

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 1299

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**LAPIA, DAVIDE AIELLO, ALAIMO, ARESTA, ASCARI, MASSIMO ENRICO BARONI, BARZOTTI, BOLOGNA, BUOMPANE, CASA, CATALDI, CHIAZZESE, COSTANZO, D'ARRANDO, DEIANA, DEL MONACO, DORI, ERMELLINO, GALIZIA, GIANNONE, GRIMALDI, GRIPPA, IANARO, LICATINI, LOMBARDO, LOREFICE, LOVECCHIO, MAMMÌ, MANZO, MENGA, NAPPI, NESCI, PENNA, PERCONTI, PROVENZA, RIZZONE, ROMANIELLO, ROBERTO ROSSINI, GIOVANNI RUSSO, SAPIA, SARLI, SCANU, SCERRA, SERRITELLA, SPORTIELLO, TERMINI, ELISA TRIPODI, TRIZZINO, VALLASCAS, VILLANI, LEDA VOLPI, ZENNARO, ZOLEZZI**

Disposizioni in materia di trasparenza, tracciabilità ed economicità della spesa sanitaria

*Presentata il 24 ottobre 2018*

ONOREVOLI COLLEGHI! — « Una parte significativa della spesa sanitaria è, nella migliore delle ipotesi, spreco o, peggio, danneggia la nostra salute »: questa è l'affermazione con cui l'OCSE apre il « *report Tackling Wasteful Spending on Health* », pubblicato nel 2017, uno studio che analizza gli sprechi e le inefficienze nella sanità e secondo il quale « Le stime attuali indicano che un quinto della spesa sanitaria po-

trebbe essere incanalato verso un uso migliore ».

La sanità, come più volte evidenziato dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) e dalla Corte dei conti, dato il connubio tra complessità e rilevanti risorse, è il settore più esposto a inefficienze, sprechi e rischi di corruzione.

L'ANAC ha presentato, l'8 ottobre 2018, un *dossier* sugli sprechi del Servizio sanitario nazionale (SSN) in materia di acqui-

sto dei principali materiali di consumo e di spesa per i servizi accessori. Analizzando un totale di oltre 6 miliardi di euro di spese, ha valutato che 935 milioni, cioè il 15,5 per cento, si potrebbero risparmiare se tutte le regioni si uniformassero a quanto spende la regione più virtuosa, oppure se si seguissero i prezzi di riferimento elaborati nel corso degli ultimi anni dall'*Authority* stessa. Ad esempio, nel mercato dei dispositivi medici per il diabete, lo stesso rilevatore di controllo del livello glicemico viene pagato 19 centesimi dall'Emilia-Romagna e il triplo dalla provincia di Bolzano. Sono numerosi, dunque, i risparmi che si potrebbero conseguire, voce per voce, secondo una tabella di sintesi appena elaborata dall'organismo presieduto da Raffaele Cantone. Per i cosiddetti presidi e dispositivi medici, come siringhe, ovatta e cerotti, che costano complessivamente alle regioni 75 milioni di euro, si potrebbero risparmiare 15 milioni, ovvero il 20 per cento. Per il servizio di pulizia delle strutture sanitarie, che costa 1,2 miliardi di euro, si potrebbero risparmiare 210 milioni di euro, pari al 17,5 per cento. Per i servizi di ristorazione, cioè i pasti ospedalieri, si spendono annualmente 750 milioni di euro e, secondo l'ANAC, si potrebbero risparmiare 95 milioni (12,6 per cento). Per il servizio di lavanderia, il cui costo è valutato in 500 milioni di euro, se ne potrebbero risparmiare 100 (cioè circa il 20 per cento). 300 milioni di euro si potrebbero risparmiare nell'area dei farmaci, pari al 10 per cento dei 3 miliardi di euro spesi.

