Università
Ca'Foscari
Venezia

Corso di Laurea *magistrale (ordinamento ex D.M. 270/2004)*
in amministrazione, finanza e controllo

Tesi di Laurea

Ca' Foscari
Dorsoduro 3246
30123 Venezia

Il difficile cammino della sanità pubblica: il metodo dei costi standard tra promesse, dubbi e proposte

Relatore
Ch. Prof. Dino Rizzi

Laureando
Gaia Dal Zilio
Matricola 832426

Anno Accademico
2014 / 2015

Indice ***pag. 01***

1) Introduzione ***pag. 05***

1.1 Economia e valori pag. 05

1.2 Cosa tratteremo pag. 09

2) I sistemi sanitari ***pag. 12***

2.1 Il contesto della crisi pag. 12

2.2 I sistemi sanitari: ruolo e funzioni pag. 19

2.3 Il bilanciamento tra efficacia, efficienza ed equità pag. 23

2.4 I principi ispiratori delle riforme pag. 27

2.5 Società diverse per sanità diverse pag. 28

2.5.1 Il caso inglese pag. 29

2.5.2 Il caso degli Stati Uniti d'America pag. 30

2.5.3 I vari modelli europei pag. 30

2.5.4 I modelli OCSE pag. 31

3) Il contesto normativo ***pag. 34***

3.1 Evoluzione della materia sanitaria e modelli pag. 34

3.2 Le modifiche alla sanità nell'ultimo decennio pag. 40

3.3 Lo sviluppo del sistema di rilevazione contabile pag. 45

4) Controllo della spesa e piani di rientro ***pag. 46***

4.1 Il controllo della spesa nei documenti di legge pag. 46

4.2 Il contenimento dei costi: pag. 50

4.2.1 attraverso l'efficienza allocativa pag. 50

4.2.2 attraverso i DRG pag. 54

4.3 Risorse e spese negli ultimi anni pag. 61

4.4 Piani di rientro per il risanamento, nuova procedura
ed analisi della legge finanziaria 2010 pag. 67

5) Il percorso del sistema italiano per affrontare i problemi di spesa ***pag. 74***

5.1 Il contesto italiano pag. 74

5.2 Le spese regionali e le fonti all'epoca del federalismo pag. 79

6) Fabbisogno e LEA ***pag. 85***

6.1 Le concezioni di bisogno pag. 85

6.2 I LEA pag. 86

7) I costi standard ***pag. 91***

7.1 La nozione di costo standard pag. 91

7.2 L'approccio microanalitico e macroanalitico pag. 95

7.3 Il set di indicatori pag. 97

7.4 Costi diversi per Regioni diverse pag. 99

7.5 I costi e i fabbisogni standard nel settore sanitario:
La graduatoria delle Regioni benchmark pag. 100

7.6 Le Regioni scelte pag. 106

7.7 Criticità riscontrate pag. 107

8) Gli algoritmi del metodo dei costi standard e i dubbi della riforma ***pag. 110***

8.1 Processo di convergenza pag. 110

8.2 Prezzi di riferimento e computo dei costi standard pag. 112

8.3 Criterio di riparto pag. 115

8.4 Punti controversi pag. 121

8.5 Confronto tra la vecchia e la nuova metodologia pag. 129

9) I criteri rilevanti nel metodo: la ponderazione secondo diversi metodi, confronti tra esperienze diverse e che cosa bisognerebbe considerare che invece non viene considerato ***pag. 136***

9.1 Il contesto pag. 136

9.2 Assistenza uniforme attraverso la ponderazione della quota capitaria secondo il modello britannico, i criteri italiani e le proposte dell'Agenzia per i SSR pag. 136

9.3 L'esperienza USA pag. 142

9.4 Esempi italiani pag. 146

9.5 Confronto Italia-Usa pag. 147

9.6 La considerazione della qualità pag. 148

10) Le Regioni italiane tra riforma e disavanzo ***pag. 167***

10.1 Un indicatore sintetico delle condizioni di salute, il PIL e la spesa: le differenze tra Nord e Sud pag. 167

10.2 Una panoramica sulle Regioni pag. 177

10.3 Il deficit e i commenti alla riforma pag. 180

10.4 Differenze tra le Regioni del Settentrione e del Mezzogiorno pag. 185

10.5 L'inadempienza della Regione per l'attuazione del piano di rientro pag. 188

10.6 L'andamento della spesa e del disavanzo pag. 193

11) Tendenze e sviluppi ***pag. 205***

11.1 Tendenze attuali pag. 205

11.2 Possibili sviluppi futuri pag. 211

Conclusioni pag. 215

Bibliografia pag. 217

CAPITOLO 1: Introduzione

1.1 Economia e valori

I valori sociali sono in continua evoluzione e con essi il valore che attribuiamo a ciò che ci circonda. Nell'argomento in esame, la sanità, si tratta con situazioni che non hanno un valore economico di facile determinazione. Quanto può essere davvero quantificabile in termini monetari il valore di diritti fondamentali dell'uomo come quello alla salute? Un lungo percorso storico, politico e di lotte sociali ci ha portati ad avere oggi, in quanto cittadini, dei diritti che ad oggi consideriamo imprescindibili. L'art. 32 della Costituzione sancisce: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto delle persone umane».

Tuttavia non sempre è stato così, ci sono stati momenti nella storia dell'uomo in cui la salute non era un bene riconosciuto e protetto. Tutto ciò ci fa comprendere perché uno stesso bene possa essere valutato in modi tanto diversi, da un lato solo per i costi materiali che comporta e dall'altro anche considerando la desiderabilità sociale del bene che tutela. Nelle epoche in cui il bene non risultava garantito, probabilmente, non essendo la collettività avvezza a questo tipo di situazioni, non era ancora presente una sensibilità in grado di percepire l'importanza che oggi per noi ha la cura di sé e quindi si sarebbero tenuti in considerazione solo i costi che essa avrebbe comportato. Oggi tuttavia la situazione è ben diversa ed infatti tutti i governi si occupano di considerare i modi migliori per occuparsi della sanità, pur rispettando vincoli dettati dalle risorse effettivamente a disposizione, ma comunque riconoscendo l'importanza preminente della salute umana in un contesto di società che si possa considerare civile. Ciò che è veramente importante quindi è riuscire a cogliere il sistema di valori presenti all'interno del complesso sociale il cui ci si colloca.

Lo sviluppo dell'importanza della sanità, ad un livello più generale può essere preso come esempio anche per quello che succede all'interno della società in ogni suo aspetto. Molto spesso il contesto cambia in modo continuo e con esso i valori che guidano le azioni delle persone. Il calcolo del valore economico può essere approcciato in due diversi modi. La gerarchia implica un calcolo economico indirizzato a un risultato economico ottimo da raggiungere, reso ancora più difficile dalla crisi attuale che il nostro Paese sta vivendo. Essa richiama contesti caratterizzati da un certo grado di stabilità, che

però nella realtà si presentano raramente. Oggi si intravedono ordini multipli di valori, concorrenti tra loro e con importanza mutevole, i cui pesi sono reciprocamente influenzati gli uni dagli altri. Le relazioni tra i valori importanti vanno studiate per giungere ad un valore economico ponderato, ma non vanno ritenute fisse e immutabili. Esse dipendono non solo dai diversi contesti ma anche dai soggetti che si presentano nelle diverse situazioni. E' necessario aggregare questi sistemi di valori spesso nemmeno commensurabili tra loro e quindi serve arrivare a compromessi e, sebbene una vera commensurabilità non sarà mai raggiunta, almeno cercare di porre sullo stesso piano e confrontare fenomeni simili. L'importante è non giungere a far diventare le relazioni delle routine prese per vere in assoluto, in quanto si tratta di confronti situati, validi solo per quello specifico contesto. Nella pratica comunque si rileva che in molte situazioni di spessore modesto vengono utilizzati metodi routinari perché i costi in termini sia monetari che di tempistiche sono elevati; ma è davvero un bene per la società affidarsi a sistemi di calcolo e di pesi che nella realtà non rispecchiano ciò che è la nostra società oggi, almeno per come risulterebbe da un'analisi più approfondita?

Un ulteriore elemento da prendere in considerazione è che nel nostro contesto storico l'impatto della tecnica sui fenomeni sociali sta aumentando anche la complessità dei fenomeni economici, delle cure e delle personalizzazioni che si è in grado di operare sui singoli casi e contemporaneamente si stanno migliorando anche gli strumenti per la gestione della complessità. L'aumento della complessità e delle contraddizioni apre a nuovi percorsi evolutivi nell'ambiente economico-sociale. Le due direttrici fondamentali sono da un lato la compressione, cioè un aumento di incertezza ad ogni livello della società per via della riduzione spazio temporale in atto con l'accelerazione degli scambi di sapere, la provvisorietà dei prodotti e dei canoni accettati, la pervasività del rischio per cui non si riescono più a riconoscere linee di comportamento ritenute affidabile per le situazioni che man mano si presentano e l'emergere di nuovi modi di consumo e di soggetti di consumo più consapevoli; dall'altro lato c'è la direttrice dell'espansione, che riguarda l'attenzione da porre all'evoluzione dei fenomeni economici, in quanto la realtà concreta è dinamica e rende difficile soddisfare sempre le esigenze pratiche con regole teoriche predefinite e inoltre vi è uno stimolo all'approfondimento di nuove sensibilità, auspicabili per i sistemi di controllo. Le due direttrici sembrano apparentemente contrastanti e questo è sicuramente uno dei paradossi della nostra epoca: innovazioni sempre più rapide, dinamismo sempre più accentuato e regolamenti spesso non all'altezza.

L'importante nell'eterarchia di valori da considerare è creare condizioni per avere una gestione efficiente dei fenomeni e incentivare risultati positivi. L'obiettivo deve essere quello di ottenere un equilibrio tra ordini di valori differenti e pesi mutevoli nel tempo, mantenendo criteri valutativi multipli che permettano di valutare i legami tra i valori, i bisogni e la loro evoluzione.

Dal punto di vista economico si tratta di bilanciare entrate ed uscite, con la complicazione tipica del settore pubblico di dover considerare strategie ai massimi livelli di governo, in un'ottica che va ben oltre la singola azienda. Se questo già di per sé è difficoltoso bisogna poi relazionarsi al concetto di salute in modo da poterlo adeguatamente considerare all'interno delle strategie da perseguire.

Numerosi fattori influiscono sul concetto di salute di una persona: la cultura, il contesto sociale, la ricchezza media del luogo in cui si nasce e le proprie precedenti esperienze o anche grandi crisi affrontate più o meno a livello personale ma comunque con un ampio respiro sul concetto di salute delle persone del proprio contesto. Le reazioni delle persone appartenenti ad un certo contesto piuttosto che ad un altro infatti variano anche considerevolmente in base al sistema di convinzioni che in quel preciso momento storico contraddistingue quello specifico territorio (e quella particolare comunità in alcuni casi). Convinzioni e valori derivano dal background socio-culturale di ciascuno, così anche per il concetto di salute si impara dalla società in cui si vive… cambiando società può cambiare l'importanza data a questo valore o le aspettative al riguardo o anche il modo di intendere di chi sia il compito di garantire la salute. Le persone vivono la loro vita basandosi sui valori che hanno assimilato ed affinato nel corso del loro percorso, e col passare del tempo le piccole modifiche di ciascuno portano nei decenni a cambiare, modificare o sostituire i valori o la loro graduazione per importanza. In altri casi tuttavia ci sono momenti in cui ci si trova ad affrontare delle vere crisi ed è possibile che in questi momenti ci si trovi a mettere in discussione valori, concetti e credenze che fino a quel momento erano ben radicati o che cominciavano a vacillare ma che senza un intervento forte avrebbero necessitato di ancora molto tempo per poter maturare. Quando bisogni e credenze si confrontano con una realtà modificata rispetto a quanto la si considerava finora, è a questo punto che nascono bisogni diversi, in quanto le precedenti esperienze di vita in generale tendono a influenzare le risposte alle successive esperienze di vita.

L'attenzione alla salute passa poi attraverso il costante aggiornamento tecnico sui prodotti innovativi, la continua preparazione dei professionisti che devono relazionarsi con l'utenza e di quelli che devono dirigere da dietro le quinte i vari livelli della grande macchina della sanità di uno Stato. Le novità nel

concetto di salute rilevabili nel contesto attuale sono l'attenzione all'eticità e alla sostenibilità. Aziende farmaceutiche come AstraZeneca (una delle maggiori al mondo) si impegnano nella ricerca, nello sviluppo, nella produzione e commercializzazione di farmaci etici. Lo stesso spirito di innovazione che animò a suo tempo Robert Wood Johnson (fondatore della Johnson & Johnson) che decise di investire nella sperimentazione delle prime garze antisettiche della chirurgia moderna cercando di concretizzare le teorie del medico inglese J. Lister sulle infezioni da batteri in sala operatoria. Il continuo reinvestire per trovare soluzioni sempre di maggiore qualità l'ha portata ad essere conosciuta in tutto il mondo. Il nostro periodo storico infatti è caratterizzato dal credere nel potere della scienza nel trasformarci la vita e renderla migliore e dalla fiducia nelle capacità umane di rendere tutto ciò possibile.

L'importanza della salute, dell'innovazione nel contesto della salute e la dignità umana sono poi ben rappresentati nella legislazione. Durante la XVI legislatura si è data rilevanza al tema della tutela della salute, non solo per la ripartizione dei fondi di cui tratta questa tesi ma per l'importanza del rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di una salute garantita da equità e qualità nelle cure e appropriatezza e personalizzazione per quanto possibile. Esempi di questi sforzi sono la legge 38 del 2010 sull'accesso alle cure palliative ovvero le cure globali per i pazienti colpiti da una malattia per cui i trattamenti specifici sono inutili e di cui la morte è diretta conseguenza, nonché alla terapia del dolore, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. Rientra in quest' ambito la legge diretta a garantire l'istituzione del registro nazionale e dei registri regionali degli impianti protesici mammari (legge 86/2012), che impone maggiore severità per la sicurezza delle protesi e l'informativa al paziente, e la legge diretta a consentire ed a disciplinare il trapianto parziale di polmone, pancreas e intestino (legge 167/2012) che recepisce i recenti progressi delle tecniche scientifiche e chirurgiche. Si è poi intervenuti in questioni di bioetica riguardanti il testamento biologico e l'utilizzo del corpo *post mortem* per studio e ricerca scientifica. La XII Commissione affari sociali ha inoltre avviato l'esame di alcune proposte di legge concernenti, rispettivamente, il riconoscimento della sindrome post polio come malattia cronica e invalidante, l'integrazione delle persone epilettiche, la garanzia del segreto del parto. Il D.L. 158/2012 interviene articolatamente in molti settori connessi alla tutela della salute: dalle cure primarie e dell'assistenza territoriale, alle norme tecniche per le strutture ospedaliere, per promuovere corretti stili di vita, dagli interventi in materia di sicurezza alimentare e di emergenze veterinarie, ai farmaci e servizio farmaceutico, dalla sperimentazione clinica dei

medicinali, alla professione e responsabilità dei medici, della dirigenza sanitaria e del governo clinico, dalla garanzia dei livelli essenziali di assistenza per le persone affette da malattie croniche e rare e dipendenti da gioco, alla razionalizzazione di alcuni enti sanitari e al trasferimento alle Regioni delle funzioni di assistenza sanitaria al personale navigante.

Se ci si occupa in modo così sistematico della pratica quotidiana degli interventi sanitari, altrettanto si può dire di un livello più teorico, necessario tuttavia ad alimentare la sanità e tutte le sue strutture. Ad oggi lo Stato definisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e si occupa di garantire le risorse finanziarie necessarie, in condizioni di efficienza ed appropriatezza, alla loro erogazione compatibilmente con vincoli di finanza pubblica. Dal canto loro invece le Regioni organizzano i rispettivi servizi sanitari e garantiscono l'erogazione effettiva delle prestazioni.
Ma il percorso per arrivare dallo Stato alle Regioni è costellato di leggi e decreti. Partendo dalla L. 281/70 che sancisce la nascita delle Regioni a Statuto Ordinario, passando per il 1977 e 1978 rispettivamente con il trasferimento delle competenze socio-sanitarie alle Regioni (d.p.r. 616/77) e l'istituzione del SSN (L. 883/78) e facendo poi un salto agli anni novanta che hanno visto fiorire norme in materia come il d. lgs. 509/1992 che riordina la sanità, poi modificato l'anno successivo con il d. lgs. 517/93 o come le leggi Bassanini (L. 59/97, L. 127/97 e d. lgs 112/98) per la ridefinizione del rapporto tra lo Stato e le Regioni seguite nell'anno successivo dalla riforma Bindi del 1999 (d. lgs. 229/99) contenente norme per la razionalizzazione del SSN, arrivando agli anni 2000 che iniziano con il sistema integrato di interventi e servizi sociali della legge 328/00 e con le disposizioni in materia di federalismo fiscale del d.lgs. 56 dello stesso anno. Da queste norme nasce il background in cui si inseriscono tutte le più recenti norme sul federalismo sanitario che verranno in più occasioni riprese in quanto fanno parte del contesto in cui si inseriscono tutte le problematiche e le idee che verranno trattate in questa tesi.

1.2 Cosa tratteremo

Partendo da una breve analisi del contesto storico-economico in cui versa il nostro Paese e dalla definizione delle funzioni del servizio sanitario nazionale e passando in rapida analisi una serie di interessanti modelli teorici, si andranno a delineare poi le linee di un confronto tra impostazioni

diverse nel ramo sanitario, provenienti da luoghi geograficamente molto distanti, che comunque accompagneranno il percorso espositivo per porre opportuni confronti quando risulterà interessante.

Vi sarà poi una contestualizzazione legislativa del modello dei costi standard nel contesto del pre-federalismo e dell'attuale processo di federalismo. Particolare attenzione sarà riservata ad una legge fondamentale risalente al '78, la quale stabilisce i principi di universalità dell'accesso ai servizi sanitari e del finanziamento pubblico degli stessi. I problemi al riguardo sono legati alla qualità della prestazione e all'inefficienza, all'allocazione delle competenze: quelle decisionali e di finanziamento al governo centrale e quelle operative di spesa a livello regionale e di USL. Verranno poi analizzate molte norme tra cui in maniera specifica il decreto n. 78 del 2010 e la legge finanziaria 191/2009, per il 2010.

A questo punto si svolgerà un'analisi sul controllo della spesa sanitaria, entrando nel merito di qualche dato esemplificativo su risorse e spese degli ultimi anni, argomento che ormai da anni risulta impellente e a cui si cerca una soluzione efficace e duratura, e sulla questione dei piani di rientro.

Trattando del federalismo per quanto ci compete, si darà uno sguardo al percorso del sistema italiano per affrontare i problemi di spesa e alle fonti delle risorse per il finanziamento del servizio sanitario.

Si affronteranno i problemi di assicurare la soddisfazione del fabbisogno, precisando quale sia la concezione di bisogno sanitario e arrivando a spiegare cosa siano i "LEA", che sono sempre più spesso all'ordine del giorno quando si tratta di sanità.

Non si può poi trattare di costi standard senza darne una definizione teorica, e analizzare gli approcci possibili per il calcolo di detti costi e senza fare specifico riferimento alle cosiddette Regioni di riferimento, che sono definite appunto per determinarli, e a tutte le problematiche inerenti la loro scelta.

Proseguendo la trattazione si giungerà alle modalità vere e proprie di calcolo dei costi standard, del processo di convergenza verso le nuove disposizioni, andando ad analizzare poi il computo dei costi standard e, sia il procedimento matematico sia in via teorica, le variabili che influenzano la partizione delle risorse e il ruolo innovativo o meno del metodo dei costi standard per la sanità. Si tratteranno specialmente i numerosi dubbi che il metodo ha fatto sollevare da parte di vari studiosi in materia e successivamente le analisi di percorsi alternativi rispetto al tanto discusso metodo attuale. Si

considereranno i contributi di diversi studiosi sia in termini di metodi per il calcolo delle tariffe, sia più nello specifico di algoritmi e sistemi di pesature per il partizionamento delle risorse, sia in merito a quali fattori sia importante considerare rispetto a quelli attuali del metodo dei costi standard.

Si procederà poi ad un confronto tra le diverse realtà italiane, che metterà in luce le differenze ancora nitide tra Nord e Sud del Paese, anche con le parole di vari personaggi pubblici appartenenti alle varie realtà regionali, e si darà rilievo pratico ai problemi di disavanzo definiti in via teorica nel corso dei capitoli precedenti.

La trattazione sarà poi conclusa con delle riflessioni finali sulla complessità delle vicende sanitarie e sul possibile futuro della sanità italiana nel contesto delle stime demografiche e socio-economiche del nostro Paese fatte dalle maggiori aziende che di questo si occupano.

CAPITOLO 2: I sistemi sanitari

2.1 Il contesto della crisi

Come abbiamo visto nell'introduzione per mantenere un sistema sanitario funzionante sono importanti ragionamenti anche di carattere meramente economico. Bisogna infatti rendersi conto di quali risorse si hanno a disposizione per finanziare il livello di qualità sanitaria che ci si è prefissi di raggiungere e capire se esso risulta sostenibile. Come abbiamo visto il progresso tecnologico e il costante aumento della consapevolezza dell'importanza della cura di sé, oltre che l'aumento della percezione che i Paesi sviluppati hanno di una salute accettabile, comporta una crescita sempre maggiore delle spese. Prima di iniziare a vedere in che modo è bene spartire le risorse a disposizione, quali elementi vengono o andrebbero considerati nella partizione, quali costi si ritengono meritevoli e quali andrebbero ridotti e come si sta comportando il nostro Paese nel contenimento della spesa è importante soffermarci un momento sul perché in questo momento storico l'aumento della spesa sia sentito come molto problematico. Questo deriva dal fatto che la situazione finanziaria dello Stato non è decisamente florida e pertanto il livello di finanziamento di tutti i settori della pubblica amministrazione risente della crisi in atto e si vede annualmente ribassate le proprie quote di competenza. Il problema della partizione delle risorse quindi è molto delicato anche per questo: le risorse da spartire sono sempre minori e pertanto non c'è più alcun margine per gli sprechi. Questo ragionamento vale anche per la sanità, tema che, come l'istruzione e il lavoro, tocca da vicino la vita delle persone e pertanto è anche e soprattutto in questo campo che il dibattito politico e il lavoro normativo hanno avuto molti problemi, andando ad aggravare una difficoltà già insita nella complessità della materia di per sé, che si dimostrava anche in periodi floridi.

L'ultima crisi economica è partita nel 2007 dagli Stati Uniti per lo scoppio di una bolla immobiliare e successivamente si è estesa fino a diventare una crisi finanziaria di carattere globale. Questo è accaduto per via del rialzo dei prezzi delle materie prime, della crisi bancaria e poi creditizia che ha avuto ampie ripercussioni sui mercati di Borsa. Alla crisi finanziaria è seguita l'anno successivo una forte crisi produttiva. Il 2009 ha poi visto crolli del Pil e una pesante recessione soprattutto in Europa. Ci sono stati cali rilevanti del Pil come effetto della recessione: ad esempio del 5% in Irlanda, del 2,8% in Gran Bretagna, del 2,3% in Germania, del 3,1% in Italia e dell'1,8% in Francia, ancora peggiori i cali

registrati nell'Europa dell'est ad eccezione della Slovacchia. Il biennio successivo ad aggravare ulteriormente la situazione è arrivata la crisi dei debiti pubblici europei per Grecia, Irlanda, Spagna, Portogallo, Italia, Cipro e Slovenia, con vari Paesi come Portogallo e Irlanda impegnati in piani di salvataggio per evitare il default. Il salvataggio dal default di questi Stati portò ad aggravare la recessione in atto. I piani di salvataggio furono subordinati all'accettazione di una politica di austerity e cioè di misure di politica di bilancio restrittive sui conti pubblici fondate su riduzioni di spesa pubblica e aumenti delle imposte.

In Italia la crisi del debito fu dovuta al livello del nostro debito pubblico, all'indicatore debito su Pil che ebbe un'impennata dalla crisi del 2008, ad una tenue crescita economica (il prodotto interno lordo reale è cresciuto solo del 4% nel decennio 2000-2010, e andato poi a ridursi progressivamente) e la cattiva opinione estera sulle politiche di governo. Nello specifico dopo la crescita del primo semestre 2011, ci fu un calo per gli anni successivi.

In termini quantitativi il Pil italiano nel 2009 scese del 5% e l'indebitamento delle amministrazioni pubbliche aumentò a 80,8 miliardi; il deficit crebbe del 2,6% secondo i dati del sito del Tesoro e il crollo dell'industria fu pari al 15,1% soprattutto nel settore auto. Per quanto riguarda il debito pubblico poi dal 2008 al 2010 aumentò dal 103,6% al 119,0% secondo i dati del dipartimento del Tesoro.

Un problema ulteriore fu poi la fiducia nella solvibilità italiana da parte degli investitori, soprattutto esteri, per problemi come: l'indebitamento estero del settore privato, l'impossibilità di ricorrere alla svalutazione della moneta (proibita dagli accordi di Maastricht) per stimolare la competitività delle esportazioni, il forte deficit della bilancia commerciale, la quantità di debito pubblico pregresso. Tutto questo portò a un deflusso degli investimenti e ad un ritiro improvviso dei capitali (con conseguente impennata dei tassi di interesse sui titoli di stato).

La crisi più forte per il nostro debito pubblico si raggiunse a metà 2011. Fino ad allora i nostri buoni del tesoro pluriennali si erano mantenuti appetibili nonostante le difficoltà. Prima della crisi greca della primavera dello stesso anno l'Italia rifinanziava il debito pubblico con aste di titoli di Stato con costi all'emissione scesi fino al 2,1%. Tuttavia a metà luglio i titoli a 15 anni vennero venduti al 5,90%, il massimo della storia della moneta unica, mentre quelli a 5 anni al 4,93%. L'ampliamento dello spread mise in crisi la credibilità della redimibilità italiana e questo ebbe effetti sulle Borse secondo i dati de Il Sole24 Ore nell'articolo "Il Tesoro colloca BTp a 15 anni a un tasso del 5,90%, ai massimi dal

lancio dell'euro. Quinquennale al 4,93%" (2011). Questo portò alla crisi delle banche perché esse possedevano una gran quantità di buoni del tesoro. La situazione poi si rese ancora peggiore perché per rifinanziarsi l'Italia dovette continuare ad emettere titoli e questo bilanciando i tassi di interesse perché fossero appetibili agli investitori ma sostenibili per le finanze statali. Il 20 settembre 2011 Standard & Poor's decise di abbassare il giudizio sull'affidabilità italiana per via delle limitate risposte dello Stato alla crisi.
Successivamente con il governo tecnico di Monti lo spread diminuì momentaneamente, ma poi risalì di nuovo.
Il 13 gennaio 2012 Standard's & Poor's declassò ulteriormente il rating italiano.

Può poi essere interessante andare ad osservare una fotografia del Paese fatta da Wallstreetitalia.com nel 2014 in "La verità sull'Economia italiana: tutti i dati che non potete non sapere".
Partendo dal mondo dei lavoratori e analizzandolo dai diversi punti di vista si può notare come vi sia un forte problema di disoccupazione sia generale che giovanile che attanaglia il nostro Paese negli ultimi anni. Secondo l'Istat a gennaio dello scorso anno la disoccupazione era al 12,9% (quasi 3,3 milioni) come non accadeva dal 2004. Anche il quantitativo di ore di Cassa Integrazione è preoccupante in quanto sintomo di una mancanza di lavoro che si mostra con chiarezza anche nel fatto che dal 2005 il nostro Paese sia all'ultimo posto nella classifica dell'occupazione dell'UE. Dal 2007 al 2012 poi secondo fonti Istat i poveri in Italia sono raddoppiati (quasi 5 milioni) ed il potere d'acquisto delle famiglie è sceso del 2,4% annuo circa. Secondo l'OCSE il reddito medio italiano è calato del doppio rispetto alla media della zona euro e per Confcommercio nel 2013 è tornato ai livelli di 25 anni fa.

Per l'import-export l'Istat fotografa ad ottobre 2013 una riduzione dell'export di mezzo punto percentuale e una riduzione molto più forte (-2,6%) dell'import. Il saldo commerciale è di 4,1 miliardi, maggiore rispetto al 2012.

Dal punto di vista delle imprese si può far notare che a causa della crisi vi è inoltre un aumento delle procedure fallimentari che nel primo semestre 2013 raggiunge le 6.500 unità (+5,9% dal 2012 al 2013). Secondo i dati della Bce nel luglio 2013 la contrazione del credito alle imprese è di -3,7%,

superiore di mezzo punto percentuale rispetto ai mesi precedenti. Con questa situazione la competitività italiana perde posizioni rispetto al resto del mondo.

La situazione va a toccare anche le banche. Le insolvenze bancarie in capo alle imprese italiane hanno sfiorato a maggio 2012 gli 84 miliardi di euro.

Con questa situazione alle spalle i Consumi hanno avuto una contrazione record (-7,8% secondo Federconsumatori e Codacons) nel biennio 2012-2013 soprattutto nei settori: mobili, alimentari, abbigliamento. Secondo Unione petrolifera il consumo di benzina dei primi sette mesi del 2013 e del 2012 mostra un calo del 7,3%. Questo impatta ovviamente anche sul gettito dato dalle accise.

Altri segnali della crisi sono il calo dell'indice dei prezzi delle abitazioni del 2013 e la diminuzione del tasso di inflazione medio annuo sempre del 2013 che ha raggiunto il livello più basso dal 2009 (1,2% nel 2013 e 3% nel 2012).

Passando al punto di vista dello Stato mentre il fabbisogno e la spesa continuano a crescere anche il debito pubblico e i relativi interessi crescono e ad esempio Bankitalia attesta che a febbraio 2014 è aumentato di 17,5 miliardi, raggiungendo i 2.107,2 miliardi. Per quanto riguarda il Pil invece esso, comparando il secondo trimestre 2013 e 2012, secondo l'Eurostat è calato del 2%.
Il rapporto Deficit/PIL altresì peggiora attestandosi nel 2013 al 2,9% e arrivando al 3,5% nel terzo trimestre 2014.
Il livello di tassazione poi risulta eccessivo per i cittadini ed incide negativamente sulla crescita.
Inoltre l'evasione annua secondo l'Istat si aggira attorno ai 275 miliardi di euro e le entrate tributarie dal 2013 al 2012 sono risultate in calo di circa 1,4 miliardi nei primi 10 mesi dei rispettivi anni. Un andamento negativo si ha anche nelle imposte indirette come l'Iva per via della riduzione degli scambi interni e delle importazioni extra UE rispettivamente del -4,7% e -21,4% che comportano tra gennaio e aprile del 2013 una riduzione del gettito Iva del 7,8%.

Arrivando al 2015 addentriamoci per un momento sulle divisioni interne al Paese, a cui si farà più volte riferimento nel corso della trattazione, attraverso i dati di Economist.com in "Italy's regional divide. A tale of two economies. As the north limps ahead, the south swoons" (2015). Essi ci raccontano di un'Italia che dopo tre anni di recessione vede la sua economia iniziare a crescere finalmente, pur in maniera ancora lieve. La situazione comunque continua ad essere differente a

seconda della zona d'Italia considerata. Nel 2008 l'economia del Sud si è contratta due volte più rapidamente di quella del Nord.

Alcuni dati sull'occupazione ci dicono che il 70% degli italiani che hanno perso il lavoro nel 2007 sono del Sud e che lo scorso anno la disoccupazione al Sud è stata quasi dell'8% in più rispetto alla media nazionale.

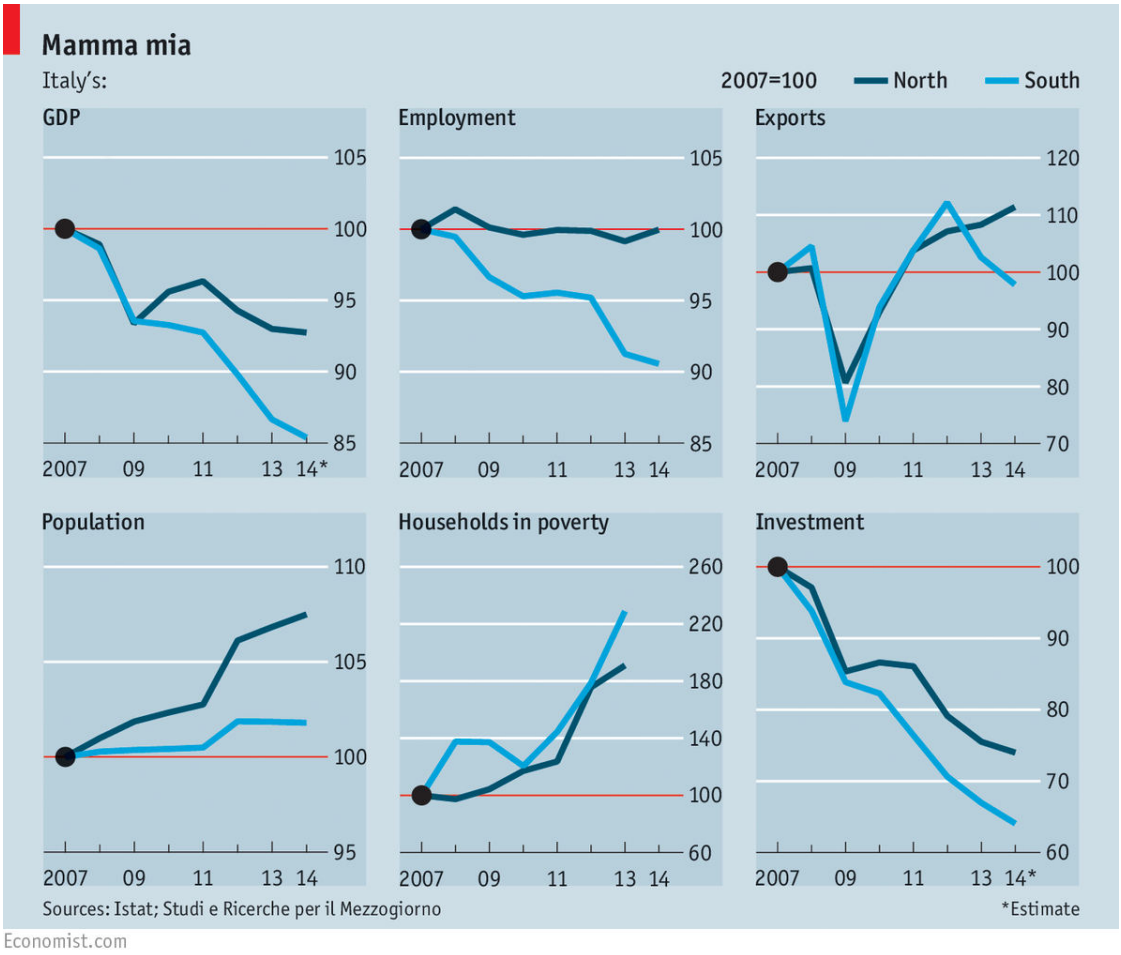
Guardando invece la tabella con il dato sulle famiglie povere del Nord e del Sud è passato dai 3,3% e 5,8% del 2007 al 5,8% e 12,6% del 2013.

Altri dati interessanti sono il calo delle nascite al Sud, l'emigrazione verso il Nord e l'aumento della fertilità al Nord. Questa tendenza demografica, come visibile dalle tabelle sottostanti sulla popolazione e sul GDP, mitiga la forbice nei GDP a persona rispetto al Nord secondo lo SVIMEZ (associazione per lo sviluppo del Mezzogiorno); tuttavia la perdita di capitale umano al Sud e il calo degli investimenti, ben visibile nella tabella sottostante, stanno impoverendo la zona di quelle risorse che sarebbero invece utili per risollevarsi.

Per quanto riguarda le esportazioni, esse al Nord crescono del 2,9% rispetto allo scorso anno mentre al Sud si contraggono del 4,7% per via del minor prezzo del petrolio che smorza le entrate nelle raffinerie siciliane e sarde. Inoltre i prestiti sono più difficili da ottenere e più costosi in quelle Regioni con un alto tasso di criminalità e corruzione come lo sono state quelle del Sud durante la crisi.

Da questa breve analisi appare dunque che la crisi colpisca un po' tutta l'Europa e che anche l'Italia ne abbia risentito pesantemente, ma in alcune zone in maniera più significativa rispetto ad altre.

Figura 2.1 La situazione italiana dal 2007 al 2014



Fonte: Il Fatto Quotidiano.it, 2015.

Fatto sta comunque che i finanziamenti alla spesa sanitaria negli ultimi anni, per effetto di questa crisi e a dispetto delle spese in aumento (pur in diminuzione negli ultimi anni), sono calati. Con i grafici sottostanti si può chiarire l'entità di questa riduzione di fondi.

La legge 111/2011, come sottolineano Cicchetti e Ceccarelli in "Il Servizio sanitario nazionale alla luce delle manovre finanziarie 2011 e 2012: tra accessibilità delle cure e contenimento della spesa" (2013), ha disposto come raggiungere gli obiettivi programmatici del DEF 2011 e con la legge 148 dello stesso anno si è voluto anticipare al 2013 l'obiettivo del pareggio di bilancio. Con la prima di queste due norme si determina l'incremento annuale dei livelli di finanziamento in modo aprioristico, scendendo rispetto ai livelli, già ritenuti insufficienti dalle Regioni, del Patto per la Salute 2010-2012. Si giunge a 7,950 miliardi in meno di quelli previsti nel biennio 2013-2014.

Con la successiva legge 95 del 2012 vi è un'ulteriore riduzione di 900 milioni nel 2012, 1,8 miliardi nel 2013 e 2 miliardi nel 2014. Ulteriori restrizioni per il 2014-2015 nella legge di stabilità del 2013. Le leggi, oltre che dei tagli, si occupano anche di incentivare un uso più appropriato dei fondi a disposizione, indicando anche campi come quello dei servizi, quello dei dispositivi medici e quello dei farmaci in cui è bene porre un freno alla spesa.

Con le manovre degli ultimi anni si è riusciti a bloccare la crescita incontrollata della spesa ed a ridurre i disavanzi di bilancio quindi gli incentivi e la responsabilizzazione delle varie parti in gioco hanno sortito gli effetti desiderati; questo però non significa che i continui tagli non siano comunque un argomento delicato per la sanità.

Figura 2.2 I tagli delle manovre

Tagli in Milioni/€

	2012	2013	2014	2015
Patto Salute 2010 - 2012-legge 191/2009 risorse vacanza contrattuale	466	466	466	466
Legge 122/2010 - art.9 Riduzione livello SSN	1.132	1.132	1.132	1.132
Legge 122/2010 - art.11 farmaceutica	600	600	600	600
legge 111/2011 reintroduzione ticket	834	834	834	834
legge 111/2011 - Misure contenimento della spesa		2.500	5.450	5.450
legge 111/2011 - Accertamenti medico legali		70	70	70
DL 95/2012	900	1.800	2.000	2.100
tagli Legge di stabilità 2013 (L.228/2012)		600	1.000	1000
Sentenza Corte Costituzionale			- 2.000	-2000
legge 147/2013 - Blocco indennità personale sanitario				540
TOTALE TAGLI	**3.932**	**8.002**	**9.552**	**10.192**
escluso manovre a carico cittadini DL Salva Italia				

Fonte: Gavino, Maciocco, Saluteinternazionale.info, 2014.

Figura 2.3 Finanziamento del SSN per gli anni 2012-2014 ed effetti delle manovre

Finanziamento del SSN per gli anni 2012-2014 ed effetti delle manovre 2011-2012

	2012	2013	2014
Finanziamento SSN tendenziale (pre-manovre)	**108.780**	**111.794**	**116.236**
Riduzione finanziamento SSN ex L. 111/2011	**-**	**-2.500**	**-5.450**
Prezzi di riferimento	-	-750	-1.100
Farmaceutica	-	-1.000	-1.000
Tetto sui dispositivi medici	-	-750	-750
Ticket	-	-	-2.000
Personale	-	-	-600
Riduzione finanziamento SSN ex L. 135/2012	-900	-1.800	-2.000
Farmaceutica	-325	-747	-747
Beni e servizi	-505	-883	-943
Assistenza accreditata	-70	-170	-310
DDL stabilità 2013	-	-600*	-1.000
Totale riduzione finanziamento SSN	-900	-4.300 (-4.900*)	-7.450 (-8.450)
Finanziamento SSN programmatico (post-manovre)	**107.880**	**107.494**	**107.786**

*Note: * importo in discussione*

Fonte: Cicchetti, Ceccarelli, 2013, pagina 5.

Con questa premessa di carattere generale si può ora proseguire andando a vedere, una volta stabilito che le risorse non sono decisamente infinite, di che cosa si tratta quando si fa riferimento al sistema sanitario, quali siano le sue funzioni e che cosa debba considerare nello svolgimento del proprio ruolo.

