

L'INTERVENTO/SPENDING REVIEW

Tariffe, il nodo della determinazione

L'art. 15 del dl 95/2012 si occupa delle tariffe di remunerazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che le strutture accreditate erogano a carico del Ssn.

La principale novità è la deroga all'art. 8-sexies del dlgs 502/92, sicché il ministro della salute fissa i valori tariffari massimi con proprio decreto «sulla base dei dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui e adeguati, dei tariffari regionali».

Tale disciplina desta perplessità in vista della sua concreta attuazione.

Sul piano sostanziale, i criteri fissati dall'art. 8-sexies, e ripresi dalla legge 311/2004, valorizzano la necessità logica di fissare le tariffe tenendo conto dei costi standard di produzione e delle quote standard dei costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità. In alternativa, valevano tariffari regionali e relativa variabilità nella remunerazione delle funzioni assistenziali.

Questo meccanismo viene ora rinnegato, per ragioni che possono essere le più varie: semplificare una procedura complessa; approvare un tariffario che a livello nazionale manca dal 1996, dopo ripetuti annullamenti in sede giudiziale ecc.

Un dato è comunque ineludibile. Nessuna deroga alla legislazione ordinaria in nome dell'emergenza può spingersi fino a sacrificare le regole basilari di tutela e civiltà giuridica che troviamo codificate, in via generale, nella legge 241/90.

Se vorrà evitare l'ennesima declaratoria di illegittimità, il decreto ministeriale dovrà essere preceduto da una analitica istruttoria sui costi di produzione, e sorretto da una motivazione

logica, congrua, equa e ragionevole.

Il sistema dei costi standard, che peraltro lo stesso Governo Monti mostra oggi di voler implementare (art. 1-bis, legge 94/2012), è magari perfezionabile ma esprime pur sempre il tentativo di costruire un impianto compiuto e sistematico.

Si ripiega, invece, verso un parametro integrato, tutto imperniato sui dati di costo disponibili «la cui idoneità dal punto di vista quanti-qualitativo è tutta da verificare; e sui tariffari regionali» la cui congruità e adeguatezza pare non agevolmente valutabile secondo parametri oggettivi e corretti.

Senonché, solo una tariffa equilibrata può spingere verso un doveroso recupero di efficienza le strutture i cui costi di produzione siano superiori agli standard. E l'insufficiente remuneratività potrebbe dirottare la domanda di prestazioni verso l'ospedale.

Senza considerare, poi, che sul piano procedurale i diritti partecipativi dei legittimi portatori di interessi (associazioni di categoria) e degli enti autonomistici vanno in ogni caso garantiti, ma non è chiaro come visto che, a quanto pare, il decreto legge prescinde sia dall'intesa con la Conferenza stato-regioni, sia dal parere dell'Agenas.

L'addebito ai bilanci regionali degli importi superiori alle tariffe massime era previsto anche dall'art. 8-sexies. Tuttavia, la previsione aggiuntiva, secondo cui i massimi costituiscono un limite invalicabile per le regioni sottoposte a piano di rientro, è discutibile poiché finisce paradossalmente per scaricare sugli operatori le inefficienze gestionali della Regione.

Guerino Fares
docente di Diritto sanitario e farmaceutico nell'Università Roma Tre

