POLITECNICO DI MILANO

Scuola di Ingegneria Industriale e dell'Informazione

Corso di Laurea Magistrale in
Ingegneria Biomedica

IL FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Relatore: Prof. Marcello CRIVELLINI

Tesi di Laurea di:
Samuele MORO
Matr. 804104

Anno Accademico 2014 - 2015

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

art. 32 Cost.

Indice

1 Evoluzione del sistema di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale **1**
1.1 Istituzione del Servizio sanitario Nazionale 1
1.2 La riforma del 1992-93 4
1.3 Il federalismo fiscale 7
1.4 Intese Stato-Regioni 9

2 I Piani di rientro **19**

3 I criteri di riparto del finanziamento tra le Regioni **25**
3.1 I determinanti del bisogno 27
3.2 Evoluzione storica 31
3.3 La disciplina dei costi e fabbisogni standard 39
3.4 Calcolo del riparto regionale attraverso i costi standard 42

4 Modelli di ripartizione del Fondo Sanitario Regionale, all'interno di ogni regione **45**
4.1 Fondo sanitario regionale 45
4.1.1 Il modello a centralità ASL 47
4.1.2 Il modello a centralità regionale 49
4.1.3 Il modello di separazione tra acquirenti e produttori . . 50
4.1.4 Il modello tradizionale 51
4.2 La ripartizione del Fondo sanitario regionale 52

5 Quota capitaria aggiustata per la diagnosi **55**
5.1 Una nuova proposta 55
5.2 Procedura di calcolo 59

Conclusione **63**

Bibliografia **65**

Elenco delle figure

1.1 Schema istituzionale completo del SSN del 1978. [2] 2
1.2 Stima del deficit sanitario negli anni 1982-1991. [2] 4
1.3 Schema istituzionaledel sistema sanitario italiano dopo la riforma del 1992-'93. [2] 6
1.4 Schema istituzionale del sistema sanitario italiano dopo il Decreto legislativo del 2000. [2] 8
1.5 Spesa sanitaria pubblica - Tasso di variazione annuo. [6] 12
1.6 Finanziamento e disavanzo 1990-2014. [7] 13
1.7 Finanziamento corrente lordo - Quota sul PIL per ripartizione geografica. Valori %. [8] 14
1.8 Finanziamento corrente a carico dello Stato, 2001-2014. Valori in milardi di euro. [9] 17

2.1 Spesa sanitaria corrente (variazione percentuale annua). [9] . . 23

3.1 Distribuzione per sesso e per classi d'età. [13] 27
3.2 Popolazione con almeno una malattia cronica grave o con tre o più malattie croniche per sesso e classe d'età. [15] 28
3.3 Indice consumo dei serviti per sesso e classe d'età. [13] 28
3.4 Indice consumo servizi di malati di tumore e ipertesi. [13] . . . 29
3.5 Consumo per classi d'età di visite pediatriche, cardiologiche e geriatriche. [13] 29
3.6 Persone che hanno dichiarato di stare "Male\Molto male", con almeno una malattia cronica grave, con tre o più, per livello di istruzione; Indice di stato fisico, di stato psicologico e di salute mentale, per livello di istruzione. [15] 30
3.7 Indice di consumo dei servizi e indice di cronicità per classi di età ventennali in condizioni disagiate e non disagiate. [13] . . . 31
3.8 Finanziamento corrente lordo pro-capite. Numeri indice, 2003-2012. [8] 38
3.9 Fabbisogno indistinto pro-capite. Numeri indice, 2003-2013. [8] 41

4.1 Schema modello a centralità ASL. [24] 48
4.2 Schema modello a centralità regionale. [24] 49
4.3 Schema modello di separazione tra acquirenti e produttori. [24] 50
4.4 Schema modello tradizionale. [24] 51

Elenco delle tabelle

1.1 Spesa, finanziamento e deficit del SSN in miliardi di lire, 1990-1994. [3] . . . 3
1.2 Spesa, finanziamento e deficit del SSN in miliardi di lire, 1995-1999. [3] . . . 7
1.3 Articolazione dei ricavi 2014 e variaioni 2013-2014. [7] . . . 15
1.4 Finanziamento corrente lordo, spesa sanitaria pubblica totale e PIL Variazioni medie annue e differenze %. Valori %. [8] . . . 16

2.1 Leggi relative a Commissariamento e Piani di rientro. [2] . . . 20
2.2 Piani di rientro - Gli accordi. [11] . . . 21
2.3 Piani di rientro, Commissariamento e deficit in milioni di euro. [2] 22
2.4 La dinamica dei costi del SSN (Tassi di crescita medi annui). [10] 23

3.1 Serie storica dei cosiddetti "pesi" - Ospedaliera. [18] . . . 32
3.2 Serie storica dei cosiddetti "pesi" - Specialistica. [18] . . . 33
3.3 Serie storica dei cosiddetti "pesi" - Farmaceutica. [18] . . . 33
3.4 Simulazioni quote di finanziamento. [18] . . . 35
3.5 Quote d'accesso regionali del Fondo Sanitario Nazionale per gli anni 2005 e 2006. [19] [20] . . . 37
3.6 Pesi del 2011 suddivisi per fasce d'età. [22] . . . 40
3.7 Livelli essenziali di assistenza. [22] . . . 43

Sommario

Attualmente la realizzazione dell'uguaglianza sostanziale di tutti i cittadini (art. 3, Costituzione italiana) comporta che la Repubblica debba tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, garantendo cure gratuite agli indigenti. Così recita infatti l'art. 32 della Costituzione, che rappresenta una forte innovazione rispetto al passato e altri sistemi sanitari esistenti, dal momento che configura la salute come bene primario della persona, la cui effettività in concreto dipende dai mezzi e dalle risorse messi a disposizione dallo Stato, dalle Regioni e da altri soggetti che operano in tale settore.

Questa tesi vuole rappresentare come tale principio costituzionale si esplica sul piano organizzativo-finanziario, affidandosi alle scelte della legislazione, per l'approntamento e la determinazione delle risorse necessarie a garantirlo. Lo studio fatto si propone anzitutto di delineare l'evoluzione storica del sistema di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (Capitolo 1), a partire dalla sua istituzione, per soffermarsi alla riforma degli anni 1992-'93, il federalismo fiscale e le Intese Stato-Regioni. Esso prenderà poi in esame i "criteri di riparto" delle risorse finanziarie disponibili, le modalità analitiche di quantificazione, e poi aspetti positivi e negativi.

Proprio per eliminare le criticità evidenziate nell'applicazione concreta e storica di tali criteri, verrà descritta una modalità innovativa di calcolo della quota capitaria, che permette un'equa soddisfazione dei bisogni ed una ripartizione corretta dei fondi disponibili a livello nazionale e regionale.

Il Capitolo 2 esamina il sistema dei Piani di rientro. Il Capitolo 3 riassume l'evoluzione dei criteri di riparto fra le Regioni, mentre il Capitolo 4 riassume i modelli adottati per distribuire il finanziamento all'interno di ciascuna Regione. Nel Capitolo 5 si riassume una proposta avanzata in merito al criterio di riparto del finanziamento fra le Regione, al fine di renderlo più coerente.

Abstract

Currently, the people's achievement of equity (art. 3, Constitution of Italy) implicates that the Republic should protect the health, as a fundamental right and collective interest, providing free medical care. This is what the article 32 of the Constitution of Italy declares. It represents a strong innovation compared to the past and to other existing health systems, since it configures the health as a primary asset for the person. Specifically the effectiveness depends on the means and the assets, which are available by State and Regions.

This thesis aims to represent as the constitutional principle is expressed by the organizational and economical plan, relying on the choices of the legislature, to determine the necessary resources to guarantee it.

The study aims to define the historical evolution of the National Health Service (Chapter 1), since its creation, to dwell in the reform of 1992-'93, fiscal federalism, and Agreements State-Regions. Then it will examine the "allocation criteria" of financial resources, the methods of quantification and then the positive and negative aspects.

In order to eliminate the critical issue in the application of these criteria, an innovative method of calculation of capitation will be described. It allows satisfaction of needs and the correct distribution of the capital available at national and regional level.

Chapter 2 examines the system of the debt rescheduling plan, Chapter 3 summarized the development of allocation criteria between the Regions, while chapter 4 summarizes the model used to distribute the founding within each Region. Chapter 5 describes a proposal concerning the allocation criteria, in order to make it more consistent.

Capitolo 1

Evoluzione del sistema di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale

1.1 Istituzione del Servizio sanitario Nazionale

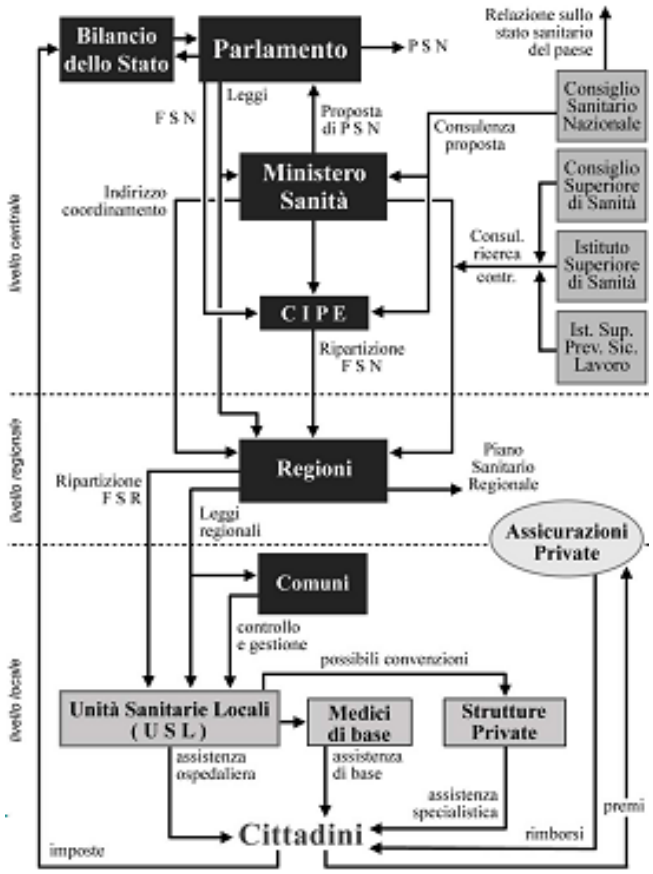
La legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), Legge 23 dicembre 1978 n. 883, ha rappresentato, fra l'altro, il primo tentativo di dare nuova strutturazione al finanziamento della sanità. Le modalità dello stanziamento delle risorse trassero spunto da una visione universalistica ed ugualitaria della tutela della salute e vennero correlate all'esigenze degli assistiti, prescindendo dal rapporto tra prestazione e contributo alla stessa. L'attuazione delle politiche sanitarie si basava così su scelte stabilite dalla politica economica statale, che prevedevano l'erogazione delle prestazioni del Servizio Sanitario in base agli stanziamenti erariali, gravanti sulla fiscalità generale (imposte generali e contributi sanitari versati dai datori di lavoro). [1]

Lo schema istituzionale in figura 1.1 mostra la suddivisione del SSN su tre livelli: centrale, regionale e locale. Al livello *centrale* vennero posti il Parlamento e il Governo che stabilivano il livello di finanziamento complessivo del sistema e svolgevano un'attività di supervisione e controllo. A livello *regionale* comparivano le Regioni il cui compito era individuato nel tradurre

le decisioni nazionali sul territorio. A livello *locale* vennero definiti dei nuovi enti pubblici, le USL (Unità Sanitarie Locali), il cui compito era quello di gestire e organizzare i servizi sanitari sul territorio ed erano controllate dai Comuni. [2]

Pertanto le risorse per la sanità erano individuate dal Fondo Sanitario Nazionale (FSN), proposto da Governo e approvato dal Parlamento ogni anno con la manovra di Bilancio e la Legge Finanziaria, in cui confluivano le diverse entrate, finalizzate a sostenere la spesa sanitaria che venivano suddivise fra Regioni (Fondo Sanitario Regionale, FSR) in sede CIPE (Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica), una sorta di Consiglio dei Ministri ristretto.

Figura 1.1: Schema istituzionale completo del SSN del 1978. [2]



In tal modo il finanziamento della sanità era retto da principi di economia

derivata e di trasferimento, con una forte centralizzazione a livello statale delle scelte di spesa, al fine di garantire un'uniforme ed effettiva tutela del diritto alla salute. [1]

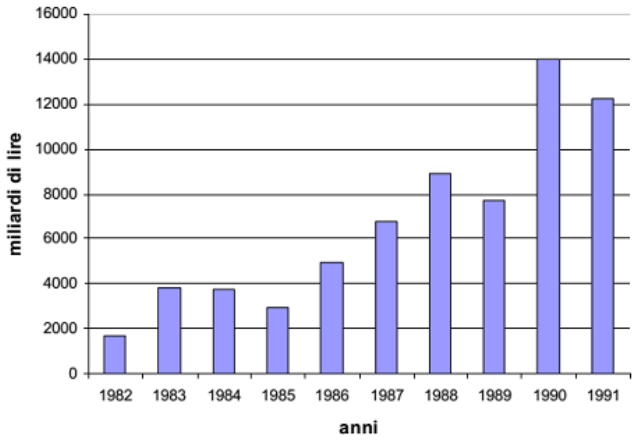
Ciascuna Regione provvedeva a suddividere il Fondo Sanitario Regionale sul territorio alle USL ed inoltre avevano il compito di predisporre il Piano Sanitario Regionale, uno strumento di programmazione in cui la Regione indicava gli obiettivi specifici di salute e le modalità gestionali e organizzative per il loro raggiungimento, anche se tale compito venne per lo più ignorato. Il ruolo delle Regioni rimase del tutto marginale e secondario, limitato al trasferimento dei fondi ricevuti dal livello centrale alle USL. Erano i Comuni a gestire i fondi ricevuti, ad approvare i bilanci, a controllare l'organizzazione, il personale, le assunzioni, le spese, nominando gli organi di gestione delle USL e assumendo le più importanti decisioni. [2]

Purtroppo però l'applicazione di tale sistema, con il trascorrere del tempo deresponsabilizzò le amministrazioni regionali e locali, dal momento che esse potevano sempre contare sulla copertura dei deficit sanitari mediante successive manovre finanziarie a livello nazionale. L'assegnazione delle risorse da parte dello Stato alle Regioni veniva sulla base della "spesa storica", definita come l'attribuzione di stanziamenti riferibili non tanto ai reali bisogni della comunità e alla domanda della popolazione, quanto alle mere esigenze di bilancio delle amministrazioni. Tale anomalia ebbe come risultato comportamenti poco virtuosi da parte delle amministrazioni locali circa le modalità d'impiego delle risorse per la sanità. In figura 1.2 è riportata una stima del deficit prodotto per gli anni '82-'91 e in tabella 1.1 sono riportati spesa, finanziamento e deficit per il periodo '90-'94. [1]

Tabella 1.1: Spesa, finanziamento e deficit del SSN in miliardi di lire, 1990-1994. [3]

	1990	1991	1992	1993	1994
Spesa	80.262	93.888	96.089	95.020	94.958
Finanziamento	67.260	88.192	93.056	87.902	87.516
Disavanzo	−13.002	−5.696	−3.033	−7.118	−7.442

Figura 1.2: Stima del deficit sanitario negli anni 1982-1991. [2]



1.2 La riforma del 1992-93

A causa di tali distorsioni, sorse l'esigenza di mutare i meccanismi di finanziamento e ricercare nuove regole di controllo della spesa sanitaria, anche perché i livelli di spesa raggiunti erano mai più sostenibili. [1]

Negli anni '90 vi furono allora due interventi di riordino del SSN, attuati mediante l'emanazione dei Decreti Legislativi 30 dicembre 1992, n. 502 e 7 dicembre 1993, n. 517, con i quali si tentò di rimodulare le modalità di finanziamento della sanità e i meccanismi di spesa a livello regionale. Tali riforme miravano a fare delle Regioni i soggetti adibiti al finanziamento delle Aziende sanitarie locali (ASL), nate in sostituzione alle USL e incaricate del loro controllo, togliendo potere ai Comuni. [2]

Il sistema di finanziamento della spesa sanitaria, nato da tale riforma, fu articolato su due diversi livelli: il primo riguardò il trasferimento di risorse dallo Stato alle Regioni; il secondo invece dalle Regioni alle strutture sanitarie (Azienda Sanitaria Locale - ASL ed Azienda Ospedaliera - AO), neocostituite. In particolare per le ASL fu stabilita una forma di finanziamento basata su una quota capitaria, pesata in funzione dei diversi bisogni; mentre per le AO si decise che il finanziamento fosse erogato successivamente, in base all'attività effettivamente svolta. Le ASL acquisivano dalle AO e dalle strutture private accreditate prestazioni di ricovero, residenzializzazione, specialistica, etc., e

le remuneravano in base a tariffe convenzionali, tra cui quelle per i ricoveri, in base ad un tariffario delle prestazioni (DRG); in tal modo le strutture ricevevano un finanziamento quantificato su ciò che avevano effettivamente erogato ai cittadini. [4]

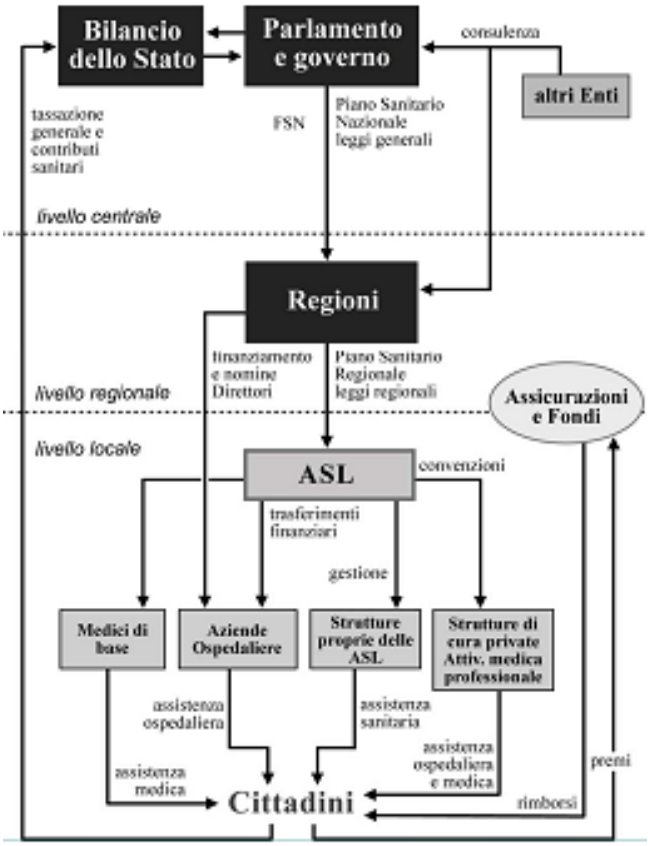
A tale primo modello teorico nel tempo si sovrapposero modifiche ed aggiustamenti, che previdero finanziamenti a latere, per funzioni specifiche, ovvero forme di compensazione per il consumo di beni ad alto costo (quali farmaci e dispositivi medici): queste voci di finanziamento furono per lo più regolate centralmente, in modo diretto fra le Regioni e le AO. Da ultimo, una terza fase del processo di finanziamento, fu legata alla concessione di risorse aggiuntive, ex post, la cui giustificazione risiedette nella copertura di eventuali disavanzi. Trattandosi, infatti, di aziende pubbliche, esse non possono fallire e i deficit devono trovare copertura, onde permettere la continuazione dell'attività di erogazione dei servizi cui le Aziende Sanitarie sono preposte. [4]

Nello schema istituzionale in figura 1.3, rispetto alla situazione definita nel 1978, la differenza principale riguarda la scomparsa dei Comuni, il cui ruolo venne assunto dalle Regioni. Inoltre il CIPE venne sostituito dalla Conferenza Stato-Regioni e le USL vennero sostituite dalle ASL e dalle AO.