2.2 I sistemi sanitari: ruolo e funzioni

La salute è un bene di merito e come tale va garantito a tutti, in più considerando che essa influisce anche sulla vita economica del Paese, dato che una popolazione in salute è più produttiva, per lo Stato è bene occuparsene. Inoltre è bene intervenire per ragioni di efficienza per quanto riguarda le asimmetrie informative sul servizio e sulla domanda, le esternalità positive, il fallimento delle assicurazioni private nel garantire la sanità secondo modelli di desiderabilità socialmente accettati e per ragioni di equità.

Operativamente il sistema sanitario può essere letto in due chiavi: la prima è quella della **funzione finanziaria** cioè il reperimento delle risorse e la copertura dei costi; e la seconda, quella **di**

produzione, che serve ad erogare le prestazioni. Per i finanziamenti si ricorre ad un soggetto terzo che garantisce l'erogazione del servizio all'insorgere della malattia indipendentemente dalla disponibilità a pagare. Questo recupera quanto serve dalla collettività attraverso contribuzione o imposizione. Di questa analisi si occupano diversi autori, ma in questa tesi si è scelto di riportare il pensiero di S. Russo in "Economia e management delle aziende sanitarie pubbliche profili evolutivi, assetto istituzionale e performance" (2012) per quanto riguarda il nostro tema di studi e poiché emergono spunti interessanti per il resto della trattazione. Al riguardo, nel nostro Paese si è scelto di non basarsi sul modello di mercato, anche se in altre realtà è stato fatto diversamente (es. Gran Bretagna in cui si sono costituiti dei mercati interni). Tutte le esperienze comunque conducono a pensare che siano in ogni caso necessari alcuni correttivi al mercato puro per questa tipologia di beni.

Il mercato per i servizi sanitari è difficoltoso per via di fattori come incertezza, azzardo morale, selezione avversa e asimmetria informativa. Per funzionare gli attori devono avere una piena informazione e devono essere liberi di scegliere, deve esserci inoltre la capacità di regolare e supportare finanziariamente il mercato. Se ciò funzionasse si avrebbe un'allocazione ottimale, ma si perderebbe l'accesso minimo alle cure garantito attualmente. Il mercato sanitario non è concorrenziale per via del rischio di malattia, delle esternalità, del monopolio dell'offerta, delle asimmetrie informative e delle economie di scala. L'intervento pubblico serve quindi a mediare efficienza, equità e combattere fattori come il rischio morale e la selezione avversa.

Russo (2012) riporta che autori come Mellet e Williams (1966) sostengono che un sistema sanitario debba principalmente perseguire le seguenti finalità:

- Incoraggiare e assistere gli individui a restare in salute;
- Garantire l'equità di accesso ai servizi sanitari;
- Fornire un'ampia gamma di servizi di standard qualitativo elevato;
- Garantire la rapidità di accesso;
- Soddisfare le ragionevoli attese dei suoi utenti;
- Restare un servizio responsabile del soddisfacimento dei bisogni locali.

Le differenze tra i diversi sistemi possibili stanno quindi nell'equità e nella reattività degli individui. Proprio **l'equità** risulta un elemento cardine nelle politiche di tutti i governi. Essa si divide in equità verticale ed orizzontale. La prima riguarda il reperimento e la successiva distribuzione delle risorse e il

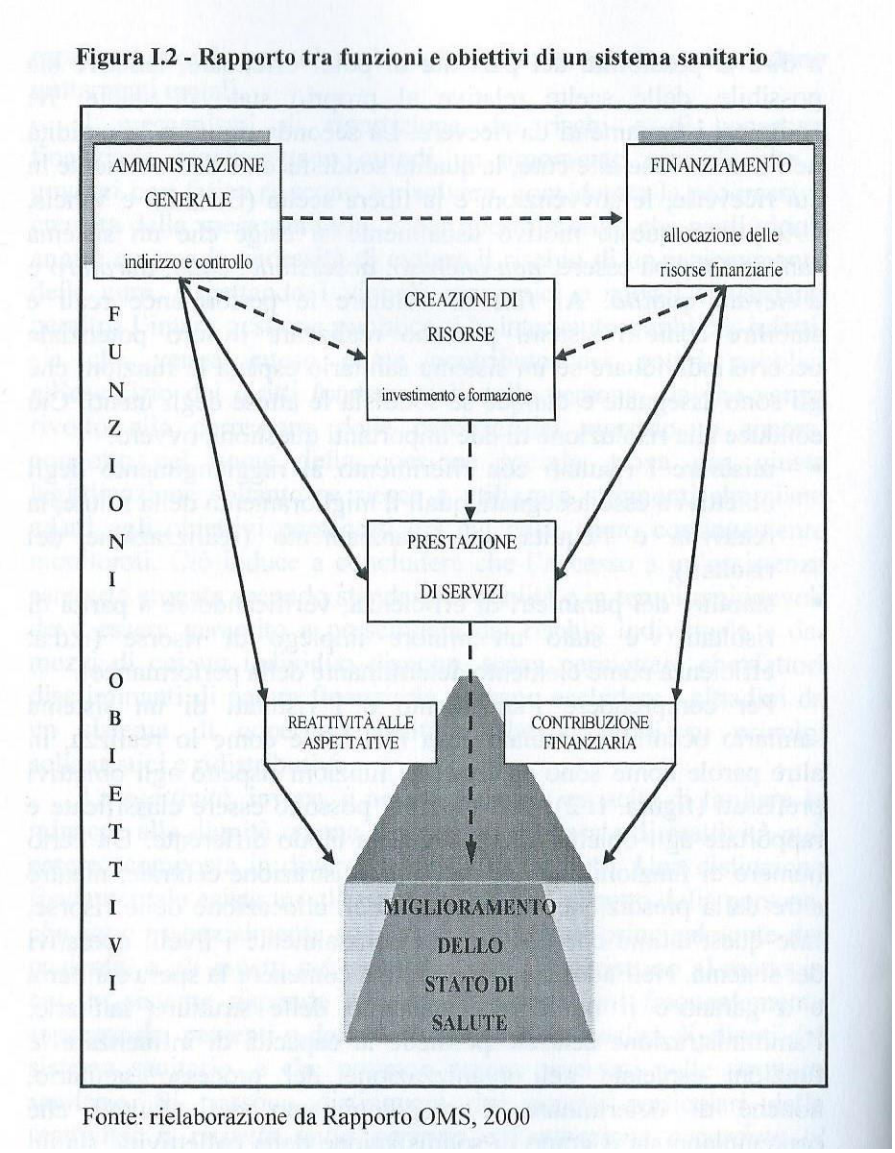
costo delle prestazione. Questi elementi portano ad una regola in base alla quale a diversa capacità contributiva corrispondono contribuzioni diverse. L'altra tipologia concerne invece l'accesso alle cure, ed esprime il principio in funzione del quale a bisogni uguali debbano corrispondere prestazioni uguali. I principi di solidarietà e redistribuzione a cui lo stato si ispira per i suoi interventi sulla sanità escludono a priori che l'indigenza, o comunque le modeste condizioni finanziarie di alcune fasce della popolazione, possano essere un valido motivo per escludere dette persone dalle cure mediche minime garantite.

Elemento parallelo a questo è quello della **dignità** umana. La reattività è la capacità di limitarne le lesioni. Essa si dirama in rispetto della persona (dignità e diritto all'informazione) e attenzione rivolta al paziente (rapidità e qualità).

Un sistema sanitario in conclusione deve essere privo di oneri, equo, accessibile a tutti, con una qualità socialmente accettabile e i cui effetti durino nel tempo. Per misurare la rispondenza di un sistema sanitario a tutti i requisiti bisogna rendersi in grado di valutare due elementi apparentemente in opposte direzioni ovvero l'efficacia nel raggiungimento dei risultati (salute-reattività ed equità) e l'efficienza. È importante rilevare che risultati di contenimento di costi imposti dalle direzioni centrali possono andare a scapito di risultati di ordine qualitativo ed equitativo.

Partendo quindi dall'amministrazione che ha una funzione di indirizzo ed allocazione delle risorse, il sistema sanitario ha poi il compito di investire e aggiornare il personale per permettere una adeguata prestazione di servizi con le risorse disponibili, perseguendo l'obiettivo di migliorare lo stato di salute atteso ma rispettando i vincoli economici.

Figura 2.4 Rapporto tra funzioni ed obiettivi di un sistema sanitario



Fonte: Salvatore Russo 2012, pagina XXIV.

Dal punto di vista economico va poi fatto un breve cenno ad altri due elementi: gratuità e approccio assicurativo.

Da considerare per quanto riguarda il sistema sanitario è poi il tema della gratuità delle prestazioni. Andando a vedere la fornitura pubblica delle prestazioni sanitarie, ci si può rifare a quanto detto da Petretto (1997) nel suo libro. In molte nazioni è norma il fatto di garantire prestazioni sanitarie gratuite o a basso costo per ragioni redistributive. Le prestazioni sanitarie hanno elementi di bene privato ma anche pubblico (in quanto vanno a definire lo stato di salute) e anche di bene

d'investimento in quanto scongiurano spese superiori successive. Per analizzare la teoria bisogna porsi su due prospettive diverse, una nella quale ci siano dei sostituti perfetti e una in cui questi non siano presenti. In caso di razionamento questo comporterà nel primo caso solo un effetto reddito in quanto il soggetto ricercherà sul mercato ciò che non ha ricevuto dalla sanità pubblica; mentre nel secondo caso si ha la compresenza di effetto reddito ed effetto di sostituzione e ciò influenzerà anche la domanda degli altri beni.

Parlando poi del fatto che la questione sanitaria può essere vista anche come un problema di assicurazione, si sa che con un'informazione completa il premio assicurativo sarebbe danno moltiplicato per probabilità di verificarsi. Tale metodo non è però socialmente accettabile perché in questo modo i soggetti più deboli pagano di più e questo, per un sistema sanitario come è inteso oggi, non è possibile. Per ovviare al problema si potrebbe utilizzare una funzione di utilità concava, avendo un premio dato dal danno per la probabilità media, in questo modo tutti pagherebbero allo stesso modo. A questa ipotesi però si addebita la critica che per il fenomeno della selezione avversa, dato che non c'è osservabilità del tipo di assicurati, sarebbero attirati tutti gli utenti con rischio maggiore. Alternativamente a questa soluzione è possibile prevedere un'assicurazione obbligatoria che impedisca ai soggetti a basso rischio di non contribuire all'equilibrio e questo sembra essere un metodo più adatto al tema della sanità.

2.3 Il bilanciamento tra efficacia, efficienza ed equità

Un problema che il sistema sanitario deve affrontare nello svolgimento delle sue funzioni è quello del bilanciamento tra efficacia, efficienza ed equità.
Oggigiorno, come si dice in Petretto (1997), molti servizi sanitari ricorrono ad una concorrenza amministrata, ovvero con vincoli di natura macroeconomica e di equità posti ad un livello di governo superiore per avere da un lato il controllo della spesa pubblica per la sostenibilità finanziaria e dall'altro una soluzione socialmente accettabile. Ci sono però dei trade-off tra l'equità e i vincoli economici e pertanto si adottano sistemi sanitari che garantiscano un tot di prestazioni e permettano di averne ulteriori pagando il prezzo di mercato. In questo modo tuttavia vengono a formarsi due livelli di sanità.

Per quanto concerne **l'equità** essa ha definizioni variegate e a volte incompatibili. Volendone riportare alcune a titolo di esempio ritovate in Petretto (1997):

- uguaglianza della spesa pro-capite;
- distribuzione delle prestazioni in base al bisogno inteso da Culyer e Wagstaff (in Petretto, 1997) come la spesa necessaria per avere il massimo aumento di salute possibile o specularmente necessario per portare a zero il beneficio marginale di ulteriori cure;
- uguaglianza di accesso inteso alternativamente come uguaglianza di trattamenti, costi necessari per avere le cure, consumo massimo di una prestazione ad un prezzo X, utilità consumata con le spese sanitarie;
- uguaglianza di salute, andando quindi a vedere il risultato finale dei trattamenti.

Secondo Culyer e Wagstaff, come riporta Petretto (1997) l'ultima è la concezione da seguire. In base a questa si può ragionare sulla divisione tra equità orizzontale e verticale andando a riassumere le conclusioni di alcune analisi del '95 di Glazer e Shmueli (in Petretto, 1997) i quali sostengono che due individui con uguale status iniziale, che ricevano uno stesso ammontare ciascuno da dedicare ai trattamenti sanitari avranno un uguale status di salute anche ex post (equità orizzontale). Se invece l'ammontare di bilancio è destinato prima a chi si trova nella situazione iniziale peggiore e poi agli altri, allora ex post si ridurranno le loro differenze di status di salute (equità verticale).

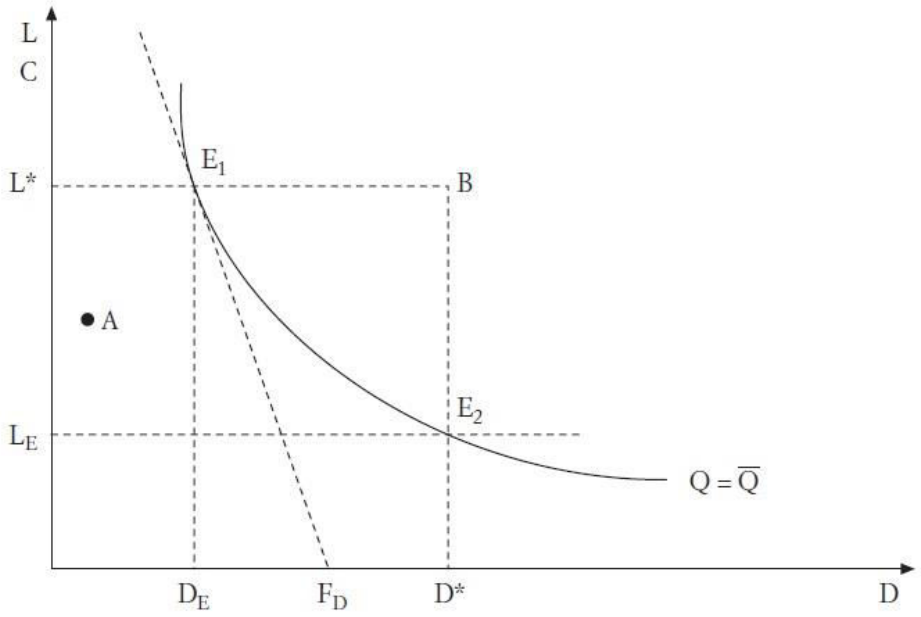
Il risultato in termini di equità dipende anche dall'interazione tra il soggetto curato e l'operatore che definisce che cure dare. In caso di terzo pagatore e di deresponsabilizzazione finanziaria dei medici e dei pazienti, essi vorranno il raggiungimento della massima equità indipendentemente dalle spese per ottenerla. Tuttavia è necessario il rispetto di vincoli macroeconomici attraverso la responsabilizzazione delle categorie (budget per i medici e ticket per i pazienti) ed in tal modo si giunge ad un tipo di equità vincolata e cioè a livelli di equità possibili da perseguire. Ciò fa riemergere il trade-off mai completamente eliminabile tra equità e costi.

Ad esempio i sistemi DRG sono del tipo fixed price cioè indipendenti dai costi effettivamente sostenuti. Essi massimizzano l'incentivo alla riduzione dei costi ma danno un basso incentivo all'ottenimento di un livello qualitativo elevato, soprattutto quando questo non sia immediatamente osservabile. In questi casi è importante puntare sulla reputazione e sul monitoraggio.

Parlando del rapporto tra l'equità e **l'efficienza**, come sostengono Caruso e Dirindin nel loro saggio sulle ambiguità del decreto legislativo 68 (2011), la necessità di controllo del budget, di equità nell'accesso ai servizi e di efficienza nell'offerta hanno portato al riaccentramento della *governance* dei sistemi sanitari. A questo proposito però la costruzione di un budget risente della negoziazione tra i livelli di governo e tra tutti gli attori connessi e della spesa storica e pertanto le inefficienze vengono perpetrate di anno in anno. Per questo il sistema è stato modificato per tenere in considerazione i fabbisogni sanitari pro capite usando indicatori inerenti età, genere, morbilità e condizioni socio-economiche che incidono sui bisogni di salute.
Una formula capitaria dovrebbe tenere in considerazione solamente i fattori di bisogno capaci di giustificare variazioni legittime dei fabbisogni di spesa, controllando invece i fattori di offerta che causano variazioni illegittime perché dipendenti dai livelli di efficienza locale nell'uso delle risorse. Su queste è importante lavorare con altri strumenti in modo da garantire equità di accesso e utilizzo. Nella prassi della maggior parte dei Paesi comunque i pesi sono funzione dei dati disponibili di utilizzo dei servizi sanitari, spesso aggregati o, se individuali, spesso solo per età e per genere. Questi risentono del problema della domanda indotta dall'offerta, o dalla vicinanza dei servizi (dove c'è molta urbanizzazione il tasso di utilizzo dei servizi sanitari è maggiore rispetto alle altre zone). E' poi importante limitare la negoziazione squisitamente di natura politica su pesi e quote di riparto delle risorse per la salute tra le Regioni.

Abbiamo detto quindi che l'efficienza è legata all'organizzazione complessiva del settore, alla minimizzazione dei costi per ogni unità e alla massimizzazione del benessere collettivo dato dalla produzione in questione. Si tratta quindi di un bilanciamento anche tra efficienza ed **efficacia** nel raggiungere gli obiettivi posti come ideali. Dato che le risorse non sono infinite quindi bisognerà che anche le aspettative inerenti l'efficacia vengano abbassate raggiungendo un compromesso socialmente accettabile ed economicamente sostenibile. Per chiarire il punto potrebbe essere utile usufruire di un supporto grafico semplificato e dell'analisi fornita dagli autori Villani, D'Alessio e Pica in "The issue of standard costs and problems of the Southern Italy" (2008).

Figura 2.5 Efficienza di fattori produttivi L e D



Efficienza tecnologica ed efficienza economica nella produzione dei servizi pubblici locali.

Fonte: Villani S., D'Alessio L., Pica F., 2008, pagina 634.

Data l'ipotesi che ci siano due fattori produttivi pertinenti (ad esempio L e D), essi si pongono sugli assi cartesiani e da questi si determina l'isoquanto Q=Q, assumendo quindi che sia stata determinata nel livello *Q* la quantità appropriata. Per valutare l'efficacia si riconosce che il livello desiderato di output è stato raggiunto.

I singoli punti appartenenti alla curva mostrano le *combinazioni minime* dei due fattori necessari per raggiungere Q. Essi individuano situazioni di efficienza tecnologica. Mostrando i prezzi dei fattori si trova il punto E_1dalla tangenza con la retta dei costi E. il punto trovato è efficace, efficiente tecnologicamente ed anche economicamente essendo il punto di spesa minima (poiché punto di tangenza tra l'isoquanto e la funzione F).

Oggi questo punto è ciò che viene chiamato costo standard-obiettivo.

Confrontando il costo standard e la spesa effettivamente osservata ci si può ritrovare in vari casi:

a) Il punto corrisponde a E_1 e quindi le tre condizioni prese in considerazione sono rispettate. Al riguardo resta quindi da valutare l'economicità di questa soluzione, cioè la sua mantenibilità nel tempo.

b) Il punto osservato appartiene all'isoquanto, ma non è E_1, bensì E_2. È rispettata l'efficienza tecnologica cioè non vi sono sprechi di fattori, ma non quella economica poiché una loro diversa combinazione porterebbe risparmi di spesa. In questo caso il punto migliore potrebbe non essere raggiungibile per rigidità del mercato dei fattori, piuttosto che per una predilezione per questo punto rispetto all'altro per questioni di economicità a medio termine o infine per il fatto che il prezzo utilizzato nella costruzione dei costi standard sia diverso da quello dell'Ente.

c) La spesa osservata in *B* è maggiore in quanto le quantità dei due fattori sono maggiori a parità di output per via di un'inefficienza tecnologica o perché B fa parte di un altro isoquanto tale che $Q_B > Q$. Nel primo caso sarebbe auspicabile un intervento correttivo dall'alto mentre nella seconda ipotesi serve una correzione del finanziamento alla spesa.

d) Nel caso in cui sia le quantità, sia i prezzi risultino scorretti, portando ad una spesa maggiore rispetto a quella standard serve altresì una correzione dall'alto come è stata quella attuata con l'introduzione del sistema CONSIP.

e) La spesa osservata può porsi come combinazione di fattori in un punto A a sinistra rispetto all'isoquanto considerato. In questo caso o la quantità di cui i cittadini usufruiscono è minore di Q ($QA < Q$), portando, per ipotesi diverse da quella concernente i LEP, problemi di autonomia dell'ente e di attribuzione di risorse, oppure si ha il problema delle premialità.

2.4 I principi ispiratori delle riforme

Ancora il già citato Russo nell'opera "Economia e management delle aziende sanitarie pubbliche profili evolutivi, assetto istituzionale e performance" (2012) pone in luce un aspetto importante da considerare: una volta definito un punto di equilibrio tra equità, efficacia ed efficienza; bisogna ricordare che esso non è perennemente valido, motivo per cui sono necessarie migliorie frequenti. Tutti i Paesi europei devono fare i conti con la riforma della sanità, in quanto ci sono fattori in continua evoluzione che non permettono che le regole stabilite in un dato momento storico siano perennemente valide. I diversi Paesi hanno risposto in maniera diversa alla necessità di sanità in ragione dei loro diversi contesti socio-culturali, politici e storici. Ci sono diversi fattori capaci di

influenzare la necessità percepita di modificare le regole del sistema sanitario nazionale. Esse sono di natura sia esogena che endogena. Per quanto riguarda le prime, tra di esse vanno annoverati l'invecchiamento e il contestuale aumento della popolazione che aumentano la richiesta di prestazioni. Tra le endogene invece vale la pena ricordare l'importanza data al binomio efficacia-efficienza di cui abbiamo trattato nel paragrafo precedente e che impone l'uso di indicatori di performance, le nuove malattie e lo sviluppo della tecnica (che amplia tanto le possibilità di cura quanto le spese per sostenerle).

Le riforme sanitarie puntano a migliorare le situazioni attuali ma i sistemi possono essere basati su una base assicurativa oppure fiscale. Dei due modelli, l'uno è incentrato su una regolazione globale e sul controllo delle spese, l'altro si occupa più di quantità e qualità della prestazione offerta. Le regole comunque si applicano a livello d'insieme, a livello decentrato e a livello di singole interazioni utenti-pagatori- prestatori.

2.5 Società diverse per sanità diverse

Le diverse forme di finanziamento sanitario riflettono le diverse visioni che la società ha della sanità. Ai due estremi si trovano un sistema sanitario essenzialmente privato in cui chi ha la disponibilità economica compra le cure sul mercato e un sistema sanitario soprattutto pubblico in cui il concetto di uguaglianza regna sovrano e le cure mediche vengono pagate dalla collettività tramite il sistema di tributi che il governo reclama. Due stati che possono incarnare i vari estremi sono, nel primo caso gli Stati Uniti e nel secondo la Gran Bretagna col suo National Health Service. Una pecca del primo tipo organizzativo è l'inefficienza del mercato delle assicurazioni che li domina per via di fenomeni come il Moral Hazard e la segmentazione dell'utenza, che tendono a far crescere la spesa senza una corrispondente espansione della popolazione coperta da assicurazione sanitaria. Un problema relativo invece alla seconda tipologia di organizzazione è quello dell'inefficienza tecnica e di soddisfacimento dell'utente per via della mancata separazione tra produzione e finanziamento dei servizi. Da ambo le parti si nota inoltre una certa disparità distributiva. Per risolvere questi problemi si fa riferimento alla concorrenza guidata, dando cioè al mercato dei limiti posti dall'autorità pubblica competente. Primi sviluppi di questo approccio si ritrovano nelle politiche di Gran Bretagna, Olanda e del governo Clinton nei primi anni '90. In essi si trova una nuova regolazione della concorrenza nella

produzione e ripartizione delle prestazioni che ha come temi centrali la separazione tra finanziamento e produzione; il riequilibrio di informazione e potere di mercato tra domanda e offerta; universalità della copertura; incentivazione dell'efficienza produttiva (grazie a metodi di pagamento prospettico).

2.5.1 Il caso inglese

Si è deciso di occuparsi in breve della storia di alcuni sistemi sanitari esteri, sebbene questo esuli leggermente dalla materia della tesi, in quanto si ritiene importante introdurre degli elementi su quei sistemi differenti dal nostro, a cui però si guarda spesso per ricavare elementi di miglioramento come emergerà più avanti nei capitoli. Come lo studioso Paolo Belli sottolinea nella sua trattazione sulla riforma sanitaria inglese all'interno del più ampio studio curato da Petretto "Economia della sanità" (1997), ad un'organizzazione integrata verticalmente si viene a sostituire una struttura a quasi-mercati di tipo contrattuale in cui le *Health Authorities* si dividono in unità acquirenti e unità erogatrici. Gli agenti del sistema britannico sono i pazienti, i medici di base, i medici specializzati, l'assicuratore (ruolo sempre più svolto dallo Stato), le Health Authorities (corrispondenti alle Usl italiane e come queste nate nel corso degli anni 70 per gestire direttamente i servizi sanitari di un territorio definito). Con la riforma la funzione di questo quinto agente è mutata fino a renderla un'acquirente di servizi, uno sponsor della domanda che fornisce informazione e potere contrattuale ai pazienti attraverso l'introduzione di elementi di competizione che portarono alla separazione tra acquirenti e offerenti. La separazione tra acquirenti e fornitori espone l'assicuratore a rischi e quindi a maggiori costi di transazione legati ad informazione, opportunismo e incertezza di risultati.
Venendo ad un contesto più attuale il *National Health System*, è basato sul bisogno e non sulla possibilità di pagare (tasse e assicurazione nazionale). Dal 2000 presenta la separazione tra decisioni locali e centrali e pone enfasi sull'importanza della scelta del paziente; dal 2010 poi la strategia di governo diventa "Equity and excellence: liberating the NHS".
Il sistema si basa sul posto preminente da dare ai pazienti e al settore pubblico, alla qualità e all'outcome, all'autonomia, democrazia e accountability, all'efficientamento e alla sburocratizzazione.

Bariletti e France (nell'opera a cura di Petretto, 1997) sostengono che, mentre nel caso nazionale italiano il ministero dà una cornice di riferimento e le singole Regioni hanno libertà per l'implementazione degli indirizzi concorrenziali, Il sistema britannico invece impone un modello

standard uniforme che è caratterizzato da una netta separazione a livello di DHA tra finanziamento e produzione, da una contrattazione selettiva con i fornitori, un finanziamento capitario (problematico perché popolazioni numericamente identiche non necessariamente hanno rischiosità o bisogni uguali), l'introduzione di budget per i medici di base e la trasformazione degli ospedali NHS in trusts.. La libertà lasciata in Italia potrebbe essere un elemento positivo per la sperimentazione e l'auto-miglioramento, in modo da scoprire tutte le caratteristiche migliorative di un modello e poterle implementare e così da potersi adattare alle singole realtà individuali.

2.5.2 Il caso degli Stati Uniti d'America

Sempre Belli (Petretto, 1997) si occupa del sistema nord-americano. L'*Health Maintainance Organisations* è un modello integrato di offerta del servizio. Il paziente che si assicuri presso una di queste organizzazioni paga un premio e a fronte di questo può accedere alle prestazioni di medici dipendenti o convenzionati con la HMO.

Esse sono nate negli anni '70 dall'integrazione graduale delle funzioni di assicurazione e di offerta, contrariamente agli sviluppi europei. Le Hmo possono essere di tipo staff o gruppo, in cui i medici offrono i loro servizi ai soli pazienti di una Hmo; con la differenza che mentre nel primo caso i medici sono dipendenti della compagnia assicurativa, nel secondo sono un'entità legalmente autonoma. Ci sono poi Hmo network dette Individual Practice Associations in cui i medici possono prestare servizio per pazienti aderenti a varie Hmo o altre compagnie assicurative. I risultati dello studio delle Hmo non sono univoci in quanto il contenimento dei costi in alcuni casi è andato a scapito della qualità dei servizi o è scaturito dalla selezione preventiva dei pazienti più sani rifiutando invece i più costosi (fenomeni di cream-skimming e dumping).

La fissazione prospettica delle tariffe ospedaliere da parte di un'agenzia pubblica o indipendente aveva interessato dagli anni '70 per il controllo dei costi; ma è con *Medicare* che, nel 1983, dopo tentativi in vari Stati, si introduce un sistema di pagamento prospettico basato sui DRG.

2.5.3 I vari modelli europei

Salvatore Russo (2012) afferma che le strategie adottate o valutate dagli Stati sono le più variegate ma fanno sempre da corolla a due elementi ineludibili e cioè domanda ed offerta. Per ridurre la spesa nel primo caso si possono utilizzare: finanziamenti all'utilizzo di servizi privati, razionalizzazione nell'accesso alle prestazioni, far gravare parte dei costi sugli utenti nonostante i conseguenti elementi di iniquità. Dal lato dell'offerta invece si riorganizza l'erogazione ad esempio riducendo i posti. In genere si lavora su ambo gli ambiti e le modifiche non riguardano solo le decisioni centrali ma anche la responsabilizzazione degli operatori del sistema.

Nel tempo si sono sedimentati diversi modelli basati sulla classificazione riferita ai criteri di finanziamento. Si ha il MODELLO BEVERIDGE in cui i finanziamenti provengono in prevalenza dalle entrate tributarie (con diverse implicazioni di equità ed efficienza in base alle forme di imposizione). Esso è riscontrabile in UK, Finlandia e Svezia.
Si ha poi il MODELLO BISMARCK in cui ci si basa sulle assicurazioni sociali. Gli assicurati pagano contributi in ragione del loro stipendio (di solito aliquote scelte dal governo) e i Fondi poi pagano le cure. In Germania, Olanda e Svizzera si può scegliere il Fondo; invece in Francia esso è scelto al momento dell'assunzione in base alla categoria lavorativa cui si appartiene.
Vi è poi un MODELLO MISTO ed infine il MODELLO SEMASKO. In Italia fin dalle origini il SSN è basato sul riconoscimento del bisogno alla salute garantito dalla nostra Costituzione, sul principio di buon funzionamento e sul ruolo di coordinamento degli Enti Pubblici. Razionalizzazione nell'allocazione, flessibilità e programmazione e controllo sono stati i primi contributi aziendalisti allo sviluppo del sistema, ma si deve attendere fino agli anni '80. Anche negli altri Stati l'attenzione al mondo aziendale è tardiva. Essa comunque risulta importante per la sanità in quanto introduce elementi di competizione, responsabilizza anche sull'equilibrio economico, chiarisce i poteri e riformula il sistema delle ricompense (sistema importantissimo per la gestione di aziendalistica memoria).

2.5.4 I modelli OCSE

Svariate Carte nel corso degli anni hanno sancito i principi cardine a cui tutti i servizi sanitari dell'area OCSE devono rifarsi (ad esempio carta di Ljubljana del '96, Ottawa '86, Jakarta '97, Città del Messico '04, Bangkok '05, Carta di Tallin del '08) come la separazione tra finanziamento ed erogazione; la qualità crescente; l'introduzione di elementi di mercato; la capacità decisionale del paziente; la

valutazione dei risultati; la responsabilizzazione sugli obiettivi e la promozione della salute. Per espletare al meglio le loro funzioni gli Stati hanno due opzioni per aumentare le risorse utilizzabili per la sanità. I due modelli non sono necessariamente alternativi ma mentre uno si basa sulla diverse allocazione delle risorse pubbliche andando ad elidere i finanziamenti di altre spese, sempre pubbliche; l'altro aumenta la pressione fiscale/contribuzione sociale. Da queste due forme prende spunto l'onnipresente dibattito sul più adeguato livello di finanziamento. Oltre a tutto ciò vanno comunque sempre considerati i vincoli dati dai cambiamenti di contesto.

Antonio Bariletti e George France, in un altro saggio all'interno di Economia della sanità "Economia della sanità: alcuni sviluppi tematici e punti controversi", opera a cura di Alessandro Petretto (1997), affermano che l'OCSE individua otto modelli di finanziamento, suddividibili tra volontari e pubblici (dove cioè la collettività decide di rendere la partecipazione obbligatoria). Vengono utilizzati soprattutto i secondi per ovviare ai problemi dei mercati delle assicurazioni private tra cui ad esempio la selezione avversa. I modelli pubblici sono quello integrato, quello contrattuale e quello a rimborso dei pazienti. L'ultimo ha un'assicurazione obbligatoria e sussidi per le fasce di reddito svantaggiate, i fornitori pagati a tariffa dai pazienti (poi rimborsati dalle casse mutue) sono pubblici e privati. Ci sono però problemi di aumento di spesa, liquidità per i pazienti e aumento del consumo sanitario, oltre al rischio morale. Nel caso invece la comunità paghi direttamente le prestazioni, si ha un modello contrattuale qualora ci siano soggetti autonomi per le prestazioni, o integrato qualora invece i fornitori vengano fatti propri.

Il proliferare di modelli ed innovazioni è dovuto all'urgenza di abbattere la crescita incontrollata di spesa sanitaria e aumento di domanda a cui non poteva e non può far fronte un'altrettanto vivace crescita economica. Le varie possibilità indotte dalla sperimentazione risultano quindi interessanti, tuttavia è necessaria una certa cautela per capire le varie realtà, gli effetti delle applicazioni pratiche e la disponibilità dei governi a migliorarsi scontando il problema dell'incertezza insita nel cambiamento.

I sistemi sanitari presentati vedono ognuno delle peculiarità proprie, definite per ciascuno Stato dal proprio sistema legislativo, che ne costituisce il contesto entro cui crescere, sperimentare e

migliorarsi. Nel prossimo capitolo andremo ad analizzare questo punto di vista per quanto concerne l'Italia.

CAPITOLO 3: Il contesto normativo

3.1 Evoluzione della materia sanitaria e modelli

Ancora Russo in "Economia e management delle aziende sanitarie pubbliche profili evolutivi, assetto istituzionale e performance" (2012) parla del contesto normativo di riferimento. Con la **L. 23/12/78 n.833,** in base ai principi di universalità e equità, si passa da un sistema mutualistico ad un coordinamento di unità sanitarie locali per garantire la tutela della salute degli individui (promozione, mantenimento e recupero). I criteri osservati, secondo Vanara in "Sistema di pagamento prospettico per raggruppamenti omogenei di diagnosi: il rapporto intercorrente tra tariffe e costi di produzione" all'interno di Petretto (1997), sono:

- "l'universalità dei destinatari;
- l'eguaglianza di trattamento;
- la globalità delle prestazioni;
- la partecipazione;
- il rispetto della dignità e della libertà della persona;
- il pluralismo organizzativo."

Essi rappresentano sia il principio di equità, già ampiamente riconosciuto, sia una più nuova visione aperta ad un finanziamento solidale e ad innovazioni di carattere organizzativo. Si tratta di un modo per definire obiettivi, poteri e coordinamento. Questa riforma detta anche "prima riforma" attua appieno l'art. 32 della Costituzione dove vengono riconosciuti come inviolabili il rispetto della dignità umana e il diritto alla salute di tutti secondo il principio di universalità.

A differenza del sistema mutualistico si predilige una gestione unitaria con ramificazioni in tutto il territorio rispondenti a specifici compiti. L'articolo 14 definisce tali ambiti come: igiene pubblica e ambientale; medicina di base; prevenzione individuale e collettiva; assistenza farmaceutica; assistenza specialistica; assistenza ospedaliera; assistenza veterinaria. A questo punto del percorso normativo le USL non hanno personalità giuridica o autonomia patrimoniale e sono gestite da comitati di gestione (nominati dall'assemblea dei Comuni del territorio dell'USL) in quanto risultano strutture meramente strumentali agli enti locali. L'USL è poi suddivisa in sotto-enti in quanto la struttura di primo livello si occupa di alcuni servizi o settori. Con il SSN si procede a ricondurre ad un disegno coerente il potere di

indirizzo centrale e l'autonomia delle singole Regioni, viste come polo di grandezza ottimale per gestire la sanità. Il potere centrale si palesava nella definizione del contesto normativo, operativo e finanziario da parte del parlamento e del ministero apposito; mentre da parte del governo c'era un'importante opera di coordinamento degli enti decentrati e la redazione del Piano Sanitario Nazionale che fissava e regolava gli obiettivi del SSN. Il vero protagonista era comunque il livello regionale che, mediante l'approvazione di un piano sanitario regionale e un attento controllo sull'efficienza, era responsabile delle strutture erogatrici. Infine le USL a livello inferiore erano la parte operativa della struttura e si adoperavano per implementare i programmi ricevuti dai livelli più alti ed erogavano materialmente le prestazioni sotto il controllo dei comuni. In questo modo prende piede il coordinamento locale e contemporaneamente nasce per le Regioni un compito di regolazione per l'organizzazione delle USL, sia dal punto di vista organizzativo, che di attribuzione di funzioni ai servizi. La Regione ha potuto avere un ruolo sempre più rilevante grazie alla discrezionalità lasciata dal legislatore nazionale il quale, pur sottolineando l'importanza dei comuni, ha comunque posto in primo piano le Regioni, le quali hanno sempre più conquistato un ruolo centrale nel corso degli anni ottanta.

Passando al punto di vista economico e finanziario si nota la volontà di una programmazione delle risorse e di aumenti di efficacia ed efficienza. Il PSN doveva stabilire la consistenza del Fondo Sanitario Nazionale il cui scopo era appunto finanziare il SSN, e ripartire i fondi tra le Regioni con indicazioni sulle quantità di risorse con vincoli di destinazione. Esso doveva servire a mantenere coerenza tra risorse e fabbisogni, ma ciò non è mai stato raggiunto per una mancanza a livello centrale in quanto è carente una programmazione del governo nazionale. Trovandosi in questa situazione il FSN è stato determinato non in base alle esigenze effettive ma piuttosto considerando la coerenza con gli altri settori in cui è presente un intervento statale, per tenere conto dei vari vincoli finanziari e di bilancio. In questo modo le risorse erano reperite in gran parte dai contributi assicurativi dei lavoratori e non dalla fiscalità. Si è quindi attuata una conversione dei tributi parafiscali del sistema di prestazioni sanitarie previdenziali in tributi fiscali. L'allocazione delle risorse poi è rimasta basata sullo storico delle singole Regioni dando il via ad un meccanismo per cui più una USL sforava il budget più avrebbe ricevuto l'anno successivo. Questa diffusa deresponsabilizzazione, sommata ad altri fattori quali l'inflazione, l'aumento della popolazione e dell'età, l'aumento di servizi offerti e di tecnologia utilizzata hanno portato ad un aumento incontrollato della spesa sanitaria. Ci sono inoltre fattori

endogeni che rilevano a tal proposito e cioè la cattiva distribuzione di risorse; la disinformazione degli utenti delle cure, la mancanza di vincoli di reddito per l'accesso alle prestazioni; le inefficienze amministrative e produttive del servizio; il cambio di modelli di direzione; i problemi negli iter decisionali per conflitti di potere; la mancanza di sistemi effettivi di programmazione e controllo che rendessero effettiva la decentralizzazione delle responsabilità in quanto potevano essere attuati solo controlli formali e non di tipo economico. Alla fine degli anni '80 quindi l'aumento della spesa, l'insoddisfazione dei cittadini e il necessario allineamento coi trattati europei hanno richiesto una riforma del servizio sanitario nazionale che andasse a correggere la struttura rigida e burocratica che mal si legava ad un contesto dinamico e sempre più complesso che necessitava di un'importante impronta di flessibilità organizzativa.

Di nuovo Russo nella stessa opera (2012) riferisce che i comuni lasciano sempre più il posto alle Regioni nella gestione sanitaria e vengono soppressi i comitati di gestione. L'azione riformatrice inizia con la **legge 23/10/92 n.421** che delega il governo a migliorare l'efficienza con una revisione non solo degli strumenti ma anche delle logiche di gestione della sanità, con una riforma compiuta che una serie di modifiche alla legge previgente non erano state in grado di apportare. La modifica si compie con due decreti a breve distanza di tempo: il D. Lgs. n.502/92 poi emendato e integrato dal D. Lgs. n.517/93. Essi si occupano di dare una svolta sia agli strumenti teorici sia a quelli operativi, garantendo livelli di assistenza equi per tutti e il rispetto dei vincoli di spesa in base all'andamento dell'economia italiana. Elementi chiave del cambiamento sono stati l'importanza data alla programmazione e al controllo; la rivalutazione del ruolo delle Regioni detta regionalizzazione; la trasformazione delle USL in aziende e la nascita delle aziende ospedaliere; la libertà di accesso a prestazioni sia pubbliche che private per il cittadino. La riforma però non si limita a questi, se pur fondamentali, elementi ma dà vita ad altre capillari modifiche destinate a ridisegnare il panorama della sanità nazionale. Per citare alcune di queste si può ricordare la modifica dei criteri di ripartizione del FSN e la costruzione di quasi- mercati con un sistema di tariffe; la responsabilizzazione delle strutture all'efficienza; l'integrazione tra SSN e università di ricerca; l'articolazione in distretti delle USL; la revisione operativa degli schemi contabili e gestionali; la garanzia di standard minimi di qualità e il potenziamento del monitoraggio su tutti i livelli. La ratio di questi cambiamenti è stata quella di avvicinare l'allocazione delle risorse al governo della spesa sanitaria e la soluzione del decentramento alle Regioni è stata considerata utile in quanto a livello regionale si riescono a dare risposte diverse in

funzione delle differenti richieste e dei diversi bisogni, mentre a livello nazionale questo risulta necessariamente complesso e a livello comunale si rischia d'altra parte un'eccessiva particolarizzazione a scapito di una più adeguata visione d'insieme che non deve comunque essere mai persa di vista. Comunque una volta stabiliti i livelli uniformi nazionali, gli eventuali gravami ulteriori vanno a pesare sulle singole Regioni, che in tal modo vengono responsabilizzate sulle loro spese oltre che sui loro risultati in termini di prestazioni. Grazie a questo sistema si attua la decentralizzazione delle decisioni e la delega delle funzioni degli enti locali alle Regioni con conseguente riduzione dei livelli decisionali.