Il rapporto *Curiamo la Corruzione* per l'anno 2017, in relazione all'analisi economica degli sprechi nella sanità, in sintesi, evidenzia che:

sprechi e inefficienze nel settore sanitario preoccupano oggi i Governi degli Stati e l'opinione pubblica. Le spese inutili o immotivate hanno molte conseguenze negative, che potrebbero essere attenuate spendendo in modo più consapevole e riducendo lo spreco (Bentley et al., 2008);

le cause dello spreco possono essere le più disparate: è stato evidenziato come l'utilizzo inefficiente delle risorse sia spesso dovuto all'informazione limitata e alla ca-

renza di responsabilità da parte dei decisori, fattori che comportano, a loro volta, il rischio di corruzione e frode (Parker & Newbrander, 1994);

i decisori politici hanno l'obbligo di utilizzare razionalmente ed efficientemente le risorse, obbligo che instaura anche una responsabilità di carattere etico per gli stessi decisori: è quindi importante riuscire ad identificare le cause dello spreco, al fine di apportare le modifiche opportune a livello organizzativo e manageriale volte a contrastarlo;

lo spreco e l'inefficienza riguardano soprattutto la produzione di beni e servizi nella sanità e l'impiego del personale del settore sanitario. In particolare, l'inefficienza allocativa si verifica quando le decisioni riguardanti l'uso delle risorse (che sono limitate) non riescono a generare i maggiori benefici possibili al minor costo; l'inefficienza tecnica si verifica, invece, quando i costi della fornitura di servizi o beni specifici sono più alti di quanto sia necessario;

la stima della corruzione sommata agli sprechi, misurata con un nuovo indicatore di inefficienza, oscilla intorno al 6 per cento delle spese correnti annue del SSN (dati del 2013);

l'ammontare delle potenziali inefficienze nell'acquisto di beni e servizi sanitari nel SSN è stimato in circa 13 miliardi di euro;

nelle aziende sanitarie locali (ASL), la componente di spesa più a rischio di inefficienze è l'acquisto di servizi sanitari, mentre nelle aziende ospedaliere (AO) è l'acquisto di beni sanitari;

le ASL del nord-est e del centro Italia presentano valori di spesa per residente più eterogenei tra di loro, mentre le AO del sud Italia presentano valori di spesa per paziente dimesso mediamente più omogenei rispetto a quelle del nord e del centro;

una maggiore inefficienza si riscontra in quelle regioni in cui le ASL e le AO sono caratterizzate da modelli gestionali completamente disaggregati, tanto dal punto di

vista organizzativo quanto da quello economico-finanziario.

Il paradigma che oggi lega la tutela della salute alla sostenibilità economica del nostro sistema sanitario non può prescindere da un'efficace lotta agli sprechi e alle inefficienze e richiede di eliminare tutte quelle storture legislative e gestionali che alimentano tale spreco di risorse, senza in realtà rispondere ai bisogni di salute dei cittadini.

Nel settore degli acquisti, l'auspicata centralizzazione stenta a partire come dovrebbe e, di fatto, non esclude che gli enti del SSN possano procedere, anche attraverso frazionamenti artificiosi, a gare proprie e « personalizzate »; inoltre, non c'è alcun tipo di controllo che rilevi, ad esempio, il numero degli affidamenti diretti sul totale degli acquisti, spesso giustificati dall'infungibilità o esclusività del bene, né viene effettuata una verifica a tappeto sul numero di proroghe e rinnovi rispetto al totale degli affidamenti o sul ricorso a procedure in deroga dettate da situazioni di urgenza.

Appare necessario, dunque, rendere uniforme e tracciabile l'intero processo che va dalla definizione del fabbisogno e dalla programmazione dei beni da acquistare o dei servizi da appaltare fino alla logistica e alla gestione delle giacenze di magazzino; è necessario rendere tracciabile e pubblica l'intera filiera di un bene o di un servizio, dalla fase dello stoccaggio a quella della somministrazione o consumo.

Occorre implementare sistemi uniformi di controllo esterno ed informatizzati che consentano di rilevare, sulla base di indici di rilevazione automatizzati, l'esistenza di anomalie negli acquisti, tali da rappresentare un allarme di spreco, inefficienza o corruzione.

Il sistema dovrebbe essere integrato con un programma operativo contabile e patrimoniale e un sistema degli acquisti e dei contratti unici per tutte le strutture sanitarie del territorio nazionale, che consenta ai cittadini, attraverso un'interfaccia accessibile a chiunque, di indagare, in tempo reale, l'intera filiera di un centro di costo e di un capitolo di bilancio, attraverso un sistema di ricerca semplificato e diversifi-

cato (ad esempio, per singolo fornitore, per codice unico di progetto (CUP), per codice identificativo di gara (CIG), per singolo bene, per voce di bilancio eccetera). Ad esempio, si potrebbero rilevare, per ciascun fornitore, tutti i pagamenti o gli incassi effettuati da un'azienda sanitaria o da tutte le aziende sanitarie di una certa regione, con un collegamento attivo ai titoli che hanno consentito quel pagamento (determina a contrarre, gare effettuate, documentazione di gara eccetera) o quell'incasso.