La riforma introdusse per la prima volta il concetto di "livelli essenziali ed uniformi di assistenza", (poi chiamati più brevemente "Livelli Essenziali di Assistenza" (LEA) nel Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001), cioè le prestazioni che devono essere assicurate dal SSN, sulla base di un'indicazione contestuale a quella delle risorse stanziate per il finanziamento della sanità. Tale innovazione ebbe ripercussioni evidenti sulle modalità del finanziamento, che si diversificò in base al fatto che le risorse fossero stanziate o meno in base ai LEA. Nel primo caso, l'erogazione fu individuata sempre dal FSN, in aggiunta però ad altre risorse come le entrate delle singole ASL ed i contributi sanitari, che lo Stato distribuiva alle Regioni. Nel secondo, cioè per le prestazioni non ricomprese nei LEA, le fonti necessarie all'erogazione delle stesse furono individuate nell'autofinanziamento regionale, con la possibilità d'introdurre i tickets sui farmaci e sulle prestazioni diagnostiche e specialistiche e/o di variare l'ammontare dei contributi e dei tributi regionali.

Tale sistema di finanziamento subì successivi interventi di modifica, che

Figura 1.3: Schema istituzionaledel sistema sanitario italiano dopo la riforma del 1992-'93. [2]



portarono, con l'emanazione del Decreto Legislativo 15 dicembre 1997, n. 446 all'introduzione dell'Imposta Regionale sulle Attività Produttive (IRAP) e dell'addizionale regionale IRPEF, con la conseguente abolizione dei contributi sanitari e di ulteriori imposte. Successivamente la Legge 23 dicembre 1996, n. 662 significò il superamento del criterio di "spesa storica" vigente fino ad allora, con l'introduzione, finalizzata a determinare il fabbisogno regionale, di una "quota capitaria pesata", calcolata secondo criteri che tenevano in considerazione l'effettivo bisogno di salute dei cittadini di ciascuna Regione in base alle concrete esigenze della comunità regionale. L'IRAP divenne in tal modo la principale fonte di finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale. S'intraprese così un primo tentativo di percorso federalistico, sebbene assai debole, per il ruolo dominante che il FSN continuava a svolgere. [1]

L'andamento della spesa e del finanziamento nel periodo 1995-1999 è mostrato in figura 1.2 (Rapporto OASI 2003). Il livello di finanziamento del SSN passò da un valore pari al 4,8% del PIL nel 1995 al 5.4% del PIL nel 2000, a fronte di un aumento della spesa sanitaria totale dal 7,4% del PIL nel 1995 al 8,1% del PIL nel 2000 (inferiore alla media UE, pari a 8,7%), di cui la quota pubblica era pari al 72,5%. In termini di spesa pro capite si ebbe il passaggio da 1.189 euro PPP nel 1995 a 1.626 euro PPP nel 2000, leggermente inferiore alla media UE pari a 1.706 euro PPP. [5]

Tabella 1.2: Spesa, finanziamento e deficit del SSN in miliardi di lire, 1995-1999. [3]

	1995	1996	1997	1998	1999
Spesa	93.801	101.819	110.394	114.589	120.380
Finanziamento	92.502	97.849	99.993	105.416	112.958
Disavanzo	−1.299	−3.970	−10.401	−9.173	−7.422

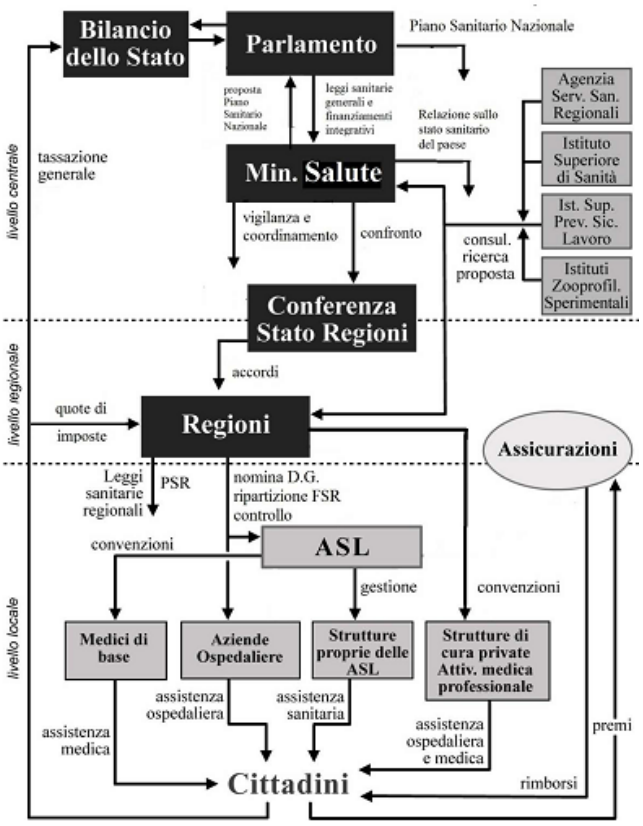
1.3 Il federalismo fiscale

Il Decreto Legislativo 18 febbraio 2000, n. 56 "Norme in materia di federalismo fiscale" rappresentava il primo intervento di realizzazione di un sistema di fiscalità regionale. Lo schema istituzionale diventava quello mostrato in figura 1.4, in cui viene mostrato il ruolo delle Regioni a livello di finanziamento e gestione delle risorse. [1]

Al fine di responsabilizzare maggiormente le Regioni sulle politiche di spesa, per arginare le distorsioni del passato, si volle abbandonare ogni forma di finanza derivata. Vennero così aboliti i trasferimenti erariali e in particolare quelli a favore del FSN al posto dei quali s'introdussero nuove fonti di finanziamento delle spese regionali, in tal modo le risorse non vennero più raccolte a livello centrale ma si stabilì che le quote di tassazione e le imposte dei residenti di ciascun Regione fossero finalizzate al finanziamento della sanità regionale. Le Regioni avrebbero così dovuto reperire le risorse necessarie alle proprie politiche, utilizzando tre strumenti principali: la compartecipazione

al gettito dell'IVA, l'addizionale regionale sull'IRPEF e la compartecipazione accresciuta all'accisa sulla benzina. Accanto a queste, furono previste ulteriori entrate regionali, l'IRAP e mezzi di autofinanziamento regionale, con la possibilità di variare entro certi limiti le aliquote ed addizionali di alcune imposte. [1]

Figura 1.4: Schema istituzionale del sistema sanitario italiano dopo il Decreto legislativo del 2000. [2]



Tuttavia, il venir meno dei trasferimenti statali, con il conseguente reperimento delle risorse mediante tributi e compartecipazioni, poteva produrre la nascita di numerosi squilibri territoriali, a causa della diversa incidenza sul territorio nazionale delle fonti d'entrata. Per ovviare a tale disparità, il D. LGS. n. 56 istituì un fondo perequativo nazionale, teso a ridurre del 90% le differenze inter-regionali, fissando rigorosi criteri socio-demografici, calcolati in base alla popolazione residente, alla capacità fiscale ed fabbisogno. Lo

scopo di tale Decreto fu il superamento del finanziamento secondo il criterio della spesa storica, sebbene seguendo una certa gradualità. I pilastri per la realizzazione di un maturo federalismo fiscale furono individuati nei principi di autonomia e di responsabilità. [1]

Non si può tuttavia ignorare che tale riforma subì profonde disattese e numerose deroghe, le quali hanno fatto apparire come una promessa tradita la realizzazione di un sistema fiscale regionale. L'applicazione di queste norme durò un anno e la durata del transitorio fu portata a 13 anni. [1]

1.4 Intese Stato-Regioni

In seguito venne introdotto un nuovo sistema di *governance* del settore sanitario, rappresentato dalle cosiddette Intese fra Stato e Regioni (cfr. Legge 5 giugno 2003, n. 131, articolo 8, comma 6, in attuazione dell'art. 120 della Costituzione italiana). Da allora in tali Intese, ordinariamente triennali, lo Stato e le Regioni concordarono il livello di finanziamento del SSN per il periodo di vigenza dell'Intesa, tenendo conto delle condizioni di finanza pubblica, al fine di garantire alle Regioni le risorse finanziarie necessarie alla programmazione di medio periodo. Esse poi definirono le regole di governo del settore e le modalità di verifica degli adempimenti in carico alle Regioni. [6]

L'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, recepito dal Decreto Legge 18 settembre 2001, n. 347, introdusse di nuovo gli stanziamenti statali per il triennio 2002-2004. Il Fondo Sanitario Nazionale fece la sua ricomparsa, sebbene con una funzione diversa, finendo così per assumere il ruolo del mai realizzato "Fondo perequativo".

Fece la sua comparsa il cosiddetto "sistema premiale", che consistette nel subordinare l'erogazione alle Regioni di una parte del finanziamento del SSN, detta "quota premiale", al rispetto di alcuni adempimenti verificati annualmente. Primo fra tutti l'adempimento riguardante l'equilibrio di bilancio dei singoli Servizi Sanitari Regionali, anche mediante il conferimento di risorse aggiuntive a copertura del disavanzo eventualmente presente a livello regionale.

Con tale accordo venne dato il via ad un nuovo sistema di monitoraggio dei conti sanitari indispensabile per la verifica dell'equilibrio economico dei singoli SSR.

Inoltre vennero definiti i Livelli Essenziali di Assistenza al fine di rendere noti e condivisi i contenuti delle prestazioni da assicurare da parte di ciascun SSR e le regole di compartecipazione alle prestazioni socio-sanitarie, nonché evidenziare le prestazioni totalmente escluse dai LEA.

La successiva Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 dispose poi la costituzione di due sistemi di monitoraggio: il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze, coordinato da un rappresentante del dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (RGS) ed il Comitato permanente per l'erogazione dei LEA, istituito presso il Ministero della salute. Entrambi videro la partecipazione dei due livelli di governo, esistenti nel settore sanitario, lo Stato e le Regioni, oltre che l'adesione dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). [6]

L'attuazione di tale sistema premiale nel periodo 2001-2005 portò alla distinzione di due diversi gruppi di Regioni: quello delle "Regioni virtuose", che significava equilibrio e disavanzi sanitari contenuti nella ordinaria capacità di ripiano regionale ed era in grado di garantire nel tempo il superamento della verifica premiale annuale. Il secondo gruppo invece, detto delle "Regioni con elevati disavanzi", che manifestò disavanzi rilevanti e difficilmente affrontabili con ordinarie misure di copertura annuali a carico dei bilanci regionali.

Inoltre, accanto a tale insostenibile squilibrio di bilancio, queste Regioni evidenziavano gravi carenze nell'erogazione dei LEA caratterizzate da un'offerta ospedaliera eccedente rispetto ai parametri della programmazione nazionale con alti tassi di ospedalizzazione ed indicatori di inappropriatezza ospedaliera particolarmente accentuati. Parallelamente in esse il livello di spesa farmaceutica era molto alto, ben al di sopra dei parametri fissati dalla legislazione vigente. Entrambe le componenti, ospedaliera e farmaceutica, sottraevano così risorse all'erogazione dei restanti livelli di assistenza e determinavano forti squilibri finanziari. Per tali motivi queste Regioni finirono con l'essere caratterizzate da una sistematica bocciatura nell'ambito del sistema premiale

e fu precluso loro l'accesso alle quote premiali annuali. [6]

Con i Patti per la Salute 2007-2009 (Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006) e 2010-2012 (Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009) venne progressivamente implementata una strumentazione normativa che determinò un fondamentale salto di paradigma, incentrato sul passaggio dal sistema fondato sulla cosiddetta "aspettativa regionale del ripiano dei disavanzi" da parte dello Stato, al sistema basato sul "principio della forte responsabilizzazione" sia da parte delle Regioni "virtuose", sia di quelle Regioni con elevati disavanzi. Per queste ultime, in particolare, vennero previsti specifici percorsi di risanamento condivisi (i cosiddetti "Piani di rientro", si veda capitolo 2), confermati anche dalla vigente normativa.

Nel periodo 2001-2009 il deficit complessivamente accumulato dai servizi sanitari regionali fu di circa 36 miliardi di euro; di questi, 10,4 vennero ripianati tramite leggi nazionali e oltre 25 rimasero in capo ai bilanci regionali. Il deficit sanitario e il debito accumulato si concentravano quasi completamente in cinque Regioni; nel 2008 Lazio, Campania, Sicilia, Puglia e Abruzzo detenevano oltre il 91% del deficit. [2]

Tale Intesa fissò anche i livelli percentuali di finanziamento del LEA in questo modo: il 5% per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente e vita di lavoro, il 51% per l'assistenza distrettuale ed il 44% per l'assistenza ospedaliera. Anche il sistema dei Piano di rientro fu corretto, prevedendo per le Regioni che fossero risultate inadempienti nel risanamento del deficit maggiorazioni erariali fissate sull'addizionale IRPEF e sull'IRAP. Lo Stato si impegnava ad assicurare 104.614 mln di euro per il 2012, 106.934 mln di euro per il 2011 e un incremento del 2,8% per il 2012. [1]

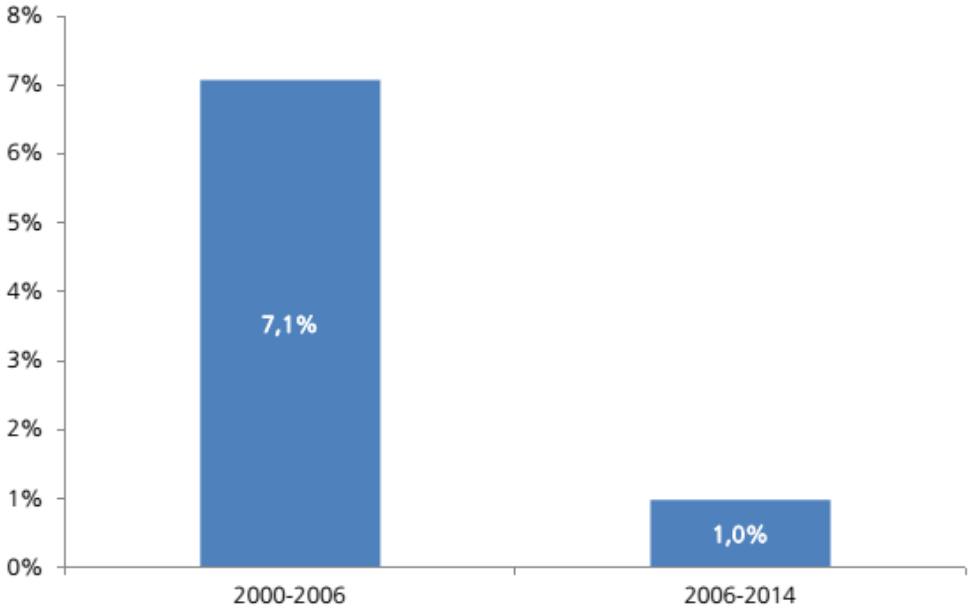
In tal modo la *governance* implementata in materia sanitaria, attraverso la strumentazione sopra elencata, consentì negli ultimi anni un significativo rallentamento della dinamica della spesa come mostrato in figura 1.5. Infatti, a fronte di una variazione media annua della spesa sanitaria pari al 7,1% nel periodo 2002-2006, nel successivo periodo 2006-2014 la variazione media annua risultò dell'1,00%. [6]

Come già espresso, il vigente ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale prevede due livelli di governo:

- Stato: definisce i Livelli Essenziali di Assistenza e garantisce, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, le risorse necessarie all'erogazione delle prestazioni;

- Regioni: organizzano i propri Servizi Sanitari Regionali ed assicurano le prestazioni ricomprese nei LEA.