Per le modifiche al decreto legislativo 502/1992 si arriverà poi all'avvio, nel corso della XVI legislatura, attraverso la XII Commissione affari sociali dell'esame di una proposta di legge diretta a sopperire ai problemi insoluti del D.L. 112/2008, introducendo un meccanismo di responsabilizzazione delle Regioni e delle aziende sanitarie locali nell'utilizzo delle risorse pubbliche, attraverso la sostanziale parificazione tra strutture pubbliche e private nel meccanismo dei tetti di spesa.

Emerge a questo punto una concezione nuova: il principio di differenza con discriminazione positiva. Ciò significa che, nonostante i livelli minimi garantiti, in realtà i bisogni sono diversi e come tali devono essere trattati e ciò deve influire sulla distribuzione delle risorse. Una nota da fare è poi l'accenno fatto al passaggio da universalismo ad universalismo selettivo in quanto prende importanza negli ultimi anni come possibile svolta futura del nostro sistema.

Fondamentalmente questo nuovo schema risulta più flessibile dal lato dell'offerta grazie alla creazione di quasi-mercati, pur continuando, grazie alla forte presenza pubblica, a tutelare l'equità e il libero accesso. Mentre dal lato degli acquirenti importante è l'aziendalizzazione delle USL ora diventate appunto ASL (D. Lgs. 502 del 1992) e tra gli erogatori la concorrenza tra ospedali, ASL, privati convenzionati o prestazioni in libera professione.

In base al PSN le Regioni approvano il PSR che deve essere seguito dai direttori ASL sia per la programmazione pluriennale prevista obbligatoriamente da molte Regioni, sia per il piano operativo delle singole strutture per il budget annuale.

La norma teorica tuttavia ha riscontrato nel tempo numerosi problemi applicativi in quanto risultava necessario un cambiamento culturale nei soggetti coinvolti e vi erano comunque carenze

organizzative; per questi motivi sono risultate idonee nel corso degli anni delle modifiche che non andassero a scardinare l'impianto normativo precedente, bensì ad integrarlo ed accrescerlo in ragione di un continuo adattamento al contesto.

Con la legge delega n.419/98 e poi col D. Lgs. n.229/99 si è andati a intervenire su alcuni problemi salienti. Occupandoci per prima cosa dell'aspetto organizzativo e gestionale, come il professor Russo nota nel suo libro "Economia e management delle aziende sanitarie pubbliche" (2012), si può rilevare l'accostamento dei principi di appropriatezza delle cure e di economicità nell'uso delle risorse; una maggiore enfasi sulla regionalizzazione; il rilancio del ruolo dei comuni con l'introduzione della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria; requisiti maggiori per la costituzione di aziende ospedaliere; la formazione continua e l'assunzione del modello dipartimentale come quello ordinario di gestione di tutte le aziende sanitarie.

Dal punto di vista finanziario si è cercato di basarsi sempre di più su un finanziamento commisurato al bisogno effettivo di assistenza. La riforma stringe una forte correlazione tra livelli essenziali e uniformi di assistenza e il reperimento delle risorse; modifica le modalità di riparto ed introduce l'IRAP; sottolinea il ruolo di acquirente e fornitore delle ASL e incentiva l'autofinanziamento regionale con fondi integrativi.

Le Regioni raggiungono quindi importanti livelli di autonomia decisionale essendo coinvolte sia nella gestione dell'offerta sia nella determinazione del fabbisogno, sia nel reperimento dei fondi. Il SSN quindi, vedendo anche le evoluzioni ulteriori diventa una summa dei SSR. Con la riforma del Titolo V della Costituzione infatti le Regioni possono spaziare con la regolamentazione nell'ampia discrezionalità lasciata dalle leggi quadro nazionali.

Ulteriori cambiamenti si hanno con l'abbandono delle convenzioni in favore di un sistema di accreditamento che attesta il possesso di determinati requisiti e albi dei fornitori con veri e propri contratti di fornitura con strutture che garantiscano certi requisiti minimi qualitativi secondo gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale.

L'evoluzione normativa ha poi avuto ulteriori elementi con il **D. Lgs. n.56/2000** sul federalismo fiscale che ha approvato la graduale abolizione dei trasferimenti vincolati alle Regioni. Il fondo sanitario nazionale è abolito dal 2001 con il decreto legislativo 56/2000 ma il nome continua ad indicare il

budget destinato al servizio sanitario nazionale. Esso ha istituito un fondo perequativo interregionale con modalità di compensazione e la riforma del Titolo V con la **L. costituzionale n.3/2001** che prevede la potestà esclusiva dello Stato sulla definizione dei principi fondamentali e alle Regioni attribuisce poteri normativi di regolazione e organizzazione dei servizi sanitari. Si consegna quindi ufficialmente alle Regioni il ruolo di governance finora mantenuto a livello centrale. Ciò ha però messo in luce le differenze tra sistemi regionali e ha richiesto l'intervento in ordine all'elaborazione di programmi che tengano conto delle possibilità e dei bisogni delle Regioni; alla fissazione dei criteri per l'allocazione delle risorse; alla creazione di regole di linee guida per le aziende sanitarie per la fissazione degli assetti organizzativi e delle necessarie modifiche in itinere per perseguire gli obiettivi di efficacia efficienza ed economicità.

Il compito delle Regioni non è quindi semplice in quanto esse devono mediare tra gli obiettivi di gestioni, quelli di soddisfazione dell'utenza e quelli politici di garanzia di erogazione nei livelli essenziali di assistenza e del loro finanziamento in base alla funzione di regolazione e a quella di coordinamento che le sono proprie. Le Regioni devono scegliere i meccanismi di finanziamento e da essi poi dipendono l'organizzazione dei servizi e la distribuzione degli stessi sul territorio. Per questo il modello di finanziamento assume un ruolo preminente nelle discussioni degli ultimi anni. La regionalizzazione ha portato con sé uno di questi modelli di finanziamento: il modello di **quasi-mercato.**

Esso si caratterizza per il mantenimento del controllo da parte dell'ente pubblico il quale delega ad altre strutture private o non, profit o non, la produzione dei servizi e quindi esse competono per l'acquisizione dei clienti e sul numero di questi vedono basato il loro finanziamento. Per prevenire il fenomeno del fallimento del mercato sono presenti i terzi acquirenti (ASL o Regione) che agiscono per conto dei pazienti e valutano i risultati.

Il contracting ha soppiantato il modello welfarista dello Stato produttore di servizi per garantire qualità elevata e un minore intervento pubblico nell'economia. Tuttavia ci sono delle incongruenze dato che si vuole mantenere anche parte degli istituti regolanti il welfarismo come la concorrenza e il controllo sul numero dei concorrenti tramite l'accreditamento.

Ci sono comunque vari tipi di quasi-mercati. I modelli regionali vedono annoverati tra di loro il modello dell'ASL terzo pagatore con libera erogazione da parte di soggetti accreditati, ASL programmatore delle prestazioni sanitarie e a centralità regionale.

Il modello dell'ASL terzo pagatore vede per l'ASL un ruolo passivo in cui il paziente ha piena libertà di scelta tra i fornitori accreditati e deve pagare solo l'eventuale compartecipazione alla spesa. Il potere è della Regione, la quale accredita i fornitori e determina le tariffe. L'ASL si limita a pagare le scelte altrui, il problema dunque è che l'andamento della spesa dipende solo dalla domanda.
Questa tipologia sarebbe più adatta per Regioni con un forte settore privato o una scarsa tradizione di intervento governativo. Nel breve e medio periodo ci sono vantaggi di elasticità degli investimenti e costi burocratici minori.

Il modello ASL programmatore è quello in cui l'ASL gestisce gran parte dei servizi, è finanziata in quota capitaria e sostiene i costi delle prestazioni fatte ai propri residenti da altri oltre che di ciò che è prodotto internamente. Non c'è convenienza ad aumentare le prestazioni in quanto esse non sono pagate a tariffa ma devono essere parte del fondo regionale. D'altra parte è utile il contenimento della domanda per evitare che essa si rivolga all'esterno. La Regione ha funzione di regolazione del sistema. Esso è adatto per le Regioni in cui il settore pubblico è in quasi-monopolio, ma rischia di far perpetuare lo status quo per via delle possibili collusioni tra finanziatori e produttori.

Il terzo modello è quello in cui la Regione finanzia con il sistema tariffario e quello funzionale i produttori e assume la funzione di holding per negoziare il mix e i volumi di prestazione e scegliere il massimo di prestazioni. La Regione diventa così l'unico acquirente ed è in grado di fare un accurato monitoraggio dei soggetti accreditati. Risulta valido per le realtà con un forte settore pubblico ma con uno privato non indifferente e con una forte tradizione di intervento.

3.2 Le modifiche alla sanità nell'ultimo decennio

Dagli stessi documenti della Camera come ad esempio "Sanità" si evincono le ultime novità intervenute al sistema. Le politiche in materia sanitaria sono chiamate alla garanzia e all'efficace promozione della tutela della salute e contestualmente al governo della spesa in tale ambito. Costituzionalmente gli autori di queste politiche sono lo Stato e le Regioni. L'articolo 117 della nostra

Costituzione sancisce che la tutela della salute è materia concorrente delle Regioni con lo Stato. Al secondo comma lettera m) si dice invece che è di competenza esclusivamente statale "la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" e la determinazione del quadro complessivo delle risorse da destinare al comparto sanitario per salvaguardare l'attuazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). Si rimanda invece alle Intese della Conferenza Stato-Regioni per decidere le misure da adottare nei vari settori. La manovra finanziaria per il 2010-2012 al riguardo ha definito le risorse destinate ma ha anche regolamentato puntigliosamente cosa fare in caso di Regioni con elevati disavanzi sanitari (maggiori o uguali al 5%, mentre prima la soglia era del 7%). Per accedere agli aiuti allo scopo di uscire dalla situazione problematica sono stati imposti alcuni obblighi; tra cui l'adozione di un piano di rientro e l'eventuale commissariamento in caso di mancato rispetto di questo.

Nel tempo sono intervenute varie modifiche:

- Il patto della salute (cioè l'accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni in merito alla spesa ed alla programmazione sanitarie) del 3 dicembre 2009 a proposito della scelta delle cinque Regioni tra cui scegliere le tre su cui basare gli standard nazionali, impone come indicatori i Lea, l'equilibrio economico-finanziario e i livelli di appropriatezza ed efficienza.
- La legge 42 del 2009 sul federalismo fiscale sancisce il superamento del criterio della spesa storica per le aziende sanitarie in favore del criterio dei fabbisogni standard necessari per assicurare i LEA. I fabbisogni standard generano costi standard e ogni prestazione sanitaria dovrà avere lo stesso costo in tutta Italia. Il governo dà le linee per determinare i costi standard attraverso il decreto legislativo 68/2011 per cui i costi standard sono determinati su quelli sostenuti dalle tre Regioni benchmark scelte tra le cinque migliori e che il fabbisogno standard delle Regioni dal 2013 si determini applicando a tutte i costi rilevati dalle tre benchmark.

  Nella stessa legge si tratta anche del fondo perequativo:

  - all'articolo 9 comma 1 vi è l'istituzione del fondo perequativo (di carattere verticale) ricavando le risorse dal gettito prodotto da una compartecipazione al gettito dell'IVA a favore delle Regioni con minore capacità fiscale per abitante; l'applicazione del

principio di perequazione delle differenze delle capacità fiscali è attuato in modo da assicurare l'integrale copertura delle spese corrispondenti al fabbisogno standard per i livelli essenziali delle prestazioni;

- all'articolo 19 comma 1 si stabilisce invece che l'utilizzo dei criteri definiti dall'articolo 9 avviene a partire dall'effettiva determinazione del contenuto finanziario dei LEP (Livelli Essenziali delle Prestazioni), con un processo di convergenza dalla spesa storica al fabbisogno standard nell'arco di cinque anni.

Risulta interessante una breve riflessione sul fatto che il fondo perequativo potrebbe essere un problema per le Regioni efficienti, che si trovano a finanziare scompensi economici non propri. Politicamente, a livello centrale, la scelta cade sulla maggiore desiderabilità di un sistema col welfare più efficace possibile ma disomogeneamente distribuito o piuttosto di un sistema con efficacia omogenea, pur minore del punto di massimo.

- Legge 78/2010 che ha adottato alcune modifiche per la pianificazione delle risorse da destinare al SSN e riguardo ai piani di rientro.
- Legge 220/2010 (legge di stabilità del 2011) che ha incrementato per il 2011 il livello di finanziamento del SSN in linea con il nuovo Patto per la salute, ha previsto che una quota delle risorse del FAS (Fondo aree sottoutilizzate) per l'anno 2012 sia destinata ad interventi di edilizia sanitaria pubblica.
- Decreto legge 98/2011 che stabilisce i livelli di finanziamento del SSN per il biennio 2013-2014.
- Decreto legge 95/2012 che ha determinato una riduzione dei livelli di spesa per il biennio 2013-2014 e la prosecuzione del piano per un ulteriore triennio 2013-2015 per le Regioni in piano di rientro e non commissariate, purché abbiano garantito l'equilibrio economico nel settore sanitario.
- Legge 228/2012 (legge di stabilità del 2013) che ha stabilito un ulteriore decurtazione del livello di fabbisogno del servizio sanitario nazionale e quindi una conseguente diminuzione del correlato finanziamento per gli anni 2013 e 2014.
- Il governo Monti con delibera dell'11 dicembre 2012 definisce dettagliatamente i criteri per le Regioni benchmark e sei mesi più tardi arriva l'iscrizione in Gazzetta Ufficiale. La delibera oltre

ad essere senza assenso (tra settembre e novembre 2012 la Conferenza Stato-Regioni non trova l'accordo sui criteri per le tre Regioni), è adottata senza l'osservanza delle linee date dal decreto 68 del 2011 che prevedeva che tra le tre Regioni scelte ci dovesse essere una Regione settentrionale, una centrale ed una meridionale.

Per indagare sui motivi dei disavanzi sanitari regionali, oltre agli errori sanitari, è stata costituita una Commissione parlamentare di inchiesta presso la Camera dei deputati ed una presso il Senato per indagare invece sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale.

Con queste disposizioni normative sono stati introdotti anche elementi di razionalizzazione e riduzione della spesa farmaceutica.

Anche l'aspetto più strettamente legato alle cure ha bisogno di una regolamentazione. Come riportato nei Documenti della Camera, con la legge 38/2010 si tratta del tema dell'accesso alle cure palliative, cioè le cure globali per pazienti con malattie mortali che non rispondono a cure specifiche, e la terapia del dolore tra i Lea. In questo modo si vuole garantire la dignità e l'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo le specifiche esigenze. Con le leggi 86/2012 e 167/2012 si va inoltre ad inasprire le garanzie sulla sicurezza delle protesi e sull'informazione al paziente e a recepire i progressi delle tecniche scientifiche e chirurgiche. Ulteriori novità riguardo il dibattito su questioni di bioetica sul testamento biologico e sugli usi a fini di ricerca sui cadaveri.

Per quanto riguarda invece l'Organizzazione del Servizio sanitario nazionale:

- Con la legge 172/2009 si istituisce un autonomo Ministero della salute. Vengono attribuite al Ministero della salute le funzioni in materia di tutela della salute umana, di coordinamento del sistema sanitario nazionale, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze per tutti i profili di carattere finanziario, di sanità veterinaria, di tutela della salute nei luoghi di lavoro, di igiene e sicurezza degli alimenti. Al Ministero dell'economia e delle finanze sono attribuite, tra le altre, le funzioni di coordinamento della spesa pubblica e verifica dei suoi andamenti, tra cui il settore della spesa sanitaria. Conseguentemente viene istituito il Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

- Il D. L. 158/2012, approvato definitivamente nell'ottobre del 2012, norma tra l'altro: cure primarie e dell'assistenza territoriale, della professione e responsabilità dei medici, della dirigenza sanitaria e del governo clinico, della garanzia dei livelli essenziali di assistenza per le persone affette da malattie croniche e rare nonché da dipendenza da gioco con vincita di denaro, delle norme tecniche per le strutture ospedaliere, per promuovere corretti stili di vita, nonché degli interventi in materia di sicurezza alimentare e di emergenze veterinarie, dei farmaci e del servizio farmaceutico, della sperimentazione clinica dei medicinali, della razionalizzazione di alcuni enti sanitari e del trasferimento alle Regioni delle funzioni di assistenza sanitaria al personale navigante.

Il D.L. 158/2012 interviene sulla garanzia di un maggiore livello di tutela della salute, mediante una riorganizzazione di alcuni fondamentali aspetti del SSN. Esso ha carattere di urgenza per il profondo ridimensionamento dell'offerta assistenziale di tipo ospedaliero e, più in generale, della contrazione delle risorse destinate al SSN, derivante dai provvedimenti legislativi degli ultimi anni e, più recentemente, dalle disposizioni del decreto legge n. 95/2012. Vengono adottate misure finalizzate alla continuità, funzionalità e svolgimento delle particolari attività connesse ai bisogni di salute, di qualità e appropriatezza delle cure ed economicità nell'impiego delle risorse. Il provvedimento D.L. 158/2012 si compone di 16 articoli suddivisi in IV Capi, nel primo sono contenute le norme per la razionalizzazione dell'attività assistenziale e sanitaria. Al suo interno l'articolo 1 riguarda il riordino, da parte delle Regioni, dell'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria mediante il ricorso a forme organizzative sia monoprofessionali sia multiprofessionali. Le prime sono chiamate aggregazioni funzionali territoriali e condividono obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi. Le seconde sono denominate unità complesse di cure primarie e si occupano di erogare prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria, tenuto conto della specificità delle aree territoriali. La riorganizzazione mira a garantire l'attività assistenziale ad ogni ora e giorno grazie anche a reti di poliambulatori che collaborino con gli ospedali.

3.3 Lo sviluppo del sistema di rilevazione contabile

Ci si è poi resi conto dell'importanza di avere una base dati comune. Francesco Massicci, della Ragioneria Generale dello Stato, nel suo "Il criterio dei costi e fabbisogni standard nel contesto del sistema di Governance nel settore sanitario" sottolinea che presso il Ministero della salute è già operativa, una banca dati condivisa sul patrimonio informativo del sistema sanitario. Dal 2001 le Regioni hanno tra i loro adempimenti per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, l'invio di dati al sistema informativo. I criteri contabili sono condivisi e consolidati all'interno degli enti del SSN. All'interno del Patto per la salute 2010-2012 sono poi disposti specificatamente dei processi di ricognizione dello stato dei procedimenti contabili, fino a pervenire alla certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie.

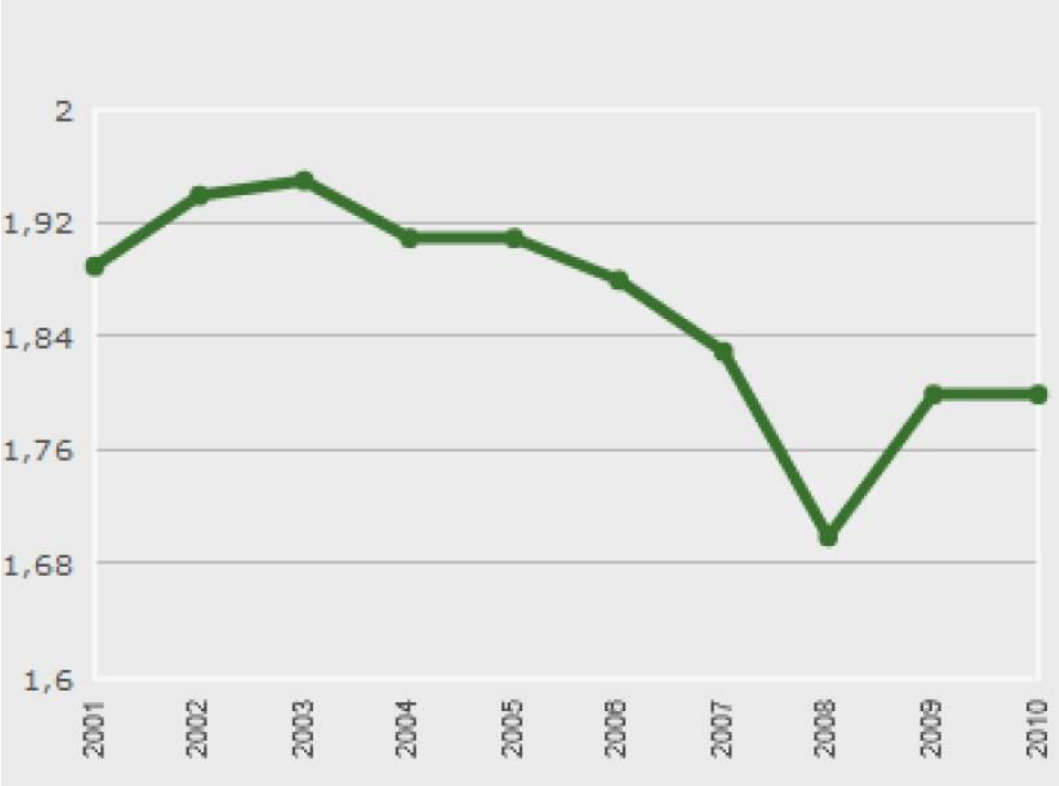
L'importanza del sistema di rilevazione contabile, che deve essere condiviso e seguire regole prefissate, si può appurare ad esempio quando si cerchi di analizzare la spesa sanitaria del nostro Paese, argomento di cui ci occuperemo nelle pagine successive.

CAPITOLO 4: Controllo della spesa e piani di rientro

4.1 Il controllo della spesa nei documenti di legge

All'interno dei diversi documenti della Camera emerge che il controllo della spesa sanitaria è sicuramente un problema attuale nel nostro Paese. Per affrontarlo il Patto per la salute del 2009 per il biennio 2011-2012 prevedeva inizialmente una riduzione delle risorse che poi invece è diventata una rimodulazione o introduzione di nuovi tetti di spesa, una parziale riorganizzazione della rete ospedaliera e un diverso sistema di acquisto e gestione dei beni e servizi in ambito sanitario. Anche gli interventi per il controllo dei disavanzi sanitari regionali e il monitoraggio delle politiche di risanamento, risultano rilevanti nel controllo della spesa sanitaria.

Figura 4.1 Spesa sanitaria delle famiglie in percentuale del Pil in Italia



Fonte: Grafico di spesa sanitaria delle famiglie in percentuale del Pil in Italia, Istat.

Figura 4.2 Spesa sanitaria pubblica corrente in Italia

Fonte: Grafico di spesa sanitaria pubblica corrente in Italia, Istat.

Le cause di incremento della spesa sanitaria sono in termini reali (responsabile di 1/3 dell'aumento della spesa dagli anni '60 al 2010) l'aumento della popolazione, della lunghezza della vita media (anche se in realtà l'invecchiamento risulta una delle cause meno influenti) e della frequenza nell'uso delle prestazioni; in termini monetari invece i fattori sono l'inflazione, l'aumento dei prezzi sanitari in misura maggiore rispetto alla media e dei costi medi di produzione più dell'aumento della produttività (aumento degli input o della remunerazione maggiore dell'aumento della produttività).

Visti gli incrementi di spesa e la situazione di crisi del Paese, il Patto per la salute 2010-2012 conferma l'impianto introdotto dai precedenti Accordi, inserendo misure di razionalizzazione della spesa ospedaliera con la riduzione dello standard del numero di posti letto e l'incentivazione dei processi di deospedalizzazione; della spesa per il personale riducendo l'organico per la ristrutturazione della rete ospedaliera; della spesa farmaceutica formulando una proposta condivisa Governo-Regioni per il contenimento della spesa per farmaci impiegati nel corso dei ricoveri ospedalieri.

Per i dati di seguito riportati si farà riferimento ai documenti della Camera e più nello specifico al paragrafo sul "controllo della spesa sanitaria" all'interno del documento "Sanità". Per quanto riguarda la **spesa farmaceutica** l'articolo 17 del D. L. 98/2011 ha decretato un incremento del livello di finanziamento del SSN per il 2013 e 2014, minore di quello previsto dalla legislazione previgente, e rinvia per la decisione circa le modalità per il raggiungimento delle riduzioni di spesa all'intesa Stato-Regioni. La mancata Intesa ha portato per il biennio 2013-2014 all'applicazione di una pluralità di interventi sulla spesa sanitaria. Il decreto legge 98/2011 ha esteso dal 2013 alle aziende farmaceutiche la partecipazione al ripiano della spesa ospedaliera, che non è più a carico delle sole Regioni. Data la mancata adozione, per garantire gli effetti finanziari programmati, dal 2013 il tetto della spesa farmaceutica territoriale scende.

L'articolo 15 del decreto legge 95/2012 completa le misure di razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica: il tetto per la spesa farmaceutica territoriale (a livello nazionale ed in ogni Regione) per il 2012 viene portato dal 13,3% al 13,1% e dal 2013 va all'11,35%; si aumentano i titoli degli sconti dovuti al SSN dai farmacisti e dalle aziende farmaceutiche sui medicinali di fascia A erogati in regime di SSN; il sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco deve essere ridefinito con un accordo tra l'AIFA e le associazioni di categoria maggiormente rappresentative.

Il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera nazionale e regionale, dal 2013 va dal 2,4% al 3,5%; il ripiano dell'eventuale sforamento, dallo stesso anno, è per metà dell'eccedenza dal livello nazionale a carico delle aziende farmaceutiche, mentre l'altra metà è a carico delle sole Regioni nelle quali si sia superato il limite, in proporzione ai rispettivi valori eccedenti.

Passando poi al contenimento della **spesa del personale sanitario**, il D.L. 95/2012 all'articolo 15 va a contenere anche la spesa per il personale sanitario modificando il sistema precedente della legge finanziaria del 2010. Viene mantenuto per il biennio 2013-2014 ed esteso al 2015 il livello di spesa stabilito per il 2004, ridotto dell'1,4%, al netto dei rinnovi contrattuali successivi al 2004. Per raggiungere tale obiettivo le Regioni adottano interventi sulla rete ospedaliera e sulla spesa per il personale ad esempio con fondi di contrattazione integrativa, organizzazione delle strutture semplici e complesse e della dirigenza sanitaria e del personale del comparto sanitario. Per la verifica del rispetto di questi obiettivi di spesa è competente il tavolo di verifica degli adempimenti. Per il triennio 2012-2014, una Regione può essere adempiente pur non avendo conseguito i risultati previsti qualora abbia assicurato l'equilibrio economico (come da art. 2, comma 73 della legge 191/2009). Dal 2015

invece per l'adempimento è necessario il conseguimento dell'obiettivo dell'1,4%. Anche le Regioni sottoposte ai Piani di rientro dai deficit sanitari o ai Programmi operativi di prosecuzione di tali Piani sono sottoposti agli obiettivi previsti riguardo al personale.

Passando al contenimento della spesa per l'**acquisto di beni e servizi** si può invece fare riferimento all'articolo 17 del decreto legge 98/2011 che va a razionalizzare anche la spesa per tali acquisti in ambito sanitario. Dalla seconda metà del 2012 l'Osservatorio dei contratti pubblici, sfruttando la Banca dati nazionale dei contratti pubblici, elabora i prezzi di riferimento in ambito sanitario, e non, come individuati dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGE.NA.S.) tra quelli il cui costo impatta di più sul SSN. Dal 2013, viene poi introdotto un tetto per la spesa sostenuta dal SSN per l'acquisto di dispositivi medici.

Successivamente il decreto legge 95/2012, ha previsto, fino al 31 dicembre 2012, una riduzione del 5% degli importi relativi a tutti i contratti di fornitura relativi ai dispositivi medici. Dal 1° gennaio 2013 il tetto per l'acquisto di dispositivi è stato fissato al 4,8% del fabbisogno sanitario nazionale e, a decorrere dal 2014, al valore del 4,4%. Le misure sono poi state precisate e inasprite anche dalla legge di stabilità 2013.

Per quanto riguarda infine la definizione dello **standard dimensionale** del disavanzo sanitario strutturale, rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, l'articolo 2, comma 77 della legge finanziaria del 2010 ha stabilito il livello del 5% in sostituzione del precedente 7% (articolo 8 dell'Intesa del 23 marzo 2005), ovvero il livello inferiore al 5%, qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della Regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo. Nel caso di raggiungimento o superamento di detto standard dimensionale, scatta per la Regione l'obbligo alla presentazione di un piano di rientro, al massimo triennale, entro il successivo 30 giugno, elaborato con AIFA (Agenzia italiana del farmaco) e AGENAS secondo l'articolo 1, comma 180, della legge finanziaria del 2005. Il suddetto piano di rientro deve contenere le misure di riequilibrio sia dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, sia del bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel piano. La Regione individua le cause dello squilibrio economico-finanziario sanitario ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, riqualificazione o potenziamento e i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola Regione stipulano un accordo sugli interventi necessari per arrivare all'equilibrio economico.

4.2 Il contenimento dei costi:

4.2.1 Attraverso l'efficienza allocativa

Dal saggio di Vanara "Sistema di pagamento prospettico per raggruppamenti omogenei di diagnosi: il rapporto intercorrente tra tariffe e costi di produzione" in Petretto (1997), si evince che alle crisi economiche seguono riduzioni dei tassi di incremento delle risorse destinate alla sanità e che tuttavia i costi della sanità non si muovono di pari passo ed è per questo che fin dagli anni '70 si è sentito il bisogno di politiche in grado di contenere i costi di una sanità che andava verso l'insostenibilità. Oltre al contenimento dei costi nelle forme descritte nel paragrafo precedente, un aiuto alla riduzione dei costi viene dal muoversi verso comportamenti allocativi tecnicamente e gestionalmente efficienti. Il problema dei costi riguarda soprattutto il settore ospedaliero, che già negli anni '80 pesava circa per la metà della spesa sanitaria pubblica. Ciò probabilmente nasceva dal modello retrospettivo usato fino a quel momento che, invece di responsabilizzare sui costi sostenuti, portava ad espandere di anno in anno le risorse impiegate. Questo metodo è stato sostituito con un di tipo prospettico con incentivi alla compressione dei costi. Sistemi a tariffe si sviluppano in Stati Uniti, Svezia, Portogallo, Francia, Irlanda, Norvegia, Australia e Italia. Queste tariffe sono predeterminate rispetto a gruppi omogenei di diagnosi detti DRG o Rod. Le tariffe di cui si parla sono i prezzi massimi a cui lo Stato acquista i servizi dalle strutture produttive.

Caruso e Dirindin, dalla cui collaborazione nasce il saggio "Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011" (2011), si occupano anch'essi della vicenda dell'efficienza allocativa attraverso i criteri di riparto. Nel saggio dicono che fino alla metà degli anni novanta le disponibilità finanziarie per il SSN erano assegnate alle Regioni in base a criteri storici. I disavanzi che eventualmente venissero a nascere sarebbero stati ripianati *ex post* a carico del bilancio dello Stato; mentre gli eventuali avanzi restavano nelle disponibilità regionali. Successivamente si è deciso per una responsabilizzazione regionale ed un controllo del bilancio più stringenti. Appare chiara l'intenzione del legislatore nella legge 662/1996 di superare l'indeterminatezza che prima invece caratterizzava il sistema, individuando nel bisogno sanitario il principio per allocare le risorse disponibili. La pecca dei criteri storici risiedeva nel fatto di premiare le inefficienze; infatti le aree con tale caratteristica ottenevano risorse in eccesso rispetto a quantità e qualità di servizi effettivamente resi.

La legge n. 662 del 23/12/1996 introduce il criterio della quota capitaria pesata, cioè ancorata a parametri riguardanti gli elementi da considerare in sede di riparto, individuando a tal fine:

1. popolazione residente
2. frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso
3. tassi di mortalità della popolazione
4. indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle Regioni
5. indicatori epidemiologici territoriali

Il nuovo sistema di riparto viene applicato dal 1998 al 2005 ma produce variazioni solo in maniera marginale. Questo cambiamento tuttavia accompagna il progressivo risanamento del bilancio della sanità in alcune Regioni.

Esso utilizza, ricordano Caruso e Dirindin (2011), oltre alla popolazione residente, tre fattori di correzione del fabbisogno regionale. I primi due fattori di correzione sono utilizzati per individuare differenziali di fabbisogno di prestazioni sanitarie e sono: la struttura per età della popolazione (applicata su circa il 77% della spesa, in base a profili di consumo differenziati per classi di età e tipologie di assistenza) e la mortalità infantile e perinatale (applicate, opportunamente elaborate, al 5% della spesa). Il terzo fattore, tenuto conto della relazione inversa fra densità demografica e costo di erogazione dei servizi sul territorio, introduce elementi legati al costo di fornitura delle prestazioni ed è la densità della popolazione (applicata su una quota della spesa inferiore al punto percentuale).

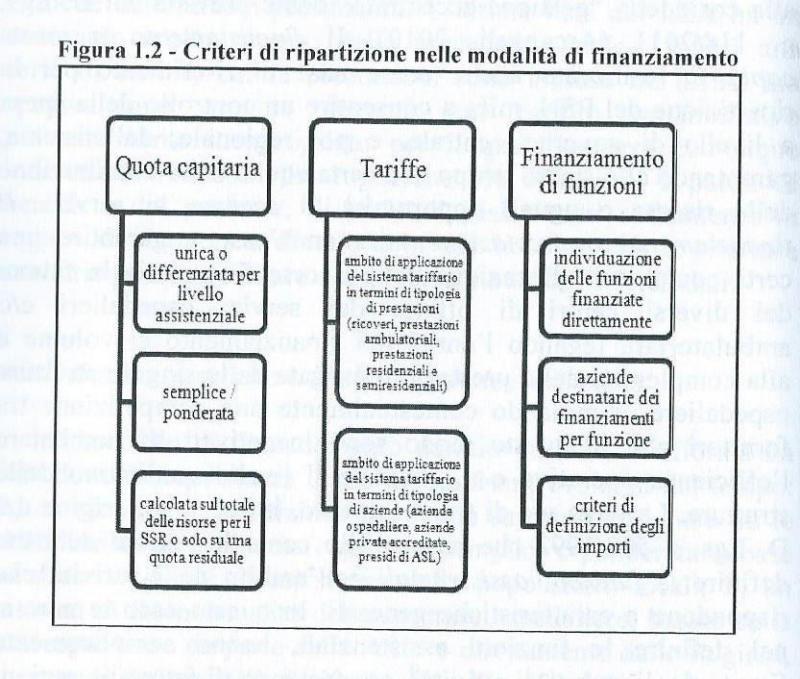
Dal 2006 invece la formula di riparto viene modificata eliminando i fattori legati alla mortalità e alla densità della popolazione e riducendo di molto il ruolo della struttura per età della popolazione. Il risultato delle modifiche, spinte da alcune Regioni, potenzia il criterio della quota capitaria secca e in un anno alcune quote di accesso aumentano di oltre due decimi di punto percentuale come nel caso di Lombardia e Campania, mentre altre si riducono di poco meno di due decimi (Liguria e Toscana). Questo passaggio segna l'inizio della contrapposizione tra Regioni in equilibrio e Regioni in forte disavanzo.

Oltre al riparto bisogna poi considerare il fondo sanitario nazionale. Come nota Russo (2012), fino al 2000 il FSN era una posta di bilancio definita per ogni periodo e proporzionale al gettito e quindi alla capacità di spesa. Dopo tale data invece ci si è adattati al decreto 229 e le decisioni sono state

devolute a livello regionale in quanto capogruppo delle proprie aziende sanitarie e quindi le scelte sono state varie, continuando il decentramento finanziario iniziato con l'IRAP e proseguito con l'eliminazione dei trasferimenti statali e con l'introduzione dell'attribuzione di gettiti derivanti dalla compartecipazione ai maggiori tributi dell'erario.

Dall'opera di Salvatore Russo (2012) si evince ancora che le varie riforme intervenute nel corso degli anni hanno portato ad una situazione in cui coesistono più forme di finanziamento: ripartizione del FSR tra le ASL in base ad una quota capitaria semplice o ponderata sulla base dei vari bisogni assistenziali della popolazione che mira ad un miglior controllo e ad una maggiore uniformità dei servizi; le ASL o le Regioni corrispondono alle aziende ospedaliere delle tariffe differenziate definite in base al metodo dei Diagnosis Related Groups (DRG o ROD) che mira pure all'equità ma anche alla competizione tra fornitori, per incentivarli a migliorarsi; finanziamento per funzioni cioè a specifici progetti, che nasce dal decreto 502 del 1992 che definisce solo gli ambiti di attività lasciando alle Regioni la possibilità di individuare puntualmente i settori in base ai propri scopi e inoltre basando il finanziamento su un generico costo standard senza precisare i criteri, come accade invece nel caso delle tariffe.. Il modello prevalente in pratica dipende dalla governance presente in quanto in base a questo, come abbiamo avuto modo di vedere, ASL e Regioni si suddividono i poteri e mentre nel modello a centralità ASL queste sono responsabili degli accordi con gli erogatori; in quello a centralità regionale le ASL ricevono solo una parte dei finanziamenti, che per il resto rimangono alla gestione accentrata.

Figura 4.3 Criteri di ripartizione nelle modalità di finanziamento



Fonte: Salvatore Russo 2012, pagina 46.

Parlando più nello specifico della quota capitaria, per garantire l'equità si è provveduto ad una opportuna ponderazione in relazione alle caratteristiche della popolazione dell'area considerata sia dal punto di vista sociale che demografico che epidemiologico. Essa si fa attraverso indicatori diretti e indiretti che catturino le componenti del bisogno di assistenza. Le variabili considerate devono essere quelle che possono giustamente incidere sull'allocazione delle risorse, mentre è bene evitare parametri sulle caratteristiche dell'offerta, in quanto fuorvianti per un'equa ripartizione delle risorse. Una più ampia offerta potrebbe infatti provocare una più ampia domanda, andando a favorire contesti già florei.

La ponderazione può essere differenziata per livelli di assistenza in modo da legare l'assegnazione ai fabbisogni. Per lo stesso motivo la ponderazione è poi spinta verso criteri quali l'età e non la remunerazione dell'offerta. Dopo aver stabilito le quote da destinare ai tre livelli di assistenza individuati dai LEA si passa alla pesatura, ad esempio per popolazione. Con questo metodo il consumo pro capite standard definito in euro per ogni ASL viene moltiplicato per la popolazione residente

pesata, cioè divisa per fasce d'età, ogni fascia moltiplicata per il rispettivo peso e la somma di questi valori viene riportata in proporzione alla popolazione regionale.

4.2.2 Attravero i DRG

Passiamo ora ad analizzare più nel dettaglio, e sempre grazie a Russo (2012), la remunerazione a prestazione e i **DRG**. E' stata una delle più rilevanti introduzioni del decreto 502 del 1992, in vigore tre anni dopo. Il sistema di finanziamento pubblico a tariffa per prestazione era già utilizzato dagli Stati Uniti dagli anni '80 come parte del programma "Medicare". Medicare garantisce assistenza ospedaliera agli ultrasessantacinquenni e ai disabili facendo loro pagare un contributo insufficiente al mantenimento del programma mentre il resto è coperto da contributi che gravano sulle retribuzioni dei lavoratori attivi e sul sistema tributario generale. Il sistema di pagamento a prezzo fisso è stato poi esteso a Medicaid che si occupa invece delle persone a basso reddito.

Il sistema dei DRG nasce a Yale col professor Robert Fetter per la gestione interna degli ospedali e per fare dei confronti riguardanti l'efficienza. La remunerazione dei DRG è la risultante di informazioni sia mediche che contabili e quindi impatta sulle relazioni tra varie categorie di soggetti e ha reso importante la contabilità negli ospedali. In Italia i DRG sono il metodo principale sia per gli ospedali pubblici che per quelli privati accreditati e per la regolazione della mobilità in strutture diverse da quelle di residenza.