Il sistema operativo dovrebbe altresì consentire di indagare e ricercare, sempre in tempo reale, anche lo stato patrimoniale, con la possibilità di rilevare i beni d'inventario e le rimanenze di magazzino nonché la movimentazione delle scorte, con un'associazione informatizzata ai cicli di terapia applicati a pazienti i cui dati sanitari siano stati opportunamente decodificati, a tutela dei dati sensibili, così da garantire la completa tracciabilità di ogni prodotto sanitario o farmaceutico.

Il sistema operativo integrato dovrebbe consentire di indagare, sempre in tempo reale, tutte le fasi dell'esecuzione del contratto, opportunamente aggiornate dal responsabile o dal direttore dell'esecuzione, inclusi i contratti di convenzionamento o accreditamento con le strutture sanitarie private, con evidenza dei verbali ispettivi e delle verifiche condotte con periodicità pre-stabilita.

Il sistema operativo contabile, pubblico e accessibile a chiunque, dovrebbe consentire l'accesso alla prescritta contabilità separata dell'attività di *intramoenia*, con la possibilità di indagare tutti i costi ad essa imputabili, comprese le attrezzature o gli spazi interni o esterni utilizzati per lo svolgimento del servizio, nonché la relativa autorizzazione e il volume di attività per ciascun professionista.

Si dovrebbe prevedere un meccanismo tale per cui il mancato aggiornamento nei tempi prescritti non consenta alcuna operazione successiva o cumulativa e comporti una penalizzazione economica nonché una responsabilità disciplinare in capo ai soggetti responsabili del mancato aggiornamento.

L'articolo 1, comma 412, della legge 27 dicembre 2017, n. 205 (legge di bilancio 2018), ha introdotto alcune misure concernenti l'informatizzazione dell'ordinazione e dell'esecuzione degli acquisti di beni e servizi nel SSN e, al fine di incentivare l'efficienza e la trasparenza del sistema di approvvigionamento della pubblica amministrazione, ha disposto che l'emissione, la trasmissione, la conservazione e l'archiviazione dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di beni e servizi dovrà essere effettuata in forma elettronica. A tal fine, la citata legge di bilancio 2018 prevede che, con decreti del Ministero dell'economia e delle finanze (MEF), siano adottati appositi regolamenti volti a disciplinare le modalità tecniche di invio in forma elettronica della predetta documentazione e la relativa data di entrata in vigore. Dispone inoltre che per gli enti del SSN, ai fini del potenziamento del monitoraggio della spesa sanitaria, anche in relazione al perseguimento dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, la trasmissione dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di beni e servizi avviene per mezzo del sistema di gestione messo a disposizione dal MEF e da questo gestito anche avvalendosi delle proprie strutture societarie. Il MEF assicurerà che questo Sistema di gestione sia integrato con la banca nazionale dei contratti pubblici (prevista dal codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163), con il sistema di interscambio delle fatture elettroniche e con il Sistema informativo sulle operazioni degli enti pubblici (SIOPE, un sistema di rilevazione telematica degli incassi e dei pagamenti effettuati dai tesorieri di tutte le amministrazioni pubbliche). Si demanda quindi a successivi decreti del MEF la definizione delle modalità e dei tempi per l'attuazione di tutto il progetto, ossia del Sistema di gestione informatizzato che rientrerà tra gli strumenti per il monitoraggio della spesa sanitaria e dell'appropriatezza prescrittiva.

In buona sostanza, la legge di bilancio 2018 ha definito un progetto di informatizzazione del ciclo passivo delle acquisi-

zioni di beni e servizi in ambito sanitario, ma in maniera aleatoria, perché rimanda *sine die* la definizione del progetto a decreti del MEF e perché non è sufficientemente efficace quanto a dinamiche di trasparenza e conoscibilità.