Figura 1.5: Spesa sanitaria pubblica - Tasso di variazione annuo. [6]



Nell'ambito di tale assetto istituzionale, l'aspetto preminente è la capacità del sistema di favorire e incentivare le Regioni, cui competono la programmazione e la gestione dei servizi sanitari sul territorio, ad assumere comportamenti "virtuosi", volti a perseguire recuperi di efficienza nell'organizzazione dei LEA. Tale processo consente sia un miglioramento strutturale degli equilibri di bilancio, particolarmente importante per le Regioni in disavanzo, sia massimizzare il soddisfacimento dei bisogni sanitari dei cittadini compatibilmente con le risorse preordinate alla funzione sanitaria. [6]

La cornice normativa delineatasi negli ultimi anni ha permesso l'implementazione di un sistema di *governance* del settore sanitario pubblico, in grado di perseguire in maniera progressiva ed efficace gli obiettivi sopra indicati.

Nell'ambito di tale strumentazione normativa sono realtà significative: le Intese Stato-Regioni in materia sanitaria, il sistema di monitoraggio delle performance regionali e dei conti nazionali, i Piani di Rientro, il Sistema tessera Sanitaria (TS) e le disposizioni concernenti la razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi. [6]

I dati evidenziano che la sanità pubblica abbia chiuso nel 2014 l'esercizio in avanzo per il terzo anno consecutivo come mostrato in figura 1.6. Queste evidenze segnalano la capacità delle Regioni di coprire i disavanzi correnti, per quanto non sia possibile comprendere quanta parte dei disavanzi pregressi sia stata coperta nel tempo (debito accumulato).

Il sistema di finanziamento della sanità è rimasto così fortemente centralizzato, secondo un modello che vede lo Stato concordare con le Regioni l'ammontare dei trasferimenti erariali, con l'impegno poi delle stesse a finanziare con proprie risorse livelli di assistenza o inefficienze di gestione (figura 1.7).

Figura 1.6: Finanziamento e disavanzo 1990-2014. [7]

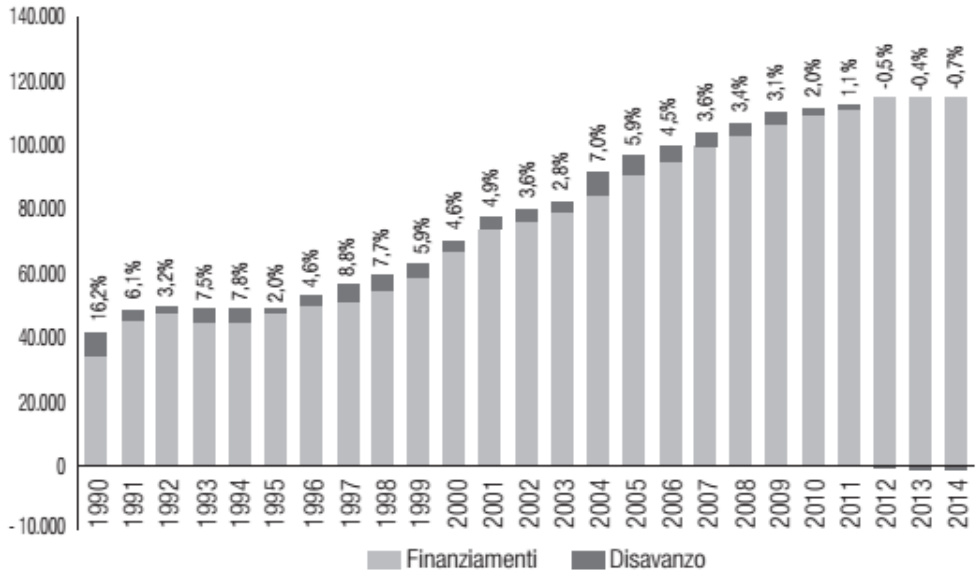
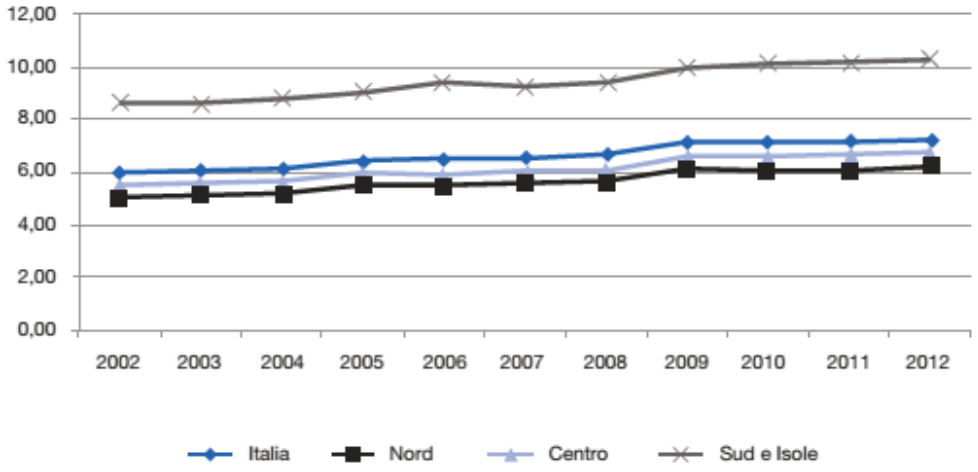


Figura 1.7: Finanziamento corrente lordo - Quota sul PIL per ripartizione geografica. Valori %. [8]



In sintesi, ad oggi il fabbisogno sanitario è finanziato dalle seguenti fonti (tabella 1.3):

- entrate proprie delle Aziende del servizio sanitario nazionale (ticket e ricavi derivanti dall'attività intramoenia dei propri dipendenti) significate da un importo definito e cristallizzato in seguito ad un'intesa fra Stato e Regioni;

- fiscalità generale delle Regioni: imposta regionale sulle attività produttive, IRAP nella componente di gettito destinata al finanziamento della sanità ed addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche, IRPEF;

- compartecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, che compartecipano al finanziamento sanitario fino a concorrenza del fabbisogno non soddisfatto dalle fonti descritte nei punti precedenti, ad eccezione della Regione Sicilia, per la quale l'aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario (legge 27 dicembre 2006, n. 296 art. 1, comma 830);

- bilancio dello Stato, che finanzia il fabbisogno sanitario, non coperto dalle altre fonti di finanziamento, attraverso la compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto, IVA (destinata alle Regioni a statuto ordinario), le accise sui carburanti ed il Fondo sanitario nazionale (di questo, una quota è destinata alla Regione Sicilia, mentre il resto finanzia complessivamente anche altre spese sanitarie vincolate a determinati obiettivi).

Tabella 1.3: Articolazione dei ricavi 2014 e variaioni 2013-2014. [7]

Ricavi	Miliardi di Euro (2014)	Variazione (2013-2014)
Irap e addizionale Irpef	35,58	−5,05%
Iva e accise benzina	56,87	5,04%
Ulteriori trasferimanti da pubblico e da privato	11,17	−3,84%
Riparto quota premiale 1,75%	1,92	347,37%
Ricavi e entrate proprie	3,01	−5,18%
FSN e Quote vincolate	4,34	3,09%
Costi capitalizzati	1,61	3,61%

Tale modello venne reiterato per il triennio 2014-2016 (cfr. Legge 23 dicembre 2014, n. 190) con il Patto per la salute 2014-2016 , in cui vengono prefissati i livelli di finanziamento per il triennio pari a 109.928 mln di euro per il 2014, 112.062 mln di euro per il 2015 e 115.444 mln di euro per il 2016, salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni quel quadro macroeconomico, invertendo la tendenza registrata nel 2013 in cui il finanziamento era diminiuto dell'1% rispetto all'anno precedente (figura 1.8). [6]

L'obiettivo del patto era di rendere il sistema sanitario sostenibile di fronte a nuove sfide: l'invecchiamento della popolazione, l'arrivo dei nuovi farmaci sempre più efficaci ma costosi e la medicina personalizzata, il tutto con la continuazione alla lotta agli sprechi e alle inefficienze. Un ulteriore obbiettivo era l'aggiornamento dei LEA, eliminando prestazioni e cure ormai obsolete e sostituirle con moderne cure più efficaci ed infine l'aggiornamento

del nomenclatore per garantire ai cittadini protesi moderne, in quanto fermo da 15 anni. [8]

Passando dall'analisi del rapporto intercorrente tra finanziamento e spesa sanitaria pubblica, è evidente come tra il 2007 ed il 2012, quest'ultima sia aumentata mediamente del'1,67% annuo, mentre il finanziamento corrente lordo del 2,2%, il tutto a fronte di una crescita media annua del PIL del 0,16%. Se si considerano le differenze percentuali tra le variazioni medie annue del finanziamento e della spesa, se ne ricava che mentre tra il 2002 ed il 2006 il finanziamento ha avuto una crescita media annua dello 0,22% inferiore a quella riportata dalla spesa, nel periodo 2007-2012 il fenomeno si inverte: il finanziamento ha presentato un incremento medio annuo dello 0,54% superiore a quello della spesa. Spostando il confronto tra le differenze nella crescita intercorrenti tra finanziamento ed il PIL, risulta che il primo, in entrambi i periodo considerati, ha avuto un aumento medio annuo più sostenuto del secondo (del 2,29% nel periodo 2002-2006) e del 2,05% tra il 2007 ed il 2012). Anche la spesa pubblica ha avuto un incremento medio anno più elevato di quello riportato dal PIL ed in entrambi i periodi (tabella 1.4). [8]

Tabella 1.4: Finanziamento corrente lordo, spesa sanitaria pubblica totale e PIL Variazioni medie annue e differenze %. Valori %. [8]

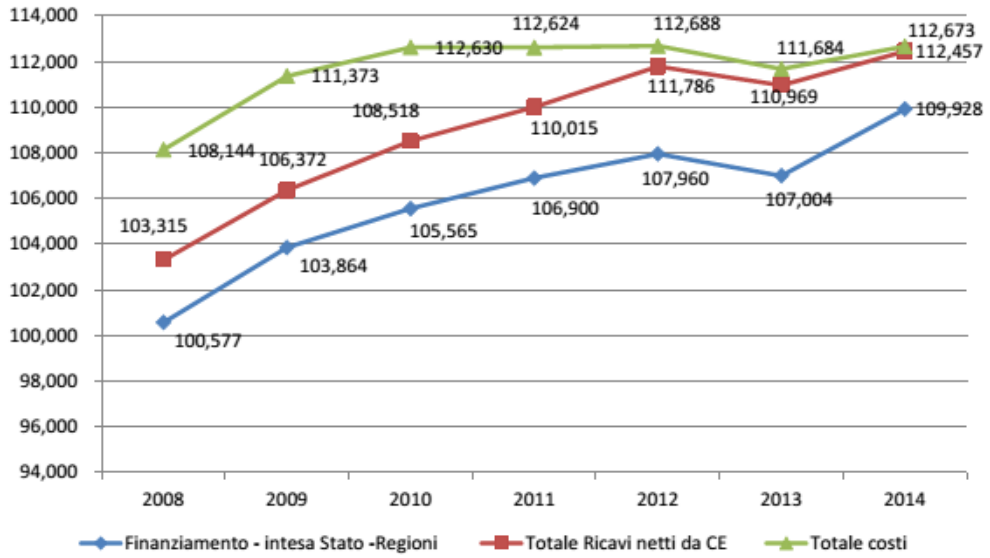
Italia	2006/2002	2012/2007
Finanziamento corrente lordo (var. media annua)	5.77	2.22
Spesa pubblica totale corrente (var. media annua)	6.00	1.67
Pil (var. media annua)	3.48	0.16
Fin. corr. lordo vs. spesa pub. (diff. % delle var. medie annue)	−0.22	0.54
Fin. corr. lordo vs. PIL (diff. % delle var. medie annue)	2.29	2.05

Per l'anno 2015 il livello di finanziamento complessivo cui concorre ordinariamente lo Stato, da destinare alla spesa del SSN, è stato definito in 109,715 miliardi di euro. In merito alla destinazione del finanziamento, lo stanziamento complessivo è diviso in quattro componenti:

- finanziamento indistinto: 106.932,28 mln di euro, destinato alla copertura del fabbisogno indistinto, generalmente riferito all'esecuzione delle prestazioni rientranti nei LEA;
- finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PP.AA: 1.855,52 mln di euro, destinato a veterinaria, borse di studio ai medici medicina generale, assistenza extracomunitari irregolari e per la medicina penitenziaria;
- finanziamento vincolato per altri enti: 652,91 mln di euro, destinati a IZS, CRI, Centro Nazionale Trapianti;
- accantonamenti: 274,29 mln.

Rispetto al 2014 il livello di finanziamento complessivo viene mantenuto allo stesso livello, invece che portarlo a 112.062 mln come indicato nel patto per la salute 2014-2016, mentre la quota i finanziamento indistinto aumenta del 1% rispetto al 2014, rispettando il trend assunto negli ultimi anni come mostrato in figura 1.8.

Figura 1.8: Finanziamento corrente a carico dello Stato, 2001-2014. Valori in milardi di euro. [9]



Capitolo 2

I Piani di rientro

Introdotti dalla Legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Legge Finanziaria 2005), i Piani di rientro cominciarono ad essere operativi a partire dal 2007, dopo un aggiornamento dei loro contenuti nel Patto per la salute 2007-2009.

I Piani di rientro si proposero come dei veri e propri programmi di ristrutturazione dei servizi sanitari regionali, in grado di rimuovere le cause degli squilibri di gestione e di dare opportuna sistemazione al debito accumulato. Per l'erogazione del Piano, la Regione poté avvalersi dell'Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali (AGENAS) e dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA).

La valutazione, il monitoraggio (ovvero se gli interventi programmati fossero effettivamente deliberati e attuati) e la verifica dei risultati furono affidati sostanzialmente al Ministero dell'Economia e delle Finanze e al Ministero della salute, mediante appositi organismi quali il Tavolo tecnico per il controllo sull'applicazione degli adempimenti regionali, relativamente agli aspetti economici e finanziari, ed al Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza e della corrispondenza ai livelli definiti delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie regionali. [10]

Nel caso in cui il Piano fosse ritenuto inadeguato, i programmi previsti non fossero attuati e/o i risultati non raggiunti, s'introdusse la procedura per il commissariamento da parte della Regione, con il riconoscimento del suo Presidente in qualità di *Commissario ad acta* e l'imposizione di ulteriori sanzioni. Il sistema previsto significò un forte impegno del livello centrale

di governo, a cui fu data la facoltà d'intaccare in modo significativo la stessa autonomia delle Regioni interessate. I Piani di rientro rimasero, anche successivamente al varo delle regole sul federalismo sanitario, lo strumento principale per imporre alle Regioni una sana gestione dei SSR. [10]

In tabella 2.1 sono mostrate le leggi che definirono il meccanismo dei Piani di rientro e del Commissariamento.

Tabella 2.1: Leggi relative a Commissariamento e Piani di rientro. [2]

Legge n. 311 del 30 dicembre 2004 (Legge finanziaria 2005)	Art. 1 commi 173-176
Legge n. 293 del 27 dicembre 2006 (Legge finanziaria 2007)	Art. 1 comma 796
Legge n. 222 del 29 novembre 2007	Art. 4
Legge n. 191 del 23 dicembre 2009 (Legge finanziaria 2010)	Art. 2 commi 75-97

Le Regioni che presentavano o presentano tutt'oggi un disavanzo di gestione, strutturale e significativo, pari al 5% delle risorse normalmente destinate a finanziare l'assistenza sanitaria regionale o che, anche in presenza di deficit inferiori, non abbiano le risorse fiscali o di bilancio sufficienti a ricoprire il disavanzo sono tenute ad adottarne uno. [10]

In tal modo, le Regioni hanno l'obbligo di attivare al livello massimo consentito dalla legislazione, le leve fiscali regionali, manovrando l'aliquota IRAP e l'addizionale regionale all'IRPEF, in modo da recuperare risorse aggiuntive da destinare alla copertura dei disavanzi della gestione sanitaria. All'inasprimento della fiscalità regionale, si aggiungono anche il blocco del *turn-over* del personale, l'efficientamento nel modello di acquisizione dei beni e servizi (in particolare, di prodotti farmaceutici e di altri beni sanitari), la rideterminazione dei posti letto ospedalieri per acuti e post acuti, la riorganizzazione della rete ospedaliera, la determinazione di tetti di spesa e budget per i soggetti erogatori privati e altre limitazioni all'autonomia di spesa. [6]

Nel 2007 adottarono tali Piani sette Regioni: Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia e la Sardegna, quest'ultima limitatamente all'accesso a quote premiali di finanziamento precedentemente non erogate. Ad eccezione della Liguria che nel 2009 completò il programma stabilito, le altre continuano ad oggi ad essere impegnate nei Piani di rientro.

Ad esse si aggiunsero successivamente la Calabria, il Piemonte e la Puglia, quest'ultima con la finalità di recuperare una parte di finanziamento, relativo agli anni precedenti, mai erogata per il mancato rispetto di obblighi normativi previsti. In figura 2.2 sono elencate le date e le delibere di approvazione del Piano per ogni Regione.

