i costi standard dell'attività di ricovero secondo una

metodologia stabilita a livello internazionale (Hpc), sancita dal 2011 dalle quattro più prestigiose strutture di riferimento: Canadian Institute for Health Information; Independent Hospital Pricing Authority; HealthCare Financial Management Association; Health Economic Resource Center.

È importante sottolineare come la suddetta metodologia di rilevazione ha visto coinvolte anche tre importanti società scientifiche quali Aiom, Sie e Siot. Inoltre, per "dimensione" Nisan è la terza banca dati più importante in Europa tra quelle che rispettano i dettami dell'Hpc, solo dopo Gran Bretagna e Germania; nei 5 anni di analisi la banca dati ha analizzato con il metodo Hpc 2.452.307 episodi di ricovero per un totale di 12.242.146 giornate di ricovero.

Adriano Lagostena
Coordinatore del N.I.San
Direttore generale Ospedale Galliera di Genova
Alberto Pasdera
Coordinatore scientifico N.I.San

© RIPRODUZIONE RISERVATA