La presente proposta di legge, all'articolo 1, interviene dunque sulla legge di bilancio 2018, precisando che, al fine di garantire la trasparenza e l'economicità della spesa sanitaria, il Sistema di gestione previsto dalla legge medesima, come sopra descritto, sia implementato per consentire ai cittadini di rilevare, in tempo reale e attraverso un'interfaccia accessibile a chiunque, l'esistenza di anomalie negli acquisti, l'intera filiera di un centro di costo e di un capitolo di bilancio, i titoli che hanno consentito qualsiasi pagamento o incasso, lo stato patrimoniale, i beni di inventario e le rimanenze di magazzino, nonché la movimentazione delle scorte, la completa tracciabilità di ogni prodotto sanitario o farmaceutico, le fasi dell'esecuzione dei contratti, inclusi i contratti di convenzionamento o accreditamento con le strutture sanitarie private, la contabilità separata dell'attività di *intramoenia*, anche prevedendo che il mancato aggiornamento del sistema operativo integrato non consenta alcuna operazione successiva o cumulativa e comporti una penalizzazione economica, nonché una responsabilità disciplinare in capo ai soggetti responsabili.

Con l'atto di segnalazione al Governo e al Parlamento, di cui alla delibera n. 958 del 7 settembre 2016, l'ANAC ha espresso la necessità di un intervento del legislatore affinché le disposizioni sulla tracciabilità dei flussi finanziari, previste dall'articolo 3 della legge n. 136 del 2010, siano applicabili anche ai servizi sanitari e sociali erogati da strutture private accreditate o in regime di convenzionamento.

Le disposizioni sulla tracciabilità dei flussi finanziari, previste dall'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136, come evidenziato dall'ANAC, hanno la finalità specifica di rendere trasparenti le operazioni finanziarie relative all'utilizzo del corrispettivo dei contratti pubblici, in modo da consentire un controllo a posteriori sui flussi

finanziari provenienti dalle amministrazioni pubbliche e intercettare eventuali usi degli stessi da parte di imprese malavitose. Gli obblighi connessi all'istituto della tracciabilità si articolano, essenzialmente, in tre adempimenti principali in capo agli operatori economici: utilizzo di conti correnti bancari o postali dedicati alle commesse pubbliche, anche in via non esclusiva; effettuazione dei movimenti finanziari relativi alle commesse pubbliche esclusivamente mediante lo strumento del bonifico bancario o postale ovvero attraverso l'utilizzo di altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni; indicazione negli strumenti di pagamento relativi a ogni transazione del CIG e, ove obbligatorio ai sensi dell'articolo 11 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, del CUP. La tracciabilità dei flussi finanziari è stata introdotta dalla legge n. 136 del 2010 al fine di arginare la penetrazione economica delle organizzazioni mafiose nelle commesse pubbliche.

L'ANAC ha individuato il sistema degli accreditamenti con i privati come una specifica area di rischio nell'ambito del settore sanitario e socio-sanitario, perché rappresenta una componente significativa, poiché in esso si concentrano importanti flussi finanziari, prestando particolare attenzione alla fase di gestione degli accordi contrattuali, in cui si sono riscontrati fenomeni patologici comuni alla fase di esecuzione di un appalto.

A seguito delle note cronache giudiziarie riferibili a « Mafia Capitale », il legislatore (articolo 1, comma 704, della legge n. 208 del 2015) ha esteso l'istituto delle misure straordinarie di gestione, sostegno e monitoraggio di imprese nell'ambito della prevenzione della corruzione, di cui all'articolo 32 del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, anche al settore sanitario, introducendo nell'ordina-

mento giuridico la possibilità di « commissariare » la parte contrattuale di attività sanitaria che i soggetti privati accreditati svolgono a favore della collettività in regime di convenzione, per conto e a carico del SSN, sulla base della sussistenza di « condotte illecite o eventi criminosi posti in essere ai danni del Servizio sanitario nazionale », dunque in base all'esigenza primaria di razionalizzare e di controllare la spesa pubblica.

« È in tale contesto, quindi – evidenzia l'ANAC –, che si inserisce l'esigenza di un rafforzamento delle misure di controllo della spesa con finalità di ordine pubblico anche nel delicato settore dei servizi socio-sanitari gestiti dai privati. Ciò posto, appare certamente opportuno che gli obblighi di tracciabilità siano applicabili anche ai servizi sanitari e sociali erogati da strutture private accreditate, in modo da anticipare, il più a monte possibile, la soglia di prevenzione, creando meccanismi che consentano di intercettare i fenomeni di intrusione criminale nei flussi finanziari provenienti dagli enti pubblici. Un'evoluzione in questo senso dello strumento della tracciabilità sarebbe, del resto, pienamente giustificata dalla constatazione che anche in questo settore, come in quello degli appalti pubblici, frequentemente le infiltrazioni della criminalità organizzata finiscono per saldarsi con i fenomeni corruttivi e di *mala gestio* della cosa pubblica. Alla luce di tali considerazioni, anche al fine di superare i problemi interpretativi sorti in relazione all'esatto inquadramento giuridico dei servizi socio-sanitari erogati in regime di accreditamento, si propone una modifica dell'articolo 3 della legge n. 136 del 2010 in modo da ricomprendere, espressamente e in maniera inequivoca, tali servizi nell'ambito di applicazione della norma ».