Tabella 2.2: Piani di rientro - Gli accordi. [11]

Regioni	Data stipula	Delibera di approvazione del piano
Lazio	28 febbraio 2007	DRG n. 149 del 6 marzo 2007
Abruzzo	6 marzo 2007	DRG n. 224 del 13 marzo 2007
Liguria	6 marzo 2007	DRG n. 243 del 9 marzo 2007
Campania	13 marzo 2007	DRG n. 460 del 20 marzo 2007
Molise	27 marzo 2007	DRG n. 362 del 30 marzo 2007
Sicilia	31 luglio 2007	DRG n. 312 del 1 agosto 2007
Sardegna	31 luglio 2007	DRG n. 30-33 del 2 agosto 2007
Calabria	17 dicembre 2009	DRG n. 908-09 del 23 dicembre 2009
Piemonte	29 luglio 2010	DRG n. 1-415 del 2agosto 2010
Puglia	29 novembre 2010	DRG n. 2624 del 30 novembre 2010

Attualmente risultano commissariate le seguenti Regioni: Lazio, Abruzzo, Campania, Molise e Calabria. La tabella 2.3 mostra quali Regioni hanno concordato la procedura dei piani di rientro, quelle in regime di commissariamento e i deficit prodotti.

L'Introduzione dei Piani di rientro ha portato ad un rallentamento significativo della spesa sanitaria. Nella tabella 2.4 sono riportati le dinamiche dei costi del settore, in termini di tassi percentuali di crescita dal 2001 al 2010, per il complesso del SSN, per le Regioni con piano di rientro e per le rimanenti. I dati riportati mostrano come a livello complessivo, dal 2007 si è registrato un dimezzamento della crescita dei costi sanitari, come mostrato in

Tabella 2.3: Piani di rientro, Commissariamento e deficit in milioni di euro. [2]

Regioni		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Commissariamento
Abruzzo	PdR	x	x	x	x	a	x	x	x	si
	deficit	151	123	95	6					
Calabria	PdR			x	b	x	x	x	x	si
	deficit	170	202	232	67	110				
Campania	PdR	x	b	x	x	x	x	a	x	si
	deficit	864	815	789	478	245				
Lazio	PdR	x	x	x	x	x	x	x	a	si
	deficit	1635	1665	1396	1031	775				
Liguria	PdR	x	x	x	a					no
	deficit	142	110	105	90	143	13	78	73	
Molise	PdR	x	x	x	b	b	x	x	b	si
	deficit	67	70	64	58	37	33	70	37	
Piemonte	PdR				x	x	x	x	b	no
	deficit									
Puglia	PdR				x	x	x	x	a	no
	deficit	313	358	302	322	108				
Sardegna	PdR	x	x	b	x	x	x	x	x	no
	deficit	22	183	230	149	173				
Sicilia	PdR	x	x	x	x	x	x	x	x	no
	deficit	574	262	200	31	13				

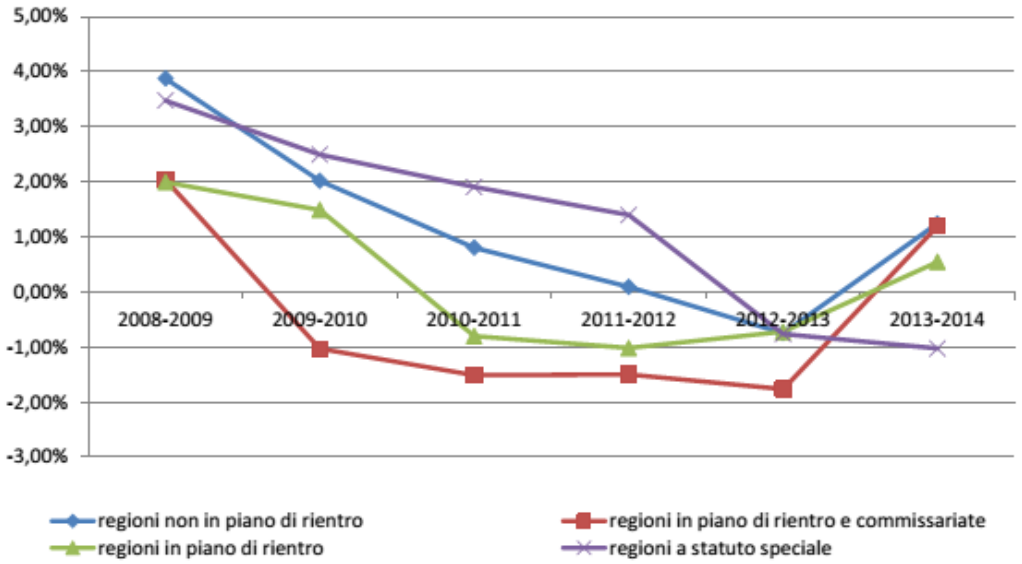
a: Valutazioni positive; b: Valutazioni negative

tabella 2.4. Mentre la figura 2.1 mostra l'andamento della spesa sanitaria nel periodo 2008-2014. [10]

Tabella 2.4: La dinamica dei costi del SSN (Tassi di crescita medi annui). [10]

	2001-2006	2007-2010
Regioni con PdR	7,4	0,4
Regioni senza PdR	6,1	3,4
Totale	6,6	2,4

Figura 2.1: Spesa sanitaria corrente (variazione percentuale annua). [9]



Non va però taciuto il dato preoccupante che tra le Regioni solo la Liguria abbia completato il percorso di risanamento intrapreso. Le altre non lo hanno completato, contrariamente agli impegni originari e continuarono a presentare significativi disavanzi di gestione e solo nell'ultimo triennio la maggior parte di esse presentarono un bilancio in attivo. Si può individuare il limite delle procedure descritte nel fatto che esse affidano alla Regione e al suo massimo rappresentante, il Presidente della Giunta, il compito di gestire il ritorno alla normalità gestionale che egli stesso ha contribuito ad alterare; con la sola penalizzazione di avere un assessore in meno e di assumerne le funzioni. Una soluzione concreta può essere allora quella di nominare un Commissario,

super partes, che nulla abbia a che vedere con le gestioni passate, con i gruppi politici e di potere di qualsiasi area e che non abbia interessi sul territorio. [2]

Tale soluzione, a lungo invocata da coloro che vedono nell'occupazione partitica della sanità un pericolo per la salute e per i diritti dei cittadini, è stata finalmente adottata con la Legge di Stabilità 2015, ove, al comma 569, è crevisto che il Commissario sia persona che non abbia vincoli istituzionali nella regione, anche se questo vale solo per il futuro e i precedenti Commissari-Presidenti non vengono toccati.

Capitolo 3

I criteri di riparto del finanziamento tra le Regioni

Dopo aver illustrato in generale il sistema di finanziamento in atto, si vuole ora affrontare il problema dei criteri di applicazione nella determinazione della quota da assegnare a ciascuna Regione, quali il bisogno sanitario della popolazione e la congruità dei costi dei servizi a soddisfazione dei bisogni stessi. [12]

Relativamente al primo elemento, il bisogno sanitario, esso può essere scomposto in tre parti: la prima, relativa alla configurazione dell'area stessa (l'intera nazione, una sua regione, ecc.) e alle sue caratteristiche ambientali, climatiche, abitative; la seconda riferita alla popolazione nel suo insieme; la terza, intesa come somma di tutti i bisogni specifici sanitari: di prevenzione, di cura, di assistenza, di riabilitazione. [13]

La valutazione del bisogno avviene per lo più seguendo tre alternative. La prima ritiene che i consumi siano una funzione lineare dei bisogni, per cui rilevando i tassi di utilizzo si potrebbe calcolare i livelli di bisogno. Le critiche a questa modalità sono numerose e vertono sulla non veridicità dell'ipotesi iniziale: infatti molti dei consumi di una popolazione non sono legati a veri bisogni, bensì indotti dal sistema dell'offerta o da atteggiamenti culturali che poco hanno a vedere con i bisogni reali stessi. [13]

La seconda alternativa reputa invece che il bisogno possa esser misurato attraverso la prevalenza delle patologie. I problemi che derivano da tale

impostazione sono essenzialmente due: il primo è originato dall'indisponibilità di dati certi sul totale delle patologie. Se infatti per alcune patologie, come ad esempio i tumori, ciò è relativamente semplice, per altre patologie, clinicamente meno gravi ma economicamente più gravose, è oggi impossibile avere una stima attendibile. Il secondo problema riguarda invece il fatto che molte patologie siano riconosciute e classificate come tali, solo in presenza di servizi sanitari efficienti. E' infatti dimostrato che il rilevare la prevalenza di determinate patologie sia determinato dal tasso di ricorso ai servizi per la loro presenza e non viceversa. [13]

La terza alternativa, infine, propone di stimare il bisogno attraverso i suoi determinanti principali, quali l'età ed il genere dei soggetti in primo luogo, ma anche la disponibilità di risorse, le attività lavorative, l'istruzione, il disagio sociale, ecc. Con tale metodo non si può stimare il valore assoluto del bisogno, ma solo i suoi differenziali proporzionali tra le categorie di soggetti, individuate dai determinanti stessi. E per far questo si ipotizza che il consumo sia determinato dal bisogno reale in funzione dei determinanti e che poi ci siano altri fattori che l'aumentano o lo diminuiscono, agendo in modo moltiplicativo senza interazioni con i determinanti stessi.

Una volta individuati i determinanti del bisogno, si può definire la quota capitaria come l'ammontare delle risorse necessarie per soddisfare i bisogni di salute di una data persona, con certe caratteristiche, per un dato periodo. Il calcolo della quota capitaria risponde all'esigenza di poter disporre *ex-ante* di un finanziamento adeguato, attraverso il meccanismo dell'aggregazione dei rischi, che copra *ex-post* la spesa sanitaria sostenuta dai soggetti colpiti dall'evento sfavorevole. La quota capitaria rappresenta quindi la spesa attesa di un individuo. [14]

La struttura sintetica della formula per il calcolo del fabbisogno finanziario (Fb) ponderato della Regione (j) è:

$$Fb_j = P_j \cdot b_{ij} \cdot s_n \tag{3.1}$$

dove P_j indica la popolazione residente (dimensione regionale), b_{ij} è l'indicatore dei bisogni sanitari (i), calcolato moltiplicando la composizione regionale

per indici di peso nazionali, derivanti da consumi sanitari nazionali (per farmaci, specialistica e ospedaliera) e s_n il valore finanziario standard (quota capitaria semplice) per ogni funzione di spesa.

Una volta determinato il fabbisogno regionale sarà possibile calcolare la quota γ della Regione j che verrà applicata al finanziamento nazionale prefissato (G), per ricavare il finanziamento regionale (G_j).

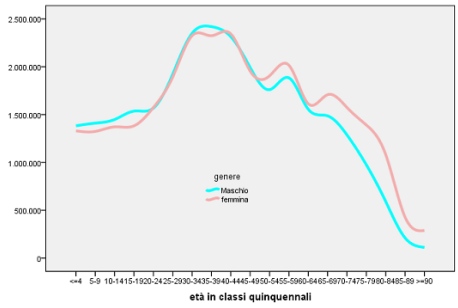
$$\gamma_j = \frac{Fb_j}{\sum_{j=1}^{21} Fb_i} \tag{3.2}$$

$$G_j = \gamma G \tag{3.3}$$

3.1 I determinanti del bisogno

Genere Come risaputo, nascono più maschi, ma sopravvivano più femmine e quindi per alle varie età le percentuali sono differenti come mostrato in figura 3.1.

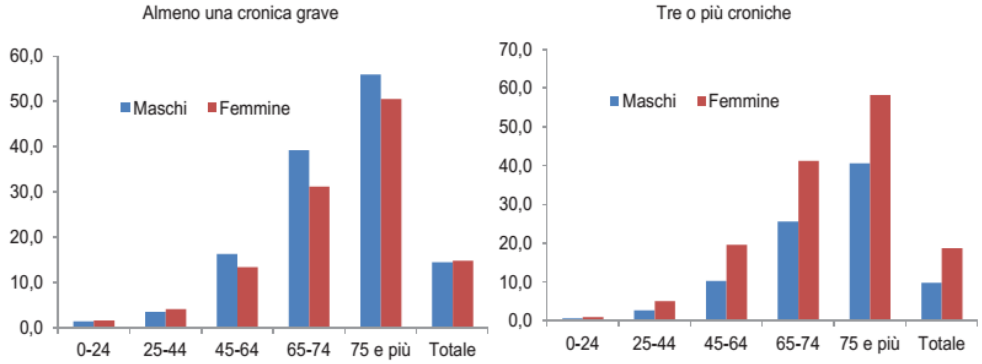
Figura 3.1: Distribuzione per sesso e per classi d'età. [13]



Le differenze di genere del fabbisogno ci sono, ma non sono accentuate: l'indice di cronicità è maggiore, seppur di poco, nelle donne a tutte le età (figura 3.2); mentre l'uso dei servizi evidenzia un surplus di consumi nelle donne in età riproduttiva e nei maschi appartenenti alle classi di età più avanzata (figura 3.3).

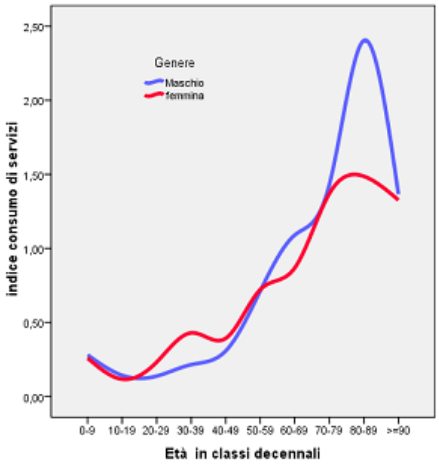
L'esperienza ha evidenziato che la correzione per genere delle quote regionali del riparto è del tutto ininfluente, perché non determina quasi nessun

Figura 3.2: Popolazione con almeno una malattia cronica grave o con tre o più malattie croniche per sesso e classe d'età. [15]



cambiamento a causa della scarsa variabilità tra i generi e considerando anche il fattore età. [12]

Figura 3.3: Indice consumo dei serviti per sesso e classe d'età. [13]

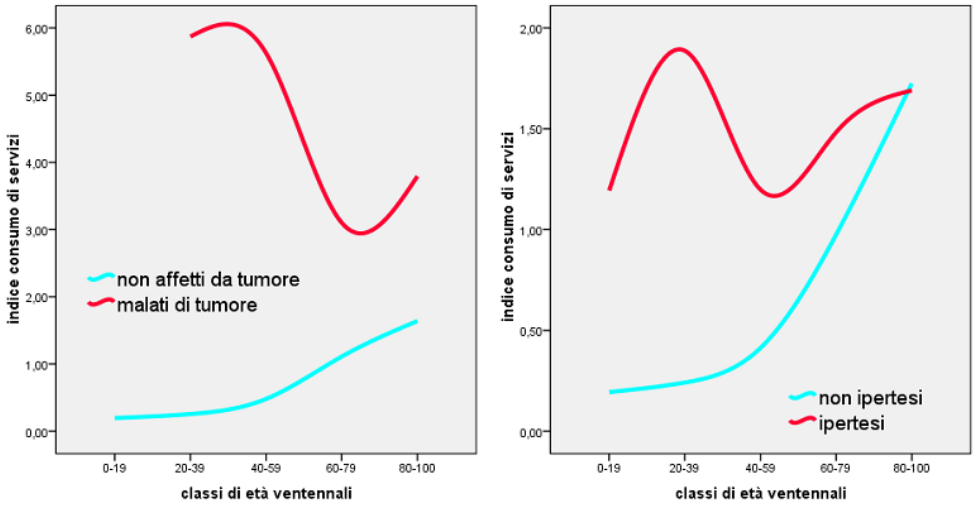


Età L'età è sicuramente il determinante di gran lunga più importante, in quanto per diverse fasce d'età si hanno diversi indici di consumo dei servizi. La composizione delle fasce d'età varia notevolmente da Regione a Regione. La media italiana di persone con più di 65 anni è del 21,7% e da questo dato si possono individuare Regioni "vecchie" come la Liguria (28%), Friuli (25,1%) e Regioni "giovani" come la Campania (17,6%), Bolzano e la Sicilia (19%).

La ponderazione per consumi per classi d'età sarà favorevole alle "Regioni vecchie", per il maggior peso della classe che consuma maggiormente servizi.

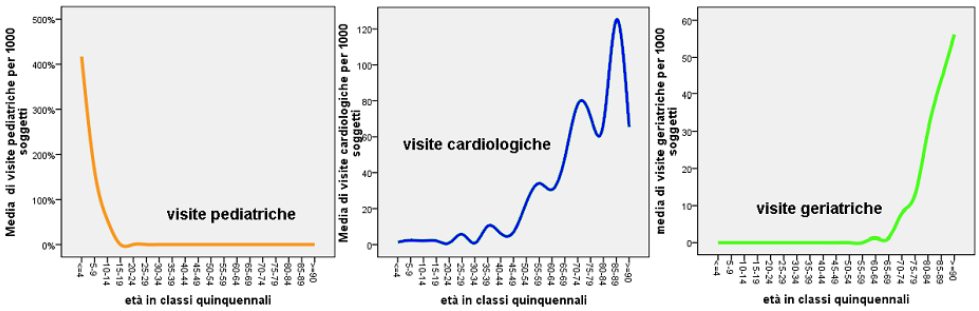
Per esempio, esaminando i dati ISTAT risulta che i malati di tumore consumano di più se giovani e che gli ipertesi hanno un andamento simile rispetto all'età. La prevalenza di tumore e di ipertensione crescono poi notevolmente al crescere dell'età (figura 3.4).