Essi, spiega Russo (2012), sono un sistema di classificazione dei ricoveri basato sulle informazioni della Scheda di Dimissione Ospedaliera (frontespizio della cartella clinica con dati anagrafici e sanitari) che ha 538 categorie omogenee per consumo di risorse di ricovero. Per l'applicazione di questo metodo sono occorse omogeneità di raccolta delle informazioni e di rilevazione dei costi, che vanno ad integrare le informazioni cliniche e di diffusione di supporti informatici per la gestione dei dati. In base alla diagnosi principale di dimissione il ricovero viene catalogato in una delle categorie diagnostiche principali, poi i pazienti rientrano nel sottogruppo medico o chirurgico e vengono considerati il tipo di intervento, l'età, altre patologie eventualmente presenti. Dopo aver calcolato il DRG di una scheda, se ne ricava il valore economico, tenendo conto che K è definito dalla Regione in base al tipo di struttura sanitaria.

$$Val(DRGi) = K \times Peso\ relativo(DRGi)$$

Nella versione italiana i gruppi sono omogenei per prestazioni e quindi per costi sostenuti e sono mutualmente esclusivi (a meno di casi particolari); la tariffa di ciascun DRG comprende tutti i costi inerenti l'assistenza ma non dà indicazioni sulle modalità di ripartizione del totale tra i vari costi, in modo da lasciare libertà di scelta entro il tetto massimo previsto; ogni DRG ha al suo interno casi omogenei ma non identici, quindi il valore associato sarà una media e ci sarà chi assorbe più risorse e chi meno, ma ciò si neutralizza a livello di DRG se la struttura ha un alto numero di casi appartenenti al medesimo DRG, mentre sono possibili casi di avanzo o disavanzo perenne per singola struttura se ciò non si verifica. E' prevista inoltre una categoria di ricoveri con degenza anomala rispetto al DRG di appartenenza per superare la rigidità dell'omogeneità di risorse consumate.

Questo sistema responsabilizza le strutture sull'efficienza perché le paga in base alle prestazioni con tariffe omogenee per tutti gli erogatori, sia pubblici che privati. Restano comunque problemi inerenti quali costi considerare, quali modalità di rilevazione attuare e inerenti all'impatto delle tariffe poiché gli erogatori privati potrebbero erogare solo le prestazioni più remunerative a scapito della necessità effettiva. L'ultimo problema non tocca i pubblici in quanto essi sono tenuti all'erogazione del corretto mix di prestazioni indipendentemente dalla remunerazione relativa.

Per quanto riguarda la scelta delle tariffe, dopo il D. M. 15 aprile 1994 che ha introdotto il sistema tariffario, ulteriori modifiche sono state apportate nello stesso anno e poi nel 1997 per aggiornare le tariffe, seguite poi dal D. M. del 12 settembre 2006, annullato dal giudice amministrativo e nel 2008. Le tariffe applicate sono scelte a livello regionale o, in mancanza, a livello statale e vanno riviste ogni tre anni mentre i pesi utilizzati vanno verificati annualmente. Esse si basano sul costo standard della prestazione e quindi vanno considerati il costo diretto del personale, dei materiali di consumo, della manutenzione e dell'ammortamento delle apparecchiature e i costi generali. Serve quindi una buona conoscenza dei costi standard o dei costi ideali di produzione e anche in merito a quest'ultima distinzione occorre fare una precisazione: qualora si utilizzino costi medi di produzione attuale non è detto che questi corrispondano ad un ideale di efficienza e si elimina la possibilità di limitare gli sprechi; ma nemmeno l'utilizzo di costi ideali appare ottimo poiché anche le strutture più efficienti possono dover sottostare a dei vincoli che le portano a superare i costi ideali e l'uso di costi ideali rischia di portare ad una revisione *in pejus* degli standard qualitativi delle prestazioni offerte e delle attività svolte. L'individuazione delle tariffe risulta quindi problematica e in particolar modo per il segmento ospedaliero data l'eterogeneità e il grado di rapida obsolescenza tecnologica del prodotto.

In caso le tariffe siano troppo basse il prodotto sarà offerto con difficoltà, mentre nel caso essa sia eccessiva si vedrà un aumento della quantità offerta. Bisogna poi considerare gli effetti che la determinazione della tariffe ha sull'equità: le tariffe possono avere effetti redistributivi verso alcuni gruppi sociali che, se opportunamente pilotati, possono risultare vantaggiosi e possono aiutare a perseguire obiettivi di efficienza allocativa.

Nella pratica si ritrovano tariffari regionali che prendono spunto da quelli nazionali. Le differenze tra Regioni diverse si fanno sentire soprattutto nei casi di mobilità e in questo frangente sono regolate da un tariffario apposito per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria (Tuc). Molte Regioni con tariffe più elevate si sono adeguate per ragioni di equità e in quanto la Regione accogliente paga gli erogatori in base alle tariffe interne ma si vede rimborsate quelle previste dal Tuc.

Le tariffe si basano, come detto da Russo (2012), a seconda delle categorie di appartenenza, sui DRG, sulle giornate di degenza (come prima della riforma che introduce i DRG) e/o sulle categorie diagnostiche principali (MDC). Le tariffe basate sulla lunghezza della degenza devono essere correlate a meccanismi di controllo sull'appropriatezza della lunghezza delle degenze e sul mantenimento dell'efficienza, la quale rischia di essere minata da questo tipo di parametro per il calcolo.

Dopo varie analisi e correzioni quindi si arriva al momento dell'applicazione. In "Sistema di pagamento prospettico per raggruppamenti omogenei di diagnosi: il rapporto intercorrente tra tariffe e costi di produzione" di Francesca Vanara, inserito nel lavoro di Petretto (1997) si analizzano gli elementi e le caratteristiche propri dei DRG in confronto invece col metodo retrospettivo. Nel caso di pagamento retrospettivo il rischio è sopportato dal finanziatore che coprirà tutti i costi; mentre nel caso di pagamento prospettico il rischio è del produttore che viene pagato in base a tariffe predeterminate. Quest'ultima tipologia ha maggiori incentivi all'ottimizzazione della produzione e alla riduzione degli sprechi e i suoi potenziali vantaggi sono numerosi:

- La contrazione della degenza inutile;
- La prescrizione di procedure diagnostiche mirate;
- La specializzazione dell'unità di offerta;
- L'uso selettivo delle risorse;
- Miglioramenti gestionali ed informativi;
- La riduzione delle capacità in eccesso;

- L'integrazione verticale tra i servizi offerti.

Ci sono tuttavia, sostiene Vanara (in Petretto, 1997), anche importanti elementi negativi che risaltano in questo panorama:

- La possibilità di ridurre i servizi necessari a scapito della qualità dell'assistenza;
- La ricerca di trattare più casi possibili anche spezzettando i trattamenti di un singolo paziente;
- La selezione dei pazienti con trattamenti più remunerativi, trascurando quindi gli altri.

Un problema da considerare per i DRG è poi quello delle caratteristiche patologiche non incasellabili in classificazioni predefinite. Pur essendo quello dei DRG un metodo che cerca di suddividere i pazienti in gruppi omogenei sulla base delle loro caratteristiche patologiche, tuttavia essi non riescono a rispecchiare la variabilità di casi che si possono concretamente verificare. Una stessa patologia può presentarsi con un diverso grado di gravità o comunque può essere trattato in diversi modi in base alle caratteristiche specifiche della persona che deve essere sottoposta alle cure o anche semplicemente in base alle preferenze del medico curante. La necessità di tener conto nei DRG dei livelli della malattia si riflette anche sui profitti delle unità di offerta che risultano essere inversamente correlate alla gravità della patologia.

Oltre alla variabilità infragruppo ci sono anche i ricoveri anomali a complicare la situazione. Essi hanno una degenza decisamente oltre la media del gruppo cui appartengono, definita oltre il punto di trimmatura. Per il trattamento di questi casi outlier è dato un incremento giornaliero alla normale tariffa, controllando comunque che sia pari ai maggiori costi per evitare effetti distorsivi. Se ciò viene fatto correttamente il rischio per i produttori si riduce e anche la pressione verso la riduzione della qualità e la selezione preventiva dei pazienti.

Oltre a ciò sono considerati dei significativi fattori di variabilità, come ad esempio la presenza di ricerca o didattica, che comportano l'introduzione di correttivi di natura regolatoria. Se il problema fosse l'inefficienza, i costi eccessivi sarebbero distribuiti in maniera casuale ed invece alcune tipologie di ospedali risultano più costose di altre e ciò è dovuto ad una serie di loro caratteristiche.

Nel caso di Medicare, che qui possiamo utilizzare come esempio, gli aggiustamenti alle tariffe si fanno in ragione:

- Del livello dei salari nelle varie aree geografiche;
- Che si sia in un'area urbana o rurale;
- Della presenza di molti pazienti a basso reddito;
- Dei costi indiretti di insegnamento (mentre quelli diretti vengono finanziati a parte);
- Del bisogno di contrastare effetti perversi del sistema.

Ad esempio per quest'ultimo punto la moltiplicazione delle prestazioni può essere combattuta introducendo nei sistemi di pagamento una struttura in base alla quale gli aumenti di volume oltre un certo tot rispetto ad un anno base vengano portati tra le entrate di bilancio in misura meno che proporzionale.

Andando a vedere i **problemi** del sistema a DRG non si è ancora venuti a capo in maniera incontrovertibile del mistero di quali siano i fattori che fanno aumentare i costi e quale sia il loro mix ottimale; sicuramente essi riguardano, come dice Vanara in Petretto a pagina 170 (1997) "il tasso di occupazione dei posti letto, la durata media della degenza, il mix di casi trattati, i livelli di specializzazione e la dimensione degli ospedali, la presenza di reparti universitari e di ricerca." Oltre alla complessità dei casi e funzionale come ad esempio la presenza di grandi apparecchiature e la dotazione di personale fino al cambiamento delle modalità gestionali.

Inoltre per ottimizzare i ricavi potrebbe esserci la tentazione di lesinare sulla qualità oppure di occuparsi solo delle prestazioni remunerative. Spostandoci per un momento ad un altro contributo della letteratura, sempre in uno dei saggi riuniti da Petretto (1997), Rebba e Fabbri in "La regolamentazione della qualità delle prestazioni ospedaliere mediante tariffe: un'analisi dei sistemi di pagamento prospettico" sostengono che per rendere la tariffa un incentivo per i produttori si è previsto che l'eventuale avanzo di bilancio possa essere reinvestito per spese in conto capitale o per oneri correnti o per incentivi al personale prefissati. Dal lato dell'erogatore invece viene stimolata la competizione essendo la tariffa la remunerazione massima e quindi la Regione può ottenere teoricamente prestazioni a livelli vicini al costo marginale.

Sempre in Rebba e Fabbri (Petretto, 1997) si affronta il problema delle inefficienze dicendo che per il primo triennio dal 1995 la l. 724/1994 prevede all'articolo 6 comma 5 che la remunerazione a tariffa Rod delle prestazioni effettuate rappresenti la base per il calcolo del conguaglio dell'acconto del

Fondo sanitario regionale erogato alle aziende ospedaliere. L'acconto è pari all'80% delle spese dell'anno precedente decurtate dal disavanzo di gestione, qualora ci sia, lordo degli interessi passivi.
Il problema che si pone è che le Regioni del Centro e del Sud Italia hanno un costo medio di circa il 10% più alto della media nazionale e che i privati hanno costi del 30% inferiori per ricovero all'epoca dei fatti. Utilizzando il sistema delle tariffe si rischia di mantenere le inefficienze.

Ulteriori problemi si riconoscono in ordine alla qualità attraverso il dumping e il cream-skimming ovvero la mancata trattazione o la dimissione anticipata di pazienti con patologie dai trattamenti più costosi per scaricarli ad altre strutture, tendenzialmente pubbliche; e di quello per cui vengono offerte prestazioni migliori ai pazienti che permettono un miglior margine di profitto perché pur essendo in un certo Rod necessitano di trattamenti con costi minori. Per il problema di cream skimming sono previsti incrementi tariffari per le anomalie.

Ancora la qualità è presa in causa per erronee attribuzioni ai ROD o frammentazione dei ricoveri come nel caso Medicare

Avere un unico livello di tariffe per la stessa Regione, sottolineano Rebba e Fabbri (in Petretto, 1997) può portare ulteriori problemi allocativi (primi 2) e distributivi quali:

1. L'incremento della spesa sanitaria perché avere più ricoveri implica aumentare i guadagni. L'analisi empirica del caso americano Medicare porta però in evidenza il fatto che il numero di ricoveri è diminuito in quanto i margini di guadagno si sono formati non con l'aumento quantitativo ma con una riduzione in termini di qualità delle prestazioni.
2. Difficoltà nel considerare le esternalità positive di alcune attività come la didattica o i trapianti.
3. L'incapacità di discriminare tra strutture con dimensioni non ottimali ma con funzioni di rilievo regionale
4. L'incapacità di discriminare tra strutture in aree con pochi servizi in cui la popolazione deve fare lunghi spostamenti o attendere molto tempo per ricevere il servizio.

Il legislatore italiano dell'epoca si è sforzato di portare dei correttivi a questi problemi o almeno di limitarne la portata. Procedendo con l'ordine sopra esposto si considerano prima i correttivi ai problemi di qualità. Per il primo e il terzo punto Rebba e Fabbri (Petretto, 1997) sostengono che sono previsti controlli regionali sulla frequenza e sulle dimensioni di effetti distorsivi che potrebbero essere

alimentati applicando le tariffe. Nello specifico si monitorano le proporzioni per singolo Rod dei casi con degenza molto bassa rispetto alla media per controllare l'appropriatezza dei ricoveri e delle dimissioni; dei casi anomali per durata di degenza per monitorare allungamenti fittizi; dei casi con trasferimenti entro il secondo giorno di ricovero per combattere il dumping; dei casi complicati per evitare incrementi ingiustificati di quota; dei casi con ricoveri ripetuti, utilizzati per moltiplicare le prestazioni. Si valutano inoltre a campione l'appropriatezza del ricovero e la qualità della compilazione delle schede di dimissione.

Passando poi ai problemi allocativi si hanno interventi per evitare forti incrementi alla spesa sanitaria. In questo caso il legislatore ha previsto un meccanismo preventivo con l'introduzione di un'adeguata articolazione del sistema tariffario. Sono previste riduzioni dei rimborsi in caso di eccessivo divario tra i costi previsti e quelli effettivi. Per evitarlo si è ricorsi ad una sistematica manipolazione dei costi previsti andando a scapito degli effetti positivi della concorrenza e ancora a scapito della qualità.

Concludendo con i correttivi ai problemi distributivi ci si è occupati soprattutto dell'ambito territoriale. Il legislatore ha previsto finanziamenti specifici per riequilibrare finanziariamente le strutture ospedaliere con capacità produttiva non ottimale, impegnate in programmi di riconversione organizzativa e gestionale. I fondi per finanziare ed incentivare tali attività scaturiscono applicando tariffe basse ed utilizzando per tale scopo i risparmi derivanti.

Va poi considerata la desiderabilità sociale. Le specialità in cui è più probabile ci siano perdite di benessere sociale dall'introduzione di un sistema tariffario per ROD risultano essere quelle in cui la domanda di qualità è maggiore per contenuto tecnologico, o gravità dei casi per cui ci si informa meglio e nonostante la distanza.

Tornando al saggio di Vanara all'interno del libro curato da Petretto (1997), va poi ricordato che le tariffe non sono la remunerazione di tutte le attività del Servizio Sanitario Nazionale in quanto, per motivi di equità e di controllo o di disponibilità, il finanziamento di alcune di esse non dipende dalla contrattazione ma dalla programmazione. E' il caso delle specializzazioni con costi ed esternalità rilevanti, come possono essere ad esempio i centri trapianti o le emergenze e le attività di natura strategica come ad esempio la ricerca, la formazione e l'aggiornamento del personale e gli investimenti in nuove tecnologie.

Non c'è quindi un metodo giusto o migliore in assoluto in quanto tutti portano con sé un bagaglio di pregi e difetti e quindi la cosa da fare sarebbe commistionare i metodi in modo che i pregi dell'uno vadano a sopperire alle carenze e ai difetti dell'altro e viceversa, nella maniera più completa possibile.

4.3 Risorse e spese negli ultimi anni

Andiamo ora a vedere quali sono stati nella realtà i dati di risorse e spese del nostro Paese negli ultimi anni. Le principali misure riguardanti i livelli di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per il triennio 2010-2012 e il controllo della spesa sanitaria sono contenute nella legge finanziaria 2010 (legge 191/2009), di attuazione del Patto per la salute 2010-2012, nel decreto legge 78/2010 e nella legge di stabilità 2011 (legge 220/2010). Per il 2013-2014 invece, le fonti a cui attingere sono i decreti legge 98/2011 e 95/2012 e dalla legge di stabilità 2013

Le risorse del SSN

Le risorse del SSN i dati al cui riguardo possono essere tratti dal sito ufficiale della Camera tra le tematiche dell'attività parlamentare e nello specifico all'interno della pagina dedicata al livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

Dati 2011

L'articolo 1, comma 2 del Patto per la salute 2010-2012, attuato dall'art. 2, commi 66-105 della legge 191/2009, ha previsto che il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per il 2011 sia costituito da risorse pari a 106.884 milioni, al netto dei 50 milioni per l'ospedale Bambino Gesù e dei 167,8 milioni per la sanità penitenziaria, e risorse aggiuntive pari a 1.719 milioni di euro (un incremento di 419 milioni di euro, 466 milioni di economie derivanti dal riconoscimento dell'indennità di vacanza contrattuale del personale sanitario, 834 milioni per l'abolizione del ticket di 10 euro sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali, introdotto dall'articolo 1, comma 796, lettere p) e p-bis), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e poi sospeso per il triennio 2009-2011 dall'articolo 61, comma 19, del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112).

Con il decreto legge 78/2010 all'art. 9, comma 16, e all'art. 11, comma 12 si dispone per il 2011 una riduzione di 418 milioni di euro per il blocco del contratto 2010-2012 del personale dipendente e convenzionato del SSN; a decorrere dal 2011, la riduzione di 600 milioni di euro annui come volume economico spostato dalla spesa ospedaliera a quella farmaceutica e territoriale.

A tali riduzioni, pari a 1.018 milioni di euro, si aggiungono i citati 466 milioni di euro di economie ed i 381,5 milioni di euro, non più assegnati per la copertura dei citati 834 milioni di euro, per effetto dell'articolo 17, comma 6 del D.L. 98/2011, che ha reintrodotto per gli assistiti non esentati il pagamento di una quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro, e che conseguentemente ha assegnato 105 milioni di euro, per il periodo compreso tra il 1 giugno 2011 e la data di entrata in vigore della legge di conversione, il 17 luglio 2011, e dell'art. 1, comma 49 della legge di stabilità 2011 (legge n. 220/2010), che ha previsto 347,5 milioni di euro, limitatamente ai primi cinque mesi del 2011.

In conclusione quindi il finanziamento del SSN per il 2011 ammonta a 106.905,3 milioni di euro che includono 167,8 milioni di euro per la sanità penitenziaria di cui all'art.2, comma 283, lett. c) della legge 244/2007 e non i 50 milioni dell'ospedale Bambino Gesù.

Dati 2012

Il finanziamento 2012 del SSN è pari a 111.643,884 milioni di euro come stabilito dall'art.2, comma 67 della legge 191/2009, che recepisce l'art.1, commi 2 e 3 del Patto del salute 2010-2012, e che assicura al Servizio sanitario nazionale risorse corrispondenti a quelle previste per il 2011, pari a 108.603 milioni di euro (106.884+1.719 milioni di euro), incrementate del 2,8 per cento.

La stessa legge prevede altresì una riduzione di 466 milioni di economie derivanti dal riconoscimento dell'indennità di vacanza contrattuale del personale sanitario, a cui l'art. 9, comma 16 e l'art. 11, commi 5, 7 e 12 del decreto-legge 78/2010, a decorrere dal 2012, aggiunge una riduzione di 1.132 milioni di euro, per le economie di spesa derivanti dal blocco contrattuale 2010-2012 del personale del SSN e, a decorrere dal 2011, la riduzione di 600 milioni di euro, spostati dalla spesa ospedaliera alla spesa farmaceutica territoriale. L'intervento del citato articolo 17, comma 6 del D.L. 98/2011, ha ulteriormente ridotto il livello di finanziamento 2012 di 834 milioni di euro. L'articolo 15, comma 22 del D.L. 95/2012 (spending review), ha infine stabilito una riduzione di 900 milioni di euro per il 2012.

Il livello del finanziamento 2012 è incrementato dall'art. 3-ter, comma 7 del D.L. 211/2011, che ha disposto, al fine di concorrere alla copertura degli oneri correnti per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, una spesa di 38 milioni di euro per l'anno 2012 e 55 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2013, e dall'art. 5, comma 16 del D.Lgs n. 109 del 16 luglio 2012 (attuazione della direttiva 2009/52/CE), per 43 milioni di euro per l'anno 2012 e di 130 milioni di euro a decorrere dall'anno 2013, in materia di sanzioni e provvedimenti nei confronti di datori di lavoro che impiegano cittadini di Paesi terzi il cui soggiorno è irregolare.

Il finanziamento del 2012 quindi ammonta a 107.960,68 milioni di euro, con le analoghe precisazioni dell'anno precedente sui 167,8 milioni di euro per la sanità penitenziaria e sui 50 milioni dell'ospedale Bambino Gesù.

Dati 2013-2014

Per il livello di finanziamento del biennio 2013-2014, l'art. 17, comma 1 del D.L. 98/2011 stabilisce un incremento dello 0,5% del livello 2012 e dell'1,4% del livello 2013, riducendo le previgenti percentuali del 2,8 e del 4. In tal modo il finanziamento del SSN si riduce di 2.500 milioni per il 2013 e di 5.450 milioni per il 2014. Il livello di finanziamento del SSN risulta pari a 109.294 milioni per il 2013 e di 110.786 milioni per il 2014. Successivamente, l'art. 17 comma 5 del D.L. 98/2011, ha ridotto i livelli di spesa del 2013 e del 2014 di 70 milioni annui relativi agli accertamenti medico legali svolti dalle ASL per la pubblica amministrazione. Da ultimo, l'articolo 15, comma 22 del citato D.L. 95/2012 ha determinato la riduzione dei livelli di spesa del 2013 e del 2014, rispettivamente per 1.800 e 2.000 milioni di euro e per 2.100 milioni di euro, a decorrere dall'anno 2015.

L'articolo 1, comma 132 della legge di stabilità 2013 (legge 24 dicembre 2012 n. 228) ha ridotto di 600 milioni di euro per l'anno 2013 e di 1.000 milioni di euro a decorrere dall'anno 2014 il livello di finanziamento del SSN.

Conseguentemente, i livelli di finanziamento del SSN per gli anni 2013 e 2014 sono, rispettivamente, pari a 106.824 e 107.716 milioni di euro.

I termini all'epoca previsti dal D.L. 95/2012 all'art. 15, comma 25-ter, erano quelli del 31 ottobre 2012 ed del 31 dicembre 2012, perché il Governo determinasse i costi e i fabbisogni standard del settore sanitario, e ne definisse i tempi di attuazione.

La legge finanziaria 2010 e la legge di stabilità 2011, hanno contribuito ad aumentare gli importi dedicati agli investimenti pluriennali in edilizia sanitaria.

La spesa del SSN

I dati al riguardo possono essere tratti ancora dal sito ufficiale della Camera tra le tematiche dell'attività parlamentare e nello specifico all'interno della pagina dedicata al livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

Dati 2010

La spesa pro capite in Italia è di 2.964 dollari (contro la media OCSE di 3.268) con un aumento con un tasso medio dell'1,9% dal 2000 al 2009, rallentando a +1,5% nel 2010. In Italia si riscontrano un eccesso di medici ed una carenza di infermieri a causa di un'inefficiente allocazione delle risorse. Anche il numero di letti d'ospedale nel 2010 era di 2,8 ogni 1000 abitanti, inferiore alla media OCSE. Il dato consuntivo è una spesa di 112,7 miliardi.

Dati 2011

La spesa sanitaria totale (pubblica e privata) è pari al 9,1% del PIL (contro il 9,3% del 2010), sotto la media OCSE del 9,5%; di Germania e Francia che si attestano sull'11,6% e di Spagna e Gran Bretagna col loro 9,6%. Il dato consuntivo è una spesa di 112 miliardi.

Dati 2012

La spesa è di 113,683 miliardi. Il rapporto tra spesa per il SSN e il PIL è del 7,3%, aumentato rispetto al 7,1% del 2011. Scende a 35,6 miliardi (-1,4% dall'anno precedente) il costo del personale, cresce di un 2,1% l'acquisto di beni e servizi e di meno di un punto percentuale sia medicina di base che specialistica. Crolla la spesa farmaceutica con una riduzione dell'8,6%.

Dati 2013

Dalle ultime analisi del dipartimento di Ragioneria Generale dello Stato si evince poi che dal 2010 al 2013 c'è stata una riduzione media annua dello 0,4%, soprattutto nelle Regioni in piano di rientro, mentre le altre hanno avuto un leggero aumento pari allo 0,1% tranne le zone dotate di Statuto speciale che hanno registrato aumenti dello 0,7%. La spesa si è ridotta grazie a tutte le sue componenti ma un peso maggiore lo hanno dato la voce relativa al personale dipendente e quello della spesa farmaceutica in convenzione.

Figura 4.4 Spesa sanitaria corrente

Spesa sanitaria corrente (valori assoluti) - dati in migliaia di euro

Regione	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Piemonte	5.851.095	6.145.549	7.110.552	7.192.558	7.457.133	7.728.499	8.074.520	8.345.876	8.467.057	8.418.390	8.343.866
Valle d'Aosta	190.247	197.591	208.993	224.756	245.180	246.894	260.337	263.790	277.758	278.458	279.948
Lombardia	12.709.967	12.716.177	13.395.853	14.777.085	15.351.041	16.166.791	16.723.161	17.200.800	17.816.587	18.123.612	18.236.893
P.A di Bolzano	860.733	907.916	937.438	982.384	1.020.549	1.064.753	1.107.974	1.064.573	1.099.048	1.108.786	1.130.707
P.A di Trento	753.544	804.192	822.130	856.613	900.377	943.363	994.949	1.062.468	1.096.091	1.131.648	1.153.429
Veneto	6.277.031	6.529.873	6.965.735	7.560.550	7.871.356	8.104.794	8.387.147	8.641.173	8.783.994	8.748.116	8.717.713
Friuli Venezia Giulia	1.658.530	1.731.738	1.885.301	1.987.706	1.983.352	2.154.625	2.311.383	2.410.250	2.442.765	2.494.185	2.519.548
Liguria	2.403.793	2.470.988	2.861.962	2.924.642	2.955.716	3.097.103	3.175.811	3.270.758	3.240.405	3.232.332	3.130.086
Emilia Romagna	5.870.440	6.110.660	6.709.700	7.053.098	7.311.317	7.627.095	7.946.685	8.269.132	8.440.909	8.494.315	8.523.865
Toscana	4.998.775	5.130.166	5.671.097	5.926.310	6.198.108	6.401.825	6.658.935	7.115.498	7.081.966	7.131.152	7.086.954
Umbria	1.187.716	1.272.798	1.338.980	1.395.324	1.461.024	1.494.981	1.560.822	1.612.289	1.623.470	1.633.976	1.640.594
Marche	2.036.295	2.083.258	2.275.781	2.343.910	2.447.998	2.523.276	2.617.058	2.735.555	2.799.082	2.794.725	2.751.595
Lazio	7.373.436	7.950.011	9.550.299	9.958.229	10.544.281	10.740.126	10.943.445	11.175.300	11.054.664	10.892.578	10.903.100
Abruzzo	1.819.282	1.968.704	1.948.396	2.242.184	2.206.267	2.325.936	2.351.605	2.339.611	2.328.611	2.303.108	2.331.846
Molise	447.250	524.554	517.714	652.721	588.287	620.170	649.298	662.683	660.620	648.109	640.023
Campania	7.552.201	7.779.975	8.751.063	9.653.474	9.203.429	9.693.517	10.005.028	10.142.309	9.995.554	9.818.993	9.708.660
Puglia	5.085.209	5.121.069	5.416.321	6.154.156	6.249.039	6.743.042	7.074.628	7.135.209	7.227.200	7.051.214	6.945.254
Basilicata	727.762	767.268	824.442	896.265	911.628	968.852	1.014.159	1.033.490	1.056.445	1.059.610	1.034.961
Calabria	2.547.656	2.581.237	2.762.717	2.852.564	3.009.084	3.312.246	3.365.358	3.491.273	3.447.104	3.371.332	3.357.044
Sicilia	6.469.388	6.640.059	7.491.556	7.811.345	8.402.267	8.322.069	8.273.579	8.389.403	8.506.248	8.499.930	8.540.837
Sardegna	2.206.551	2.271.538	2.438.297	2.690.633	2.630.949	2.703.951	2.903.359	3.048.483	3.125.691	3.178.629	3.209.556
ITALIA	**78.976.901**	**81.705.321**	**89.884.327**	**96.136.457**	**98.948.382**	**102.983.908**	**106.399.241**	**109.409.923**	**110.571.269**	**110.413.198**	**110.136.429**
PIL a prezzi di mercato	**1.301.873.037**	**1.341.850.133**	**1.397.728.276**	**1.436.379.464**	**1.493.031.304**	**1.554.198.904**	**1.575.143.875**	**1.519.695.116**	**1.551.885.608**	**1.578.497.108**	**1.565.916.050**
in % del PIL	**6,1%**	**6,1%**	**6,4%**	**6,7%**	**6,6%**	**6,6%**	**6,8%**	**7,2%**	**7,1%**	**7,0%**	**7,0%**
Regioni non sotto piano di rientro	36.211.779	37.081.188	40.043.550	42.877.134	44.508.188	46.384.717	48.083.778	49.878.695	50.842.858	51.217.838	51.072.611
% su TOTALE	45,9%	45,4%	44,6%	44,6%	45,0%	45,0%	45,2%	45,6%	46,0%	46,4%	46,4%
Regioni sotto piano di rientro	26.209.213	27.444.540	31.021.745	33.170.517	33.953.615	35.014.064	35.588.313	36.200.579	35.992.801	35.534.050	35.481.510
% su TOTALE	33,2%	33,6%	34,5%	34,5%	34,3%	34,0%	33,4%	33,1%	32,6%	32,2%	32,2%
Regioni sotto piano di rientro leggero	10.886.304	11.266.618	12.526.873	13.346.714	13.706.172	14.471.541	15.149.148	15.481.085	15.694.257	15.469.604	15.289.120
% su TOTALE	13,8%	13,8%	13,9%	13,9%	13,9%	14,1%	14,2%	14,1%	14,2%	14,0%	13,9%
Regioni autonome	5.669.605	5.912.975	6.292.159	6.742.092	6.780.407	7.113.586	7.578.002	7.849.564	8.041.353	8.191.706	8.293.188
% su TOTALE	7,2%	7,2%	7,0%	7,0%	6,9%	6,9%	7,1%	7,2%	7,3%	7,4%	7,5%

Note:
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale dei dati, i valori della spesa totale sono, per tutti gli anni, al netto degli ammortamenti e del saldo delle rivalutazioni e svalutazioni, in relazione ai differenti criteri di valutazione di tali poste esistenti a livello regionale prima della definizione di principi contabili omogenei con il D. Lgs.118/2011.
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati così costruiti:
- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Fonte: Agenas.it, 2013.

Figura 4.5 Variazione percentuale della spesa sanitaria corrente

Spesa sanitaria corrente (variazione percentuale)

Regione	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	var % 2002-2006	var% 2006-2010	var% 2010-2012
Piemonte	5,0%	15,7%	1,2%	3,7%	3,6%	4,5%	3,4%	1,5%	-0,6%	-0,9%	6,3%	3,2%	-0,7%
Valle d'Aosta	3,9%	5,8%	7,5%	9,1%	0,7%	5,4%	1,3%	5,3%	0,3%	0,5%	6,5%	3,2%	0,4%
Lombardia	0,0%	5,3%	10,3%	3,9%	5,3%	3,4%	2,9%	3,6%	1,7%	0,6%	4,8%	3,8%	1,2%
P.A di Bolzano	5,5%	3,3%	4,8%	3,9%	4,3%	4,1%	-3,9%	3,2%	0,9%	2,0%	4,3%	1,9%	1,4%
P.A di Trento	6,7%	2,2%	4,2%	5,1%	4,8%	5,5%	6,8%	3,2%	3,2%	1,9%	4,6%	5,0%	2,6%
Veneto	4,0%	6,7%	8,5%	4,1%	3,0%	3,5%	3,0%	1,7%	-0,4%	-0,3%	5,8%	2,8%	-0,4%
Friuli Venezia Giulia	4,4%	8,9%	5,4%	-0,2%	8,6%	7,3%	4,3%	1,3%	2,1%	1,0%	4,6%	5,3%	1,6%
Liguria	2,8%	15,8%	2,2%	1,1%	4,8%	2,5%	3,0%	-0,9%	-0,2%	-3,2%	5,3%	2,3%	-1,7%
Emilia Romagna	4,1%	9,8%	5,1%	3,7%	4,3%	4,2%	4,1%	2,1%	0,6%	0,3%	5,6%	3,7%	0,5%
Toscana	2,6%	10,5%	4,5%	4,6%	3,3%	4,0%	6,9%	-0,5%	0,7%	-1,3%	5,5%	3,4%	-0,3%
Umbria	7,2%	5,2%	4,2%	4,7%	2,3%	4,4%	3,3%	0,7%	0,6%	0,4%	5,3%	2,7%	0,5%
Marche	2,3%	9,2%	3,0%	4,4%	3,1%	3,7%	4,5%	2,3%	-0,2%	-1,5%	4,7%	3,4%	-0,9%
Lazio	7,8%	20,1%	4,3%	5,9%	1,9%	1,9%	2,1%	-1,1%	-1,5%	0,1%	9,4%	1,2%	-0,7%
Abruzzo	8,2%	-1,0%	15,1%	-1,6%	5,4%	1,1%	-0,5%	-0,5%	-1,1%	1,2%	4,9%	1,4%	0,1%
Molise	17,3%	-1,3%	26,1%	-9,9%	5,4%	4,7%	2,1%	-0,3%	-1,9%	-1,2%	7,1%	2,9%	-1,6%
Campania	3,0%	12,5%	10,3%	-4,7%	5,3%	3,2%	1,4%	-1,4%	-1,8%	-1,1%	5,1%	2,1%	-1,4%
Puglia	1,7%	5,8%	13,6%	1,5%	7,9%	4,9%	0,9%	1,3%	-2,4%	-1,5%	5,5%	3,7%	-2,0%
Basilicata	5,4%	7,5%	8,7%	1,7%	6,3%	4,7%	1,9%	2,2%	0,3%	-2,3%	5,8%	3,8%	-1,0%
Calabria	1,3%	7,0%	3,3%	5,5%	10,1%	1,6%	3,7%	-1,3%	-2,2%	-0,4%	4,2%	3,5%	-1,3%
Sicilia	2,6%	12,8%	4,3%	7,6%	-1,0%	-0,6%	1,4%	1,4%	-0,1%	0,5%	6,8%	0,3%	0,2%
Sardegna	2,9%	7,3%	10,3%	-2,2%	2,8%	7,4%	5,0%	2,5%	1,7%	1,0%	4,5%	4,4%	1,3%
ITALIA	**3,5%**	**10,0%**	**7,0%**	**2,9%**	**4,1%**	**3,3%**	**2,8%**	**1,1%**	**-0,1%**	**-0,3%**	**5,8%**	**2,8%**	**-0,2%**
Regioni non sotto piano di rientro	2,4%	8,0%	7,1%	3,8%	4,2%	3,7%	3,7%	1,9%	0,7%	-0,3%	5,3%	3,4%	0,2%
Regioni sotto piano di rientro	4,7%	13,0%	6,9%	2,4%	3,1%	1,6%	1,7%	-0,6%	-1,3%	-0,1%	6,7%	1,5%	-0,7%
Regioni sotto piano di rientro leggero	3,5%	11,2%	6,5%	2,7%	5,6%	4,7%	2,2%	1,4%	-1,4%	-1,2%	5,9%	3,4%	-1,3%
Regioni autonome	4,3%	6,4%	7,2%	0,6%	4,9%	6,5%	3,6%	2,4%	1,9%	1,2%	4,6%	4,4%	1,6%

Note:
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale dei dati, i valori della spesa totale sono, per tutti gli anni, al netto degli ammortamenti e del saldo delle rivalutazioni e svalutazioni, in relazione ai differenti criteri di valutazione di tali poste esistenti a livello regionale prima della definizione di principi contabili omogenei con il D. Lgs.118/2011.
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati così costruiti:
- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Fonte: Agenas.it, 2013.

La spesa sanitaria corrente continua a crescere di anno in anno ma il tasso di crescita annuo e la spesa stessa si differenziano da Regione a Regione. Guardando all'ultimo venticinquennio i tassi di crescita più modesti si hanno nelle Regioni centrali mentre se si considerano gli anni a partire dal nuovo millennio sia il Centro che il Sud hanno crescite modeste, cedendo il passo dopo un periodo dal '95 al 2001 in cui la crescita era stata invece molto significativa.

Le Regioni autonome, assieme a Molise ed Umbria, sono da sempre quelle che, in termini assoluti, spendono meno per la sanità; mentre le più care per il sistema sanitario risultano Campania, Lazio, Sicilia, Veneto e soprattutto Lombardia con un valore doppio rispetto alle altre. Tra queste ultime solo Veneto e Lombardia non sono sottoposte a piano di rientro. Nel decennio considerato dai dati la situazione di spesa si è aggravata, ma le posizioni in un'ipotetica classifica di spesa sono rimaste praticamente inalterate. Per quanto riguarda poi la variazione percentuale attribuibile alle singole Regioni si ha per tutte un aumento considerevole tra il 2003 e il 2004 con una successiva stabilizzazione a valori più bassi. A partire dal 2008-2009 e sempre più di frequente negli anni successivi si ha poi un decremento della spesa, pur lieve, indice di una maggior responsabilizzazione

delle Regioni e dell'operato degli organi di governo in questo senso. Andando a vedere le variazioni percentuali per gruppi di anni come nell'ultima parte della tabella sopra riportata si nota come dal 2002 al 2006 le Regioni in piano di rientro, oltre a Piemonte e Valle d'Aosta, abbiano avuto la variazione maggiore, mentre nel quadriennio successivo il tasso di crescita sia stato notevolmente ridimensionato, soprattutto in quelle Regioni che versano in situazioni di difficoltà. Nell'ultimo biennio analizzato addirittura molte Regioni risultano avere una lieve decrescita.

Considerando i dati italiani aggregati si ha una situazione in via di miglioramento in quanto, sebbene la spesa corrente sia decisamente aumentata, il tasso di crescita, dopo aver toccato valori anche del 10%, si è poi ridotto fino ad un -0,3% del 2011-2012.

Nel 2011 il finanziamento del SSN è stato pari a 106,9 miliardi di euro (deliberazione n.15/2012 Cipe del 20 gennaio 2012), in aumento rispetto ai 105,6, miliardi di euro del 2010 (deliberazione n.25/2011 Cipe del 5 maggio 2011). Il disavanzo sanitario passa dai 2,2 miliardi del 2010 ai 1,4 miliardi del 2011, di cui il 42% è relativo alle Regioni meridionali (50% nel 2010), l'8,3% alla Liguria (4% nel 2010) e il 50% del Lazio (44,6% nel 2010). Le Regioni in piano di rientro passano da un disavanzo di poco meno di 2 miliardi nel 2010 ad uno di 1,2 miliardi nel 2011 (Rapporto della Corte dei Conti sul coordinamento della finanza pubblica 2012). Il disavanzo di gestione scende da 3,3 miliardi a 1 miliardo dal 2009 al 2012.

4.4 Il contenimento della spesa attraverso i piani di rientro per il risanamento, nuova procedura ed analisi della legge finanziaria 2010

A conclusione di questo capitolo sul controllo della spesa si farà riferimento ai piani di risanamento, ovvero quelle procedure per le Regioni che hanno costi e sprechi eccessivi che impattano in modo negativo ed accertato sui valori di bilancio e sull'erogazione delle prestazioni. La Regione fa una ricognizione delle cause strutturali del disavanzo di gestione e nel piano si affrontano selettivamente le problematiche emerse nella specifica Regione. Per ogni problema vengono individuati gli obiettivi da raggiungere e le azioni concrete per farlo e l'impatto finanziario di queste. L'insieme coordinato degli obiettivi delinea il progetto di risanamento. Dai casi concreti sono emersi problemi principalmente inerenti il superamento dello standard dei posti letto e del tasso di ospedalizzazione, i consumi farmaceutici, la spesa per il personale, il superamento del numero e del valore delle

prestazioni acquistate da strutture private e il relativo sistema di remunerazione, la spesa per l'acquisto di beni e servizi, il controllo dell'appropriatezza prescrittiva dei medici.

Sempre dal documento "Sanità" della Camera: i piani di rientro sono stati stipulati per Lazio, Abruzzo, Liguria, Campania, Molise, Sicilia e Sardegna nel 2007, per la Calabria nel 2009, per il Piemonte e la Puglia nel 2010. Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Calabria sono state commissariate. Dal 2007 con la legge finanziaria del 2007, la Sardegna provvede al finanziamento del fabbisogno complessivo del SSN sul proprio territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato.