La proposta di legge, dunque, all'articolo 2 modifica l'articolo 3 della legge n. 136 del 2010, come richiesto dall'ANAC.

## PROPOSTA DI LEGGE

### Art. 1.

*(Disposizioni in materia di trasparenza della spesa sanitaria)*

1. All'articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205, dopo il comma 412 è inserito il seguente:

« *412-bis.* Al fine di garantire la trasparenza e l'economicità della spesa sanitaria, il Sistema di gestione di cui al comma 412 è realizzato secondo i seguenti criteri:

*a)* rilevare il numero degli affidamenti diretti sul totale degli acquisti, il numero delle procedure in deroga al codice dei contratti pubblici nonché il numero di proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti;

*b)* rendere tracciabile e uniforme nel territorio nazionale l'intero processo di acquisizione di beni e servizi, dalla definizione del fabbisogno e dalla programmazione dei beni da acquistare e dei servizi da appaltare fino alla logistica e alle giacenze di magazzino;

*c)* garantire l'integrazione con un programma operativo contabile e patrimoniale, unico per tutte le strutture sanitarie del territorio nazionale, che consenta ai cittadini, attraverso un'interfaccia accessibile a chiunque, di rilevare, in tempo reale, l'intera filiera di un centro di costo e di un capitolo di bilancio, attraverso un sistema di ricerca semplificato anche per singolo fornitore, per codice identificativo di gara, per singolo bene e per voce di bilancio;

*d)* rilevare, in tempo reale, per ciascun fornitore o creditore, tutti i pagamenti e gli incassi effettuati dalle strutture sanitarie, con un collegamento attivo informatizzato ai titoli che hanno consentito il pagamento o l'incasso;

*e)* rilevare, in tempo reale, lo stato patrimoniale delle strutture sanitarie, con evidenza dei beni di inventario e delle ri-

manenze di magazzino, nonché della movimentazione delle scorte, con un'associazione informatizzata ai cicli di terapia applicati a pazienti i cui dati sanitari siano stati opportunamente decodificati, così da garantire la completa tracciabilità di ogni prodotto sanitario o farmaceutico;

f) rilevare, in tempo reale, tutte le fasi dell'esecuzione del contratto, opportunamente aggiornate dal responsabile o direttore dell'esecuzione del contratto, inclusi i contratti di convenzionamento o accreditamento con le strutture sanitarie private, con evidenza dei verbali ispettivi e delle verifiche condotte con periodicità prestabilita;

g) accedere alla prescritta contabilità separata dell'attività di *intramoenia*, con la possibilità di rilevare tutti i costi imputabili all'attività medesima, ivi incluse le attrezzature o gli spazi interni o esterni utilizzati per lo svolgimento del servizio nonché la relativa autorizzazione e il volume di attività per ciascun professionista;

h) assicurare che il mancato aggiornamento del Sistema di gestione non consenta alcuna operazione successiva o cumulativa;

i) assicurare un sistema di segnalazione automatico in presenza di anomalie nell'acquisizione di beni e servizi tali da rappresentare un allarme di spreco, inefficienza o corruzione ».

#### Art. 2.

*(Disposizioni in materia di tracciabilità dei flussi finanziari dei servizi sanitari e sociali erogati da strutture private accreditate)*

1. All'articolo 3, comma 1, della legge 13 agosto 2010, n. 136, dopo le parole: « filiera delle imprese » sono inserite le seguenti: « , gli affidatari dei servizi sanitari e socio-sanitari in regime di accreditamento ».

#### Art. 3.

*(Disposizioni finanziarie)*

1. Agli oneri derivanti dalla disposizione di cui all'articolo 2, valutati in 600.000 euro

per l'anno 2019 e in 30.000 euro annui a decorrere dall'anno 2020, si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2018-2020, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2018, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

2. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