Figura 3.4: Indice consumo servizi di malati di tumore e ipertesi. [13]



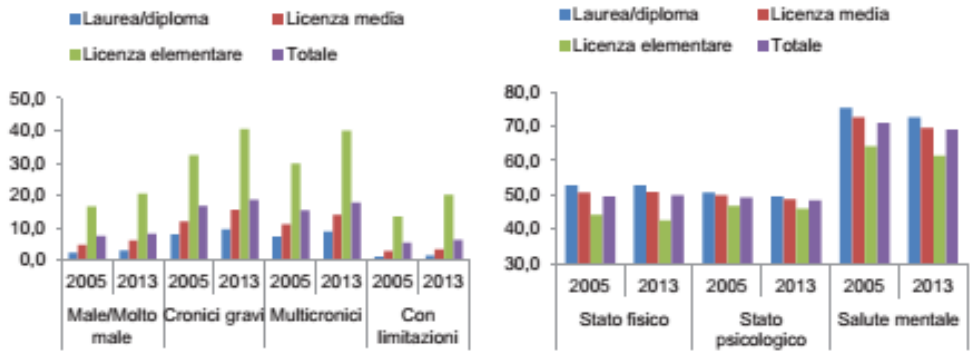
Ci sono inoltre servizi e prestazioni che riguardano specificamente solo i giovani ed altri che riguardano solo gli anziani, come mostrato in figura 3.5.

Figura 3.5: Consumo per classi d'età di visite pediatriche, cardiologiche e geriatriche. [13]



Istruzione, occupazione, indigenza Esistono poi altre variabili individuali, che determinano un consumo di servizi differente. Per esempio, le condizioni di salute dipendono spesso dalla situazione economica dell'individuo, ma talvolta l'accesso ai servizi, indipendentemente dalla salute, è condizionato dalla condizione sociale e culturale dall'individuo (figura 3.6).

Figura 3.6: Persone che hanno dichiarato di stare "Male\Molto male", con almeno una malattia cronica grave, con tre o più, per livello di istruzione; Indice di stato fisico, di stato psicologico e di salute mentale, per livello di istruzione. [15]



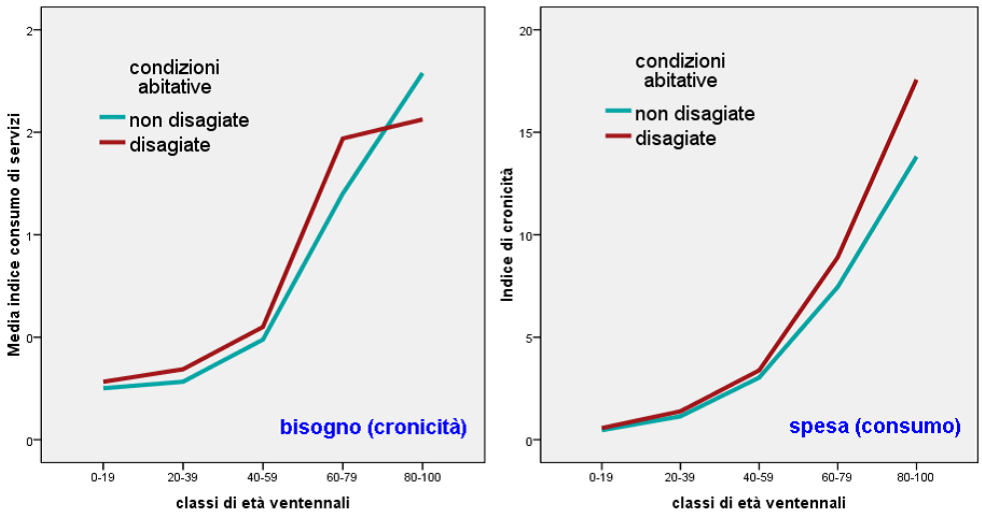
L'aver conseguito ad esempio un certo titolo di studio, anche indipendentemente dall'età, evidenzia importanti differenze nel prevalere di malattie croniche e conseguentemente, nell'utilizzo dei servizi sanitari.

Considerazioni vanno fatte egualmente per il dato relativo all'occupazione lavorativa che sino ai 40 anni non sembra influenzare la salute, mentre dopo gli 80 inverte addirittura la frequenza di utilizzo dei servizi. Anche le condizioni abitative disagiate, segno prevalentemente di povertà, determinano un aumento del bisogno e dei consumi (figura 3.7).

Emerge quindi con chiarezza l'esistenza di un insieme di fattori socio-economici, che determina un disagio sanitario e quindi un aumento nella domanda dei servizi; riunendo insieme tali diverse informazioni si è elaborato un indicatore, chiamato tradizionalmente di "deprivazione", che sta a significare la mancanza di tutte quelle risorse culturali, sociali, economiche, necessarie per mantenersi in buona salute.

La distribuzione della deprivazione evidenzia le carenze socio economiche del Sud Italia, tanto che le Regioni con maggiore deprivazione risultano essere

Figura 3.7: Indice di consumo dei servizi e indice di cronicità per classi di età ventennali in condizioni disagiate e non disagiate. [13]



la Campania, la Sicilia e la Puglia. [12]

Mortalità La componente mortalità è stata inserita nel passato nella formula per il riparto. La ragione per cui venne inserita è duplice: da una parte si ritene che possa essere un rifermimento dell'immagine epidemiologica e dall'altra in considerazione del fatto che si hanno costi più elevati dell'assistenza in prossimità del decesso. [12]

3.2 Evoluzione storica

Fino agli anni novanta, le diponibilità finanziarie per il SSN erano assegnate alle Regioni sostanzialmente sulla base di criteri consolidatisi negli anni. Eventuali disavanzi di bilancio venivano ripianati successivamente ponendoli a carico dello Stato, mentre gli avanzi di gestione rimanevano a disposizione delle Regioni. Il metodo basato su criteri storici, ovvero riprodurre le stessa aliquote di ripartizione tra le Regioni utilizzate nei precedenti esercizi finanziari, magari corrette per i disavanzi manifestatasi, senza alcuna attenzione all'attività svolta, premiava i produttori delle aree meno efficienti, che ricevevano risorse in eccesso rispetto alla quantità ed alla qualità dell'assistenza

fornita. In seguito, il rigore imposto dal risanamento della finanza pubblica e la responsabilizzazione delle Regioni sulla spesa sanitaria, costrinsero il legislatore a introdurre specifiche regole per il finanziamento della sanità delle Regioni. [16]

La necessità di meglio cogliere la portata del bisogno sanitario determinò così il tentativo di ribaltare l'ottica del criterio di finanziamento. Da un orientamento rivolto all'offerta si passò così ad altro, indirizzato alla domanda,con il criterio della quota capitaria pesata (o ponderata). Ad ogni Regione venne infatti assegnato un ammontare di risorse finanziarie correnti, proporzionali alla numerosità della propria popolazione, arrivando poi ad una correzione, basata sui bisogni espressi. Il risultato è una popolazione regionale "pesata" (inferiore, uguale o superiore, alla popolazione reale in funzione di come giocano i criteri di pesatura adottati), da cui si ricavavano le quote d'accesso al fondo per le Regioni. In pratica, si finì con il dare maggiore peso ai cittadini più anziani, supponendo che essi consumino più risorse. [17]

Nelle tabelle 3.1, 3.2 e 3.3 sono riportate le serie storiche dei pesi utilizzati. Essi contengono implicitamente, per come sono stati calcolati, degli standard sia di quantità di prestazioni sia di costo delle prestazioni per ogni fascia d'età.

Tabella 3.1: Serie storica dei cosiddetti "pesi" - Ospedaliera. [18]

Ospedaliera					
Età	1997		2003	2007	2010
	M	F			
Tot					
0-1	3.250	3.250	2.677	2.539	3.028
1-4	0.570	0.570	0.380	0.376	0.375
5-14	0.370	0.370	0.267	0.254	0.229
15-24	0.520	0.620	0.339	0.392	0.370
25-44	0.520	0.620	0.577	0.567	0.530
45-64	1.050	2.030	1.700	2.105	2.095
65-75	2.030	2.030	1.700	2.105	2.095
75+	2.940	2.940	2.400	3.025	2.941

Tabella 3.2: Serie storica dei cosiddetti "pesi" - Specialistica. [18]

Specialistica				
Età	1997	2003	2007	2010
Tot				
0-1	1.200	0.210	0.242	0.530
1-4	1.100	0.201	0.204	0.263
5-14	1.000	0.210	0.165	0.318
15-24	1.000	0.300	0.228	0.438
25-44	1.000	0.300	0.363	0.702
45-64	1.300	0.550	0.573	1.169
65-75	1.600	1.000	1.000	2.061
75+	2.000	0.800	0.897	1.846

Tabella 3.3: Serie storica dei cosiddetti "pesi" - Farmaceutica. [18]

Farmaceutica						
Età	1997		2003		2004	
	M	F	M	F	M	F
Tot						
0-1	1.000	1.000	0.730	0.730	1.000	1.000
1-4	1.000	1.000	0.730	0.730	0.964	0.964
5-14	1.000	1.000	0.378	0.380	0.695	0.695
15-24	1.000	1.000	0.470	0.710	0.693	0.771
25-44	1.000	1.000	0.470	0.710	0.693	0.771
45-64	1.700	1.700	1.200	1.200	2.104	2.104
65-75	2.200	2.200	1.960	1.960	4.176	4.176
75+	3.500	3.500	2.330	2.330	4.290	4.290

In seguito, a motivo del mancato accordo sul sistema di pesatura da utilizzare, si adottò il criterio basato sulla quota capitaria secca (ovvero il finanziamento proporzionato ai cittadini residenti, senza correzioni), scelta questa che si è protrasse fino al 1996. [18]

Dalla verifica dell'esistente, scaturì così la necessità di individuare sistemi meno approssimativi, sia sotto il profilo dell'attribuzione del fabbisogno sia della valutazione dell'assistenza erogata nelle varie Regioni. [16]

La legge 23 dicembre 1996, n. 662 statuì gli elementi da considerare in

sede di riparto fra Stato e Regioni, sancendo il ritorno alla quota capitaria pesata, per la cui pesatura indicò precisi criteri quali: "popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle Regioni e indicatori epidemiologici territoriali" (art. 1, c. 34), manifestando così la volontà di superare l'indeterminatezza del precedente sistema, privo di riferimenti oggettivi e d'indicare il bisogno sanitario come principio guida nell'allocazione delle risorse. [16]

Tali scelte furono dettate dalla situazione contingente, caratterizzata da una notevole variabilità della spesa e dei disavanzi pro-capite, nonché dalla presenza di alcune Regioni in avanzo. Nei primi anni novanta, infatti i dati statistici riportarono una spesa corrente per abitante variabile da +15-17% rispetto alla media nazionale (in Liguria e Emilia Romagna) a –16-18% (in Basilicata e Calabria), in generale le Regioni del Nord presentavano livelli di spesa sanitaria pubblica superiori alla media. I disavanzi furono maggiori nelle Regioni con spesa più elevata (raggiungendo valori pro-capite anche doppi rispetto alla media), mentre alcune Regioni chiusero in avanzo (ad esempio, nel 1994, Basilicata e Calabria). [16]

Il passaggio dalle due distinte quote capitarie (secca e pesata) mostrato in tabella 3.4, produsse risultati consistenti, spostando circa il 1.64% del finanziamento dalle Regioni del Sud a quelle del Centro-Nord (in particolare +1.07% verso il Nord, +0.57% verso il Centro). Basti pensare che oggi in termini monetari l'impatto dei livelli di finanziamento raggiunge 1.8 miliardi di euro. [18]

La nozione di bisogno, introdotta dalla Legge 662/96, si propose come un mix fra condizioni di salute, indicatori epidemiologici e domanda soddisfatta di prestazioni sanitarie.

Il tema dell'efficienza nell'organizzazione dei servizi sanitari non fu tuttavia incorporato nella formula di riparto. La norma tenne utilmente separate le questioni rilevanti ai fini della determinazione dei fabbisogni finanziari da quelle relative all'impiego delle risorse. Tale sistema di allocazione non fu certo l'unico, né il principale responsabile delle carenze registrate in alcune entità territoriali, ma certamente non riuscì a promuovere comportamenti

Tabella 3.4: Simulazioni quote di finanziamento. [18]

Regione	Quota capitaria secca 1997 %	Quota capitaria pesata 1997 %	Variazione %
Nord	44.49	45.56	1.07
Centro	19.16	19.66	0.57
Sud	36.35	34.78	−1.64
Piemonte	7.46	7.76	0.3
Valle d'Aosta	0.21	0.21	0.00
Lombardia	15.65	15.58	−0.07
Bolzano	0.79	0.76	−0.03
Trento	0.81	0.81	0.00
Veneto	7.78	7.78	0.00
Friuli	2.07	2.19	0.12
Liguria	2.85	3.14	0.29
Emilia-Romagna	6.87	7.33	0.46
Toscana	6.14	6.54	0.4
Umbria	1.43	1.53	0.1
Marche	2.54	2.66	0.12
Lazio	9.04	8.93	−0.11
Abruzzo	2.21	2.25	0.05
Molise	0.57	0.59	0.02
Campania	10.05	9.34	−0.71
Puglia	7.13	6.79	−0.34
Basilicata	1.07	1.04	−0.03
Calabria	3.62	3.48	−0.14
Sicilia	8.81	8.52	−0.29
Sardegna	2.90	2.77	−0.13

esemplari. [16]

In seguito il sistema di riparto introdotto nella seconda metà degli anni novanta ed adottato fino al 2005, utilizzò, oltre alla popolazione residente, tre fattori di correzione del fabbisogno regionale: la struttura per età della popolazione (applicata su circa il 77% della spesa, sulla base di profili di consumo differenziati per classi d'età e tipologie di assistenza); la mortalità infantile e perinatale (applicate al 5% della spesa) e la densità della popolazione (utilizzata su una quota di spesa inferiore al punto percentuale). I primi due fattori cercarono di catturare differenziali di fabbisogno di prestazioni sanitarie, il terzo fattore introdusse invece elementi legati al costo di fornitura delle prestazioni. [16]

A partire dal 2006, tale formula venne modificata eliminando i fattori legati alla mortalità ed alla densità della popolazione e riducendo drasticamente il ruolo della struttura d'età. La normativa stabilì che fosse il Governo ad avviare la procedura di riparto, attraverso la presentazione di una proposta, in base alla quale raggiungere l'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni. I radicali mutamenti introdotti nel 2006 furono il risultato delle modifiche proposte dal ministro pro tempore che, sensibile alle richieste di alcune Regioni, potenziò il criterio della quota capitaria secca (non ponderata). Nell'arco di un anno alcune quote d'accesso aumentarono nell'intorno di due decimi di punto percentuale (Lombardia, +0,20% e Campania, +0,23%) e altre si ridussero (Liguria -0.16%, Toscana -0.15%), come mostrato in tabella 3.5. Ebbe così inizio una fase di contrapposizione fra due gruppi di Regioni: quelle in equilibrio e quelle in forte disavanzo. [16]

Dal X Rapporto Sanità 2014 CREA, i numeri indice a base fissa annuali (Italia=100) del finanziamento lordo pro-capite, riportati per il periodo 2003-2012, (figura 3.8), mostrano che nel Nord si registrava un valore superiore alla media italiana, nelle Regioni del Centro, invece, il finanziamento convergeva verso la media italiana fino al 2008 per poi cominciare a crescere discostandosene e riportandosi, nel 2012, ai valori del 2003. Il trend del finanziamento lordo pro-capite nell'Italia meridionale si trovava costantemente al di sotto del dato medio nazionale. Tale differenza di ripartizone tra Regioni rispecchiava in sostanza le differeze demografiche regionali, in quanto la quota capitaria

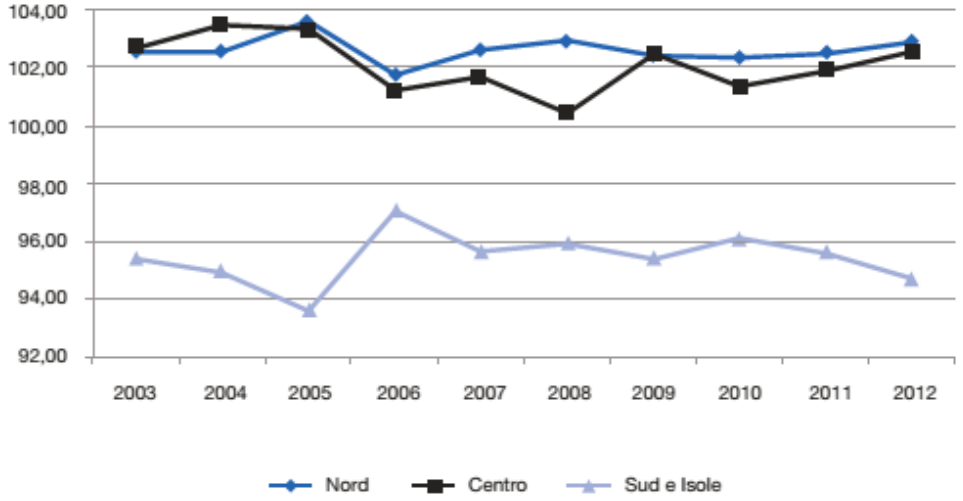
Tabella 3.5: Quote d'accesso regionali del Fondo Sanitario Nazionale per gli anni 2005 e 2006. [19] [20]

Regioni	Quota d'accesso 2005 %	Quota d'accesso 2006 %	Variazione %
Piemonte	7.70	7.58	−0.12
Valle d'Aosta	0.21	0.21	0.00
Lombardia	15.86	16.06	0.20
Bolzano	0.77	0.80	0.02
Trento	0.83	0.85	0.02
Veneto	7.92	8.04	0.12
Friuli Venezia Giulia	2.15	2.12	−0.03
Liguria	3.04	2.88	−0.16
Emilia Romagna	7.39	7.30	−0.09
Toscana	6.51	6.35	−0.15
Umbria	1.54	1.51	−0.03
Marche	2.68	2.66	−0.02
Lazio	9.03	8.97	−0.06
Abruzzo	2.27	2.25	−0.02
Molise	0.58	0.56	−0.02
Campania	9.26	9.49	0.23
Puglia	6.69	6.79	0.09
Basilicata	1.03	1.01	−0.01
Calabria	3.39	3.38	−0.02
Sicilia	8.39	8.40	0.01
Sardegna	2.74	2.78	0.04

Fonte: Gazzetta Ufficiale, Deliberazione n. 140/2006, Deliberazione n. 47/05

era calcolata sulla base della diversa struttura demografica delle popolazioni residenti nelle diverse Regioni. [8]

Figura 3.8: Finanziamento corrente lordo pro-capite. Numeri indice, 2003-2012. [8]



E fu proprio per sanare tale dissidio che furono inserite le innovazioni previste dalla Legge delega in materia di federalismo fiscale (Legge 5 maggio 2009, n. 42) e dal Decreto attuativo sui costi e fabbisogni standard (Decreto Legislativo 26 novembre 2010, n. 216). Per il finanziamento dei livelli essenziali di prestazione (LEP), la L. 42/2009 dispose all'art. 2, c. 2, lett. *m* "il superamento graduale (...) del criterio della spesa storica a favore del fabbisogno standard", nonché all'art. 8, c. 1, lett. *b* il "rispetto dei costi standard" nella "determinazione delle spese".