I piani del triennio 2007-2009, prevedono come interventi:

- La riorganizzazione della rete ospedaliera (riduzione di posti letto ospedalieri e incentivazione dei processi di deospedalizzazione);
- L'introduzione della distribuzione diretta dei farmaci e meccanismi di rimborso dei prezzi correlati ai farmaci meno costosi;
- Il blocco delle assunzioni e del turn-over;
- La determinazione dei budget per gli erogatori privati, nonché un adeguamento delle tariffe a quelle stabilite a livello nazionale;
- Un sistema di acquisti centralizzati e monitoraggio degli stessi per evitare incrementi dei volumi di spesa;
- L'utilizzo del sistema tessera sanitaria per gli interventi finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;
- L'incremento delle aliquote fiscali fino al livello massimo stabilito dalla legislazione vigente;
- In caso di mancato rispetto degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo, l'incremento delle aliquote IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente e fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi;
- Nel caso in cui la Regione ottenga risultati migliori di quelli programmati, la possibilità di ridurre le aliquote fiscali per un importo corrispondente.

Con la precedente regolamentazione basata sui ripiani nazionali a posteriori i comportamenti regionali erano influenzati dall'**aspettativa di ripiano dei disavanzi**, ora invece si vedono costretti a responsabilizzarsi. Il contrasto dei disavanzi quindi trova un alleato nella legge finanziaria 2010.

Per contrastare i disavanzi sanitari la L. 191/2009 (legge finanziaria per il 2010) come previsto dal Patto per la salute 2010-2012 oltre alla riduzione al 5% del livello di squilibrio economico per la presentazione del piano di rientro, va a modificare anche le procedure di predisposizione, approvazione, diffida e nomina per il commissariamento. Dopo l'accertamento del deficit la Regione presenta il piano, di durata minore o uguale a tre anni, elaborato con AIFA e AGENAS, entro il 30 giugno. Il piano (art. 2 comma 78) deve essere valutato a livello regionale, dalla Struttura tecnica di monitoraggio (STEM), dal Tavolo tecnico di monitoraggio, a cui partecipano rappresentanti dei ministeri competenti e delle Regioni, e della Conferenza Stato-Regioni, rispettivamente entro 30 e 45 giorni dalla data di approvazione della Regione e successivamente dal Governo del Consiglio dei ministri che dà l'immediata efficacia ed esecuzione. In caso di valutazione negativa da parte di quest'ultimo, sarà esso stesso, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione, a nominare il Presidente della Regione come commissario ad acta per la predisposizione, entro i successivi trenta giorni, del piano di rientro e per la sua attuazione per l'intera durata del piano stesso, con conseguenti sanzioni per la Regione come la sospensione dei trasferimenti erariali non obbligatori, la decadenza dei direttori generali, amministrativi e sanitari e l'aumento delle aliquote.

Le Regioni già sotto piano di rientro e commissariate hanno facoltà di presentare un nuovo piano in modo da uscire dal piano che proseguirebbe sotto commissariamento. Si trovano in questa situazione Abruzzo, Campania, Lazio, Molise e Calabria.

Nel medesimo documento della Camera si ha che i trasferimenti erariali a carattere obbligatorio sono individuati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri; con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina del commissario ad acta, sono incrementate in via automatica, in aggiunta al livello massimo previsto per legge, nelle misure fisse di 0,15% e 0,30% rispettivamente l'aliquota IRAP e IRPEF, rispetto al livello delle aliquote vigenti (modalità dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004). Nel comma 80 si prevede l'obbligo per la Regione sottoposta al piano di rientro al mantenimento, per l'intera durata del piano, delle maggiorazioni dell'aliquota IRAP e dell'addizionale regionale IRPEF, ove scattate automaticamente ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004. Gli interventi individuati dal piano sono vincolanti per la Regione, la quale è obbligata a rimuovere i provvedimenti che ostacolino la piena attuazione del piano, dialogando con il Consiglio regionale ove necessario.

L'articolo 1, comma 174 della legge n. 311/2004, modificato da successivi interventi normativi (legge finanziaria 2006 e 2007 e 2010), ha stabilito che, dal 2005 in caso di disavanzo di gestione del servizio sanitario regionale che persista nel quarto trimestre di un dato esercizio finanziario, a fronte del quale non siano stati adottati in corso di esercizio i necessari provvedimenti di copertura o non siano stati idonei, il Presidente del Consiglio dei ministri diffida la Regione ad adottare i provvedimenti necessari entro il 30 aprile dell'anno successivo. Se la Regione resta inerte il Presidente della Giunta regionale, in qualità di commissario ad acta, determina il disavanzo di gestione e provvede al ripiano. Tra i provvedimenti ci sono gli aumenti dell'addizionale Irpef e le maggiorazioni dell'aliquota Irap, entro i limiti di legge. L'articolo 2, comma 76 della legge finanziaria 2010, in caso di inerzia da parte della Regione commissariata, ha previsto il blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e il divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo. Gli atti emanati e i contratti stipulati in violazione dei suddetti sono nulli e in sede di verifica annuale degli adempimenti previsti, la Regione interessata deve inviare una certificazione, sottoscritta dal rappresentante legale dell'ente e dal responsabile del servizio finanziario, attestante il rispetto dei predetti vincoli.

Il decreto legge 78/2010 ha inoltre disposto:

- Per le Regioni con piani di rientro, ma non commissariate, la possibilità di proseguire alla scadenza del 31 dicembre 2009 il piano di rientro per il triennio successivo, al fine anche dell'attribuzione della quota di risorse finanziarie già subordinata, a legislazione vigente, alla piena attuazione del piano;
- Per le Regioni con piani di rientro e commissario ad acta, la ricognizione definitiva dei debiti accertati e la predisposizione di un piano che definisca modalità e tempi di pagamento dei debiti medesimi;
- Il divieto di iniziare o continuare, fino al 31 dicembre 2010, azioni esecutive verso aziende sanitarie locali e ospedaliere delle Regioni in oggetto.

La legge 220/2010 ha concesso:

- Per l'esercizio 2010, per le Regioni che non hanno completato il loro piano di rientro, la possibilità di provvedere al disavanzo sanitario con risorse proprie, purché le misure di copertura siano adottate entro il 31 dicembre 2010;

- Il divieto di intraprendere o proseguire fino al 31 dicembre 2013 (art. 1, comma 51 così modificato dall'art. 17, comma 4, lett. e) del decreto-legge 98/2011 e, successivamente, dall'art. 6-bis, comma 2, lett. a) e b), del decreto-legge 158/2012), azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle Regioni sottoposte ai piani di rientro e commissariate alla data dell'entrata in vigore del decreto legge 78/2010;
- Una deroga del 10% del blocco automatico del turn-over del personale sanitario dal 1° gennaio 2011.

Il decreto legge 95/2012 , all'art. 15, comma 20, ha disposto per un ulteriore triennio (2013-2015), l'applicabilità dell'articolo 11 comma 1, del decreto 78/2010: "Nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, le Regioni sottoposte ai piani di rientro per le quali, non viene verificato positivamente in sede di verifica annuale e finale il raggiungimento al 31 dicembre 2009 degli obiettivi strutturali del Piano di rientro e non sussistono le condizioni di cui all'articolo 2, commi 77 e 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, avendo garantito l'equilibrio economico nel settore sanitario e non essendo state sottoposte a commissariamento, possono chiedere la prosecuzione del Piano di rientro, per una durata non superiore al triennio, ai fini del completamento dello stesso secondo programmi operativi nei termini indicati nel Patto per la salute per gli anni 2010-2012 del 3 dicembre 2009 e all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. La prosecuzione e il completamento del Piano di rientro sono condizioni per l'attribuzione in via definitiva delle risorse finanziarie, in termini di competenza e di cassa, già previste a legislazione vigente e condizionate alla piena attuazione del Piano – ancorché anticipate ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189, e dell'articolo 6-bis del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito con modificazioni dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2 in mancanza delle quali vengono rideterminati i risultati d'esercizio degli anni a cui le predette risorse si riferiscono."

Scendendo nel dettaglio la prosecuzione ed il completamento del piano di rientro sono le condizioni per l'attribuzione di risorse aggiuntive e della quota premiale del finanziamento del SSN. Dal 2013, una quota premiale annua, pari allo 0,25 % delle risorse ordinarie previste per il finanziamento del SSN, è assegnata alle Regioni che hanno adottato misure idonee per una corretta gestione dei bilanci sanitari (art. 15, comma 23).

Al riguardo, l'art. 4-bis del D.L. 158/2012 (decreto Balduzzi, c.d. decreto Sanità), nelle Regioni sottoposte ai piani di rientro con blocco automatico del turn over per il 2012, o in attuazione del piano di rientro o dei programmi operativi di prosecuzione del piano, ordina la disapplicazione del blocco per l'anno 2012, con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro per gli affari regionali, il turismo e lo sport, nel limite del 15%, per la necessità di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, qualora vi sia la verifica dei Tavoli tecnici, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, del raggiungimento almeno parziale degli obiettivi del piano.

Proseguendo con l'analisi della legge finanziaria 2010, il comma 81, articolo 2 stabilisce che i provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria, e comunque tutti i provvedimenti aventi impatto sul servizio sanitario regionale sono trasmessi alla **piattaforma informatica** del Ministero della salute, di accesso a tutti i componenti degli organismi di monitoraggio, ossia al Tavolo di verifica degli adempimenti, al Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza e alla Struttura tecnica di monitoraggio. Il Ministero della salute esprime un parere preventivo esclusivamente sui provvedimenti indicati nel piano di rientro in forza del suo ruolo di affiancamento delle Regioni sottoposte al piano di rientro.

Un altro aspetto interessante è che il rispetto di tutti gli adempimenti concordati comporta l'erogazione di una **quota premiale** del finanziamento statale, mentre in caso contrario non solo la quota-premio non sarà erogata, ma vi sarà inoltre l'automatico incremento delle aliquote fiscali regionali nella misura massima. A decorrere dal 2013, la quota premiale a valere sulle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento del SSN, disposta dall'articolo 9, comma 2, del decreto legislativo n. 149 del 2011, è annualmente pari allo 0,25% delle predette risorse (art. 15, comma 23, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95). L'accertamento delle condizioni per la possibilità di accedere a tali forme premiali è compito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e del Tavolo tecnico.

Con l'articolo 2, sesto comma del decreto legge 120 del 2013 (che integra l'articolo 2 comma 80 della legge 191 del 2009) si è previsto che, dal 2013 stesso, le Regioni che abbiano verificato, in entrambi gli anni dell'ultimo biennio di Piano o del programma di sua prosecuzione, a mezzo dell'adibito Tavolo tecnico, un disavanzo sanitario di esercizio pre-coperture decrescente e inferiore al gettito dato dalla

massimizzazione delle aliquote, possano ridurre tali maggiorazioni oppure destinarle a finalità diverse dalla sanità sempre tuttavia nell'ambito di servizi pubblici essenziali. Se il disavanzo del triennio è inferiore ma non decrescente è consentita la riduzione delle aliquote o di destinarle ad altre finalità. In entrambi i casi va comunque garantito al finanziamento del Ssr un gettito di pari importo rispetto al valore massimo del disavanzo dello stesso periodo (biennio o triennio).

Con questa situazione è oggi fondamentale capire in che modo il federalismo può essere applicato al nostro contesto, come lo influenza a livello di reperimento e partizione delle risorse e quali metodi sono stati sviluppati per supportare la transizione che il nostro Paese sta vivendo.

CAPITOLO 5: Il percorso del sistema italiano per affrontare i problemi di spesa

5.1 Il contesto italiano

L'indirizzo attuale preso dal governo nei riguardi del settore sanitario, come nota Scheggi in "Costi standard e livelli essenziali di assistenza" (2009), è quello del superamento graduale, per tutti i livelli istituzionali, del criterio della spesa storica a favore del fabbisogno standard per il finanziamento dei LEA e delle funzioni fondamentali (di cui all'articolo 117, secondo comma, lettere m) e p) della Costituzione), della perequazione della capacità fiscale per le altre funzioni e della tendenziale correlazione tra prelievo fiscale e beneficio connesso alle funzioni esercitate sul territorio, in modo da favorire la corrispondenza tra responsabilità finanziaria e amministrativa; e responsabilità nell'imposizione di tributi propri. Andiamo a vedere come si è arrivati storicamente a questa soluzione.

Artoni e Saraceno nel saggio "Finanziamento della sanità e trasferimenti interregionali" all'interno dell'opera di Petretto (1997) analizzano l'evoluzione della relazione tra fonti, spesa e servizi. La situazione prima del 1992 era caratterizzata da trasferimenti interregionali di risorse scaturite dalla differenza tra le fonti di una Regione e la spesa storica registrata nella medesima Regione, e così per tutte. Dopo il **1992** si è cercato di uniformare le prestazioni. L'autorità centrale a questo punto fornisce una somma pro capite standard uniforme e inferiore a quella media nazionale storica registratesi nell'anno di interesse. L'autonomia regionale e la corresponsabilità finanziaria si esprimono definendo i contenuti di spesa sopra gli standard rispetto a fonti predeterminate.

Nel corso degli anni 80 numerosi interventi atti ad uniformare i livelli di servizio e ad incentivare la solidarietà sono sfociati in atti legislativi di difficile applicazione circa gli standard, gli addetti per reparto ospedaliero, i LEA. Essi tuttavia si basavano su trasferimenti centrali in base a parametri quantitativi che ex post si sono dimostrati insufficienti visti i numerosi ripiani del deficit delle Usl.

Ancora Artoni e Saraceno nel saggio "Finanziamento della sanità e trasferimenti interregionali" all'interno dell'opera di Petretto (1997) raccontano che dal 1992 i contributi sanitari vanno direttamente alla Regione (primo passo verso l'autonomia finanziaria delle amministrazioni decentrate) e tale importo viene decurtato dal trasferimento dal Fondo sanitario statale. Nei primi anni dopo l'introduzione della normativa la spesa sanitaria è finanziata per il 52% da contributi, per il 5,5% da entrate proprie delle Usl, per il 37% da trasferimenti centrali e il 5,5% restante è l'eccesso di

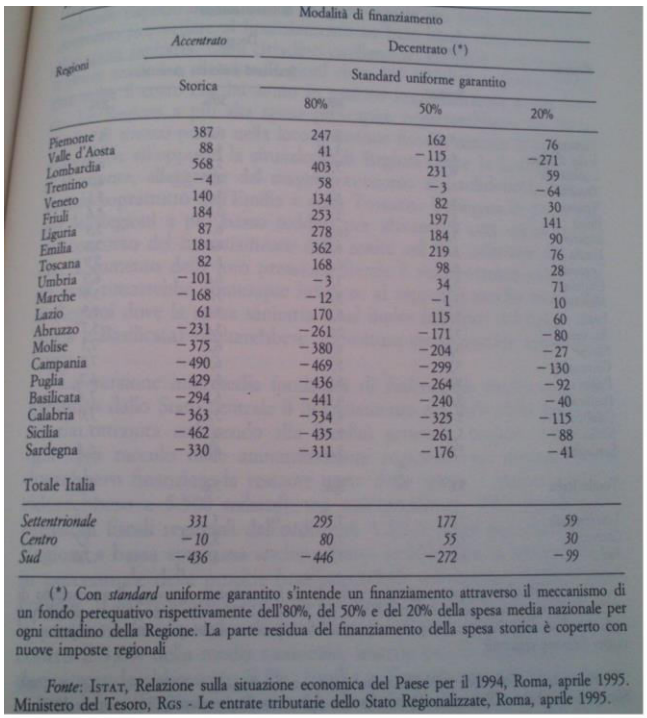
spesa rispetto al finanziamento. La ripartizione delle quote regionali è fissata in base a una quota capitaria su un ammontare di spesa complessivo definito nella legge finanziaria, corretta per la mobilità e i differenziali di spesa storici tra le diverse Regioni.
Nei primi anni **'90** il differenziale di spesa tra le Regioni è ampio, ma il motivo di questi differenziali non è però, come si potrebbe supporre, il reddito, in quanto anche il Piemonte e la Lombardia hanno livelli di spesa bassi simili a quelli campani o siculi. Il problema sta quindi nella struttura dell'offerta. Un elemento da considerare al riguardo è la mobilità ospedaliera e la sostituzione tra diverse tipologie di servizi per una stessa problematica. Da notare poi che la carenza di strutture nel Mezzogiorno e il basso tasso di utilizzazione di quelle esistenti.

Col passare degli anni, lo Stato italiano si è posto come obiettivo, utilizzando i metodi successivi, quello della responsabilizzazione dei governi locali rispetto alla spesa. L'obiettivo della responsabilizzazione regionale è duplice e riguarda sia l'incentivazione delle Regioni ad un controllo della spesa corrente per contenere le risorse da trovare localmente, sia la valorizzazione del territorio locale che risulta essere un bacino migliore per differenziare le scelte degli utenti in base alla loro cultura sociale, specifica di ogni zona. L'obiettivo a livello macroeconomico di fondo è quello di contenere il costo della salute che è fisiologicamente eccessivo. Da una parte si vuole ridurre l'eccesso di domanda dato dall'inefficacia e dall'inefficienza del SSN e dall'altra eliminare le inefficienze dell'offerta. L'Italia ha deciso di perseguire questi obiettivi con un connubio di soluzioni che, a livello potenziale, potrebbero sostenersi l'un l'altra.
Il primo di questi metodi è la fissazione dei tetti di spesa a carico del sistema pubblico per quanto inerente la sanità. Lo strumento risulta adeguato solo se il calo di spesa pubblica non viene compensato da un aumento di quella privata.
Il secondo metodo, come abbiamo detto usato in aggiunta al primo, è quello della compartecipazione dei cittadini, soluzione controversa per il mancato rispetto del criterio della capacità contributiva e la possibile mancanza di risultati qualora si sia nel tratto anelastico della curva di domanda rispetto al prezzo portando in questo caso solo uno spostamento verso la domanda privata.

Ulteriore problema, rilevato sempre in Artoni e Saraceno (in Petretto, 1997) si ha nell'ottenere un'adeguata individuazione del livello di spesa pro capite. La "salute" può essere perseguita con diversi metodi e risorse e quindi c'è un problema di quantificazione dell'efficacia e inoltre ci sono

differenze locali in ordine ad altri elementi quali l'ambiente circostante, gli usi, la cultura personale e del territorio. Oltre a questo problema per la definizione dei livelli di spesa e consequenzialmente degli standard garantiti, risultano diverse le combinazioni di prestazioni in base ai luoghi, soprattutto per la qualità e ciò implica che vi siano diverse culture della salute e quindi diversi usi dei servizi offerti. Per tutti questi motivi e per la pressione al calo della spesa, spesso la definizione del livello pro capite si piega più ad esigenze di bilancio che a bisogni effettivi. La definizione dello standard è essenziale per sapere verso che tipo di federalismo si è decisi ad orientarsi. A partire dal completo accentramento presente in Italia prima delle riforme, si cercherà ora di chiarire le conseguenze di scelte alternative quali un federalismo moderato, medio o un totale decentramento in cui lo Stato garantisce rispettivamente l'80, il 50 e il 20% del valore medio di spesa in base ad un'**analisi teorica** riportata da Petretto (1997) di Artoni e Saraceno. I dati di base per l'analisi sono quelli del 1994, uno degli anni in cui le riforme erano in atto.

Figura 5.1 Conseguenze ipotetiche del federalismo



Modalità di finanziamento

Regioni	Accentrato	Decentrato (*)		
	Storica	Standard uniforme garantito		
		80%	50%	20%
Piemonte	387	247	162	76
Valle d'Aosta	88	41	−115	−271
Lombardia	568	403	231	59
Trentino	−4	58	−3	−64
Veneto	140	134	82	30
Friuli	184	253	197	141
Liguria	87	278	184	90
Emilia	181	362	219	76
Toscana	82	168	98	28
Umbria	−101	−3	34	71
Marche	−168	−12	−1	10
Lazio	61	170	115	60
Abruzzo	−231	−261	−171	−80
Molise	−375	−380	−204	−27
Campania	−490	−469	−299	−130
Puglia	−429	−436	−264	−92
Basilicata	−294	−441	−240	−40
Calabria	−363	−534	−325	−115
Sicilia	−462	−435	−261	−88
Sardegna	−330	−311	−176	−41
Totale Italia				
Settentrionale	*331*	*295*	*177*	*59*
Centro	*−10*	*80*	*55*	*30*
Sud	*−436*	*−446*	*−272*	*−99*

(*) Con *standard* uniforme garantito s'intende un finanziamento attraverso il meccanismo di un fondo perequativo rispettivamente dell'80%, del 50% e del 20% della spesa media nazionale per ogni cittadino della Regione. La parte residua del finanziamento della spesa storica è coperto con nuove imposte regionali

Fonte: ISTAT, Relazione sulla situazione economica del Paese per il 1994, Roma, aprile 1995. Ministero del Tesoro, RGS - Le entrate tributarie dello Stato Regionalizzate, Roma, aprile 1995.

Trasferimenti pro capite in migliaia di lire, 1994.

Fonte: “Finanziamento della sanità e trasferimenti interregionali”, Artoni R., Saraceno P. in Alessandro Petretto, 1997, pagina 269.

Con l’accentramento i flussi tra le Regioni dipendono da molteplici fattori come la distribuzione territoriale del gettito tributario, dei contributi sanitari e della spesa, come ricordano Artoni e Saraceno nel loro saggio “Finanziamento della sanità e trasferimenti interregionali” (in Petretto, 1997). Con il decentramento moderato (80% proviene dallo Stato) il flusso dei trasferimenti interregionali si modifica relativamente, ciò che cambia invece è la sua distribuzione spaziale. Le Regioni con alte basi imponibili e alta spesa vanno a concorrere maggiormente alla solidarietà interregionale e contemporaneamente provvedere autonomamente alle loro maggiori spese. Con il federalismo medio i trasferimenti si ridurrebbero ma la pressione fiscale cambierebbe anche di un punto e mezzo percentuale, con Regioni a bassa spesa e reddito, in percentuale più gravate. Nel caso di un decentramento quasi completo questa situazione andrebbe ad accentuarsi e nelle Regioni centrali ad alta spesa la pressione si ridurrebbe rispetto a quella in caso di finanziamento della spesa storica.

Nel paragrafo “l’avvio del federalismo fiscale” della più volte citata opera di S. Russo (2012) si tratta poi della situazione italiana dopo il **2000**. Nel nostro Paese le iniziative sanitarie hanno seguito lo sviluppo del federalismo fiscale e la riforma delle competenze statali e regionali attuata nel 2001. Il decreto sul federalismo non ha trovato attuazione ma si è comunque reso protagonista di cambiamenti importanti per il servizio sanitario. Dal **2001** secondo il decreto devono essere aboliti i finanziamenti statali, tra cui il FSN, e a fronte di ciò viene introdotta una compartecipazione regionale sull’IVA. Inoltre gradualmente fino al 2013 le entrate dovevano svincolarsi dai dati storici e le Regioni avere un ammontare basato sulle funzioni da svolgere. Il calcolo delle quote da assegnare a ciascuna Regione doveva essere fatto in base a parametri come la popolazione residente, la capacità fiscale, i fabbisogni sanitari, e la dimensione delle Regioni. Inoltre doveva esserci un fondo perequativo per la solidarietà tra Regioni, in modo che le realtà con scarsa capacità fiscale potessero comunque trovare un supporto in quelle più ricche. Come dicevamo comunque il decreto 56/2000 è rimasto disatteso e le modifiche alla sanità hanno incontrato notevoli problemi nel trovare un’univoca definizione di livelli essenziali di assistenza, omogenei per tutte le Regioni ma con attuazione demandata ad ogni Regione. Ad ovviare al problema ci hanno pensato le cosiddette Conferenze Stato-Regioni. I LEA sono quindi

stati accordati con il Dpcm del 29/11/01 ma le contrattazioni sull'importo del finanziamento e sulla ripartizione sono affidate a periodici Accordi Stato-Regioni e questo modello ha permesso nella sostanza la sopravvivenza del FSN. Il primo Accordo, che risale all'8 agosto 2001, ha riconosciuto l'insufficienza delle risorse date alla sanità fino ad allora ed ha stabilito che, entro tempi ragionevoli e compatibilmente con la situazione economica, il finanziamento dovesse essere attorno al 6% del PIL. Considerando tutti i finanziamenti il bilancio globale e quello delle singole Regioni doveva andare in pareggio.

L'accordo ha inoltre dato linee per il finanziamento del triennio successivo, sottolineando che tutte le spese ulteriori gravassero esclusivamente sul bilancio della singola Regione. Il successivo accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001 (recepito il 29 con un Dpcm) è andato a definire e LEA e questi sono stati reiterati varie volte.

Un'altra novità è la mancanza di un vincolo di destinazione a partire dal **2004**, a patto di un esito annuale positivo sul rispetto dei LEA.

Successivamente con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo **2005** si sono definiti i finanziamenti del successivo triennio e varie azioni specifiche sulla formazione del personale, il numero di posti e ricoveri ospedalieri, l'obbligo di adozione di una contabilità analitica per centri di costo e di responsabilità.

Con il Patto per la salute datato 5 ottobre **2006** invece si è affrontato un momento di crisi finanziaria e si è riusciti ad assicurare il finanziamento in momenti problematici. Si è previsto un fondo per alcune Regioni definite, e le Regioni sottoposte ad un piano di rientro dal loro disavanzo sono state affiancate dai ministeri della Salute e dell'Economia delle Finanze attraverso una preventiva approvazione dei provvedimenti regionali per il risanamento e una verifica trimestrale del raggiungimento degli obiettivi.

Il Patto del 23 ottobre **2009** ha poi, senza rivedere i LEA, corretto i parametri di utilizzo delle risorse per dare garanzia di equilibrio.

Con la legge 42/2009 si crea lo scheletro per l'attuazione del federalismo fiscale recuperando strumenti già noti ed introducendo concetti aziendalistici di costo standard e fabbisogno standard, con problemi inerenti il confronto con le esigenze reali e le risorse delle singole Regioni.

Dal punto di vista del cost management e più specificatamente del cost accounting, i **costi standard** possono essere ritenuti la sommatoria di costi necessari alla produzione di un dato quantitativo di output con un dato livello qualitativo, entrambi definiti a priori e con livelli di efficienza programmati. Si tratta di uno strumento parametro-obiettivo. Si parla di parametro in quanto grazie ad esso è possibile controllare il divario tra i costi programmati e quelli effettivi; nella seconda accezione invece (quella di obiettivo) si intende il livello ottimale che ci si prefigge di raggiungere.
È comunque importante che lo standard sia stabilito con logiche di complementarietà clinica, organizzativa ed epidemiologica e non solamente economico finanziaria, solo così i livelli garantiti e quelli maggiori scelti potranno avere basi profonde al di là dei vincoli di bilancio.

5.2 Le spese regionali e le fonti all'epoca del federalismo

Dall'intervento di A. Strusi al convegno della Corte dei Conti del gennaio 2011, intitolato "Il finanziamento delle funzioni regionali, perequazione e autonomia tributaria" si possono ricavare interessanti informazioni su spese e fonti di spesa. Partendo da una classificazione delle **spese** regionali si possono elencare: spese per funzioni essenziali o LEP che a loro volta comprendono la sanità, l'assistenza sociale, l'istruzione scolastica, il TLP in conto capitale e altre materie dichiarate dalla legge come essenziali; spese per interventi speciali come da art.119 del V comma che sono la rimozione degli squilibri economici e sociali, la promozione dello sviluppo e la coesione territoriale; spese per funzioni non essenziali o autonome tra cui il TPL corrente.

Per quanto riguarda la prima tipologia di spesa con riferimento alla determinazione dei fabbisogni di spesa obiettivo riguardo la sanità dal 2013 il fabbisogno di spesa diventa coerente con il metodo del costo standard, i vincoli di finanza pubblica e il quadro macroeconomico sfruttando la definizione dei LEA in sede di intesa Stato-Regioni. Per le altre funzioni LEP invece il fabbisogno di spesa, sempre coerente con il costo standard, da determinarsi con legge statale e con il concorso delle Regioni, utilizza metodologie di elaborazione dati SOSE e l'intesa di Conferenza unificata DLGS.
Per quanto concernente invece le spese per funzioni non essenziali o autonome dal 2014 il fabbisogno di spesa obiettivo va determinato dalle potenzialità di spesa risultanti dalla perequazione delle capacità fiscali relative alla quota di addizionale IRPEF destinata per queste funzioni, che va a sostituire i trasferimenti soppressi per le stesse.

Per entrambe le tipologie di spese comunque la gradualità prevista verso tali fabbisogni obiettivo è di cinque anni: nel 2014 il fabbisogno si basa sulla spesa storica, c'è poi una convergenza graduale fino al 2019, anno in cui le capacità fiscali dovranno essere perequate. Per la precisione la gradualità delle altre funzioni LEP è decisa per coerenza con quella della sanità in quanto non è esplicitata nel DLGS.

Per quanto riguarda poi il **finanziamento** di queste spese, il federalismo fiscale comporta per le Regioni l'abolizione dei trasferimenti statali correnti, generali e permanenti. Le esclusioni riguardano i trasferimenti in conto ammortamento mutui, i contributi per gli interventi speciali dell'art.119 comma V e i trasferimenti dell'ex fondo perequativo da art. 3 della legge 549/1995.
I trasferimenti aboliti saranno sostituiti, per quelli relativi a funzioni essenziali e per quelli relativi a funzioni autonome e la compartecipazione regionale all'accisa sulla benzina, con l'attribuzione di una quota aggiuntiva di addizionale regionale Irpef.
Le fonti di finanziamento delle spese essenziali, come riportato in Strusi (2011), sono:

- IRAP fino a sua sostituzione;
- Entrate proprie della sanità;
- Quota di addizionale regionale Irpef;
- Compartecipazione all'IVA;
- Fondo perequativo;
- Compartecipazione all'IVA (per Regioni diverse da quella di riferimento).

Le fonti di finanziamento delle spese per interventi speciali sono:

- Contributi speciali (Fondi UE, Cofinanziamenti nazionali, Fondo sviluppo e coesione).

Le fonti di finanziamento delle spese autonome per quanto concerne la spesa per trasferimenti soppressi per le funzioni autonome e per la soppressione dell'accisa sulla benzina sono:

- Quota di addizionale regionale IRPEF;
- Fondo perequativo.

Per quanto concerne invece le altre spese autonome:

- Tributi propri derivati, diversi da IRAP e addizionale IRPEF;
- Tributi propri autonomi.

Come indicato nel documento "Sanità" della Camera esiste poi un meccanismo di salvaguardia del livello del finanziamento sanitario erogato alle Regioni in corso d'anno, anche con anticipazioni di

tesoreria, per non condizionarlo all'andamento del ciclo economico e delle entrate fiscali (ai sensi dell'art. 39, comma. 1, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, dell'art. 13 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, e dell'art. 1, comma 321, della legge 23 dicembre 2005, n. 266). Con questo metodo il bilancio dello Stato, con apposito capitolo determinato annualmente nella tabella 'C' della legge di stabilità - Fondo di garanzia- compensa l'eventuale mancato gettito fiscale dell'IRAP (sanità) e dell'addizionale regionale all'IRPEF relativi agli esercizi precedenti, dopo la loro definitiva quantificazione.

Inoltre sempre in Strusi (2011) si dice che dal 2014 il progetto per l'IRAP è quello di ridurre gradualmente le aliquote fino all'azzeramento e disporre deduzioni sull'imponibile nel rispetto delle norme dell'Unione Europea. Tale progetto è a carico delle Regioni ma non è attuabile per quelle sottoposte a piano di rientro o che hanno la maggiorazione dello 0,5% o maggiore sull'addizionale regionale IRPEF.

Per quanto riguarda l'addizionale regionale all'IRPEF invece dal 2012 vi sono rideterminazioni delle quote per compensare le abolizioni dei trasferimenti statali e facoltà di maggiorazioni per gli anni immediatamente successivi.

Novità anche per la compartecipazione all'IVA, per cui vi è una modifica del riparto territoriale da una proxy sui consumi delle famiglie come da D. Lgs. 56/2000 all'effettivo luogo di consumo finale. Nel disegno c'è poi un'altra disposizione riguardo un fondo perequativo per il finanziamento integrale del fabbisogno delle spese essenziali per le Regioni.

Per quanto riguarda la titolarità dei proventi della lotta all'evasione il gettito dal recupero di tributi propri derivati, addizionali, compartecipazione all'IVA e altre compartecipazioni va alle Regioni.

A titolo di esempio si riporteranno di seguito le tabelle sulla costruzione del fondo perequativo con le fonti anzidette, il resoconto delle entrate e delle spese regionali del Veneto dell'anno 2008.

Figura 5.2 Costruzione del fondo perequativo per le funzioni essenziali

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

COSTRUZIONE DEL FONDO PEREQUATIVO PER LE FUNZIONI ESSENZIALI
VALORI NUMERICI A TITOLO ESEMPLIFICATIVO

	Fabbisogno standard di spesa relativo alle funzioni essenziali	IRAP sanità	Add. IRPEF (es. 0,9%+quota per trasferimenti soppressi funzioni LEP)	Fabbisogno residuo da finanziare	Gettito regionale IVA	Aliquota IVA di autosufficienza	1^ quota Comp. IVA	Fondo perequativo alimentato da 2^ quota Comp. IVA*	Risorse disponibili finali = Fabbisogno standard
	a	b	c	d=a-b-c	e	f=d/e	g=1,7%*e	h=d-g	i=b+c+g+h
Regione A	100	60	15	25	1.500	**1,7%**	25	0	100
Regione B	110	50	10	50	1.250	4,0%	21	29	110
Regione C	90	40	5	45	1.000	4,5%	17	28	90
TOTALE	**300**	**150**	**30**	**120**	**3.750**	**3,2%**	**63**	**58**	**300**

*** 58 / 3.750 = 1,5%**

a. Viene definito per ciascuna Regione il fabbisogno standard di spesa, sulla base dei costi standard;
b. Si rileva il gettito IRAP sanità (escluso l'ex fondo perequativo 549/1995);
c. Si rileva il gettito dell'Addizionale regionale all'IRPEF;
d. Si determina per ciascuna Regione il fabbisogno da finanziare dopo aver computato i gettiti di IRAP e quota di Addizionale regionale all'IRPEF;
e. Si rileva per ciascuna Regione il gettito regionale dell'IVA, nell'ipotesi che la compartecipazione IVA sia il "tributo di chiusura";
f. Si determina per ciascuna Regione l'aliquota della compartecipazione IVA che applicata al gettito IVA regionale copre il fabbisogno e si identifica l'aliquota minima, cioè quella che consente di coprire il fabbisogno alla Regione meno bisognosa vale a dire quella "di riferimento" per le funzioni essenziali (es.: Regione A, 1,7%);
g. Si applica tale aliquota ai rispettivi gettiti regionali IVA, per ottenere l'entrata standard del tributo compartecipato;
h. Il fondo perequativo assicura alle Regioni non autosufficienti ("non di riferimento") la copertura integrale del fabbisogno non coperto dalle entrate standard; il totale del fondo perequativo rapportato dal gettito IVA nazionale determina la 2^ quota di compartecipazione regionale all'IVA (es.: 1,5%);
i. Si determinano le risorse disponibili finali (entrate standard +/- trasferimento perequativo) che per costruzione saranno uguali al fabbisogno standard.

Segreteria Bilancio e Finanza – Direzione Risorse finanziarie

Fonte: Strusi, presentazione al convegno della Corte dei Conti del 19 e 20 gennaio 2011, pagine 12.

Figura 5.3 Costruzione del fondo perequativo per le funzioni autonome

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

COSTRUZIONE DEL FONDO PEREQUATIVO PER LE FUNZIONI AUTONOME
VALORI NUMERICI A TITOLO ESEMPLIFICATIVO

valori pro capite

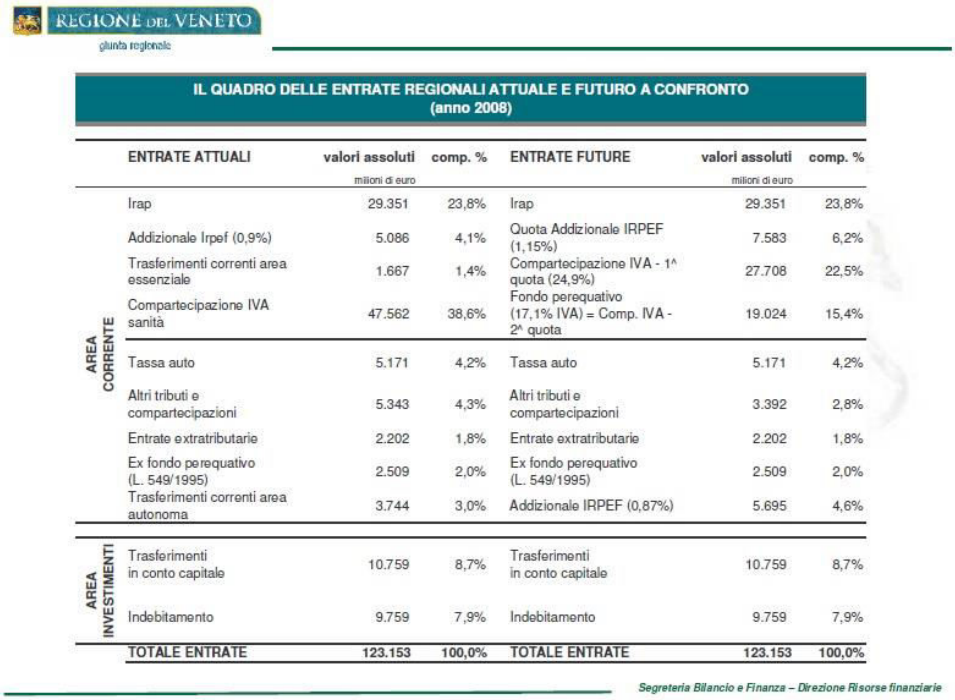
	Trasferimenti statali relativi a funzioni autonome soppressi	Base imponibile IRPEF	Aliquota di equilibrio	Entrate standard	Differenze rispetto alla media	Coefficiente di correzione della capacità fiscale	Trasferimento perequativo	Risorse disponibili finali
	a	b	c=a/b	d=10%*b	e=d-100	f	g=e*f	h=d-f
Regione A	80	1.500	5,3%	150	50	70%	-35	115
Regione B	100	1.000	10,0%	100	0	70%	0	100
Regione C	120	500	24,0%	50	-50	70%	35	85
TOTALE	**300**	**3.000**	**10,0%**	**300**	**0**		**0**	**300**
MEDIA	**100**	**1.000**		**100**				**100**

a. Si determinano per ciascuna Regione i trasferimenti da abolire per le funzioni autonome (spesa storica);
b. Si rileva per ciascuna Regione la base imponibile del tributo da decentrare (Quota di Addizionale IRPEF);
c. Si determina per ciascuna Regione l'aliquota che consente di coprire integralmente la spesa storica e si identifica l'aliquota che, applicata alla base imponibile totale del tributo, consente al complesso delle Regioni di coprire integralmente la spesa storica (nell'es. il 10%);
d. Si applica tale aliquota alle rispettive basi imponibili delle Regioni, per ottenere le entrate standard;
e. Si determina per ciascuna Regione la differenza di capacità fiscale rispetto alla media;
f. Si definisce il coefficiente di correzione della capacità fiscale (nell'es. il 70%);
g. Le Regioni con capacità fiscale superiore alla media riversano il 70% del surplus di gettito pro capite a favore delle Regioni con minore capacità fiscale a titolo di trasferimento perequativo;
h. Si determinano le risorse disponibili finali (entrate standard +/- trasferimento perequativo).

Segreteria Bilancio e Finanza – Direzione Risorse finanziarie

Fonte: Strusi, presentazione al convegno della Corte dei Conti del 19 e 20 gennaio 2011, pagine 13.