L'innovazione della Legge medesima fu l'introduzione dei costi standard anche in tale ambito. La norma trasse origine dalla necessità di modificare i sistemi di finanziamento della sanità, in modo da evitare che le inefficienze di alcune Regioni ricadessero sui contribuenti di tutte le altre ed in particolare di quelle virtuose.

Dopo quasi 25 anni, il principio di responsabilità divenne un vero e proprio strumento educativo per gli amministratori locali, che mirava ad un innalzamento dell'efficienza dell'amministrazione nell'invarianza del carico fiscale complessivo. La previsione della l. 42/2009 significò quindi il superamento della pratica del ripiano, fatto a *piè di lista*, in base alla spesa storica, che,

negli anni ha incentivato il perpetuarsi di sprechi. Il nuovo orientamento legislativo favorì un cambiamento di tendenza, che segnò il passaggio dalle istanze equitative, rappresentate dal criterio di riparto fondato sulla quota capitaria pesata, alle istanze di efficienza, riassunte nei principi di responsabilità e di autonomia regionale in materia sanitaria. [18]

3.3 La disciplina dei costi e fabbisogni standard

In seguito, il Decreto Legislativo 6 maggio 2011, n. 68 su costi e fabbisogni standard in sanità introdusse, rispetto al sistema di riparto fra le Regioni delle risorse destinate ai livelli di assistenza in vigore dagli anni novanta, due innovazioni: il depotenziamento della ponderazione della quota capitaria per (sole) classi di età della popolazione e l'individuazione di Regioni *benchmark*. La prima innovazione volle, ma senza successo, stemperare il conflitto Nord-Sud. La seconda fu ininfluente sull'allocazione delle risorse, posto che il finanziamento complessivo fosse determinato preventivamente. Poca attenzione fu riservato infine al sistema di ponderazione, fondato sui determinanti dei bisogni, ovvero su quei fattori predittivi degli stati patologici da assumere come guida prevalente del processo di riparto delle risorse. [16]

In base a tale Decreto, il fabbisogno complessivo della sanità è un dato "determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria". Si parte così da un livello programmato di finanziamento complessivo "che costituisce il valore di risorse destinabile al finanziamento del Servizio sanitario nazionale che il Paese è nella condizione di assicurare per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza" (art. 26, c. 1). Il livello di finanziamento non è determinato come somma del costo delle varie prestazioni (livelli essenziali di assistenza), ma determinato a monte da una decisione politica, nel corso del processo di formazione del bilancio pubblico, con un approccio già alla base della formulazione dei c.d. Patti per la salute tra Governo e Regioni.

Il Decreto conferma i tre tradizionali macrolivelli, identificati nell'assistenza sanitaria collettiva (5%), nell'assistenza distrettuale (51%) e nell'assistenza

ospedaliera (44%) e ne definisce il ruolo di primo indicatore, cui tutte le Regioni devono adeguarsi e da cui partire per l'allocazione delle risorse. L'assegnazione del finanziamento è elaborato oggi a partire da un set di tre Regioni che costituiscono il *benchmark* di riferimento, scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, perché in possesso di bilancio finanziario in equilibrio. [21]

In tali Regioni, con esclusione di quelle sottoposte ai piani di rientro, nel "secondo esercizio precedente a quello di riferimento", la spesa è stata equivalente alle risorse ordinarie attribuite al finanziamento dei LEA. Per tale selezione fra le diverse Regioni non è però sufficiente il pareggio di bilancio: gli indicatori finanziari sono infatti accompagnati da indicatori di valutazione di appropriatezza, di efficienza (rispetto dell'erogazione dei LEA) e qualità dei servizi, oltre all'esigenza di garantire rappresentatività in termini di appartenenza geografica al Nord, al Centro e al Sud, con almeno una Regione di piccola dimensione geografica.

Il Decreto stabilisce ancora che, a partire dal 2013, il fabbisogno standard delle singole Regioni a statuto ordinario è ottenuto applicando a tutte le Regioni la standardizzazione dei costi rilevati nelle tre Regioni di riferimento. In particolare il costo standard è espresso per ciascun macrolivello dalla media della spesa pro-capite pesata registrata a livello aggregato nelle tre Regioni *benchmark*, da applicare alla popolazione pesata di tutte le Regioni. In dettaglio "le pesature sono effettuate con pesi per classi di età considerati ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento" (art. 27, c.7). In tabella 3.6 sono riportati i pesi utilizzati nel 2015, riferiti al 2011. [16]

Tabella 3.6: Pesi del 2011 suddivisi per fasce d'età. [22]

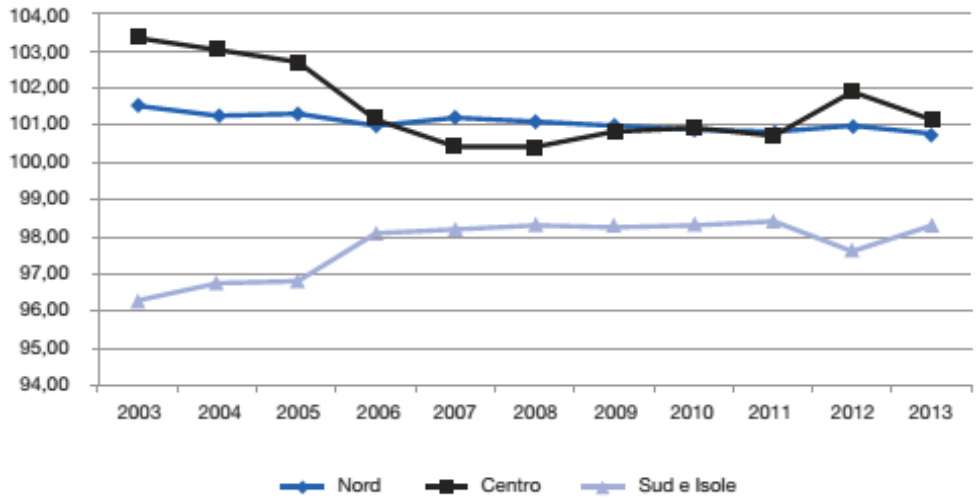
Livello di assistenza	meno di 1 anno	da 1 a 4 anni	da 5 a 14 anni	da 15 a 24 anni	da 25 a 44 anni	da 45 a 64 anni	da 65 a 74 anni	oltre 75 anni
Specialist.	0,391	0,288	0,341	0,382	0,627	1,123	2,155	2,136
Ospedal.	3,184	0,364	0,234	0,371	0,544	0,923	2,047	2,844

Il Decreto elimina così la possibilità di tener conto anche di indicatori relativi a particolari situazioni territoriali, ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari. Dalla media dei costi standardizzati delle Regioni *benchmark* è possibile pertanto ricostruire il fabbisogno standard regionale che, rapportato al fabbisogno standard nazionale, costruito per somma, definisce la quota d'accesso al finanziamento precedentemente determinato. [16]

Un periodo di transitorio di cinque anni permette alle Regioni di convergere verso le percentuali di costo e fabbisogno identificate nella programmazione nazionale, cioè il 5% per l'assistenza collettiva, il 51% per quella distrettuale e il 44% per quella ospedaliera. La novità di vincolo al rispetto di quote per macrolivelli potrebbe favorire il recupero di efficacia e efficienza soprattutto in quelle Regioni, in cui perdurano dei servizi sanitari fondati su una costosa assistenza ospedaliera. [16]

In figura 3.9, osservando il 2013, primo anno di applicazione dei costi standard, in termini di fabbisogno, la situazione restò immutata. Il finanzaimento pro-capite del Sud continuò ad essere inferiore a quello delle Regioni centro-settentrionali per effetto della demografia meridionale. [8]

Figura 3.9: Fabbisogno indistinto pro-capite. Numeri indice, 2003-2013. [8]



3.4 Calcolo del riparto regionale attraverso i costi standard

Attualmente il riparto avviene sulla base di un criterio misto popolazione assoluta/popolazione pesata. In particolare, considerando i tre macrolivelli: per l'assistenza collettiva (5%) si usa la popolazione assoluta; per l'assistenza distrettuale (51%) si usa la popolazione pesata solo per la componente assistenza specialistica (13,30%), mentre per la farmaceutica (11,78%) il riparto avviene con l'applicazione di tetti di spesa e per le altri componenti (medicina di base (7%) e territoriale (18,92%)) sulla base di popolazione assoluta; per l'assistenza ospedaliera (44%) si usa la popolazione pesata per ripartire la metà del finanziamento, per l'altra metà si considera la popolazione assoluta (tabella 3.7). [21]

In sintesi, si utilizza la popolazione pesata per ripartire il 35,3% del finanziamento, la popolazione assoluta per il 52,92% del finanziamento e tetti di spesa per il restante 11,78%.

Considerando ora uno solo dei tre macrolivelli, s'individui in G il livello prefissato del finanziamento nazionale per il macrolivello, livello che è dato dalla somma del finanziamento che affluisce alle ventuno Regioni e Province autonome:

$$G = \sum_{i=1}^{21} G_i \tag{3.4}$$

Per la singola regione *benchmark* si definisce la spesa pro capite pesata come:

$$g_j = \frac{G_j}{\overline{P}_j} \tag{3.5}$$

Dove G_j è la spesa (coincidente col finanziamento, perché la Regione è in equilibrio di bilancio) della Regione *j-iesima* nel macro livello considerato e $\overline{P}_j$ è la popolazione pesata per struttura d'età.

$$\overline{P}_j = \sum_{c=1}^{C} P_{jc}\pi_c \tag{3.6}$$

Dove P_{jc} è la popolazione della Regione j nella classe d'età c e π_c è il peso

Tabella 3.7: Livelli essenziali di assistenza. [22]

Livello di assistenza		Sotto livello		Criterio di riparto
Prevenzione	5%			Popolazione non pesata
Distretturale	51%	Medicina di base	7%	Popolazione non pesata
		Farmaceutica	11,78%	Tetto imposto sul fabbisogno complessivo comprensivo delle somme vincolate
		Specialistica	13,30%	Popolazione non pesata
		Territoriale	18,92%	Popolazione non pesata
Ospedaliera	44%			50% Popolazione pesata 50% Popolazione non pesata

assegnato alla classe d'età c. Nel Decreto legislativo si afferma che i pesi per classi d'età sono quelli considerati ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento. Il costo standard è pari alla media delle tre Regioni *benchmark*, ovvero:

$$\overline{g} = \sum_{j=1}^{3} g_j \frac{\overline{P}_j}{\sum_{j=1}^{3} \overline{P}_j} = \frac{\sum_{j=1}^{3} G_j}{\sum_{j=1}^{3} \overline{P}_j} \tag{3.7}$$

Il costo standard è semplicemente la spesa pro capite pesata per il complesso delle tre Regioni *benchmark*. Il costo standard viene poi applicato alle popolazione pesata delle restanti 21-3=18 Regioni per calcolare un fabbisogno standard pari a:

$$F_i = \overline{g}\overline{P}_i \tag{3.8}$$

Il fabbisogno standard nazionale quindi sarà:

$$F = \sum_{i=1}^{21} F_i = \overline{g} \sum_{i=1}^{21} \overline{P}_i \tag{3.9}$$

Se la media della spesa pro-capite pesata delle Regioni *benchmark* è inferiore a quella nazionale si avrà complessivamente che $F<G$; viceversa nel caso in cui le Regioni in equilibrio presentino una media della spesa pro-capite pesata superiore a quella nazionale, $F>G$. La quota della Regione i sul fabbisogno standard nazionale che diventa criterio di riparo del finanziamento totale prefissato G sarà:

$$\gamma_i = \frac{F_i}{F} = \frac{\overline{g}\overline{P}_i}{\overline{g}\sum_{i=1}^{21} \overline{P}_i} = \frac{\overline{P}_i}{\sum_{i=1}^{21} \overline{P}_i} \tag{3.10}$$

Il finanziamento per la Regione i si ottiene applicando la sua quota al finanziamento totale G:

$$G_i = \gamma G = G \frac{\overline{P}_i}{\sum_{i=1}^{21} \overline{P}_i} \tag{3.11}$$

La quota di ciascun Regione è pertanto pari alla sua quota di popolazione pesata.

Quindi se da una parte il costo standard influisce sul valore assoluto del fabbisogno per le singole Regioni e quindi sul fabbisogno totale costruito per somma, dall'altro esso è irrilevante ai fini della quota d'accesso, che dipende esclusivamente dalle quote di popolazione pesata, esattamente uguale a quello determinato con il criteri di riparto a quota capitaria pesata, per cui il risultato allocativo rimane legato unicamente alla determinazione dei pesi utilizzati per la stima della popolazione pesata. Considerando che la scelta delle Regioni benchmark a sua volta è basata sulla spesa pesata, si può concludere a ragione con l'osservare che i pesi finiscano per determinare tanto l'aspetto equitativo (il riparto percentuale) quanto quello di efficienza (la scelta delle Regioni *benchmark*). [21]

Capitolo 4

Modelli di ripartizione del Fondo Sanitario Regionale, all'interno di ogni regione

4.1 Fondo sanitario regionale

Come già si è avuto modo di evidenziare, l'obiettivo delle riforme del 1992-'93, con la conversione delle USL in Aziende sanitarie (ASL e AO), fu quello di trasformare enti pubblici, caratterizzati da meccanismi tipici del pubblico impiego, ad unità operative, il cui funzionamento prendesse spunto da quello delle aziende private, caratterizzate quindi dall'attenzione a ciò che si "produce" e al "mercato" a cui ci si rivolge, cioè gli altri soggetti del sistema, compresi i cittadini. [2]

Prima di questo nuovo assetto proposto delle riforme, le strutture saniterie (ospedali, USL) erano finanziate secondo la spesa storica, cioè ad esse era garantito il rimborso dei costi indipendentemente dalla qualità e la quantità dei servizi offerti. Successivamente, a livello nazionale, fu introdotto per le prestazioni di ricovero un tariffario, che rappresentava la remunerazione massima adottabile dalle regioni, così che si finanziavano le prestazioni effettivamente erogate e non i costi sostenuti per erogarle. Venne definito il sistema DRG (Diagnostic Related Group), che nella versione italiana divenne ROD

(Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi). [2]

Si trattava di un insieme di 489 possibili diagnosi accompagnate dal costo per curare e dimettere un paziente, corrispondente al costo che una struttura ospedaliera mediamente efficiente sosteneva per tale diagnosi. [2]

Una volta definite le tariffe DRG a livello nazionale (DM 78/97) le Regioni potevano:

- adottare le tariffe indicate dal Ministero della salute, eventualmente modificate (in eccesso o in difetto) di specifiche percentuali;
- definire le proprie tariffe regionali, mantenendo i pesi nazionali e variando unicamente il valore per punto DRG (metodo dei pesi);
- definire le proprie tariffe regionali sulla base di analisi di costo svolte sulle strutture del proprio territorio di riferimento, ovvero attraverso la stima dei costi standard di produzione (metodo analitico).

Pertanto, otto regioni su ventuno definirono un proprio sistema tariffario: due adottarono il sistema dei pesi (Piemonte e Sicilia) e sei il metodo analitico (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Umbria). Le restanti tredici regioni basarono il proprio tariffario su quello nazionale (DM 78/97) con variazioni in aumento o in diminuzione secondo i contesti regionale. [23]

In tal modo, la regionalizzazione voluta del Dlgs. 502/92 concesse alle regioni gradi di libertà così ampi da permettere a queste di disegnare. come meglio ritenevano, l'architettura del proprio Sistema Sanitario Regionale. [24]

Esse poterono scegliere tra diversi modelli teorici possibili, i quali contenevano delle opzioni di fondo profondamene diverse tra loro. In particolare le Regioni dovevano legiferare localmente sui seguenti aspetti:

- meccanismo di finanziamento regionale delle Aziende regionali (ASL, AO, strutture private accreditate);
- assetto istituzionale (numero e dimensioni delle Aziende pubbliche);
- assetto organizzativo ed i principali meccanismi operativi delle Aziende.