Figura 5.4 Il quadro delle entrate regionali



REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

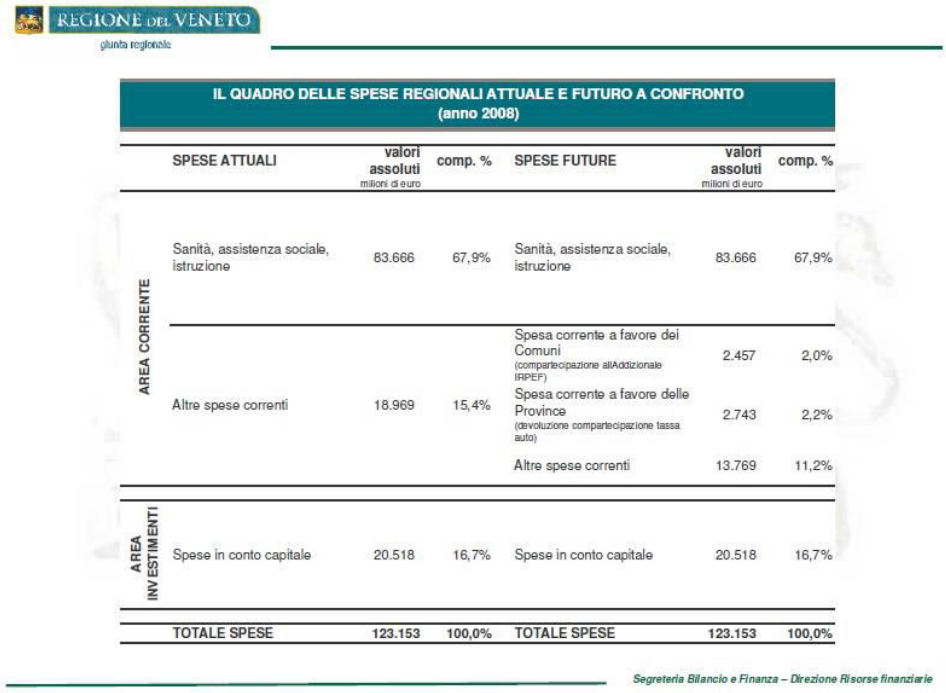
IL QUADRO DELLE ENTRATE REGIONALI ATTUALE E FUTURO A CONFRONTO (anno 2008)

	ENTRATE ATTUALI	valori assoluti (milioni di euro)	comp. %	ENTRATE FUTURE	valori assoluti (milioni di euro)	comp. %
AREA CORRENTE	Irap	29.351	23,8%	Irap	29.351	23,8%
	Addizionale Irpef (0,9%)	5.086	4,1%	Quota Addizionale IRPEF (1,15%)	7.583	6,2%
	Trasferimenti correnti area essenziale	1.667	1,4%	Compartecipazione IVA - 1^ quota (24,9%)	27.708	22,5%
	Compartecipazione IVA sanità	47.562	38,6%	Fondo perequativo (17,1% IVA) = Comp. IVA - 2^ quota	19.024	15,4%
	Tassa auto	5.171	4,2%	Tassa auto	5.171	4,2%
	Altri tributi e compartecipazioni	5.343	4,3%	Altri tributi e compartecipazioni	3.392	2,8%
	Entrate extratributarie	2.202	1,8%	Entrate extratributarie	2.202	1,8%
	Ex fondo perequativo (L. 549/1995)	2.509	2,0%	Ex fondo perequativo (L. 549/1995)	2.509	2,0%
	Trasferimenti correnti area autonoma	3.744	3,0%	Addizionale IRPEF (0,87%)	5.695	4,6%
AREA INVESTIMENTI	Trasferimenti in conto capitale	10.759	8,7%	Trasferimenti in conto capitale	10.759	8,7%
	Indebitamento	9.759	7,9%	Indebitamento	9.759	7,9%
	TOTALE ENTRATE	**123.153**	**100,0%**	**TOTALE ENTRATE**	**123.153**	**100,0%**

Segreteria Bilancio e Finanza – Direzione Risorse finanziarie

Fonte: Strusi, presentazione al convegno della Corte dei Conti del 19 e 20 gennaio 2011, pagine 14.

Figura 5.5 Il quadro delle spese regionali



REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

IL QUADRO DELLE SPESE REGIONALI ATTUALE E FUTURO A CONFRONTO (anno 2008)

	SPESE ATTUALI	valori assoluti milioni di euro	comp. %	SPESE FUTURE	valori assoluti milioni di euro	comp. %
AREA CORRENTE	Sanità, assistenza sociale, istruzione	83.666	67,9%	Sanità, assistenza sociale, istruzione	83.666	67,9%
AREA CORRENTE	Altre spese correnti	18.969	15,4%	Spesa corrente a favore dei Comuni (compartecipazione all'Addizionale IRPEF)	2.457	2,0%
AREA CORRENTE				Spesa corrente a favore delle Province (devoluzione compartecipazione tassa auto)	2.743	2,2%
AREA CORRENTE				Altre spese correnti	13.769	11,2%
AREA INVESTIMENTI	Spese in conto capitale	20.518	16,7%	Spese in conto capitale	20.518	16,7%
	TOTALE SPESE	123.153	100,0%	TOTALE SPESE	123.153	100,0%

Segreteria Bilancio e Finanza – Direzione Risorse finanziarie

Fonte: Strusi, presentazione al convegno della Corte dei Conti del 19 e 20 gennaio 2011, pagine 15.

A questo punto del percorso, una volta analizzato il percorso italiano per combattere gli eccessi di spesa e quali siano le nostre fonti di finanziamento della spesa, occorre chiarire cosa si intenda per quel fabbisogno che la spesa deve andare a soddisfare e cosa siano quei livelli essenziali di assistenza che devono essere garantiti e che sono considerati ottenibili anche attraverso un utilizzo più corretto delle risorse a disposizione.

CAPITOLO 6: Fabbisogno e LEA

6.1 Le concezioni di bisogno

La tutela sanitaria comprende le caratteristiche di numerose tipologie di beni. Oltre ad essere un bene di investimento e di consumo, ha effetti esterni per gli altri, interessa la sanità e l'igiene pubblica come i beni pubblici puri, ha aspetti dei beni di merito inerenti ad esempio le emergenze, contiene aspetti di equità e distribuzione, asimmetrie informative, monopoli in alcuni servizi e incertezza dei pazienti. Da questo brevissimo spunto si può capire come la materia sia complessa e pertanto come sia difficile definire un bisogno che vada bene a tutti gli attori coinvolti.

Varie sono le concezioni di "bisogno", ad esempio quella di Williams in "State Provision of Medical Services" (1987) utilizzata nel saggio di Bariletti e France (all'interno dell'opera a cura di Petretto del 1997) che riportano un passaggio di il quale sottolinea il forte ruolo del medico sia per la domanda che per l'offerta, per via delle condizioni di incertezza ed asimmetria informativa in cui versa il paziente e il rischio che il medico persegua eccessivamente interessi personali rispetto a quelli del paziente per il quale dovrebbe fungere da agente. Usando le parole dello stesso Williams "gli individui possono *desiderare* qualcosa senza *domandarla*, eppure essere considerati *averne bisogno*; per contro, possono *volere* e *domandare* qualcosa di cui non *hanno bisogno*. Possono addirittura non *desiderare* né *domandare* qualcosa di cui, tuttavia, *avrebbero bisogno*".

Una concezione di bisogno in senso assoluto è quella del modello dei bisogni di Cullis e West (sempre in Bariletti e France all'interno dell'opera di Petretto del 1997) in cui la quantità di tutela sanitaria richiesta non è determinata dal paziente, ma è quella prescritta dal medico. In tal modo la domanda di un malato è inelastica, ma questo fatto è smentito dalla pratica. L'ipotesi di induzione della domanda è la capacità del medico di influire sull'aumento o la diminuzione delle richieste per servizi o prescrizioni.

I problemi della rilevazione del fabbisogno tuttavia non si limitano alla questione dell'influenza del personale medico sulla domanda di prestazioni. Svariate sono le questioni ad esempio in ordine all'efficacia e all'efficienza e al loro legame.

Sempre in Bariletti e France, (Petretto, 1997) viene trattata la questione in base alla quale la maggior parte dei temi legati all'efficienza o finanziari hanno origine, o sono almeno gravemente intaccati, da un sistematico problema di misurazione e scelta, sia per quanto riguarda la produzione che

l'allocazione e per qualunque livello a cui questa scelta venga operata. La valutazione economica tende a confrontare i costi con i risultati, in modo da poter rifarsi a dei criteri chiari per le varie decisioni che ci si trovi ad affrontare. Questo tipo di valutazione economica può essere affrontata ex ante o ex post. Nel primo caso si lavora confrontando il costo con l'efficacia, l'utilità o il beneficio (rispettivamente quantità fisica, misura di utilità e quantità monetaria) per avere informazioni su progetti alternativi. Risulta problematica la quantificazione degli output. Un possibile approccio che ha fatto molto discutere è quello dei Qalys ovvero *quality adusted life years* derivabili da diversi interventi. Ci sono indicatori con scale numeriche per la salute riguardo il dolore, la mobilità, la socialità ed altro. I vari valori vengono assegnati a diversi stadi di qualità di vita e corretti in base alla probabilità di vita. Nel caso ex post invece si indagano il livello di convenienza raggiunto nelle attività e nella spesa tramite sistemi di auditing ed indicatori di performance integrati per qualità ed efficienza, per potersi migliorare in futuro.

Dal punto di vista finanziario a livello teorico il fabbisogno finanziario è definibile come il costo standard moltiplicato per il numero di servizi da offrire. Questa definizione crea numerosi problemi perché entrano in gioco problemi in ordine alla definizione dei costi standard e del numero delle prestazioni al cui interno si ritrovano quei problemi legati alla concezione di bisogno di cui abbiamo appena parlato uniti alla quantificazione effettiva del numero di prestazioni oltre che al livello di salute da garantire. Il fabbisogno è l'insieme di utilità di cui la popolazione sente la necessità e che si dovrà produrre direttamente o acquisire. Questo valore espresso in termini monetari dà il fabbisogno finanziario. Ad oggi, come indicato dal documento della Camera "Sanità", dal 2013 il fabbisogno viene determinato annualmente per il triennio successivo tenendo conto dei vincoli finanziari e macroeconomici italiani.

6.2 I LEA

Oltre al tema del fabbisogno un altro termine perennemente presente nell'universo della sanità è quello dei LEA, essi sono l'insieme di attività e prestazioni che il SSN è tenuto ad assicurare, in modo uniforme, in tutto il Paese. Questi livelli di assistenza essenziali sono in qualche modo considerabili come il fabbisogno in termini qualitativi per garantire dei livelli della salute accettabili nel nostro contesto sociale, economico e culturale.

La legge del 1978 già prevedeva la programmazione di livelli unificati delle prestazioni da garantire a tutti; poi con la 412 del 1991 si è giunti al concetto di livelli assistenziali con condizioni di uniformità e standard per il calcolo del finanziamento capitario dei livelli assistenziali. Ma è solo con un documento di qualche anno successivo a quest'ultimo che i LEA entrano praticamente nel vivo cuore dell'amministrazione della sanità.

Nel DPR 24 dicembre 1992 i livelli di assistenza vengono **definiti** all'articolo 1.1, premessa:

- gli obiettivi che ciascuna delle fondamentali funzioni assistenziali del Servizio sanitario nazionale (macrolivello), deve conseguire, ovvero quale specifica quota di bisogno sanitario della popolazione mira a soddisfare;
- l'insieme delle attività/prestazioni connesse al conseguimento degli obiettivi definiti, da effettuare in coerenza con le scelte organizzative adottate da ciascuna Regione, conformemente alle disposizioni legislative in materia;
- il parametro capitario di finanziamento fissato in coerenza con le risorse stabilite dalla legge finanziaria, in base ad un modello organizzativo teorico di riferimento;
- un insieme di indicatori specifici, elaborabili in base a dati già rilevati dai sistemi informativi attivi per le diverse funzioni sviluppate da ciascun livello, individuati sulla base degli obiettivi via via definiti, orientati a consentire la verifica del grado di conseguimento degli obiettivi stessi e, conseguentemente, a periodiche revisioni della formulazione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria.

Il PSN 1998-2000 ha stabilito che la quota capitaria di finanziamento vada stabilita con parametri che rendano possibile un finanziamento congruo alle esigenze per l'attivazione e l'erogazione di prestazioni che rispettino i LEA con livelli di erogazione uniformi su tutto il territorio, tenendo in debito conto le differenze nella distribuzione delle necessità assistenziali e dei rischi per la salute.
Il D. Lgs. n.229/1999 ha modificato la dicitura "livelli uniformi" in "livelli essenziali e uniformi di assistenza" andando inoltre a sottolineare il legame tra diritti, efficienza, economicità ed appropriatezza:" il Servizio Sanitario Nazionale assicura (…) i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro

appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse". (art. 1, comma 2)

Essi servono quindi sia come parametro quantitativo per l'offerta, sia come indirizzo per l'allocazione e sono quindi un cardine del sistema di finanziamento del SSN. Successivamente la riforma del Titolo V ha esplicitamente previsto i LEA in Costituzione dando allo Stato il compito di individuarli. Inoltre l'articolo 117 ha poi previsto potestà concorrente per la tutela della salute e non più solo l'assistenza sanitaria e ospedaliera. In questo modo si avvia un forte dialogo tra lo Stato e le Regioni.

Essi sono poi stati divisi in macrolivelli dal D. Lgs. n.229/1999 e poi in vari sottolivelli in base alle aree di intervento, alle categorie di utenti, ai fattori di spesa, all'organizzazione dell'offerta e alle esigenze conoscitive dei vari settori.

Altra norma rilevante è il decreto interministeriale del 12 dicembre 2001, adottato dal Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, riguardante la definizione di un insieme minimo di **indicatori** e di parametri di riferimento per il monitoraggio del rispetto, a livello di singola Regione, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza nonché dei vincoli di bilancio delle Regioni a statuto ordinario. Il set di indicatori interessa le diverse dimensioni della valutazione dei servizi sanitari, inclusi i relativi costi. Ad oggi il sistema di indicatori è ampio e con il tempo è stato rivisto e corretto. In esso si riscontrano campi che toccano l'assistenza ospedaliera, le liste di attesa, il controllo della spesa farmaceutica e per i dispositivi medici Essi si raggruppano in tre campi d'intervento: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro come ad esempio vaccinazioni, screening, prevenzione nei luoghi di lavoro, sanità veterinaria, ecc.; assistenza distrettuale farmaceutica, specialistica e ambulatoriale, servizi domiciliari ecc.; assistenza ospedaliera (tasso di ricovero e indici di appropriatezza).
Le amministrazioni che dopo la valutazione dei 21 indicatori, assegnando a ciascun indicatore un punteggio da -1 a 9, ottengano un punteggio superiore a 160 sono adempienti a tutti i Lea, mentre quelle con punteggio inferiore a 130 sono considerate critiche. Nel 2011 sono risultate appartenenti alla prima fascia Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Marche, Piemonte, Umbria, Veneto e Liguria; tra i 160 e i 130 la Basilicata, la Sardegna che ha problemi per quanto riguarda la spesa farmaceutica e la prevenzione e la Puglia. Sotto la soglia critica troviamo Molise per l'assistenza residenziale e quella ospedaliera, Abruzzo per assistenza farmaceutica, agli anziani e hospice, Sicilia per l'assistenza

territoriale e domiciliare degli anziani e ospedaliera, la spesa farmaceutica, Campania e Calabria per l'assistenza territoriale e quella ospedaliera e il Lazio per l'assistenza ospedaliera e la spesa farmaceutica.

Figura 6.1 Punteggi Lea 2011-2013

Rango	Punteggio 2011		Rango	Punteggio 2012		Rango	Punteggio 2013	
1°	Emilia Romagna	213	1°	Emilia Romagna	210	1°	Toscana	214
2°	Lombardia	195	2°	Toscana	193	2°	Emilia Romagna	204
3°	Umbria	184	2°	Veneto	193	2°	Piemonte	201
4°	Veneto	182	4°	Piemonte	186	4°	Marche	191
5°	Piemonte	170	5°	Lombardia	184	5°	Veneto	190
6°	Toscana	168	6°	Liguria	176	6°	Liguria	187
7°	Basilicata	167	7°	Umbria	171	6°	Lombardia	187
8°	Liguria	166	8°	Basilicata	169	8°	Umbria	179
9°	Marche	161	8°	Lazio	167	9°	Sicilia	165
10°	Lazio	152	10°	Marche	165	10°	Abruzzo	152
11°	Sicilia	147	11°	Sicilia	157	10°	Lazio	152
12°	Abruzzo	145	12°	Molise	146	12°	Basilicata	146
13°	Molise	142	13°	Abruzzo	145	13°	Molise	140
14°	Calabria	128	14°	Puglia	140	14°	Calabria	135
15°	Puglia	123	15°	Calabria	133	15°	Puglia	134
16°	Campania	101	16°	Campania	117	16°	Campania	127

Fonte: federsanità.it.

La situazione del 2012 ha visto qualche modifica al suo interno. L'Emilia Romagna resta al primo posto ma con un lieve calo di punteggio per problemi minori con adempienze a fini statistici e di assistenza ospedaliera, domiciliare e di accreditamento istituzionale. Inadempienze maggiori riguardano il percorso nascita e il piano di aggiornamento del personale. Al secondo posto il Veneto acquista una decina di punti rispetto all'anno precedente grazie all'assenza di problemi gravi. Una Regione in netto miglioramento è poi la Toscana che guadagna più di 20 punti grazie alla presenza di soli problemi di minore entità simili a quelli della prima classificata. Chi scende nella classifica è invece la Lombardia perché non riesce a rispettare i termini di attuazione di alcuni impegni. Piemonte e Umbria crescono nel punteggio ma restano tuttavia problemi nella contabilità, nelle liste di attesa, nel sistema CUP, nella prevenzione ecc. Anche la Liguria cresce ma anche ad essa si notificano alcuni problemi, quali il

mancato rispetto del superamento degli impegni presi nel 2011. C'è poi la Basilicata, la quale perde leggermente punteggio per via di inadempienze maggiori sul percorso nascita, sulle urgenze e sulla prevenzione alimentare. Altri cambiamenti rilevanti si hanno in aumento per la Sicilia e la Puglia. Ultima in classifica, pur con un punteggio in aumento, è la Campania. In questa Regione i problemi sono variegati e vanno dall'erogazione dei LEA, alle liste d'attesa, dalla contabilità alla prevenzione, dall'accreditamento all'aggiornamento del personale, dai piani dell'urgenza all'assistenza farmaceutica.

Passando all'anno successivo, per stilare la classifica l'apposito comitato ogni anno predispone un questionario sugli indicatori (ora 31) di cui abbiamo già parlato e per ognuno assegna un punteggio da -1 a 9.

Nel 2013 la Toscana guadagna il primo posto con 214 punti (su 225 massimi). La Lombardia è scesa di ben quattro posizioni in un paio d'anni, accentuando i problemi già visti l'anno precedente. In senso inverso la scalata di Marche, in controtendenza rispetto all'anno precedente, e Piemonte che continua a salire in classifica denotando miglioramenti. Liguria, Sicilia e Basilicata si fanno notare per il cambiamento nei loro punteggi, chi in positivo, chi in negativo, pur restando defilate rispetto ai vertici delle Regioni virtuose. La Campania resta l'ultima in classifica anche se continua a migliorare le sue prestazioni come si vede dall'aumento di punteggio. Esso resta comunque insufficiente dato che si tratta oramai dell'unica Regione al di sotto della soglia dei 130 punti.

Ampi e complessi sono dunque i risvolti e le correlazioni che legano l'economia e la sanità, contemperare esigenze di equità ed efficienza, di bilancio e livelli minimi da garantire non è certamente semplice, tant'è vero che si tratta di un tema in continua sperimentazione ed affinamento. Tutto però si fonda su una misura: il metodo del costo standard. Ma cos'è davvero tale metodo? Risponde ai requisiti necessari per le finalità governative e sanitarie e dei bisogni della popolazione o si tratta di un elegante costrutto con dei problemi di fondo abbastanza accentuati?

CAPITOLO 7: I costi standard

7.3 La nozione di costo standard

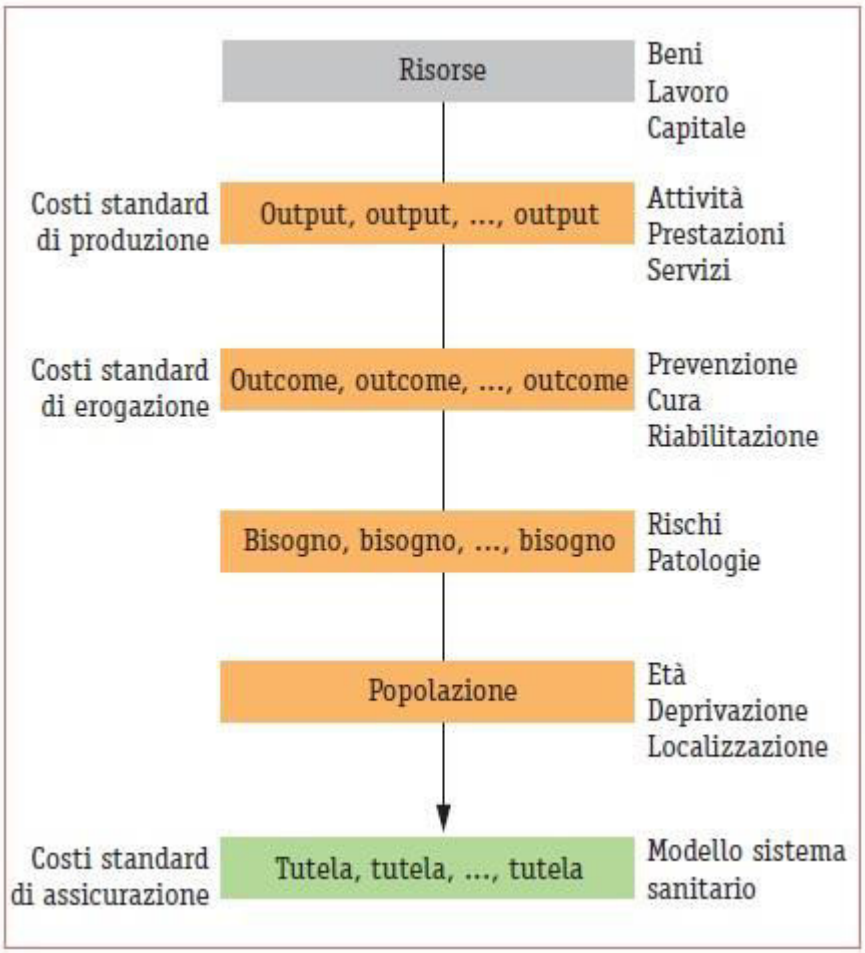
Il costo è l'onere monetario per ottenere un qualcosa che dia utilità. Esso può essere effettivo in base alle reali consumazioni o standard a livello programmatico. Quest'ultimo non è reale, vero e unico ma funzionale agli obiettivi per cui è creato.

Il **costo standard** è il costo minimo di produzione per un bene o un servizio considerando condizioni operative normali, prezzi normali e i fattori produttivi efficientemente scelti. Per quanto riguarda il nostro caso, il decreto 68 del 2011 impone il costo standard come spesa media delle tre Regioni scelte come benchmark, penderate per fattori utili per perequare la distribuzione.

Come indicato da Villani, D'Alessio e Pica in "The issue of standard costs and problems of the Southern Italy" (2008), i costi standard a loro volta possono essere **ideali** o **pratici**, a seconda che vengano individuati con metodologie pro-efficienza e organizzazione interna ed esterna o con analisi dei costi praticamente riscontrati per un determinato livello di output (sommatoria di costi standard elementari che a loro volta sono formati da prezzo e quantità entrambi standard). I primi sono raggiungibili in situazioni ottime, i secondi sono più concretamente fattibili in ipotesi di regolare processo produttivo. Tra i costi standard pratici ci sono quelli basati su dati storici; quelli attesi in base alla situazione concretamente osservata; quelli di base in cui si realizzano le normali condizioni gestionali; altri in base a valori medi precedenti. In genere il costo standard serve per raggiungere miglioramenti in termini di efficacia ed efficienza. Per i costi effettivi si considerano con la contabilità analitica i vari costi elementari per la produzione. La validità di questi costi però è inficiata sempre più, col passare del tempo, dalle variabili condizioni di produzione e dalle differenze tra diverse realtà geografiche e culturali e quindi questi costi sono da ricalcolare con una certa frequenza in base appunto ai mutamenti nelle condizioni produttive di contesto.
La confusione di termini nasce dal fatto di cercare di costruire degli aggregati di costi effettivi e considerarli standard intendendoli come un valore proxy delle risorse necessarie per raggiungere un dato obiettivo. A livello macroeconomico quindi il concetto di standard è più simile a ciò che serve per avere un dato livello di outcome.

La sanità è un campo molto particolare, come sottolinea Cislaghi in “Parole chiave” (2010), per la difficoltà ad individuare misure per le prestazioni sanitarie e per la scarsa possibilità di standardizzazione dei processi di assistenza. Per determinare gli standard serve quindi una rigorosa determinazione dell’oggetto di riferimento, un’analisi dei dati a disposizione e del contesto per ricavare i miglioramenti ipotizzabili dopo aver stabilito le condizioni operative e bisogna considerare i casi di variabilità attraverso ad esempio il sistema basato sui DRG e da qui definire gli standard per quel luogo. Definiti questi sarà necessario poi confrontarsi con le differenze territoriali rilevanti.

Figura 7.1 Dalle risorse ai costi standard



Fonte: Cislaghi C., 2010 pagina 24.

Per definire l’oggetto di riferimento seve parlare di output e outcome. Dirindin e Vineis (1999, p. 17) come ripreso da Villani S., D’Alessio L., Pica F., (2008, pagina 654): «La necessità di prendere in esplicita considerazione l’*outcome*, il prodotto finale dell’industria della salute, è in gran parte

connessa alla valenza delle prestazioni sanitarie e, più concretamente, alla mancanza – per molti servizi sanitari – di un prezzo di mercato attraverso il quale valutare la capacità della prestazione di rispondere ai bisogni dell'individuo». Partendo con ordine dunque in sanità è importante differenziare output ed outcome, cioè la prestazione di servizi, dall'ottenimento di risultati clinici attraverso i prodotti necessari ad affrontare un bisogno assistenziale.

Detto questo risulta chiaro per quale motivo sia necessario distinguere tre livelli di costo dell'output, dell'outcome (del percorso assistenziale) e costo assicurativo (insieme dei costi sanitari che ognuno ha la probabilità di innescare nel corso di un esercizio economico). Le prestazioni poi sono infinite e anche le condizioni di produzione risultano diversificate. Ci sono poi i costi di erogazione, cioè i costi complessivi necessari per intervenire su uno specifico bisogno. I bisogni tuttavia sono diversissimi e ciascuno ha diversa forma per intensità e tipicità. Per alcuni bisogni è facile definire le prestazioni necessarie, per altri meno, ma possono aiutare le linee guida. Esse tuttavia vanno applicate poi alla situazione concreta.

Questa complessità vanifica lo sforzo, anche qualora si fosse in grado di definire davvero quali siano gli standard, in quanto sarebbe poi impossibile definire il fabbisogno come somma dei costi di produzione necessari per erogare i percorsi assistenziali indispensabili per il soddisfacimento dei bisogni.

Alternativamente il costo standard può essere visto come una costruzione a priori degli oneri economici ritenuti sopportabili per il futuro e necessari per le acquisizioni di fattori da impiegare nelle offerte di prestazioni e servizi. Quindi in questo caso, mentre il costo effettivo tiene conto della produzione concreta e in base ad essa della soddisfazione o meno del fabbisogno reale dei consumatori; il costo standard serve da paragone per un calcolo degli scostamenti ed è una base di analisi per l'efficienza di gestione. Il costo standard risulta quindi come un parametro di valutazione. Perché se si era previsto che servisse un tot, c'è stato uno scostamento? Quest'analisi funziona in ogni azienda in maniera variamente connaturata in base al contesto di riferimento; ad esempio sarà diversa una produzione profit da una di servizi pubblici al cittadino perché diverse sono le finalità e l'ottica di riferimento.

Quali sono quindi le **funzioni** dei costi standard? Cislaghi (2010) partendo dal presupposto che uno standard sia un modello di riferimento a cui ci si uniforma affinché sia ripetuto successivamente, dice che tale modello può essere definito con criteri di normalità cioè in base alla distribuzione dei comportamenti ad esso riferibili o con modalità dispositiva o programmatoria (target più che di standard in quanto si tratta di un obiettivo) o infine a priori dalla legge. Riferendosi ai diversi tipi di costi standard si hanno situazioni parzialmente coincidenti.

Per quanto riguarda i costi standard di produzione, essi sono indicatori di eventuali problemi, in mancanza dei quali i costi sarebbero altrimenti stati considerati normali, e possono risultare molto utili per determinare le tariffe delle prestazioni.

Passando poi agli standard inerenti l'erogazione dei servizi, Cislaghi (2010) nota come la variabilità dei costi dell'offerta (produzioni e acquisti), sia sicuramente rilevante, ma anche la variabilità della domanda (dei consumi relativi allo stesso problema di salute), è un problema cardine per via dell'impatto economico che possiede. Spesso i manager, avendo un background aziendalistico, valutano positivamente l'aumento della produzione e delle vendite; ma questo non è valido nel nostro sistema sanitario che si basa sulla tutela assicurativa: qui ogni consumo inutile è un costo. Un esempio di questo fenomeno è l'attribuzione, come spesso accade, di obiettivi quantitativi di produzione di prestazioni (per esempio, 'più di 3000 esami radiologici') ai primari, da parte dei direttori delle ASL. Essi sono interessati al superamento del punto di break even, indipendentemente dalla necessità effettiva di questi esami. Vi sono a volte in gioco interessi privati, economici o di potere, per questo sarebbe bene valutare almeno a campione: la correttezza delle prescrizioni che inducono, ad esempio, profitti particolari; i parti cesarei del venerdì; la sovra-prescrizione di esami diagnostici indirizzata verso uno specifico erogatore, etc.. Tali fenomeni si riducono drasticamente con la notizia di controlli, per questo è importante renderli noti. L'efficacia di questi controlli non va valutata dal numero degli illeciti riscontrati ma dalla riduzione percentuale di prestazioni a rischio di inappropriatezza. Oltre alle cause dolose ci sono poi quelle colpose come la mancanza di aggiornamento degli operatori; le prescrizioni fatte dagli operatori "per sicurezza" per non avere problemi legali o professionali (che peserebbe circa il 10% della spesa sanitaria e sarebbe risolvibile con l'allargamento delle protezioni); l'inerzia dei comportamenti operativi che con fatica vengono aggiornati; la compiacenza dei pazienti che andrebbero invece educati sull'inutilità di alcune terapie

nei loro riguardi; la superficialità nelle decisioni. I costi standard di erogazione possono essere utili per valutare l'appropriatezza degli interventi, ma non per quantificare i fabbisogni della popolazione.
Giungendo infine, sempre con Cislaghi (2010), ai costi assicurativi o di tutela, il 'costo standard assicurativo' o 'fabbisogno standard' di un individuo nasce dallo stabilire qual è la spesa che ci si può attendere che sosterrà il cittadino sulla base del suo rischio, valore desunto solo dai dati storici di soggetti con rischio equiparabile.

Il calcolo dei costi standard è necessario per perseguire la **logica economica**, la quale porta a dire che, dato l'ammontare di spesa compatibile con le linee di politica economica di un governo, l'assegnazione delle risorse ai diversi settori cerca di rendere pari le utilità marginali delle assegnazioni ai diversi settori.
I LEA sono i livelli assistenziali compatibili economicamente con la situazione del Paese e per questo non è possibile definire il fabbisogno standard globale per la sanità, ma è solo possibile definire il fabbisogno sanitario compatibile con le risorse disponibili. Una volta definito il fabbisogno compatibile globale (standard, ma standard non è in quanto è principalmente funzione del PIL), è possibile cercare di definire quali siano i fabbisogni individuali standard dei diversi gruppi omogenei, per probabilità di essere soggetti di spesa; ma un anziano spenderà sempre tot volte più di un giovane, indipendentemente dall'efficienza della Regione e quindi i diversi rapporti tra pesi devono considerare anche questo fatto. Servono quindi pesature relative di un gruppo rispetto agli altri e indici aggregati che riescano a dare indicazioni su più variabili rilevanti per la ripartizione.

7.2 L'approccio microanalitico e macroanalitico

I sistemi a costi standard, rispetto a quelli a costi storici hanno vantaggi importanti in ordine alla tempestività delle decisioni in quanto non è necessario fare approfondite analisi sull'affidabilità dei dati vista la loro datazione e su quanto la situazione sia cambiata dalla data dei costi storici; alla semplificazione di rilevazioni e conteggi in quanto ci si basa su uno standard precalcolato e non su dati effettivi (la cui importanza resta comunque primaria per i confronti di cui al punto successivo); alla fornitura di parametri obiettivi da sfruttare come base per le misurazioni di efficienza del processo produttivo e all'orientamento razionale delle politiche di gestione.

All'inizio dei cambiamenti il dato iniziale è ovviamente quello storico per la necessità di studi sulle dinamiche sanitarie all'interno delle quali poi bisognerà trovare un adeguato riferimento, decidendo contestualmente il livello di efficienza a cui si desidera riferirsi come ad uno standard generale, partendo da ciò che accade all'interno delle singole realtà regionali in termini di consumi e bisogni.

In Villani, D'Alessio e Pica in "The issue of standard costs and problems of the Southern Italy" (2008) si sostiene che il costo standard è un elemento fondante nella finanza federale per determinare i flussi perequativi. Bisogna però evitare analisi microanalitiche degli standard fisici e monetari; adottando un approccio macroeconomico, con un dato monetario nazionale-politico, e coefficienti correttivi territoriali tecnici.
Partendo dalla formula **microanalitica**, i tre autori appena citati, sempre nell'opera del 2008, dicono che si tratta di considerare esplicitamente tutti i dati monetari e fisici coinvolti, definendo un livello standard per ognuno. Per ogni servizio servirebbe la sommatoria delle prestazioni standard che lo compongono e la qualità standard per le risorse di lavoro e capitale utilizzate. A queste andrebbero applicati i prezzi (standard) delle risorse impiegate, escludendo i valori con uno scarto eccessivo, ma che nella realtà possono comunque verificarsi.
Secondo gli autori un problema di base è l'assoluta incapacità al momento attuale di avere delle stime tanto dettagliate per ogni livello di servizio ma, anche ammettendo in via teorica di riuscirci, questo porterebbe ad uno spaventoso immobilismo all'interno del settore, frenando le novità dei prodotti e dei processi in nome del mantenimento dei trasferimenti ottenuti in quanto, fino al cambiamento ufficiale della formula microanalitica, le nuove prestazioni e le nuove combinazioni produttive potrebbero farli cambiare. Per evitare l'immobilismo sarebbe necessario un continuo aggiornamento, tanto faticoso quanto costoso.

Risulta lampante quindi la necessità di lavorare con poche variabili, meglio se facilmente misurabili e i cui valori siano abbastanza stabili nel tempo. Un elemento da considerare è dato dal fondo complessivo che il Parlamento decide di garantire a favore della sanità. Esso rappresenta quanto serve, nel giudizio politico, per assicurare i livelli essenziali all'intera popolazione in quel determinato contesto. Un altro elemento è la formula che contiene le determinanti reali del fabbisogno sanitario ovvero soprattutto struttura demografica, ma anche caratteristiche epidemiologiche e sociali.

Attraverso l'applicazione di questa formula è possibile ottenere le quote pro capite in ogni area rispetto alla quota pro capite nazionale.

La perfezione, secondo Villani, D'Alessio e Pica (2008), non esiste ma l'approccio **macroeconomico**, il quale nasce da un dato monetario e politico, e si plasma attraverso il passaggio di applicazione dei coefficienti correttivi territoriali nati da analisi tecniche, risulta il migliore, tra le tipologie proposte, per la necessità di un contemperamento di bisogni legati alla minimizzazione dei costi, dei tempi e delle probabilità di blocco del processo decisionale. Se ben concretizzato questo metodo potrebbe risultare valido anche per altri rami del federalismo come l'istruzione e il trasporto locale. Il problema che si pone è appunto quello di renderlo concretamente valido ponendo attenzione a cosa inserire nelle valutazioni.

7.3 Il set di indicatori

Per i costi standard è necessario costruire un set di indicatori attendibili e precisi. In questo frangente la teoria ci aiuta; ci sono vari metodi di analisi che si rifanno ad approcci differenti. I dati possono essere acquisiti da analisi di dati contabili disponibili con le migliori tecnologie presenti in azienda in quel momento (approccio ingegneristico); in altri metodi ci si basa sull'analisi econometrica, cioè lo studio del *trend* delle passate prestazioni per derivarne previsioni e l'individuazione delle soluzioni meno costose, a parità di servizio erogato (approccio statistico-econometrico). Vi sono poi metodi basati sulla frontiera di costo efficiente. Tra essi, alcuni considerano la frontiera assoluta, mentre altri la frontiera di *best practice*, cioè la migliore conseguita dai soggetti appartenenti al campione considerato. La stima di queste funzioni può essere effettuata sia con tecniche parametriche (individuando dei coefficienti o parametri numerici e delle forme funzionali precise), sia con tecniche non parametriche (senza specificare a priori alcuna forma funzionale, ma solo alcune proprietà che i punti appartenenti alla frontiera devono rispettare). Entrambe le tipologie permettono di considerare l'efficienza complessiva della produzione del bene o del servizio, assumendo che quest'ultimo possa essere definito in maniera omogenea. Il metodo dei costi standard infatti, come fanno notare S. Villani, L. D'Alessio e F. Pica nel loro saggio "The issue of standard costs and problems of the Southern Italy" del 2008, ha come ipotesi l'omogeneità degli oggetti prodotti per tipologia, qualità e caratteristiche, e quindi, nel caso del settore pubblico, la predeterminazione, ritenuta a monte

congrua, di una combinazione di servizi locali omogenei e ottenuti attraverso l'impiego di fattori tecnici, umani e materiali, anch'essi omogenei e misurabili nella loro individualità. Servono poi valutazioni sulle tecniche di produzione, le quantità e la qualità dei fattori produttivi impiegati e dei rispettivi prezzi.

Per il settore sanitario, secondo gli autori, l'applicazione di questo metodo crea problemi per via:

- della complessità dei processi produttivi in cui ci sono molti input e molti output. A differenza degli altri processi produttivi infatti è articolato in tre fasi, ovvero l'acquisizione e l'utilizzo degli input (personale medico e paramedico, farmaci, materiali, posti letto, attrezzature e apparecchiature sanitarie, ecc.), *la* produzione di beni ed erogazione di servizi o prestazioni (*output* intermedi: interventi chirurgici; visite ambulatoriali; degenze DRG; ecc.), il raggiungimento del risultato finale riguardo la salute del paziente (*outcome*);
- della complessità delle prestazioni, con forti esternalità di produzione e asimmetrie informative che comportano una determinazione di costo per prestazione anche diverso tra aziende simili;
- dell'esistenza di un aspetto produttivo, cioè la capacità di generare reddito e occupazione;
- della variabilità inter-regionale dei costi di produzione, causata da inefficienze economiche, inappropriatezze dei consumi, differenti condizioni di mercato, caratteristiche strutturali dell'ambiente di erogazione (aree montane e insulari, strutture metropolitane complesse, insediamenti dispersi sul territorio).

Villani, D'Alessio e Pica (2008) riferiscono che la stima di frontiere di costi è nata negli Stati Uniti con lo scopo di definire indicatori di efficienza imparando osservazioni statistiche dei dati riguardanti i costi di produzione di una singola unità produttiva, con quelli ottenuti da una frontiera di costo efficiente, costituita dall'insieme dei punti che identificano il costo minimo di produzione per ogni livello di *output*. L'inefficienza nei costi si vede dal mancato raggiungimento della frontiera. Vi sono numerosi metodi quantitativi per misurare l'efficienza basati su questo concetto. Utilizzando metodi parametrici si stima la frontiera con tecniche riferibili all'econometria che richiedono la preventiva ipotesi di conoscere la forma delle funzioni di produzione.

Altri problemi concernono l'elevato numero di parametri oggetto di stima e la necessità di disporre di informazioni sui prezzi degli *output.* I problemi si intensificano quando le osservazioni disponibili sono scarse o se mancano informazioni sui prezzi, condizione che si ritrova in molti servizi pubblici.
Utilizzando invece metodi non parametrici non serve preventivare la forma della funzione, ma vengono proposte ipotesi più o meno restrittive sulle caratteristiche dell'insieme di produzione, che portano a costruire la frontiera efficiente in modo diverso in base alle unità decisionali che mostrano le prassi migliori. Il metodo DEA (*Data Envelopment Analysis*) è un esempio di metodo non parametrico, utile nella sfera pubblica e versatile per lo studio dell'efficienza.
La stima delle frontiere dei costi nei suoi sviluppi variegati mostra che, secondo Villani, D'Alessio e Pica (2008), anche in assenza di un completo adeguamento dei sistemi informativi e contabili, modelli di determinazione del costo *standard* estremamente semplificati sono definibili. Essi sono in grado di cogliere gli elementi di eterogeneità degli Enti territoriali in modo migliore rispetto a quelli che invece fanno riferimento al costo medio del servizio prestato. Modelli basati sulla frontiera sono già ampiamente utilizzati in molti Paesi. Si distingue soprattutto il caso del Belgio, dove da tempo si sfruttano metodi parametrici e non per misurare l'efficienza dei governi locali.

7. 4 Costi diversi per Regioni diverse

Analizzando il caso italiano si vedono performance differenti degli enti a seconda della zona considerata, e quindi per una utile individuazione del "costo standard" non si può quindi evitare un'analisi dei diversi contesti. Da un'analisi ipotetica svolta da Villani S., D'Alessio L. e Pica F. (2008) risulta che in realtà il Mezzogiorno è più efficiente del Centro-Nord. La curva dei costi medi del meridione nelle Regioni con popolazione residente inferiore a 4.000.000 abitanti è al di sotto della curva delle Regioni centro-settentrionali. Per valori superiori di popolazione c'è un progressivo avvicinamento delle due curve, che arrivano addirittura a intersecarsi. Questo accade in quanto nelle Regioni centrali e settentrionali la produzione/erogazione del servizio aumenta più che proporzionalmente rispetto all'aumento degli input, e quindi i costi medi risultano decrescenti; nelle Regioni del Mezzogiorno invece accade il contrario. Ciò evidenzia come, per le zone italiane più povere, ogni condizione di compatibilità economica del sistema e di universalità delle cure appare complessa da realizzare, qualora non sia accompagnata da una forte lotta agli sprechi.