La scelta del meccanismo di finanziamento fu sicuramente quella che con maggior rilevanza differenziava un assetto regionale dagli altri. [24]

Le diverse architetture istituzionali riguardanti di finanziamento dei Sistemi Sanitari Regionali possono essere schematizzati in quattro tipologie:

- Modello tradizionale: le Regioni continuano a pagare *a piè di lista* senza aver ancora definito il disegno del SSR.
- Modello a centralità ASL: l'Azienda sanitaria, finanziata a quota capitaria, mantiene il possesso diretto della maggior parte delle strutture d'offerta, in particolare degli ospedali, ma è responsabilizzata sul pagamento della mobilità sanitaria in uscita;
- Modello a centralità regionale: la Regione finanzia tutte le strutture con meccanismi tariffari, definendo volumi finanziari per ogni azienda;
- Modello acquirente-produttore con libertà di scelta: le ASL sono finanziate a quota capitaria, ma da esse sono scorporati tutti gli ospedali e le strutture specialistiche. Le ASL devono pagare le prestazioni dei produttori esterni (AO e Privati Accreditati) cercando di governare e indirizzare la domanda, la quale rimane formalmente libera;

La Regione Lombardia optò per l'assetto che separa produttori e acquirenti, mentre le altre si divisero nei due modelli a centralità ASL e regionale. Alcune piccole regioni con poche aziende applicarono il modello a centralismo regionale (per esempio Liguria, Basilicata), altre, soprattutto le grandi regioni del Centro-Nord (Emilia Romagna, Lazio, Toscana, Veneto) acelsero il modello a centralità regionale. [24]

4.1.1 Il modello a centralità ASL

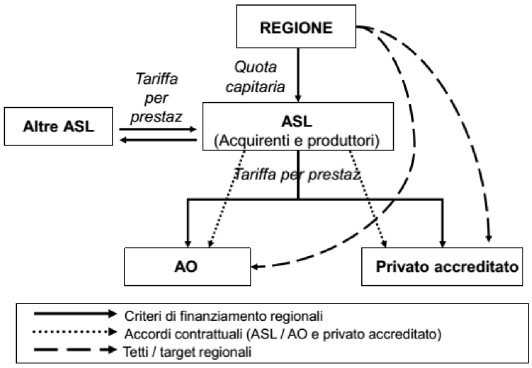
In questo modello, mostrato in figura 4.1, l'Azienda sanitaria gestisce direttamente la grande maggioranza dei servizi, compresi quelli ospedalieri che rimangono integrati nell'azienda. Gli ospedali sono considerati "stabilimenti" di produzione e risultano a gestione diretta dell'Azienda territoriale,

insieme agli altri servizi extra-ospedalieri (poliambulatori, consultori, servizi psichiatrici).

L'ASL viene finanziata dalla Regione per quota capitaria, pesata per la struttura d'età della popolazione ed eventualmente per altri indicatori epidemiologici. L'ASL ha l'onere di pagare a tariffa a prestazione, attingendo alla propria quota capitaria, la mobilità sanitaria in uscita dei propri residenti, vale a dire il pagamento delle prestazioni rese dagli altri produttori ai propri cittadini. I possibili fornitori esterni sono: altre aziende ASL, AO, strutture private accreditate, strutture socio-sanitarie (es. RSA, comunità per tossicodipendenti o minori). [24]

L'azienda ASL ha quindi la doppia funzione di erogatore diretto di prestazioni (Produttore) e di finanziatore di prestazioni per conto dei propri cittadini (Acquirente). Il ruolo dell'ASL diventa centrale nel sistema, mentre il ruolo della regione è più modesto e di arbitro complessivo. [24]

Figura 4.1: Schema modello a centralità ASL. [24]

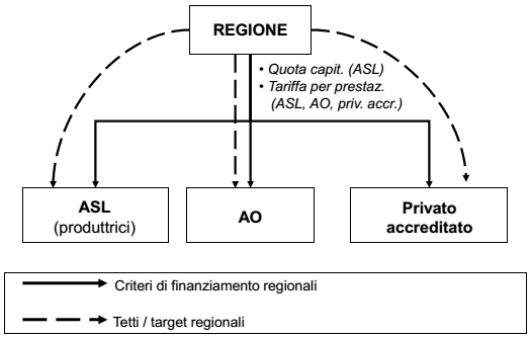


Il sistema a tariffa per prestazioni favorisce naturalmente l'aumento dei volumi da parte dei produttori e lo spostamento del mix produttivo verso prestazioni maggiormente remunerative . Il controllo è effettuato dalla regione ed è ottenuto prevedendo tetti di finanziamento regionale, complessivi o per singola struttura, o stipulando accordi tra ASL e Aziende "di pura produzione". [24]

4.1.2 Il modello a centralità regionale

In questo modello tutte le Aziende (ASL, AO, Privati accreditati) sono semplici produttori e la regione è l'unico aquirente del sistema, come mostrato in figura 4.2. La regione mantiene un forte controllo sulle assegnazioni delle risorse, non dando alcun spazio alle relazioni finanziarie intraziendali. Le aziende produttrici pure (e la mobilità tra Aziende ASL) vengono finanziate con il meccanismo tariffa per prestazioni. Per le Aziende sanitarie sono invece due i meccanismi di finanziamento che si possono utilizzare. Nel primo le Aziende vengono finanziate a quota capitaria, da cui però vengono sottratte le risorse destinate ad AO a Aziende private accreditate; nel secondo vengono finanziate a tariffa per prestazione. [24]

Figura 4.2: Schema modello a centralità regionale. [24]



Il governo della spesa per funzioni tariffate viene attuato direttamente dalla regione, tramite l'utilizzo di tetti di spesa (complessivi o per singolo erogatore). Per sterilizzare la naturale tendenza a comportamenti espansionistici delle prestazioni la regione può scegliere tra tre strade:

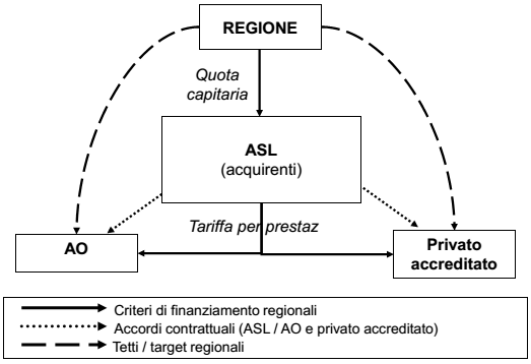
- imporre ad ogni produttore un contratto di fornitura che imponga mix, volumi e tariffe per le prestazioni;
- imporre ad ogni produttore un tetto di finanziamento massimo, lasciando successivamene la determinazione dei mix di prestazioni che la regione giudica più virtuosi;
- imporre a tutti i produttori un tetto di finanziamento massimo, lasciando a loro la scelta della suddivisione delle quote.

4.1.3 Il modello di separazione tra acquirenti e produttori

Tale modello, mostrato in figura 4.3, prevede lo scorporo totale (o quasi totale) degli ospedali dalle ASL, rispondendo all'esigenza di separare la funzione di produzione (AO) da quella del finanziamento (ASL) e che costituisca la condizione necessaria (ma non sufficiente) per creare un sistema di concorrenza tra ospedali pubblici e privati accreditati. Alle AO afferiscono, infatti, tutte le strutture sanitarie (con l'eccezione dei servizi di igiene e sanità pubblica), mentre alle ASL sono state attribuite le funzioni di programmazione, acquisto e controllo (Pac).

In questo caso l'azienda ASL è finanziata a quota capitaria dalla Regione e finanzia a tariffa tutte le prestazioni che i propri residenti ricevono da aziende di produzione pubbliche e private accreditate.

Figura 4.3: Schema modello di separazione tra acquirenti e produttori. [24]



Le modalità di controllo sono simili a quelle analizzate per il modello a centralità dell'ASL. Il problema del controllo della spesa per funzioni tariffarie è rilevante, data la maggiore importanza attribuita al sistema tariffario. L'ASL non ha alcun potere formale di imporre contratti d'acquisto e la domanda è libera di rivolgersi presso le strutture sanitarie che preferisce. Risulta quindi decisivo per l'ASL sviluppare logiche negoziali che facciano risultare conveniente ai produttori la sottoscrizione di contratti per riuscire ad assolvere la funzione d'acquisto. [24]

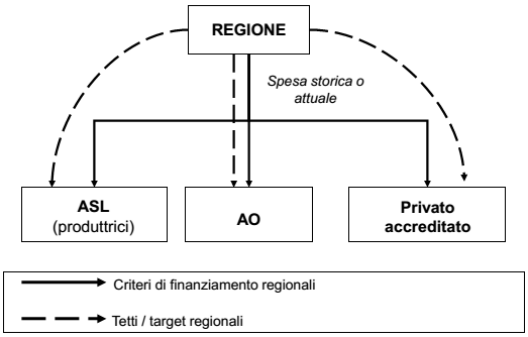
Sul lato del governo della domanda, non avendo alcun potere formale di interdizione, l'azienda ASL deve attivare tutti gli strumenti impliciti di indirizzo della domanda, come il budget dei MMG, il budget di distretto, la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici, l'utilizzo degli stessi contratti con i fornitori. [24]

In questo caso siamo di fronte a un modello basato sulla separazione tra acquirenti e fornitori e sulla libertà di scelta. [24]

4.1.4 Il modello tradizionale

Questo assetto, ancora a centralità regionale, caratterizzava quelle Regioni che dopo aver istituito le ASL e le AO, non erano state in grado di modificare il modello di finanziamento, a motivo della mancanza dei necessari strumenti di supporto gestionale. Come mostrato in figura 4.4 la Regione si occupava del finanziamento e del controllo delle ASL (produttrici), AO e Privati accreditati. Il finanziamento risultava ancorato alla spesa storica e il controllo della spesa avveniva attraverso lo strumento tradizionale dei tetti per fattori della produzione. [24] Tale modello caratterizzò inizialmente le regioni del Centro-Sud (Lazio, Sicilia, Sardegna, Campania e Puglia).

Figura 4.4: Schema modello tradizionale. [24]



4.2 La ripartizione del Fondo sanitario regionale

La legge finanziaria 1997 (L. 662/96) introdusse, quale meccanismo di ripartizione del Fondo sanitario nazionale, la quota "pesata", attraverso fattori di ponderazione legati principalmente ai consumi sanitari per età e per sesso della popolazione residente e diversificati secondo le funzioni assistenziali o i Livelli essenziali di assistenza. Il D.Lgs. 229/99 confermò il meccanismo della quota capitaria pesata quale sistema per l'allocazione delle risorse tra le Regioni. Con l'abolizione del Fondo sanitario nazionale (D.Lgs 56/00) venne indicata la necessità di mantenere l'omogeneità dei criteri di trasferimento delle risorse tra i diversi livelli del SSN, pur senza vincolare le Regioni ad applicare i fattori di correione nazionale. Dopo l'approvazione della legge costituzionale 3/01, alle Regioni fu concessa la completa responsabilità per la definizione delle regole di riparto del Fondo sanitario nazionale.

Attualmente, i criteri di ripartizione del Fondo Sanitario Regionale variano da regione a regione.

Tutte le Regioni (eccetto la Valle d'Aosta, Trento e il Molise, in cui vi è una sola Asl, senza AO) adottano il principio della quota capitaria ponderata, a testimonianza di una piena adesione alle indicazioni nazionali. La ponderazione è articolata per funzioni di spesa (Livelli di assistenza) in tutte le Regioni, eccetto la Lombardia e Abruzzo dove è globale (unica); le funzioni di spesa a cui si applicano i pesi variano da un minimo di cinque in Umbria ad un massimo di undici in Sardegna. I pesi sono generalmente costruiti dalla spesa per i consumi sanitari per classi d'età. corretti dai rapporti standardizzati di mortalità. Altri criteri aggiuntivi possono essere le caratteristiche geomorfologiche del territorio (montagna, piccole isole, ecc.) o le caratteristiche socio-economiche della popolazione residente. Tutte le Regioni si riservano di distribuire una piccola quota di risorse secondo criteri differenziali (ad es. per l'emergenza sanitaria). [25]

La maggioranza delle Regioni, eccetto Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Umbria, assegna direttamente i finanziamenti alla AO, calcolati come sommatoria dei flussi di ricoveri, valorizzati secondo

le tariffe DRG, provenienti delle diverse ASL. [25]

Il criterio demografico è l'unico utilizzato in tutte le Regioni e l'assegnazione dei pesi dipende dalla disponibilità dei dati a livello regionale (in genere dati di consumo per livelli di assistenza). Le classi di età considerate sono 7-8 (con eventuale distinzione tra maschi e femmine nella classe 15-44 anni); la metodologia può generare pertanto fino a 70 coefficienti di ponderazione (7 classi d'età per 10 funzioni). [25]

Il criterio geografico, non previsto a livello nazionale, è adottato solo in sei Regioni (Lombardia, Abruzzo, Campania, Puglia, Veneto e Toscana). La Campania, ad esempio, alloca il 2% del proprio fondo in ragione della distribuzione della popolazione tra pianura (peso 1,0), collina litoranea (1,2), collina interna (2,0), montagna (3,0), isole (6,0). La Puglia, invece, definisce il peso attraverso un indice sintetico calcolato prendendo in considerazione le rilevazioni altimetriche del territorio delle singole ASL. [25]

Il criterio socio-economico è adottato solo da due Regioni. L'Emilia Romagna e la Campania. La Campania utilizza il reddito pro-capite della popolazione residente per allocare una parte della spesa afferente alla salute mentale (80%) e all'assistenza distrettuale (dal 30 al 40%). L'Emilia Romagna utilizza l'incidenza delle tossicodipendenze per allocare le risorse destinate alle "dipendenze patologiche" tra le ASL. [25]

In tutte le Regioni la procedura prevede, come in sede nazionale, la suddivisione del fondo regionale per i Livelli essenziali di assistenza. Per il macro-livello Prevenzione la maggioranza delle Regioni è allineata al valore 5% fissato in sede di Conferenza Stato-Regioni, mentre per i macro-livelli Assistenza distrettuale e Assistenza ospedaliera solo quattro Regioni (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Sardegna) si adeguano ai valori definiti nella ripartizione nazionale. In particolare, Valle d'Aosta, Campania, Lazio e Basilicata sono le Regioni che presentano gli scostamenti più significativi dei valori nazionali e che tendenzialmente assegnano maggiori risorse all'ospedaliera rispetto alla specialistica, come avveniva a livello nazionale negli anni precedenti. [25]

Capitolo 5

Quota capitaria aggiustata per la diagnosi

5.1 Una nuova proposta

Come si è visto nel Capitolo 3, l'attuale sistema di riparto del finanziamento (deciso centralmente) tra le regioni si basa nei fatti solo sulla popolazione pesata. Il sistema per la definizione delle regioni benchmark e dei costi standard non produce, allo stato attuale, alcuna modifica: è più che altro una enunciazione politica senza conseguenze pratiche. Al fine di dare senso a questa situazione e di dare efficacia operativa al criterio dei costi standard è stata avanzata una nuova proposta.

La proposta di ripartizone del fondo sanitario venne formulata per l'Alta commissione per il federalismo fiscale da Vittorio Mapelli, docente presso l'Università degli studi di Milano, nel 2005, ma mai discussa per l'anticipata chiusura dei lavori e riproposta all'interno della rivista Monitor n. 36, dell'AGENAS nel 2014.

Il Patto per la Salute 2014-2016 conferma il metodo dei costi standard per il calcolo del fabbisogno finanziario regionale, ma allo stesso tempo apre sull'individuazione di nuovi indicatori e pesi. Anche con questa apertura, tuttavia, il metodo conferma la continuità con il metodo di riparto del Fondo Sanitario Nazionale in uso fin dal 1985 e manca l'appuntamento con la vera novità dei costi standard. L'articolo espone un metodo su come potrebbe

avvenire le ripartizione basata su un'interpretazione "autentica" di costo standard. [26]

Gli obiettivi della proposta possono essere riassunti nei seguenti punti:

- riconoscere la diversità regionale dei bisogni sanitari;
- eliminare o ridurre le inefficienze di produzione;
- incentiivare l'uso efficace e appropriato di prestazioni;
- scaraggiare l'eccessivo consumo di prestazioni sanitarie;
- offrire risorse addizionali per i bisogni non soddisfatti.

Essa si ispira al principio di equità definita come "eguale uso dei servizi per eguali bisogni", superando l'approccio della quota capitaria e includendo anche i bisogni inespressi da parte degli assistiti di alcune aree geografiche o classi sociali. [14]

Lo studio si ispira ai metodi di *risk adjustment* presenti a livello internazionale, che utilizzano basi di dati individuali per calcolare la quota capitaria, ma si differenzia da quest'ultime perchè introduce alcune variabili strumentali, quantità e costi standard delle prestazioni, per indurre le Regioni a comportamenti virtuosi, capaci di garantire ai cittadini eguaglianza di trattamento di fronte alla malattia. [14]

Il problema di tale definizione è simile a quello del calcolo di un premio assicurativo equo. La quota capitaria rappresenta le risorse che mediamente servono a curare od assistere una persona in caso di malattia e quindi in presenza di un bisogno espresso. Si differenzia però dall'approccio assicurativo nella misura in cui vi siano bisogni inespressi o si abbia il fondato timore che il consumo di alcune prestazioni sia indotto dal sistema di offerta o risulti eccessivi a causa della gratuità delle prestazioni. Essa dovrebbe, inoltre, assegnare le risorse secondo i principi di efficienza allocativa e di equità territoriale. [14]

Nella sua essenza, la formula di calcolo della quota capitaria è la seguente:

$$F = Pop \cdot \pi \cdot (q \cdot p) \tag{5.1}$$

Dove F è il fabbisogno finanziario regionale, Pop la popolazione, π la probabilità dell'evento-malattia in una data popolazione regionale; mentre il prodotto tra il numero (q) e il prezzo o tariffa (p) delle prestazioni sanitarie rappresenta il costo di trattamento della malattia, specifico per ogni data condizione morbosa.

Le probabilità degli eventi morbosi (π) all'origine del bisogni sanitari possono variare tra le Regioni in rapporto alla struttura demografica, agli stili di vita, alle condizioni socio-economiche (deprivazione), all'ambiente e ad altri fattori.

Le quantità di prestazioni sanitarie (q) sono specifiche per ogni tipo di malattia, variano sensibilmente da medico a medico, ma i processi di definizione di linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici e la letteratura sulla *evidence-based medicine* lasciano presupporre che si possa identificare un numero medio di prestazioni necessarie e appropriate per ogni malattia. Nella formula di calcolo della quota capitaria questa variabile dovrebbe essere specifica per ogni malattia, ma identica tra Regioni per la stessa malattia.

Il costo medio di trattamento di ogni malattia può variare per il diverso mix di prestazioni o farmaci impiegati e per i diversi costi di produzione delle prestazioni, legati all'efficienza delle strutture pubbliche. Se nella formula il prezzo (p) è rappresentato dalla tariffa (per esempio, per l'ospedale i *Diagnosis Relatet Gruop* (DRG) ed il tariffario per la specialistica ambulatoriale) si introduce un costo standard di riferimento. Data la variabilità dei tariffari regionali, si tratterà di individuare dei valori medi, mediani o dei *benchmark* con intervalli di accettabilità.

Un'ulteriore specificazione della formula potrebbe significare in presenza di una data malattia l'inclusione della propensione o frequenza d'uso (f) di determinate prestazioni (per esempio i ricoveri). Il numero di prestazioni necessarie al trattamento della malattia (q) è dato infatti dalla frequenza (f) con cui il malato si accosta ai servizi e dal numero di prestazioni specifiche richieste per ogni episodio di malattia (nel corso di una malattia cronica di lunga durata o di un anno).

La formula potrebbe essere riscritta nel seguente modo:

$$F = Pop \cdot (\pi \cdot f) \cdot (q \cdot p) \tag{5.2}$$

Dove il primo prodotto tra parentesi $(\pi \cdot f)$ esprime la percentuale di malati che usano un determinato servizio (per esempio, malati cronici ricoverati in ospedale) ed il secondo rapporto $(q \cdot p)$ il costo del trattamento associato ad un servizio specifico. L'introduzione della variabile f è rilevante per il fabbisogno ospedaliero, dove i tassi di ricovero possono variare sensibilmente, a parità di patologia; meno rilevante per le prestazioni specialistiche e per i consumi di farmaci, dove oltre il 90% dei malati ricorre ad almeno una di queste prestazioni.

Per quanto riguarda le variabili socioeconomiche e ambientali, nel modello si presume che le condizioni di deprivazione sociale siano catturate dal bisogno sanitario (per esempio, le persone più povere e meno istruite si ammalano di più delle persone di pari età) e che non esplichino altri effetti aggiuntivi. [14]

La formula allocativa si compone di due parti: la prima definita dai bisogni sanitari, la seconda quantificata su base tecnica, con possibili rettifiche di natura discrezionale o politica. Nella sua impostazione concettuale essa è pertanto simile all'applicazione dei DRG, dove la diagnosi serve ad identificare la natura dei bisogni e la tariffa esprime il valore delle risorse necessarie (standard) al trattamento dei malati. Secondo la teoria della *yardstick competition*, il costo standard dei ricoveri gioca un ruolo simile al prezzo in un sistema concorrenziale, costringendo le imprese a contenere i costi al livello del valore tariffario e a migliorare la qualità dei servizi offerti, non potendo agire sui prezzi. [14]

In essa vi sono tre variabili strumentali che possono essere fissate o variate intenzionalmente e questo approccio analitico offre notevoli potenzialità per applicare quelle metodologie di analisi e di intervento sull'efficacia ed appropriatezza delle prestazioni. La frequenza ed il numero dei ricoveri ospedalieri possono ad esempio essere valutati in relazione alla loro appropriatezza (ad esempio i 43 DRG a rischio inappropriatezza individuati dall'accordo Stato-Regioni, nel DPCM 29 novembre 2001), oppure i consumi farmaceutici in relazione al consumo delle DDD (*dosi definite die*) per 1000 abitanti. Per

i costi standard delle prestazioni, in particolare dei ricoveri ospedalieri, si possono applicare ai casi di ricovero regionali le tariffe nazionali massime dei DRG, in modo analogo lo si può fare per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. [14]

Essa assegna le risorse dal lato della domanda, perché la maggior parte della spesa è determinata da prestazioni a domanda individuale. Tuttavia esistono tre tipi di servizi sanitari che sembra opportuno finanziare con criteri diversi, perché non collegati alla domanda individuale: i servizi collettivi di sanità pubblica e prevenzione (primaria e secondaria); i servizi a domanda opzionale che garantiscono ai cittadini la continuità d'intervento nelle 24 ore ed i servizi amministrativi per funzioni di programmazione, coordinamento, controllo, studio tipicamente svolte dalle Asl. Data la loro natura questi servizi andrebbero finanziati a quota capitaria semplice o a costi standard, in analogia alle funzioni assistenziali degli ospedali. [14]

5.2 Procedura di calcolo

La procedura di calcolo prevede due fasi: identificazione dei bisogni sanitari della popolazione di ogni Regione attraverso i dati di prevalenza di 15 classi epidemiologiche, calcolo dei costi di trattamento per ciascuna classe di malattia attraverso un approccio sintetico oppure analitico. Nell'approccio sintetico la formula può essere scritta come:

$$F_r = Pop_r \cdot \left(\sum_{i=1}^{15} (\pi_{ir} + \pi^*_{ir}) \cdot \overline{cm}_i + \overline{qc} \right) + cdo \tag{5.3}$$

Mentre nell'approccio analitico come:

$$F_r = Pop_r \cdot \left(\sum_{i=1}^{15} (\pi_{ir} + \pi^*_{ir}) \cdot (\overline{f}_{ij} \cdot \overline{q}_{ij} \cdot \overline{p}_j) + \overline{qc} \right) + cdo \tag{5.4}$$

Dove:

$F_r =$ fabbisogno finanziario della Regione r;

$Pop_r =$ popolazione assistita della Regione r;

$\pi_{ir} =$ prevalenza delle malattie i (15 classi epidemiologiche) nella Regione r;

$\pi^*_{ir} =$ differenza rispetto alla prevalenza attesa delle malattie i nella Regione r (bisogni insoddisfatti);

$\overline{cm}_i =$ costo standard di trattamento della malattia i;

$\overline{f}_{ij} =$ frequenza standard di utilizzo dei servizi j per la malattia i;

$\overline{q}_{ij} =$ quantità standard di prestazioni j per la malattia i;

$\overline{p}_j =$ tariffe (costo standard) della prestazione j;

$\overline{qc} =$ quota capitaria nazionale per i servizi collettivi;

$cdo =$ costo servizi a domanda opzionale (funzioni assistenziali).

La formula attuale che può essere riscritta come $F_r = Pop_r \cdot k \cdot g$, riconosce i bisogni sanitari solo in misura uniforme a tutte le Regioni e non tiene conto di una possibile crescita differenziale tra le Regioni. Nella formula proposta i bisogni sanitari (espressi e inespressi) sono riconosciuti come variabili esplicite e considerati nella loro diversificata crescita annuale. Inoltre i costi di trattamento delle malattie ($\overline{cm}_i$) sono chiaramente esplicati. Si può pertanto definire questo approccio fondato su bisogni assoluti.

Per l'applicazione del nuovo metodo conviene distinguere tra fase di prima applicazione e la fase a regime. Si farà riferimento al solo metodo sintetico. [14]

Fase di prima applicazione La fattibilità della nuova formula è condizionata dalla disponibilità delle informazioni riguardanti sia la prevalenza dei bisogni sanitari che il costo di trattamento specifico delle 15 classi epidemiologiche. La prima informazione deve essere necessariamente disponibile per tutte le Regioni, mentre per la seconda potrebbe esserlo solo per alcune Regioni. [14]

L'informazione sulla prevalenza dei bisogni sanitari dovrebbe essere disponibile in tutte le Regioni, relativamente alle esenzioni dai ticket per patologia e alle SDO, mentre l'informazione sul costo di trattamento delle 15 condizioni

Classi epidemiologiche
01 Trapianto
02 Insufficienza renale
03 HIV
04 Neoplasia
05 Diabete
06 Cardiopatia
07 Broncopatia
08 Gastropatia
09 Neuropatia
10 Autoimmune
11 Endocrinopatia
12 Parto
13 Acuti con ricovero
14 Acuti minori e altro
15 Non udente

epidemiologiche richiede che, oltre ai consumi farmaceutici e ai ricoveri ospedalieri, siano disponibili basi di dati individuali (complete di codice fiscale) per la specialistica, le RSA e altre prestazioni a domanda individuale. Sarebbe auspicabile che questi dati siano accessibili in tutte le Regioni, ma date le difficoltà organizzative di numerosi sistemi informatici regionali, potrebbero bastare solo un gruppo rappresentativo di Regioni. [14]

Il calcolo dei costi di trattamento per le 15 condizioni epidemiologiche richiede che le singole prestazioni (q) siano monetizzate con tariffe nazionali o mediane, che fungono da costi standard ($\overline{p}$). Nel compiere questa azione potrebbe essere utile correggere con valori standard (mediani o presenti in letteratura) anche il numero di prestazioni consumate per ogni classe epidemiologica ($\overline{q}$), almeno per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri (per esempio, i DRG) e i consumi farmaceutici (per esempio, applicando le DDD). [14]

In questa proposta, non si sono suddivise le patologie nè in relazione all'età, nè al sesso, nè alla presenza di malattie concomitanti rispetto a quella principale. L'inclusione di ulteriori variabili renderebbe più complessa e difficile da gestire la formula di allocazione. [14]

Fase di regime Nella fase di regime la formula necessita solo di informazioni di manutenzione, costituite dai tassi di prevalenza delle 15 classi epidemiologiche nelle diverse Regioni, un'operazione che potrebbe essere di routine, disponendo dell'archivio assistiti e dei dati delle SDO e i farmaci. Data la maggior complessità di calcolo e il ricorso a parametri tecnico-politici di correzione, i costi di trattamento ($\overline{cm}_i$) si potrebbero aggiornare secondo il tasso di incremento del budget del SSN, al netto della crescita della popolazione e della prevalenza delle malattie. Poichè le scelte avvengono sempre sotto il vincolo di bilancio, la procedura prevede che siano salvaguardate la diversa crescita demografica e i bisogni di salute in ogni Regione e, secondariamente, che il residuo sia destinato all'incremento della quantità/qualità delle prestazioni sanitarie. [14]

In forma sintetica se $\alpha_r = (\Delta Pop_r \cdot \Delta\pi_r)$ è la variazione percentuale dei bisogni di salute, dovuti all'incremento demografico e all'evoluzione del quadro epodemiologico, in una data Regione r, e $\beta = (\Delta BudgetSSN - \Sigma\alpha_r)$ il residuo incremento compatibile con l'incremento di budget nazionale, da assegnare in misura uniforme a tutte le Regioni, il finanziamento regionale al tempo t_1 sarà dato da:

$$F_r^{t_1} = F_r^{t_0}(1 + \alpha_r) \cdot \overline{\beta} \tag{5.5}$$

Conclusione

Dall'indagine fino a qui condotta emerge, sia nella legislazione sia nella prassi che, a quasi quarant'anni dall'adozione del Servizio Sanitario Nazionale, le modalità di gestione e distribuzione delle risorse sembrano in generale essere rimaste, almeno in parte, teoriche ed insoddisfacenti.

Nel tempo, come si è evidenziato, sono emerse infatti gravi carenze del sistema dovute a comportamenti irresponsabili, con distribuzioni a "pioggia" dei beni e notevoli disavanzi di bilancio, generando sofferenze ed ingiustizie nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi.

L'evoluzione allora ad una loro ripartizione più matura ed efficacie passa anche attraverso un cambiamento di natura culturale e nel campo delle pratiche, in cui l'allocazione dei fondi disponibili adotti una nuova formula.

La formula allocativa proposta è incentrata su tre idee. La prima è che l'80-85% della spesa sanitaria a domanda individuale (pari all'85% del totale) è determinata dal 30% circa della popolazione, la cui percentuale è variabile da regione a regione. La seconda idea rigurda il fatto che per ogni tipo di malattia deve essere garantito, in ogni regione, un uguale investimento di risorse necessario alla cura. L'ultima idea si basa sulla penalizzazione degli sprechi, delle inefficienze e degli eccessi di consumo sanitario, attraverso sistemi che vincolino ogni regione ad erogare una medesima qualità di servizi sanitari. La proposta richiede solo 15 gruppi diagnostici e aggiustatori di rischio aggregati a livello regionale.

L'aspetto più critico della proposta riguarda la disponibilità iniziale dei dati sui bisogni sanitari delle regioni e sui costi di trattamento delle 15 classi epidemiologiche. Non esistono informazioni a riguardo, ma si suppone che oramai tutte le regioni dispongano di basi di dati per la determinazione della

prevalenza dei bisogni sanitari.

I vantaggi della formula sono individuati in una maggiore robustezza sul piano metodologico e in una maggiore aderenza alla spesa effettiva, rispetto al criterio in uso. La formula cerca di adeguare le risorse ai livelli di bisogno sanitario di ogni regione, eliminando gli elementi distorsivi presenti nella spesa. Un ulteriore vantaggio è nel forzare i comportamenti delle regioni e delle Asl al rispetto dei valori sandard.

Il metodo attuale, che nella pratica utilizza solo le classi d'età, non discrimina a sufficienza tra le regioni, invece "è necessario ... trattare in modo più diseguale, per essere equi e giusti. Con il vantaggio anche di poter passare, dall'eguaglianza delle opportunità, com'è ora, all'eguaglianza dei risultati, come proposto". [14]

Bibliografia

[1] Nicola Viceconte. «L'evoluzione del sistema di finanziamento del servizio sanitario nazionale tra federalismo "promesso" ed esigenze di bilancio». In: *Il regionalismo italiano dall'Unità alla Costituzione e alla sua riforma* (2011).

[2] Marcello Crivellini e Manuela Galli. *Sanità e salute: due storie diverse*. Francoangeli/Sanità Ed., 2011.

[3] Claudio Jommi. «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione». In: *Rapporto OASI 2000* (2000).

[4] FIASO, CREA e Università degli studi di Roma Tor Vergara. «I sistemi di finanziamento regionali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere. Modalità di riparto dei fondi sanitari regionali per gli anni 2011 e 2012». In: *Risultati da laboratorio* (2015).

[5] Eugenio Anessi Pessina e Elena Cantù. «L'aziendalizzazione della sanità italiana». In: *Rapporto OASI 2003* (2003).

[6] Ministero dell'economia e delle finanze. «Il monitoraggio della spesa sanitaria - Rapporto n. 2». In: *Rapporto n. 2* (2015).

[7] Partrizia Armeni e Francesco Costa. «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione». In: *Rapporto OASI 2015* (2015).

[8] Federico Spandonaro. *10° Rapporto Sanità - Investimenti, Innovazione e Selettività: scelte obbligate per il futuro del SSN*. CREA Sanità e Università di Roma Tor Vergara, 2014.

[9] Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. «Andamento spesa sanitaria nazionale e regionale 2008-2014». In: *AGENAS* (2014).

[10] Felice Cincotti e Maria Cristina Bussone. «Il federelismo sanitario: la gestione del SSN nel nuovo assetto di federalismo fiscale». In: *ANALISI - Centro studi Assobiomedica* (2012).

[11] Ministero della salute. «Gli obiettivi dei Piani di rientro». 2015.

[12] Cesare Cislaghi. «Riflessione sui criteri da utilizzare per il riparto del fabbisogno sanitario». In: *AGENAS* (2010).

[13] Cesare Cislaghi et al. «Bisogno sanitario, Costi: determinazione e riparto delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale». In: *AGENAS, Roma* (2008).

[14] Vittorio Mapelli. «Una proposta di ripartizione del fondo sanitario tra le regioni». In: *Politiche Sanitarie* (2007).

[15] Istat. «Le dimensioni della salute in Italia». 2015.

[16] Enza Caruso e Nerina Dirindin. «Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011». In: *Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa.* 2011.

[17] Carlo Zocchetti. «Il riparto del fondo sanitario tra le regioni». In: *Statistica & Società* (2012).

[18] Cristina Abbafati e Federico Spandonaro. «Costi standard e finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale». In: *Politiche Sanitarie* (2011).

[19] Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. «DELIBERAZIONE 27 maggio 2005». 2005.

[20] Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. «DELIBERAZIONE 17 novembre 2006».

[21] Giuseppe Pisauro. «I fabbisogni standard nel settore sanitario. Commento allo schema di decreto legislativo». In: *NENS - Nuova economia nuova società* (2010).

[22] Presidenza del Consiglio dei Ministri. «Rep. Atti n. 237/CSR del 23 Dicembre 2015». 2015.

[23] CERGAS Bocconi. «I sistemi di finanziamento: strumenti per governare i comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie?» In: *Cergas* (2011).

[24] Francesco Longo, Emanuele Venrdamini e CeRGAS-Bocconi. «Analisi dello scenario strategico per il governo della domanda. Logiche e strumenti possibili per le aziende USL». In: *IV Workshop di economia sanitaria*. 1998.

[25] Silvia Boni e Vittorio Mapelli. *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*. Quaderni Formez, 2007.

[26] Vittorio Mapelli. «Dentro il Patto per la salute: riflessioni e proposte per definire la quota capitaria». In: *Monitor 36* (2014).

[27] Elio Borgonovi e Giovanni Fattore. «L'aziendalizzazione della sanità in Italia». In: *Rapporto OASI 2001* (2001).

[28] Mara Tognetti Bordogna e Annalisa Ornaghi. «La regionalizzazione dei sistemi sanitari fra pubblico e privato». In: *SENZA WELFARE? Federalismo e diritti di cittadinanza nel modello mediterraneo*. 2010.