Anche altre analisi concordano sul fatto che con gli stessi input comunque non necessariamente si ottengano gli stessi risultati in tutti i luoghi. I differenziali di spesa in realtà si sono molto attenuati, ciò che cambia veramente sono output e outcome (i benefici). Nel 2006 la maggioranza delle Regioni hanno finanziamenti e spesa allineati: Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna; oppure molto sopra come nel caso di Valle d'Aosta, Bolzano, Trento, Lazio e Molise che quindi hanno risorse adeguate ai bisogni. Né risulta quindi che nessuna Regione del Sud tranne la Basilicata ha penuria di fondi. L'uguaglianza nella spesa pro capite per età è raggiunta. La questione è comunque molto dibattuta in quanto molti ritengono che le Regioni del meridione siano da controllare in quanto generatrici di sprechi, ed altri invece che dovrebbero essere più finanziate in quanto si trovano in una situazione di svantaggio economico e sociale, come analizzeremo nei capitoli successivi.

7.5 I costi e i fabbisogni standard nel settore sanitario: la graduatoria delle Regioni benchmark

Per la definizione dei costi standard il legislatore ha deciso di rifarsi alle Regioni che più di tutte si sono dimostrate all'altezza del compito di responsabilizzarsi, dando i risultati migliori.
Nel settore sanitario il fabbisogno standard non tratta dell'uniformità di erogazione quanto piuttosto di uniformità nell'accesso alle prestazioni necessarie, ferme restando le differenze epidemiologiche e demografiche presenti nel territorio. Il modello dei livelli uniformi nelle prestazioni e dei costi standard aiuta l'omogeneità dell'offerta riducendo le differenziazioni, ma toglie autonomia nella formulazione regionale delle policy.
L'inappropriatezza delle attività sanitarie va da uno spreco di risorse a un pericolo per l'utenza e quindi è importante fare in modo di intraprendere tutti i correttivi possibili per rendere l'erogazione, e prima ancora la produzione, efficace. Questo lavoro parte senza dubbio dal metodo con cui si definiscono i costi standard.
Per decidere quali Regioni si siano dimostrate all'altezza di essere un riferimento per le altre, rispetto alle prime bozze, la scelta delle sole Regioni in pareggio di bilancio è sostituita con un rinvio a un'intesa con la Conferenza Stato-Regioni sulla base di criteri di qualità, appropriatezza ed efficienza. In questo modo si evita che una Regione che voglia essere in equilibrio a tutti i costi, anche tagliando l'assistenza, sia ritenuta un modello. Inoltre il numero di Regioni benchmark è aumentato a cinque (da cui poi se ne sceglieranno tre). Il rischio è che in realtà si mantenga il precedente criterio basato sulla

media nazionale in quanto, aumentando il numero di Regioni considerate, il parametro standard si avvicina alla media nazionale.

Come sottolineato in un articolo de Il Sole24 Ore del 13 giugno 2013 dal titolo "Costi e fabbisogni standard: in Gazzetta la delibera di Palazzo Chigi per la scelta delle Regioni benchmark", in Gazzetta Ufficiale si ha la delibera di Palazzo Chigi per la scelta delle Regioni di riferimento con G.U. 135 dell'11 giugno 2013. La delibera in questione risale all'11 dicembre 2012 in cui il Consiglio dei ministri, dopo la mancata intesa con le Regioni, emana i criteri per la "definizione dei criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza per la scelta delle Regioni di riferimento ai fini della determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario".
Il provvedimento per il riparto 2013 considera eleggibili le Regioni che rispettino tutti i seguenti criteri:

- È garantita l'erogazione dei Lea in condizione di efficienza e di appropriatezza con le risorse ordinarie stabilite dalla legislazione vigente, comprese le entrate proprie regionali effettive incardinate nella programmazione della spesa statale per la sanità;
- Non c'è assoggettamento a piani di rientro;
- Si è valutati come adempienti in base alla valutazione del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali in materia sanitaria dell'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 2005.

Risorse ordinarie vuol dire che, ai fini della valutazione dell'equilibrio economico-finanziario[1], vanno considerate solo le entrate previste in sede di riparto annuale del FSN, escludendo quindi le maggiori entrate derivanti dall'attivazione della leva fiscale o altre. Vanno considerate solo le entrate proprie delle aziende sanitarie cioè i ricavi di vendita di prestazioni sanitarie e non a soggetti pubblici e privati, della Regione e al di fuori, e altri ricavi come interessi attivi e altri proventi finanziari, rimborsi, ecc. (ad esempio i ticket introitati direttamente e le compartecipazioni per la libera professione nelle aziende sanitarie). In sede di riparto, tali entrate sono computate a livello convenzionale, e quindi meno che il valore del consuntivo.

Bisogna specificare poi che i criteri di appropriatezza, efficienza e qualità dei servizi erogati sono definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, previa intesa della Conferenza Stato-

[1] L'equilibrio economico è accertato sui risultati di chiusura del secondo esercizio precedente a quello di riferimento, rilevati, nei termini di legge, dai modelli ministeriali di rendicontazione economica del bilancio consolidato della Regione.

Regioni, sentita la Struttura tecnica di supporto della Conferenza, sulla base degli indicatori di cui agli allegati 1, 2 e 3 dell'Intesa del 3 dicembre 2009. La lettura dell'Intesa 2009 è di aiuto per capire cosa si debba intendere per indicatori di efficienza e di appropriatezza (Intesa, art. 2, c. 2) (in tutto un po' meno di cinquanta indicatori): indicatori del rispetto della programmazione nazionale (dati di finanziamento e spesa pro-capite per macro-livelli di assistenza); di spesa e costo medi più dettagliati (spesa pro-capite per l'assistenza di base, per la farmaceutica, costo medio ricoveri per acuti, ricoveri in lungodegenza, ecc.); di appropriatezza organizzativa (degenza media pre-operatoria, percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri, ecc.); vari standard fisici (tasso di ospedalizzazione, costo del personale, numerosità del personale, presenza piccoli ospedali). All'11 dicembre 2012 risale invece l'approvazione dello schema DPCM per la definizione dei criteri, poi passato all'esame della Conferenza unificata.

In base a questi criteri i ministeri della Salute e dell'Economia creano la graduatoria delle cinque Regioni all'interno delle quali saranno scelte le tre Regioni di riferimento.

La mancata intesa con le Regioni, di ottobre di quel periodo, è dovuta al mancato accoglimento da parte del Governo della richiesta di includere tra le cinque anche una Regione del Sud. Questa richiesta è partita dalla Basilicata, la quale risulta l'unica Regione meridionale con i requisiti richiesti sia dimensionali che ulteriori.

Nel caso in cui le Regioni in equilibrio economico fossero minori di cinque, si vuole comunque garantire la presenza sia del criterio di rappresentatività geografica sia di quello del miglior risultato economico, previsti all'articolo 27 ai commi 5 e 12 del D. lgs. 68/2011.

Il provvedimento prevede come requisito principe l'equilibrio di bilancio, l'assenza di piani di rientro e la contestuale erogazione dei Lea. Inoltre si considerano i costi per i ricoveri, la spesa per l'assistenza specialistica e diagnostica, per la medicina generale e per quella farmaceutica.

La seconda fase di valutazione, per la formazione della graduatoria, si basa sulle modalità applicative dei LEA e sull'incidenza percentuale tra avanzo/disavanzo e finanziamento.

Per l'individuazione della rosa delle cinque la base di calcolo è l'anno 2011 e si va a verificare:

- L'erogazione dei Lea con specifica griglia di valutazione, andando a selezionare i punteggi maggiori o uguali alla media;
- L'equilibrio economico-finanziario del bilancio sanitario locale entro una certa data;

- L’assenza di piano di rientro dal deficit;
- L’essere in regola al tavolo di monitoraggio dei conti.

In caso le Regioni individuate in questo modo siano meno di cinque, allora si va a considerare anche il disavanzo più basso in merito al secondo dei punti di cui sopra.

Per la formulazione della graduatoria ci si rifà al decreto legislativo del 6 maggio 2011, i cui paragrafi salienti sono qui riportati:

“2.Formulazione della graduatoria delle Regioni ai fini delle individuazione delle prime 5 entro cui scegliere le 3 Regioni di riferimento

2.1 Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell’economia e delle finanze, per la formulazione della graduatoria delle Regioni di cui al punto 1 fa riferimento alle seguenti variabili:

a) punteggio risultante dall’applicazione dell’apposita griglia valutativa per la verifica dell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza utilizzata dal Comitato di cui all'articolo 9 dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005, con riferimento all’ultimo anno per il quale risulti completato il procedimento di verifica annuale;

b) incidenza percentuale dell’avanzo/disavanzo sul finanziamento ordinario;

c) indicatori per la valutazione della qualità dei servizi erogati, l’appropriatezza e l’efficienza desumibili dagli allegati 1,2, e 3 dell’intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009:

- scostamento dallo standard previsto per l’incidenza della spesa per assistenza collettiva sul totale della spesa;

- scostamento dallo standard previsto per l’incidenza della spesa per assistenza distrettuale sul totale della spesa;

- scostamento dallo standard previsto per l’incidenza della spesa per assistenza ospedaliera sul totale della spesa;

- degenza media pre-operatoria;

- percentuale interventi per frattura di femore operati entro due giorni;

- percentuale dimessi da reparti chirurgici con DRG medici;

- percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale ricoveri (da calcolarsi considerando esclusivamente i ricoveri in degenza ordinaria, decurtando dal numeratore e dal denominatore i ricoveri relativi ai 108 DRG a rischio di in appropriatezza, di cui all'Allegato B del Patto per la salute 2010-2012);

- percentuale di ricoveri ordinari con DRG ad alto rischio di inappropriatezza (esclusi DRG 006, 039, 119);

- percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico;

- percentuale di casi medici con degenza oltre soglia per pazienti con età >=65 anni sul totale dei ricoveri medici con età >=65 anni;

- costo medio dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria;

- costo medio per ricovero post acuto;

- spesa per prestazione per assistenza specialistica - Attività clinica;

- spesa per prestazione per assistenza specialistica – Laboratorio;

- spesa per prestazione per assistenza specialistica - Diagnostica strumentale;

- spesa procapite per assistenza sanitaria di base;

- spesa farmaceutica procapite;

2.2 Per l'elaborazione della graduatoria delle prime 5 Regioni si fa riferimento ai valori che ciascuna regione fa registrare rispetto ad un indicatore di qualità ed efficienza (IQE) generato dall'applicazione contestuale delle variabili di cui al punto 2.1 in base alla seguente procedura di calcolo:

a. Per ogni indicatore i (i = 1,….19) i valori di ciascuna Regione R sono stati normalizzati attraverso la formula:

$$Valore\ normalizzato_R^i = \frac{Valore\ indicatore_R^i\ -\ Valore\ medio\ della\ distribuzione\ regionale}{Deviazione\ standard\ della\ distribuzione\ regionale}$$

b. Per ciascuna Regione sono stati sommati i valori normalizzati relativi a tutti gli indicatori ottenendo il punteggio complessivo attraverso la formula:

$$Punteggio\ complessivo_R = \sum_{1}^{19} Valore\ normalizzato_R^i$$

c. Per ciascuna Regione è stato determinato l'indicatore di qualità ed efficienza IQE, che può variare da 0 a 10, attraverso la formula:

$$IQE_R = \frac{Punteggio\ complessivo_R - Minimo\ dei\ punteggi\ complessivi}{Massimo\ dei\ punteggi\ complessivi - Minimo\ dei\ punteggi\ complessivi} \times 10$$

2.2.1 Nella formulazione della graduatoria, al fine di rispettare l'esigenza di assicurare rappresentatività a ciascuna delle aree geografiche del nord, del Centro e del Sud, nonché di prevedere almeno una Regione di piccole dimensioni geografiche, considerando tali le Regioni con popolazione inferiore ad 1 milione di abitanti, la selezione delle 5 migliori Regioni si effettua scorrendo la graduatoria delle Regioni eligibili ed includendo prioritariamente la migliore di ogni area geografica, la Regione di piccole dimensioni, se non già inclusa fra le precedenti 3 e le rimanenti migliori della graduatoria (1 o 2 a seconda dei posti ancora disponibili)."

Dal documento della Camera "Il livello di finanziamento del servizio sanitario nazionale" si evince che il Ministro della Salute, di concerto con il MEF, sentito il Ministro per la Coesione territoriale (ex Ministro per i rapporti con le Regioni) individua cinque Regioni da sottoporre alla Conferenza Stato-Regioni per la scelta definitiva. Il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali verifica il rispetto degli adempimenti necessari per l'accesso al maggior finanziamento delle risorse destinate al SSN.

Si pone poi l'accento sul garantire la rappresentatività di appartenenza geografica al Nord, al centro e al Sud e di dimensione, con almeno una Regione di piccola dimensione.

La novità del metodo risiede nel fatto che le Regioni benchmark consentono di identificare l'offerta sanitaria che, sulla base delle migliori condizioni di efficienza ed efficacia, sia compatibile con il livello di risorse programmate.
Le Regioni meno efficienti si scostano da quelle benchmark non per il livello di finanziamento che ricevono, quanto piuttosto per un livello di produzione e di offerta di servizi sanitari anche qualitativamente inferiore a quello di riferimento e/o per un finanziamento aggiuntivo a carico della popolazione residente per garantire i livelli di offerta che nelle Regioni virtuose sono integralmente finanziati con la quota stabilita.

7.6 Le Regioni scelte

Vediamo ora i punteggi IQE ottenuti dalle cinque migliori Regioni per l'anno 2013:

10 Umbria, che essendo la prima entra di diritto tra le tre Regioni benchmark

7,2 Emilia Romagna

3,6 Marche

1,9 Lombardia

0 Veneto

Dopo aver individuato le cinque Regioni si calcola IQE per ognuna di esse utilizzando gli indicatori appositi relativamente all'anno 2011 che, come dal sito della Regione Umbria (2013), sono:

"punteggio della Griglia Lea; incidenza percentuale avanzo/disavanzo sul finanziamento ordinario, risultante dai dati CE (Conti economici) consolidati regionali consuntivo 2011; degenza media pre-operatoria; percentuale interventi per fratture di femore operati entro due giorni; percentuale dimessi da reparti chirurgici con DRG (Diagnosis Related Groups- Raggruppamenti omogenei di diagnosi) medici; percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri; percentuale di ricoveri ordinari con DRG ad alto rischio di in appropriatezza; percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico; percentuale di casi medici con degenza oltre

soglia per pazienti con età superiore a 65 anni sul totale dei ricoveri medici con età superiore a 65 anni.

Gli altri indicatori considerati, sempre relativi all'anno 2011, sono lo scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza collettiva sul totale della spesa (5%); scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza distrettuale sul totale della spesa (51%); scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza ospedaliera sul totale della spesa (44%); spesa procapite per assistenza sanitaria di base; spesa farmaceutica pro capite; costo medio per ricoverato acuto; spesa per prestazione per assistenza specialistica-attività clinica; spesa per prestazione per assistenza specialistica-laboratorio; spesa per prestazione per assistenza specialistica-diagnostica strumentale."

L'IQE ha portato alla definitiva graduatoria delle cinque eleggibili e la Conferenza Stato-Regioni a questo punto ha avuto il compito di scegliere le tre Regioni di riferimento (la prima classificata va scelta obbligatoriamente), sulle quali calcolare il costo medio pro capite standard, che è dato dalla media ponderata dei costi delle tre Regioni prescelte per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza (sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro; assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera).

7.7 Criticità riscontrate

Il decreto 68/2011 dedica il capo IV con gli articoli 25-32 a costi e fabbisogni standard indicando le modalità di formazione e ripartizione del finanziamento statale della spesa sanitaria. Già visto nel Patto per la salute 2010-2012, il decreto ripete il principio per cui il finanziamento della sanità è una scelta di politica economica con obiettivi di assistenza sanitaria, ma anche pressata da vincoli di finanza pubblica. Dal 2013 il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato coerentemente con i vincoli posti, con il quadro macroeconomico e gli obblighi comunitari e assicurando l'erogazione dei Lea in condizioni di efficienza e appropriatezza (in base agli indicatori degli allegati 1,2 3 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 e cioè indicatori sul rispetto della programmazione nazionale, sui costi medi e sugli standard di appropriatezza, efficacia ed efficienza). Costi e fabbisogni standard si trovano nel mezzo di una fase transitoria di cinque anni, trascorsi i quali ci sarà il finanziamento integrale della spesa sanitaria basato su di essi.

Per la determinazione puntuale si utilizza l'Intesa, questa annuale, del Ministro della Salute di concerto con il MEF, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni e sentita la Struttura tecnica di supporto della Conferenza stessa. Per la quantificazione il decreto recepisce i contenuti del Patto per la salute, ad eccezione del passaggio ad una determinazione annuale in luogo di una triennale, per una maggiore aderenza al contesto macroeconomico in evoluzione.

Le criticità riscontrate dalla commissione Salute della Conferenza, già riconosciute in sede di parere al decreto 68, sono:

- Esclusione tra le eligibili delle Regioni in piano di rientro per ragioni che esulano dall'equilibrio economico del settore sanitario;
- Esclusione dal computo delle risorse investite dalle Regioni a copertura degli extra LEA;
- Anno di riferimento in luogo del triennio;
- Incoerenza della norma con il decreto legislativo 188/2011 riguardo gli ammortamenti sterilizzati.

Gli emendamenti proposti (nel corso della Conferenza Stato-Regioni del 22 novembre, dopo la mancata intesa del 30 ottobre) sono, come pubblicato da Regioni.it (2012) in "SANITA' E COSTI STANDARD: EMENDAMENTI PROPOSTI PER INTESA SU DPCM CRITERI QUALITÀ SERVIZI, APPROPRIATEZZA ED EFFICIENZA, PER SCELTA REGIONI DI RIFERIMENTO":

- Nel caso il numero delle Regioni in equilibrio economico non fosse pari a 5, è necessario considerare entrambi i criteri previsti ai commi 5 e 12 dell'art. 27 del D.lgs. 68/2011 (rappresentatività geografica e miglior risultato economico) in quanto, nell'individuazione delle Regioni eligibili, la normativa in vigore già prevede la doverosità di tenere conto sia dell'esigenza di garantire prioritariamente la rappresentanza geografica che del minor disavanzo.
- I costi siano depurati della quota relativa ai livelli di assistenza superiori ai livelli essenziali, come previsto dall'articolo 27 comma 6 lettera c) del decreto 68.

Anche in questo caso la Conferenza si conclude senza un'intesa in quanto il MEF non ha accolto di assicurare prioritariamente la rappresentatività geografica.

E’ interessante osservare come un aspetto apparentemente strumentale come il costo standard risulti in realtà di importanza preminente per definire il tipo di federalismo attuato e, con riferimento alle politiche di welfare, come esso possa essere uno dei discrimina tra la riduzione e la garanzia dei margini di autonomia dei territori, ma in quest’ultimo caso incorporando i rischi di un minore controllo dei differenziali tra Nord e Sud, già oggi esistenti.

I problemi legati all’individuazione delle Regioni dai cui dati costruire i costi standard sono rilevanti; proseguendo nella trattazione possiamo ora andare ad analizzare come andare a definire praticamente i costi standard e le modalità di ripartizione delle risorse stabilite a livello statale, considerando anche i dubbi inerenti gli algoritmi prescelti.

CAPITOLO 8: Gli algoritmi del metodo dei costi standard e i dubbi della riforma

8.1 Processo di convergenza

La definizione di costo standard è data dalla legge delega 42 del 2009 (art. 2 comma 2): "costo e fabbisogno standard quale costo e fabbisogno che, valorizzando l'efficienza e l'efficacia, costituisce l'indicatore rispetto al quale comparare e valutare l'azione pubblica; definizione degli obiettivi di servizio cui devono tendere le amministrazioni regionali e locali nell'esercizio delle funzioni riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni".

Il punto ambiguo di questa definizione risulta essere l'associazione di costo e fabbisogno standard. La definizione richiede un'analiticità dei dati ed un'uniformità di rilevazione nazionale che non sono ad oggi attuabili sia riguardo i dati epidemiologici in termini di morbilità, mortalità ed accesso ai servizi; sia riguardo l'erogazione dei servizi ospedalieri, territoriali e farmaceutici; sia riguardo i costi di acquisizione di beni e servizi. Visti i problemi il governo ha ritenuto più affidabile un modello che definisca costi e fabbisogni standard a cascata.

Il metodo attuale si sostanzia di tre fasi principali:

1. Fissazione del fabbisogno standard nazionale in base alle condizioni macroeconomiche e ai documenti di programmazione economico-finanziaria nazionali.
2. Definizione di LEA economicamente sostenibili da garantire in tutte le Regioni.
3. Definizione dei fabbisogni standard regionali attraverso la pesatura della quota pro capite.

Attuando il federalismo fiscale il Governo vuole portare la pesatura al 100% della spesa utilizzando le tre Regioni di riferimento.

In "Costi standard: nuove regole per il finanziamento dei SSR", Sechi dice che "I costi standard sono calcolati per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza (assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera), come la media pro capite pesata del costo registrato dalle Regioni benchmark. Il valore medio della spesa, depurato dalle maggiori entrate regionali, dalla quota di spesa che finanzia prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA, dalle quote di ammortamento, è applicato per ciascuna Regione alla relativa popolazione pesata, secondo criteri

fissati mediante Intesa da raggiungere in Conferenza Stato-Regioni. Tali criteri devono tenere conto di indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari.

È evidente come il processo che, in modo dichiarato, doveva superare la logica della spesa storica per pervenire alla definizione delle risorse sulla base di principi di efficienza e di appropriatezza, si deve confrontare con un problema vecchio: trovare un modello di pesatura della quota capitaria che possa mettere d'accordo le Regioni del Nord con quelle del Sud del Paese e garantire il processo di convergenza di tutte le Regioni verso i costi standard entro il 2018.

Su questo tema si sono registrate in passato profonde divergenze nei tavoli interregionali; citiamo ad esempio le discussioni sulla presunta sopravalutazione della correlazione tra invecchiamento della popolazione e consumi di risorse, sull'importanza da attribuire alla densità abitativa e dei maggiori costi di un sistema di servizi capace di raggiungere una popolazione dispersa nel territorio, piuttosto che concentrata in realtà urbane e, da ultimo, sul peso da attribuire ad altri indicatori di deprivazione sociale, nella convinzione che le variabili sociali siano in grado di influenzare l'accesso, più o meno appropriato, ai servizi sanitari."

Come dal documento "Sanità" della Camera, dal 2013, in fase di prima applicazione, il fabbisogno standard delle Regioni a statuto ordinario è determinato applicando ad ognuna i valori di costo rilevati nelle benchmark. Le Regioni hanno cinque anni per il processo di convergenza in ambito sanitario, cioè per passare dalla spesa storica al metodo del fabbisogno standard. Inoltre esse devono convergere verso le percentuali di costo e fabbisogno indicate dalla programmazione nazionale (Intesa del 3 dicembre 2009, confermata dal decreto legislativo 68/2011 con le percentuali del 5, 44 e 51%) poiché i tre macrolivelli (da DPCM 29/11/01) sono indicatori della programmazione nazionale per l'attuazione del federalismo fiscale sanitario e il loro rispetto da parte delle Regioni è oggetto delle valutazioni dei Tavoli di verifica degli adempimenti. Fino a quel momento alle Regioni era assegnata una quota indistinta (tranne nel caso dell'assistenza farmaceutica, per cui era previsto un tetto di legge parametrato al fabbisogno complessivo). Le Regioni nella successiva ripartizione alle ASL non erano vincolate ad assegnare le stesse percentuali di budget nazionale e questo poteva andare a scapito dell'efficacia e dell'efficienza, soprattutto nelle Regioni in cui l'organizzazione si basa su una costosa assistenza ospedaliera.

8.2 Prezzi di riferimento e computo dei costi standard

Il problema che si è posto in quegli anni è che le Regioni più efficienti oltre a pensare al loro rigore interno, al risanamento e alla disciplina delle regole, devono anche farsi carico delle inefficienze altrui. Si pensa quindi ad un modo per far ricadere le inefficienze su chi le produce. Bisogna però fare attenzione a non sviare l'attenzione dal fatto che il problema principale non è chi debba ripianare le inefficienze quanto piuttosto la riduzione maggiore possibile delle stesse, perché chi spreca spende più del necessario ed in genere garantisce anche una qualità inferiore, quindi oltre ad un problema di costi ce n'è anche uno di efficacia. Infatti un'indagine di laboratorio può anche essere erogata a costi assolutamente efficienti, ma, se è inutile per lo specifico paziente, allora produce la massima inefficienza complessiva.
Inoltre l'utilizzo dei costi standard per determinare il fabbisogno sanitario regionale rischia di complicare un meccanismo che dovrebbe tenere distinti gli aspetti legati ai bisogni di assistenza da quelli legati all'utilizzo delle risorse. Bisogna puntare a rafforzare il sistema di riparto delle risorse disponibili a livello nazionale e a definire adeguati sistemi di premi e penalizzazioni per le realtà più o meno efficienti.

Per ottenere i costi standard è importante che ci sia un accordo sui **prezzi a cui fare riferimento**.
I tariffari del servizio sanitario nazionale, dovrebbero essere omogenei per tutte le Regioni, secondo quanto disposto dalla normativa del 1999, ma in realtà sono tariffari regionali sui quali è quest'ultimo livello di governo a decidere.
Dal documento della Camera "Il livello di finanziamento del servizio sanitario nazionale" al sottoparagrafo "prezzi di riferimento" si affronta la questione della razionalizzazione della spesa sanitaria. Per la razionalizzazione di quest'ultima è necessario verificare i costi e le modalità di erogazione dei servizi ed è necessario quindi determinare i prezzi di riferimento. A tal fine nell'articolo 17 del D.L. 98/2010 si incarica l'AGENAS di stilare un elenco di prezzi di riferimento per ciò che impatta sulla spesa sanitaria. L'osservatorio dei contratti pubblici dal 1° luglio 2012 è stato incaricato di pubblicare tali prezzi, che sono stati selezionati dall'Osservatorio medesimo su base regionale, attraverso la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici, selezionando gli appaltanti principali tra quelli con la spesa più rilevante. La rilevazione è stata svolta in modo campionario per una questione di tempistiche e si è concentrata sulle categorie di: principi attivi; dispositivi medici; materiali da

guardaroba; servizio di pulizia; servizio di lavanderia; servizio di ristorazione; prodotti di cancelleria. I prezzi riscontrati sono stati riclassificati, corretti e convertiti per l'elaborazione finale, anche passando attraverso un'analisi della variabilità delle distribuzioni per poter individuare eventuali valori anomali. Le anomalie sono state effettivamente riscontrate ed è capitato soprattutto nel caso di alcuni dispositivi medici, a causa di fattori qualitativi e della presenza di altre specifiche tecniche.

Ancora nello stesso paragrafo del sito della Camera si tratta di un altro decreto importante. Col decreto legge 95/2012 si applica una riduzione del 5% degli importi e delle prestazioni dei contratti in essere di appalto di servizi e fornitura di beni e servizi stipulati da aziende ed enti del SSN. Questa riduzione è portata al 10% dalla legge 228 del 2012 (legge di stabilità per il 2013). Essa ha comunque introdotto la possibilità per le Regioni e le province autonome di adottare altre soluzioni alla riduzione del 10% degli appalti, purché venga assicurato l'equilibrio di bilancio sanitario regionale. C'è inoltre l'obbligo di avvalersi degli strumenti di acquisto e negoziazione telematici della CONSIP o delle centrali di committenza regionali di riferimento. In caso di violazione i contratti sono nulli e c'è un illecito disciplinare e la responsabilità amministrativa.

Nella fase transitoria verso la completa standardizzazione, le aziende sanitarie devono rinegoziare i contratti per gli acquisti di beni e servizi se i prezzi risultano diversi per più del 20% rispetto ai prezzi di riferimento. In caso di mancato accordo coi fornitori, le Aziende sanitarie godono del diritto di recesso senza oneri a loro carico e di stipulare nuovi contratti accedendo a convenzioni quadro anche di altre Regioni, o con affidamento diretto a condizioni più convenienti, in ampliamento di contratto stipulato da altre Aziende sanitarie a seguito di gare di appalto o forniture. Per i dispositivi medici, dal 1° gennaio 2013 è stata affidata all'Agenas la ricognizione dei dispositivi su cui basare la elaborazione dei prezzi, in base a criteri fissati con decreto del Ministro della salute, di concerto con il MEF, concernenti parametri di qualità, di standard tecnologico, di sicurezza e di efficacia.

L'articolo 15 comma 25-ter del D.L. 95/2012 stabilisce che il Governo, in relazione al decreto legislativo 68/2011, avrebbe dovuto acquisire e pubblicare i prezzi di riferimento entro il 31 ottobre 2012, e ridefinire i tempi per l'attuazione del decreto 68 nella parte relativa ai costi e fabbisogni standard nel settore sanitario, entro il 31/12 dello stesso anno.

Una volta determinati i prezzi di riferimento, il **costo standard** (art. 27 comma 6 decreto 68 del 2011) è dato, per ciascun macrolivello di assistenza erogato in condizioni di efficienza ed appropriatezza, dalla media pro capite pesata del costo registrato dalle Regioni benchmark. A tal fine il livello di spesa delle tre macro-aree delle Regioni di riferimento è calcolato:

- Al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva extraregionale;
- Non tenendo conto della quota di spesa finanziata dalle maggiori entrate proprie rispetto alle entrate proprie considerate ai fini della determinazione del finanziamento nazionale. La riduzione è operata proporzionalmente sulle tre macroaree;
- Depurato della quota di spesa che finanzia livelli di assistenza superiori ai livelli essenziali;
  Alcuni casi esemplificativi al riguardo possono essere tratti dal sito ufficiale della Camera tra le tematiche dell'attività parlamentare e nello specifico all'interno della pagina dedicata al federalismo sanitario. I livelli essenziali di assistenza LEA vengono erogati ai cittadini attraverso i servizi sanitari regionali, finendo per essere definiti dalle politiche attuate dalle Regioni di residenza. Alcuni dei servizi e delle prestazioni fornite dalle Regioni concernono patologie e problemi di salute specifici, parzialmente esclusi dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche come le cure odontoiatriche e quelle riabilitative. Alcune Regioni, poi, finanziano e forniscono prestazioni escluse dai Lea, quali le certificazioni richieste dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica sportiva non agonistica nell'ambito scolastico nonché varie prestazioni riabilitative.
- Scorporando le quote di ammortamento che trovano ulteriore copertura rispetto al finanziamento ordinario del SSN, nei termini convenuti presso i Tavoli tecnici di verifica;
- Applicando il livello della spesa, per ciascuna Regione, alla relativa popolazione pesata.

Una piccola nota finale va poi fatta riguardo sempre l'articolo 27 ma nello specifico al comma 2; il quale dice che la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali si fa con riferimento agli elementi informativi previsti nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute. Questo è un segnale importante perché denota la sopravvenuta attenzione nei confronti di un sistema informativo ufficiale, uguale per tutti, tempestivo nella possibilità di ricavare informazioni utili per le diverse finalità degli enti italiani. Già comunque anni prima si era sentita una necessità simile: con la Legge 42 del 5 maggio 2009, art. 5 sulla *Conferenza permanente per il coordinamento della*

finanza pubblica “è istituita una banca dati comprendente indicatori di costo, di copertura e di qualità dei servizi, utilizzati per definire i costi e i fabbisogni standard e gli obiettivi di servizio, nonché per valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi di servizio.”

8.3 Criterio di riparto

Come indicato dal documento della Camera “Sanità”, la composizione del finanziamento del SSN è evidenziata nei cosiddetti "riparti" (assegnazione del fabbisogno alle singole Regioni ed individuazione delle fonti di finanziamento) proposti dal Ministero della Salute, con intesa in Conferenza Stato-Regioni, poi recepiti con propria delibera dal Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE).

Annualmente la legge statale determina il livello complessivo delle risorse del Servizio sanitario nazionale al cui finanziamento concorre lo Stato. All’ammontare di finanziamento va applicato il rapporto tra fabbisogno sanitario standard regionale e la sommatoria dei fabbisogni regionali standard risultanti dall’applicazione a tutte le Regioni dei costi rilevati nelle tre Regioni di riferimento. In tal modo si ottiene il fabbisogno percentuale di ciascuna Regione da applicare all’ammontare del FSN.

In via preliminare le risorse disponibili vanno ripartite fra i tre macrolivelli. In ogni macrolivello il costo standard è pari alla media della spesa pro-capite rapportata alla popolazione pesata registrata (a livello aggregato) nelle tre Regioni benchmark. Le pesature sono effettuate con i pesi per fasce di età (rapporti di fabbisogno sanitario fra individui di età diverse) utilizzati per il riparto del Fondo sanitario nazionale 2011.

Le Intese del quadriennio 2007-2010 e poi del 2011 hanno confermato i criteri e le percentuali del riparto 2006, correggendo per le modifiche di distribuzione della popolazione sul territorio nazionale, nonché di quelle relative ai tetti per la farmaceutica. Rispetto ai criteri di riparto, l’Intesa di riparto per il 2011 stabilisce che il finanziamento indistinto è ripartito tra Regioni e PA in base alla frequenza di consumi sanitari della popolazione residente, distinta per LEA e per fasce di età della popolazione stimata all’1 gennaio dell’anno precedente. Una volta definito il livello di risorse destinate a finanziare i LEA, esso viene ripartito tra le Regioni secondo il principio della quota capitaria semplice o

ponderata, in base a criteri concordati in sede di Conferenza Stato-Regioni. La **ripartizione** delle risorse si attua in più fasi, come disponibile dal documento della Camera "Il federalismo sanitario":

1. Il budget di spesa è suddiviso tra i tre livelli essenziali di assistenza secondo quote prestabilite e si cerca nel tempo di ridurre la quota di assistenza ospedaliera a favore delle altre due tipologie, dando loro in questo modo più risorse rispetto a quanto fatto utilizzando il criterio della spesa storica. Le quote, riconfermate dal D. Lgs. 68/2011, sono: Prevenzione 5%; Assistenza ospedaliera 44%; Assistenza distrettuale/territoriale 51%. A sua volta quest'ultima è articolata in 4 sotto-livelli: Medicina di base 7%; Farmaceutica territoriale con tetto parametrato al fabbisogno complessivo imposto per legge; Specialistica 13,3%; Altra territoriale 17,08%;
2. Per ogni livello e sub-livello c'è la ponderazione per fasce d'età. I pesi sono il rapporto tra la spesa media per abitante di quella classe d'età e il valore pro capite di tutte le classi d'età, assunto come valore unitario. Attualmente la ponderazione riguarda il 50% dell'assistenza ospedaliera e la totalità di quella specialistica distrettuale mentre per tutte le altre categorie si utilizza la quota capitaria semplice o assoluta (peso=1). Nel riparto 2011 si è utilizzata la popolazione pesata per ripartire il 35% del finanziamento; l'assoluta per il 52% e i tetti di spesa per il 13% (assistenza farmaceutica);

Tabella dei pesi

Livello di assistenza	<1 anno	1-4 anni	5-14 anni	15-24 anni	25-44 anni	45-64 anni	65-74 anni	≤75 anni
Specialistica	0,389	0,221	0,279	0,390	0,650	1,560	2,177	2,074
Ospedaliera	3,122	0,366	0,226	0,363	0,528	0,930	2,079	2,906

3. La popolazione ponderata viene quindi riproporzionata alla popolazione reale;
4. Per ogni livello e sotto-livello, viene calcolato il valore pro-capite nazionale di finanziamento, dividendo il valore programmatico per la popolazione nazionale residente;
5. Il valore pro-capite nazionale è moltiplicato per la popolazione ponderata di ogni Regione, ottenendo il finanziamento regionale per livello e sotto-livello;

6. Il fabbisogno totale di finanziamento per ogni Regione è pari alla somma dei livelli e sotto-livelli ottenuti;
7. Il fabbisogno regionale è infine corretto per la mobilità sanitaria degli assistiti, verificata a consuntivo.

Per attuare i riparti è necessario andare ad indagare la **costruzione** delle pesature e il metodo per passare da costo e fabbisogno ad un vero e proprio criterio di riparto e finanziamento. Dallo scritto di Giuseppe Pisauro "Federalismo, I fabbisogni standard nel settore sanitario, Commento allo schema di decreto legislativo" (2010) si può ricavare la costruzione della popolazione pesata, del costo standard, del fabbisogno standard nazionale, del criterio di riparto e del finanziamento per la singola Regione come riportato di seguito.

Sia G il livello prefissato del finanziamento nazionale per uno dei tre macrolivelli:

(1)

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

Per la singola Regione benchmark (j = 1, 2, 3), la spesa pro-capite pesata è:

(2)

$$g_j = \frac{G_j}{\overline{P_j}}$$

dove G_j è la spesa (coincidente con il finanziamento, poiché la Regione è in equilibrio di bilancio) della Regione j nel macrolivello considerato e $\overline{P_j}$ è la popolazione pesata con la struttura per età:

(3)

$$\overline{P_j} = \sum_{c=1}^{C} P_{jc}\,\pi_c$$

dove P_{jc} è la popolazione della Regione j nella classe di età c e π_c è il peso attribuito alla classe di età c (naturalmente se $\pi_c = 1, \forall c$, si ha semplicemente $\overline{P_j} = P_j$ e la (2) rappresenta un pro-capite secco).

Attualmente il riparto avviene sulla base di un **criterio misto** popolazione assoluta/popolazione pesata. Riportando alcuni passaggi dell'articolo di Giuseppe Sechi "Costi standard: nuove regole per il finanziamento dei SSR" disponibile su socialesalute.it si vuole ora riflettere sulla novità o meno della ripartizione in atto e sui problemi di accordo tra le aree del nostro Paese: "In realtà il modello di ripartizione alle Regioni delle risorse del fondo sanitario per quota capitaria ponderata è attuato dal 1997 sulla base dei criteri fissati dalla Legge n. 662/1996: popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e sesso, tassi di mortalità, altri indicatori epidemiologici territoriali. Dal 2005 la ponderazione della quota capitaria si applica al 50% del fabbisogno sanitario; nel triennio 2007-2009 il riparto del fabbisogno sanitario si è attuato sulla base dei criteri stabiliti dall'Intesa Stato-Regioni del 15 marzo 2007: la pesatura (solo per età) si applica esclusivamente sull'assistenza specialistica (13% del fabbisogno) e per la metà dell'importo da destinare all'assistenza ospedaliera (22% del fabbisogno); complessivamente, quindi, la ponderazione della quota capitaria si applica oggi al 35% del fabbisogno complessivo delle risorse. La restante parte delle risorse si ripartisce escludendo meccanismi di ponderazione (quota capitaria secca) o come percentuale del fabbisogno complessivo (spesa farmaceutica territoriale)."

Inoltre per l'assistenza specialistica e per l'ospedaliera si utilizzano sistemi di pesi diversi. La prima tabella seguente riporta nel dettaglio gli attuali criteri di riparto. L'altra i pesi applicati alla struttura per età della popolazione.

Dato il criterio misto attuato è necessario porre attenzione al fatto che non necessariamente quelle Regioni che hanno una spesa pro capite pesata più bassa siano anche in equilibrio finanziario, in quanto il riparto del finanziamento attuale (rispetto al quale si giudicherà l'esistenza o meno dell'equilibrio) avviene solo per un terzo sulla base della popolazione pesata.

Figura 8.1 Criteri di riparto del fabbisogno

Criteri di riparto del fabbisogno sanitario 2009

Macro-livelli	Sotto-livelli	Criterio di riparto
Assistenza sanitaria collettiva (5%)	Prevenzione collettiva (5%)	Popolazione assistita (quota capitaria secca)
Assistenza distrettuale (51%)	Medicina generale (6,9%)	Popolazione assistita (quota capitaria secca)
	Farmaceutica (13%)	Tetto di spesa
	Specialistica (13%)	Popolazione pesata per età in funzione dei consumi
	Totale altri servizi (18,1%)	Popolazione assistita (quota capitaria secca)
Assistenza ospedaliera (44 %)	Assist. ospedaliera (22 %)	Popolazione pesata per età secondo i dati SDO (nuovi pesi)
	Assist. ospedaliera (22%)	Popolazione assistita (quota capitaria secca)

Pesi utilizzati per la struttura per età della popolazione
(riparto fabbisogno sanitario 2009)

Livello di assistenza	Classi di età							
	0-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	> 75
Ospedaliera	2,539	0,376	0,254	0,392	0,567	0,945	2,105	3,025
Specialistica	0,242	0,204	0,169	0,228	0,363	0,573	1	0,897

Fonte: Pisauro G. "Federalismo, I fabbisogni standard nel settore sanitario, Commento allo schema di decreto legislativo", 2010, pagina 5.

Il sistema dei pesi mira ad uniformare l'accesso e la qualità delle prestazioni tenuto però conto dei bisogni delle singole zone. Un problema di **uniformità** che ancora attanaglia **Nord** e **Sud** del Paese. In base all'art. 51, l. 833/78, il Fondo sanitario nazionale deve essere ripartito tra le Regioni *"*tenuto conto delle indicazioni contenute nei Piani sanitari nazionali e regionali e sulla base di indici e di standard distintamente definiti per la spesa corrente e per la spesa in conto capitale. Tali indici e standard devono tendere a garantire i livelli di prestazioni sanitarie stabiliti con le modalità di cui al secondo comma dell'art. 3 in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le Regioni".

Come ricordano Abbafati e Spandonaro nella loro collaborazione "Costi e finanziamento del Servizio sanitario nazionale" (2011), sino al 1984 l'attribuzione delle risorse è avvenuta in base al criterio della

spesa storica, che però a molti è parso distorsivo per le Regioni meridionali. Per cogliere in modo più efficace il bisogno sanitario si è in seguito passati da un'ottica basata, per il criterio di finanziamento, su un orientamento verso l'offerta ad una impostata verso la domanda, attraverso la quota capitaria pesata in base ai bisogni espressi. Essa è stata abbandonata in favore della quota capitaria secca per la mancanza di accordo sui pesi fino alla legge finanziaria del 1997, che ha sancito il ritorno alla corrispondente pesata. Infine il federalismo ha introdotto il principio secondo il quale la solidarietà tra le Regioni si limita ai LEP e non oltre e quindi solo fino a questo limite agirà la perequazione solidaristica delle capacità fiscali.

Ad oggi il finanziamento della singola Regione (fabbisogno standard regionale) si ha applicando il rapporto tra fabbisogno standard regionale e sommatoria dei fabbisogni standard regionali di tutte le Regioni, all'ammontare del finanziamento nazionale determinato con procedimento top-down. La quota percentuale alla Regione migliore deve essere maggiore o uguale a quella dell'anno precedente, al netto delle variazioni di popolazione.

Proseguendo poi con l'analisi degli **algoritmi** studiati nel lavoro di Pisauro (2010), il costo standard è pari alla media della (2) per le tre Regioni benchmark:

(4)

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

Il costo standard viene poi applicato alla popolazione pesata delle altre 18 Regioni e province autonome, e alla popolazione nazionale ottenendo rispettivamente:

(5)

$$F_i = \bar{g}\overline{P_i}$$

e

(6)

$$F = \sum_{i=1}^{21} F_i = \bar{g} \sum_i \bar{P}_i$$

Niente garantisce che *F* sia identico al finanziamento prefissato *G*.

La quota della Regione *i* sul fabbisogno standard nazionale che diventa criterio di riparto del finanziamento totale prefissato *G* sarà (utilizzando la (5) e la (6)):

(7)

$$\gamma_i = \frac{F_i}{F} = \frac{\bar{g}\bar{P}_i}{\bar{g} \sum_i \bar{P}_i} = \frac{\bar{P}_i}{\sum_i \bar{P}_i}$$

Il finanziamento per la Regione *i* si ottiene, infine, applicando la sua quota al finanziamento totale *G* e cioè:

(8)

$$G_i = \gamma_i G = \frac{\bar{P}_i}{\sum_i \bar{P}_i} G$$

8.4 Punti controversi

Lo standard è una scelta politica, non la sommatoria di quanto serve. La formulazione del testo dell'articolo 26 del decreto 68, che nella sua prima parte stabilisce che "il fabbisogno sanitario nazionale standard è 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, tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza" è più nebulosa di quella del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, ai commi 2 e 3 dell'art. 1 nel testo, che affermano:

> "2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3 e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal

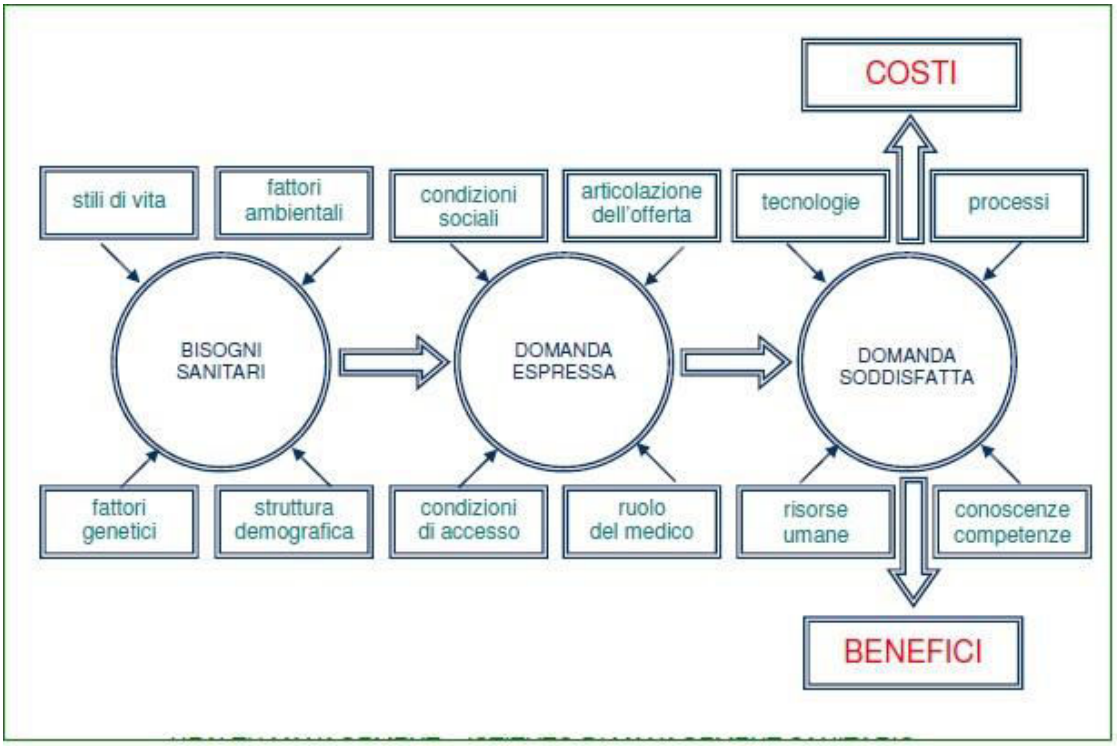
Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

3. L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico finanziaria."

Nel caso dell'articolo 26 pare ci sia una scelta ex ante indipendente dai Lea e quindi non una standardizzazione quanto piuttosto una quantificazione di risorse.

Questo toglie, come sottolinea Scheggi (2011) la logica della definizione dei livelli essenziali di assistenza nel decreto del Presidente della Repubblica 24 dicembre 1992, secondo il quale "i livelli di assistenza si configurano come definizione degli obiettivi che il Servizio sanitario nazionale assume di conseguire, a soddisfacimento di specifiche quote di bisogno sanitario, mediante un insieme di attività e prestazioni da porre in essere nell'ambito della quota capitaria di finanziamento" e che faceva comparire tra gli elementi costitutivi dei livelli di assistenza "il parametro capitario di finanziamento fissato in coerenza con le risorse stabilite dalla legge finanziaria, in base ad un modello organizzativo teorico di riferimento". Stante l'inadeguatezza del fabbisogno, che è mera percentuale di ripartizione, comunque la sua determinazione è incentrata solo sull'erogazione, cioè la fine di un processo di trasformazione complesso che porta dal bisogno alla domanda espressa, alla domanda soddisfatta con relazioni che, in maniera molto semplificata possono essere viste come la figura riportata di seguito.

Figura 8.2 Dal bisogno alla soddisfazione della domanda



Fonte: Scheggi M., 2011, pagina26.

Ciò che viene determinato, secondo Scheggi (2011) non è un costo standard per macrolivelli di assistenza ma la spesa media pro capite per macrolivelli di assistenza e cioè un'entità finanziaria dell'erogazione, che quindi non dice nulla riguardo la quantità o il mix di prestazioni che quella spesa la generano. In economia aziendale il costo è la valorizzazione economica (P) di un consumo di fattori produttivi (Q). Quando si ha a che fare con prodotti complessi il costo è dato quindi dalla sommatoria di ogni quantità per il suo prezzo/valore. Questi valori risultano rilevanti sia per la programmazione che per la successiva fase di analisi degli scostamenti. Questa logica andrebbe inserita anche all'interno delle riflessioni inerenti il finanziamento sanitario a livello regionale e nazionale basandosi sulle risorse veramente necessarie a garantire i LEA. In realtà nella pratica si ha che i livelli di finanziamento annuali sono fissati con la legge finanziaria e quindi manca la logica di programmazione che era propria della legge 833/1978. Essa era preordinata anche al superamento degli squilibri territoriali di antica memoria e a cui ancora non si riesce pienamente a far fronte. Per arrivare a

determinare le risorse necessarie ad assicurare i Lea si potrebbe partire lavorando avendo in mente comunque la semplice equazione di base *F*, che a volte pare essere dimenticata per la complessità dei problemi con cui ci si deve confrontare.

$$F = \sum_{1}^{n} C \times Q$$

Con Q le quantità delle varie prestazioni e C i relativi costi standard, per evitare sproporzioni di costo eccessive da una Regione all'altra per una stessa prestazione. Ciò che va standardizzato quindi non è il mix o la quantità di prestazioni che vanno calibrati in base ai bisogni del territorio e alle scelte organizzative, ma il costo delle singole prestazioni di una stessa specie. Ciò che si nota è l'incoerenza dell'autonomia regionale nell'approccio alla tutela della salute sancito dall'articolo 1 del decreto legislativo 502/1992 e dell'articolo 27 comma 13 del decreto 68/2011 che dispone l'obbligo per le Regioni di adeguarsi alle percentuali di allocazione delle risorse tra livelli stabilita a livello nazionale. Pensando al federalismo responsabilità e autonomia si trovano legate e quindi questa ripartizione dall'alto stride un po'.

Il federalismo è visto da anni come un modo utile alla responsabilizzazione dei vari livelli di governo ad uno sfruttamento efficace ed efficiente delle risorse pubbliche, ma la sua applicazione deve dare spazio quindi anche all'autonomia dei vari livelli, cosa che in vari punti risulta carente nel decreto 68: a partire dal concetto di fabbisogno standard che invece di portare al superamento del fondo sanitario nazionale ne dispone una sorta di riedizione; per arrivare ad una visione centralizzata della definizione dei Lea, dovuta ovviamente ad una necessaria omogeneizzazione, ma la funzione statale dovrebbe essere di controllo e garanzia e non di regolazione e governo. I problemi legati ai vincoli di bilancio rischiano di sovrastare in maniera eccessiva quelli sanitari. Oltre a ciò nel decreto 68 si ravvisano ulteriori problemi. Innanzitutto il fabbisogno sanitario non può essere standard per ragioni epidemiologiche e per quanto riguarda poi il concetto di costo standard, mentre in economia aziendale si tratta del costo teorico di un bene in condizioni di efficienza per Q e P, l'articolo 27 del decreto legislativo 68/2011 confonde il concetto di costo con quello di spesa e lo standard con l'effettivo in modo che i cosiddetti costi standard non siano più utilizzabili per un'azione di programmazione e controllo, ricordando sempre che ciò che è da standardizzare è il costo della prestazione e non del livello di assistenza, perché questo ha mix e quantità di prestazioni diverse in

base alla Regione in cui è prestato (per motivi epidemiologici e di scelta organizzativa nel modello di tutela della salute).

Un ulteriore punto controverso secondo Abbafati e Spandonaro (2011) riguarda il fatto che il livello di bisogno non sia osservabile, ma legato all'evoluzione sociale, ai livelli di solidarietà desiderabili, all'evoluzione tecnologica e a quella demografica. Da questa evidenza risulta concettualmente problematico sostituire una decisione politica (poiché coinvolge giudizi di valore sui livelli di solidarietà desiderati), con un algoritmo derivante da poste finanziarie, dato che si rischia di incentivare l'efficienza tecnica a scapito di quella allocativa, con esiti incerti da un punto di vista del benessere sociale. La responsabilizzazione finanziaria degli enti locali è importante, ma vanno evitati gli effetti distorti e quindi è importante trovare un approccio economico che, per l'equità, determini in modo scientifico le quote relative di bisogno nella società e, per l'efficienza, giunga alla razionale prioritarizzazione degli interventi. L'algoritmo pecca anche di una eccessiva rigidità; che porta alla deresponsabilizzazione del livello centrale dalla funzione di definizione dei livelli di solidarietà che si vogliono perseguire.

Anche Pisauro in "Retorica e realtà nella determinazione dei costi standard" (2010) va ad analizzare ombre e novità del modello. Lo schema di decreto legislativo 68/2011 ripropone i contenuti del Patto per la salute 2010-2012, sottoscritto con l'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009. La novità sta nell'individuazione del gruppo di Regioni più performanti; in realtà però non c'è alcun impatto pratico in quanto la somma da ripartire risulta essere esogena ai costi, come anche la ripartizione del finanziamento complessivo in tre macrolivelli. Il calcolo dei costi standard non definisce quindi il livello di finanziamento, ma solo il criterio di riparto. Per costruzione la quota di ogni Regione è pari alla quota di popolazione pesata regionale sulla popolazione pesata nazionale e quindi la quota del finanziamento nazionale si basa sulla quota di popolazione pesata.
La quota di finanziamento regionale sarà semplicemente la sua quota della popolazione pesata. La scelta delle Regioni benchmark e la definizione del costo standard non rilevano al riguardo. Il risultato allocativo è legato esclusivamente alla determinazione dei pesi utilizzati per la stima della popolazione pesata. Anche la scelta delle Regioni di riferimento si basa sulla spesa pesata, e quindi dipende dai pesi adottati. Gli algoritmi con cui si è lavorato di fatto annullano i principi sottostanti l'uso dei costi standard, riducendo la suddivisione delle risorse ad una partizione basata solamente sull'età, che

sicuramente rileva, ma non può essere l'unica condizione da prendere in esame. C'è una sorta di ritorno a quella spesa storica che invece si voleva abolire.
Gli standard di spesa possono comunque servire per il controllo e il miglioramento delle inefficienze.
Inoltre il decreto ha comunque conseguenze distributive per quanto riguarda la definizione dei pesi per classi d'età e le categorie di assistenza sanitaria fino all'introduzione della pesatura per tutta la popolazione (nel 2010 ancora 2/3 del finanziamento erano ripartiti in base alla popolazione assoluta).
Sicuramente le Regioni con una popolazione più giovane risultano avvantaggiate dal riparto non tarato sulla pesatura.

Una questione ulteriore è che la spesa sanitaria regionale non può essere direttamente confrontata a livello di dati finanziari per via della diversità di livelli qualitativi e della complessità delle prestazioni erogate (funzionale ai diversi bisogni della popolazione servita), né a livello di enti con funzione di terzo pagante né a livello di erogatori.

Sono invece Abbafati e Spandonaro (2011) a far notare poi che, modificando i pesi, si può giungere al cambiamento delle benchmark, finanche a ricomprendervi delle Regioni che, con i pesi precedenti, potevano essere classificate tra quelle inefficienti. Risulta dunque chiara l'importanza di una corretta scelta dei pesi e di una loro validazione dal punto di vista scientifico. Ci sono però alcuni problemi tra cui la definizione del concetto di spesa sanitaria; il corretto riparto delle entrate proprie, il cui gettito dipende dalle caratteristiche socioeconomiche della popolazione e non dai loro bisogni e il fatto che la popolazione utilizzata nell'algoritmo sia contabilizzata mediamente con un ritardo di 18 mesi rispetto ai tempi del riparto, oltre che soggetta ad importanti revisioni censuarie.

Come si legge nel saggio "Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011" di Caruso e Dirindin (2011), esse sostengono che il decreto 68 non riesca a legare equità ed efficienza. Ferma restando l'assegnazione delle risorse dall'alto, servirebbero tecniche statistico-econometriche più sofisticate ed appropriate funzioni di costo per incorporare i fattori legittimi di bisogno sanitario e controllare quelli illegittimi. I pesi per classi d'età oggi, ad esempio, essendo basati sui dati di consumo, risentono di una domanda indotta dall'offerta territoriale. Questo metodo, secondo le autrici, non migliora quindi il sistema ma ha comunque il pregio di evitare di arrivare al metodo basato sui costi unitari delle prestazioni per volumi standardizzati di prestazioni, un metodo dal basso difficilmente perseguibile. Nonostante questo, ci

sono vari punti che sarebbe bene migliorare a partire dai pesi relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento; proseguendo con l'indice di deprivazione, in quanto le condizioni di salute e il ricorso alle prestazioni sanitarie sono correlate alle condizioni socio-economiche delle persone, come insegnano gli inglesi, che lo considerano nella formula capitaria; servono però azioni concrete per le Regioni più deboli, legando una maggiorazione delle risorse all'ottenimento di risultati specifici riguardo la riqualificazione dell'offerta locale di servizi. Legate a questo decreto ci sono poi delle preoccupazioni quali il fatto che i fabbisogni standard debbano essere, a regime, il riferimento cui rapportare il finanziamento integrale della spesa sanitaria (art. 25, comma 3), rischiando in tal modo che la destinazione delle risorse non riguardi i LEA e i vincoli di finanza pubblica, come in precedenza, ma i risultati di stime dei costi standard provenienti da metodologie che si caratterizzano per la loro parzialità e approssimazione. Da notare poi che le innovazioni presenti nel decreto non sono propositive per cercare di evitare di finanziare le inefficienze in sede di riparto.

Ulteriormente si può notare l'invasività di alcuni provvedimenti di origine statale. Da un lato la sanità è il laboratorio sperimentale per la responsabilizzazione agognata dal federalismo fiscale per tutto il settore pubblico; dubbi tuttavia si presentano in ordine alla sua profondità effettiva. Per quanto concerne il tema della responsabilizzazione, il livello centrale è molto impegnato nel controllare, intervenire ed imporre, finanche a ledere l'autonomia regionale per uno scopo maggiore nelle Regioni in squilibrio finanziario, in nome sempre della responsabilizzazione delle Regioni indispensabile per esercitare in maniera efficace le funzioni loro attribuite. Come si legge nel saggio "Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011" di Enza Caruso e Nerina Dirindin (2011) "Il graduale spostamento dalle sedi tecniche alle sedi politiche-negoziali delle decisioni sulle assegnazioni alle Regioni rischia di favorire interpretazioni della nozione di efficienza strumentali ad obiettivi diversi da quello del miglioramento delle performance complessive del sistema sanitario." D'altra parte le autrici fanno comunque notare come i temi del riparto e delle inefficienze produttive siano difficilmente affrontabili con l'utilizzo di un unico strumento e che quindi servano sia il perfezionamento dei criteri di ponderazione, sia il monitoraggio, proseguendo il percorso già da tempo avviato nella sanità.

Nonostante le numerose ombre del metodo attuale, il passaggio dalla quota capitaria pura a quella pesata è stato in ogni caso un **punto di svolta** per i criteri di finanziamento. Sempre Abbafati e Spandonaro (2011) sostengono che i criteri adottati con la l. 662/96 avrebbero portato, insieme

all'evoluzione demografica, a ridurre il finanziamento delle Regioni meridionali di una quota dell'8 o 9%. La modifica dei pesi concretamente realizzatasi nel tempo ha portato a dimezzare questo effetto. La questione della scelta dei pesi è di non facile soluzione, come è visibile dalla loro variabilità negli anni. Le questioni più spinose al riguardo secondo gli autori sono:

- Il fatto che in Italia la scelta è sempre stata legata alle vicissitudini congiunturali delle Regioni, mentre ad esempio gli inglesi definiscono prioritariamente gli obiettivi della capitation (secca o pesata, è la definizione delle risorse finanziarie da garantire ad un'azienda sanitaria, come ad esempio una ASL, per affrontare i bisogni medi della propria popolazione) (per loro la garanzia dell'equità di accesso);
- La mancanza di considerazione per gli effetti della deprivazione socioeconomica e i costi indotti dall'eccesso di domanda (supply induced demand);
- L'utilizzo di dati grezzi sugli utilizzi dei servizi, senza le correzioni utili per garantire l'appropriatezza;
- La mancata considerazione della covariabilità delle variabili, con il rischio di duplicarne gli effetti.

Da una simulazione realizzata da Cristiana Abbafati e Federico Spandonaro nel saggio "Costi standard e finanziamento del Servizio sanitario nazionale" del 2011 risulta che, da dopo il 1996, con la sostituzione della quota secca a favore della pesata, l'applicazione delle quote capitarie abbia prodotto risultati consistenti, spostando circa il 4,3% del finanziamento dalle Regioni del Sud a quelle del Centro-Nord (in particolare +2,4% verso il Nord, +2,7% verso il Centro): in termini monetari l'impatto, ai livelli attuali di finanziamento, raggiunge gli 1,8 miliardi di euro.

Un'**ipotesi** di percorso differente per il futuro è data dall'autore G. Pisauro in "Federalismo, I fabbisogni standard nel settore sanitario, Commento allo schema di decreto legislativo" (2010): "Una strada alternativa sarebbe quella di fissare il livello del finanziamento regionale per le Regioni diverse da quelle benchmark sulla base della spesa pro-capite pesata delle Regioni benchmark. Il finanziamento nazionale della sanità sarebbe allora pari a *F*. Ipotizzando che la spesa pro capite del benchmark sia inferiore alla media, il finanziamento totale sarebbe inferiore a quello attuale (*F*<*G*). Per inciso, se ipotizziamo che Regione "migliore" significa quella con il costo più basso, la definizione dei costi standard come media dei costi delle Regioni benchmark implicherebbe, sempre assumendo

che il finanziamento totale sia *F*, un aumento del finanziamento della Regione "migliore" (la media dei costi delle tre migliori Regioni è chiaramente superiore al costo della Regione migliore; ancora di più se il benchmark fosse costituito dalla prima, quarta e quinta Regione). Insomma la spesa sanitaria complessiva sarebbe più bassa, ma potrebbe aumentare la spesa della Regione più efficiente."
"Migliore" comunque non è sinonimo di "meno costoso"; infatti nello schema di decreto per la scelta del benchmark si parla di appropriatezza ed efficienza non di minor costo. Le nozioni non coincidono in quanto il sistema di riparto attuale e quello prefigurato hanno natura finanziaria e non definiscono standard fisici dei servizi forniti. Il monitoraggio previsto nell'Intesa del 2009 è un inizio, ma non basta per individuare tali standard fisici. Sarebbe utile una transizione verso un sistema che alla fine riesca a far collimare la compatibilità finanziaria e il livello delle prestazioni, ma non sembra essere possibile, secondo Pisauro (2010), farlo attraverso la leva dei criteri di riparto del finanziamento.

8.5 Confronto tra la vecchia e la nuova metodologia

Come analizzato da Caruso e Dirindin nel loro saggio "Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011" (2011), una volta escluse le Regioni sottoposte a piano di rientro, sono considerate efficienti le Regioni in cui nel "secondo esercizio precedente a quello di riferimento", la spesa è stata equivalente alle risorse ordinarie attribuite al finanziamento dei LEA. Comprendendo col termine "risorse ordinarie" le entrate proprie effettive delle Asl e Ao (e non quelle convenzionali delle delibere di riparto), depurate da tutte le risorse aggiuntive disposte nei bilanci regionali a copertura dei disavanzi, non tenendo conto nemmeno delle maggiori coperture fiscali (extra-gettito delle addizionali) né delle quote di spesa che finanziano livelli di assistenza superiori a quelli minimi garantiti.
Per quanto riguarda i pesi: "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). Recependo l'intesa Stato-Regioni, il decreto elimina la possibilità di tener conto "anche di indicatori relativi a particolari situazioni territoriali, ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari" (ex art. 22, c.6, lett. *e* dello schema di decreto). Questa era un modo per alleggerire il conflitto Nord-Sud, in quanto considerava il possibile utilizzo di indicatori come quello di deprivazione, che in via potenziale avrebbero ridotto l'effetto della ponderazione per classe di età. Tali indicatori potranno essere invece presi in considerazione per "quegli interventi (di cui al comma 5 dell'art. 119

della Costituzione) intesi a ridurre le carenze strutturali atte ad incidere sui costi delle prestazioni di talune aree territoriali" (come da art. 28).

Attraverso delle simulazioni numeriche e in forma analitica fatte alle pagine 14-19 da Caruso e Dirindin (2011) è possibile confrontare le due metodologie: metodo pre-riforma e post-riforma. La tabella sottostante riporta il riparto del finanziamento indistinto per l'anno 2011, in essa il finanziamento regionale è calcolato con il vecchio metodo di riparto. Per semplicità di confronto sono escluse le quote finalizzate (che seguono criteri di riparto propri) e le risorse a destinazione vincolata (su cui il decreto rimanda esplicitamente in fase di prima applicazione alle disposizioni vigenti).

Figura 8.3 riparto del finanziamento indistinto

Riparto del finanziamento indistinto 2011 (*) (mln di euro)

Regioni	Assistenza Collettiva	Medicina Generale	Assistenza Farmaceutica	Assistenza Specialistica	Altra Assistenza	Assistenza Distrettuale	Assistenza Ospedaliera pesata	Assistenza Ospedaliera non pesata	Assistenza Ospedaliera	Finanziamento indistinto (G11)	γ 11
	5.00%	7.00%	13.62%	13.30%	17.08%	51.00%	22.00%	22.00%	44.00%	100.00%	
Piemonte	382	535	1,064	1,069	1,306	3,974	1,681	1,780	3,461	7,817	7.54%
Lombardia	844	1,182	2,299	2,250	2,886	8,617	3,716	3,708	7,423	16,884	16.28%
Veneto	422	591	1,148	1,121	1,443	4,302	1,858	1,847	3,705	8,429	8.13%
Liguria	139	194	399	413	475	1,481	611	699	1,310	2,931	2.83%
Emilia-Romagna	378	529	1,049	1,046	1,291	3,914	1,662	1,752	3,414	7,706	7.43%
Toscana	321	449	896	901	1,095	3,342	1,410	1,509	2,919	6,581	6.35%
Umbria	77	108	216	216	265	805	341	363	704	1,586	1.53%
Marche	134	188	372	369	458	1,386	590	620	1,209	2,730	2.63%
Lazio	488	684	1,325	1,293	1,669	4,971	2,148	2,129	4,277	9,736	9.39%
Abruzzo	115	161	316	311	393	1,182	506	519	1,025	2,322	2.24%
Molise	28	39	76	75	94	284	121	126	247	558	0.54%
Campania	501	701	1,310	1,215	1,711	4,936	2,202	1,981	4,184	9,621	9.28%
Puglia	351	491	938	896	1,199	3,524	1,544	1,469	3,013	6,888	6.64%
Basilicata	51	71	138	134	173	515	223	222	444	1,010	0.97%
Calabria	173	242	463	444	590	1,739	760	732	1,492	3,404	3.28%
RSO	**4,403**	**6,164**	**12,008**	**11,753**	**15,046**	**44,972**	**19,373**	**19,454**	**38,828**	**88,202**	**85.05%**
Valle d'Aosta	11	15	30	30	38	113	48	49	98	221	0.21%
Bolzano	43	61	115	109	148	432	190	179	369	844	0.81%
Trento	45	63	122	118	154	457	198	195	393	896	0.86%
Friuli-Venezia Giulia	106	148	297	300	362	1,108	467	500	966	2,180	2.10%
Sicilia	433	607	1,158	1,102	1,481	4,349	1,907	1,820	3,727	8,509	8.20%
Sardegna	144	201	389	381	491	1,463	632	620	1,252	2,859	2.76%
RSS	**783**	**1,096**	**2,111**	**2,040**	**2,674**	**7,921**	**3,443**	**3,362**	**6,806**	**15,509**	**14.95%**
ITALIA	**5,186**	**7,260**	**14,119**	**13,794**	**17,720**	**52,893**	**22,817**	**22,817**	**45,633**	**103,712**	**100.00%**

Fonte: Ns. elaborazioni su dati di riparto del f abbisogno indistinto

(*) Popolazione di riferimento 1.1.2010, indicatori e pesature vigenti nel 2011;

Pesi per classi di età	< 1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	>75
Ospedaliera	3.122	0.366	0.226	0.363	0.528	0.930	2.079	2.906
Ambulatoriale	0.389	0.221	0.279	0.390	0.650	1.156	2.177	2.074

Fonte: Caruso E., Dirindin N., 2011, pagine da 14 a 19.

Per quanto riguarda il vecchio metodo, più precisamente, utilizzando con qualche correttivo la simbologia di Pisauro (2010), fissato il livello G_t delle risorse programmate in sede nazionale da assegnare al settore, oggi il fabbisogno di ciascuna Regione i, G_{it}, è calcolato in base alla popolazione pesata per classi di età $\bar{P}_{it-1}$, (rilevata al 1 gennaio dell'anno precedente), ponderate con gli indicatori di livello e/o sub-livello q_z, definiti per ciascuna funzione di spesa z. Alla determinazione del

finanziamento regionale concorre inoltre la quota del tetto di spesa farmaceutica che indichiamo con q_f. Avremo quindi:

(1)

$$G_{it} = G_t \sum_z q_z \frac{\bar{P}_{it-1}}{\sum_i \bar{P}_{it-1}} \left[1 + \frac{q_f}{1 - q_f}\right]$$

con $\bar{P}_{it-1}$ è la popolazione regionale pesata.

(2)

$$\bar{P}_{it-1} = \sum_c P_{ict-1} \pi_{ct}$$

con P_{ict-1} le popolazioni delle classi di età (dette *c*), π_{ct} i pesi e sapendo che se q_z è una quota non pesata allora $\pi_{ct} = 1$.

Il tetto non ha alcun ruolo nella determinazione di γ_{it} (quota di accesso regionale al finanziamento nazionale) e quindi la prima equazione può essere riscritta.

(3)

$$G_{it} = G_t \sum_z \frac{\bar{P}_{izt-1}}{\sum_i \bar{P}_{izt-1}} = G_t \gamma_{it}$$

(4)

$$\bar{P}_{izt-1} = q_z \sum_c P_{ict-1}\, \pi_{ct}$$

I pesi (2) oggi utilizzati sono quelli della spesa specialistica (consumi monitorati con la tessera sanitaria) e della spesa ospedaliera (riferiti alle schede di dimissione ospedaliera, Sdo), che sono in genere disponibili con due anni di ritardo.

Arrivando quindi, sempre grazie agli studi di Caruso e Dirindin (2011) e alla simbologia di Pisauro (2010), al decreto legislativo n. 68 del 2011, esso deve rendere coerenti le nozioni di costo e fabbisogno standard con l'approccio macroeconomico. Per farlo, semplicemente si occupa di

ricostruire il risultato della vecchia metodologia sulla base della spesa procapite pesata delle Regioni benchmark evidenziata due anni prima.

Scendendo più in dettaglio si ha che secondo il decreto il costo standard è pari alla media della spesa procapite pesata delle Regioni benchmark (j=1,2,3) per ciascun macrolivello. Ai fini dell'applicazione della nuova metodologia, i criteri di riparto sono quelli vigenti due anni prima. A questo punto, il costo standard per ciascuna funzione di spesa $\bar{g}_{zt-2}$ è:

(5)

$$\bar{g}_{zt-2} = \frac{\sum_{j=1}^{3} G_{j\,zt-2}}{\sum_{j=1}^{3} \bar{P}_{j\,t-2}}$$

Tale costo standard è quindi moltiplicato per la popolazione pesata di ciascuna Regione *i* per definirne il fabbisogno standard regionale F_{it-2}. Esso, includendo il tetto di spesa farmaceutica assume la seguente forma:

(6)

$$F_{it-2} = \sum_{z} \bar{g}_{zt-2}\, \bar{P}_{it-2} \left[1 + \frac{q_f}{1 - q_f}\right]$$

La sommatoria dei fabbisogni standard regionali costruisce quindi il fabbisogno standard nazionale, che è rappresentato dalla funzione che segue.

(7)

$$F_{t-2} = \sum_{i} F_{it-2}$$

Se le Regioni benchmark hanno spesa pro capite pesata maggiore alla nazionale si avrà $F_{t-2} > G_{t-2}$, altrimenti viceversa.

Si otterranno quindi:

(8)

$$\gamma_{it^*} = \frac{F_{it-2}}{F_{t-2}}$$

e da questa poi

(9)

$$G_{it} = \gamma_{it^*} G_t$$

Anche in questo caso si può dimostrare che:

(10)

$$\gamma_{it^*} = \sum_z \frac{\bar{P}_{izt-2}}{\sum_i \bar{P}_{izt-2}}$$

con

(11)

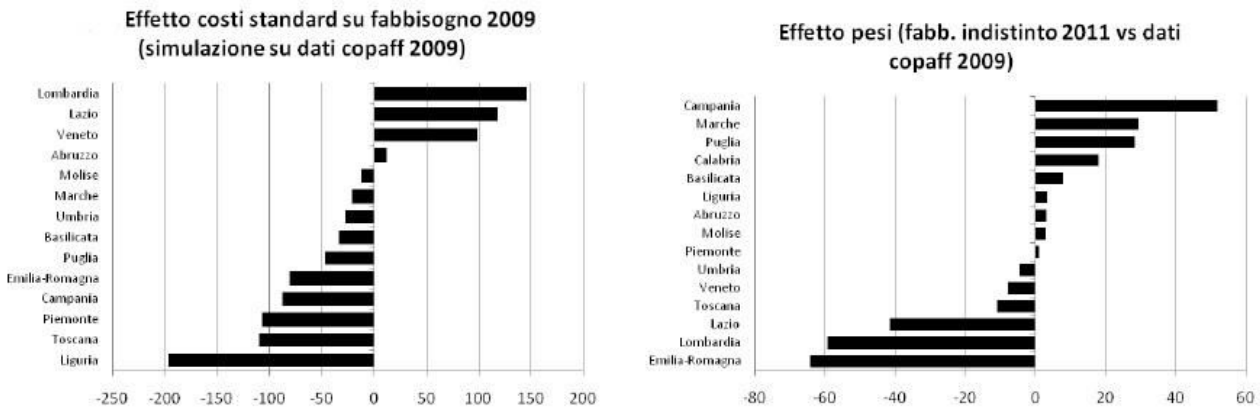
$$\bar{P}_{izt-2} = q_z \sum_c P_{ict-2}\, \pi_{ct-2}$$

Se è vero che la media della spesa procapite pesata delle Regioni benchmark influenza il valore assoluto del fabbisogno per le singole Regioni e quindi il fabbisogno totale, che ne è la somma, è pur vero che essa è irrilevante ai fine della quota di accesso, che dipende esclusivamente dalle quote di popolazione pesata.

Caruso e Dirindin (2011) mostrano che simulando tale processo a partire dai dati del 2009 (quindi per l'anno 2011), in base ai dati Copaff (Commissione tecnica paritetica per l'attuazione del federalismo fiscale), si evidenzia che, se $F_{it-2} < G_{it-2}$ l'innovazione mostra, rispetto alla distribuzione iniziale delle risorse, un vantaggio per tutte le Regioni che presentano una spesa procapite pesata inferiore alla media delle Regioni benchmark. La differenza globale tra G_{t-2}, e F_{t-2}, deriva proprio dal fatto che il fabbisogno in valori assoluti si ricostruisce dalla spesa pro capite pesata della terna considerata (Regioni che in questo caso si collocano sotto la media nazionale) e non di tutte le Regioni.

In base ai calcoli della nuova metodologia, ex post ci sarebbe per il 2009 una redistribuzione del fabbisogno in valori assoluti verso Regioni con una spesa procapite pesata sotto la media del benchmark a prescindere dalla virtuosità (pur essendo ciò ininfluente per il calcolo della quota di accesso). Le Regioni beneficiarie sarebbero: Lombardia, Lazio, Veneto e Abruzzo. L'effetto della terna prescelta sul fabbisogno regionale F_{it-2}, calcolato ex post rispetto alla distribuzione delle risorse ex ante G_{it-2}, è ben evidenziato nella prima delle figure sottostanti.

Figura 8.4 Effetto costi standard e pesi



Fonte: Caruso E., Dirindin N., 2011, pagine da 14 a 19.

Inoltre, come mostrato dalla seconda delle figure sopra riportate, mentre i criteri di riparto attuali favoriscono il Nord rispetto al Sud (quelli del 2011 risetto a quelli del 2009); fissato G_i per il 2011, se applicassimo la nuova metodologia di riparto, il Sud guadagnerebbe rispetto al vigente riparto, a scapito del Nord. Da notare poi che, stabilendo in anticipo la quota globale, i costi standard e le Regioni prese a riferimento sono indifferenti perché anche con il nuovo metodo la distribuzione dipende solo dai criteri di ponderazione della quota capitaria e dalle quote di finanziamento soggette alla ponderazione stessa. Di per sé quindi il nuovo meccanismo di definizione dei fabbisogni sanitari regionali non ha effetti. Una funzione della scelta delle Regioni benchmark però c'è: se gli stanziamenti sono considerati superiori al fabbisogno stimato, esse evidenziano ex post benefici a favore delle Regioni con spesa pro capite pesata inferiore alla media benchmark.

In conclusione bisogna rilevare che ci sono anche aspetti positivi riportati dalle autrici (Caruso e Dirindin, 2011). E' importante che si eviti di coprire i disavanzi delle singole Regioni con risorse nazionali aggiuntive. Positivo è inoltre il fatto che si siano potuti sperimentare meccanismi sanzionatori e di premialità legati al rispetto di vincoli e adempimenti imposti per la governance complessiva del sistema, in modo da aiutare ad isolare con i Piani di rientro le aree di cattivo funzionamento. Bisogna poi considerare il ruolo nell'emergere delle cause dell'inefficienza nella fornitura delle prestazioni (irresponsabilità di governo della spesa, incapacità, specialmente al Sud, dove sono più diffusi i comportamenti localistici di rent-seeking spesso fondati sulla corruzione) e

conseguentemente la faticosa responsabilizzazione nella ristrutturazione della spesa e nel suo finanziamento attraverso l'obbligatorietà ad agire.

Il disegno tracciato nel decreto legislativo n. 68 del 6 maggio 2011 non valuta efficacia ed efficienza, né isola le inefficienze di produzione. Esso lavora sul riparto del finanziamento ma è un modo del tutto equivalente a quello precedente. Non si definisce invece appropriatamente il sistema di ponderazione che dovrebbe fondarsi sui determinanti dei bisogni, ovvero su quei fattori predittivi degli stati patologici che devono essere il driver primario per il riparto delle risorse. La transizione verso un metodo migliore non sarà breve. Nell'immediato, l'aspetto preminente è la definizione dei pesi per le varie classi di età e le varie categorie di assistenza sanitaria.

Dopo aver parlato della modalità di calcolo dei costi standard e della divisione delle risorse per garantire i LEA in condizioni di efficacia ed efficienza, andiamo ora a vedere delle modalità alternative per costruire le tariffe, i pesi e le variabili da considerare all'interno degli algoritmi, andando a studiare alcuni modelli di autori nazionali ma anche cercando nelle esperienze di altre realtà, che comunque possono dare spunti interessanti per la nostra ricerca dei miglioramenti possibili.

CAPITOLO 9: I criteri rilevanti nel metodo: la ponderazione secondo diversi metodi, confronti tra esperienze diverse e che cosa bisognerebbe considerare che invece non viene considerato

9.1 Il contesto

Il sistema del SSN risente delle influenze dei Paesi anglofoni: da un lato infatti il sistema della quota capitaria aggiustata pare riprendere quella del National Health Service britannico e dall'altro il sistema di tariffe dei DRG è di chiara matrice statunitense nell'ambito del programma Medicare. Le modalità di finanziamento dei sistemi sanitari regionali italiani nascono dalla commistione di questi due metodi, ma questo potrebbe portare a problemi di tipo allocativo e di equità per via della mobilità sanitaria per cui le risorse ex ante calcolate su base capitaria possono non rispondere alle effettive necessità.

Per andare ad indagare come si potrebbe migliorare la determinazione dei costi standard, un buon punto di partenza potrebbe essere fare un passo indietro e tornare un attimo ad identificare ciò che manca alla radice. Nonostante i vari problemi di cui abbiamo trattato, ciò di cui si sente primariamente la mancanza nel metodo dei costi standard utilizzato per la partizione delle risorse nazionali è la pluralità di elementi considerati al suo interno. La quota capitaria è l'espressione numerica rinvenuta attraverso il metodo dei costi standard. Si fa riferimento ai prezzi medi unitari di acquisto dell'ultimo anno delle risorse necessarie: costo del personale, macchinari, apparecchiature, costi non diretti ma funzionali e una percentuale di costi generali. Le tariffe variano poi per casistica, complessità funzionale, dotazione di personale e tipologia di erogatori. Tali tariffe hanno incidenza sul controllo della spesa sanitaria.

9.2 Assistenza uniforme attraverso la ponderazione della quota capitaria secondo il modello britannico, i criteri italiani e le proposte dell'Agenzia per i SSR

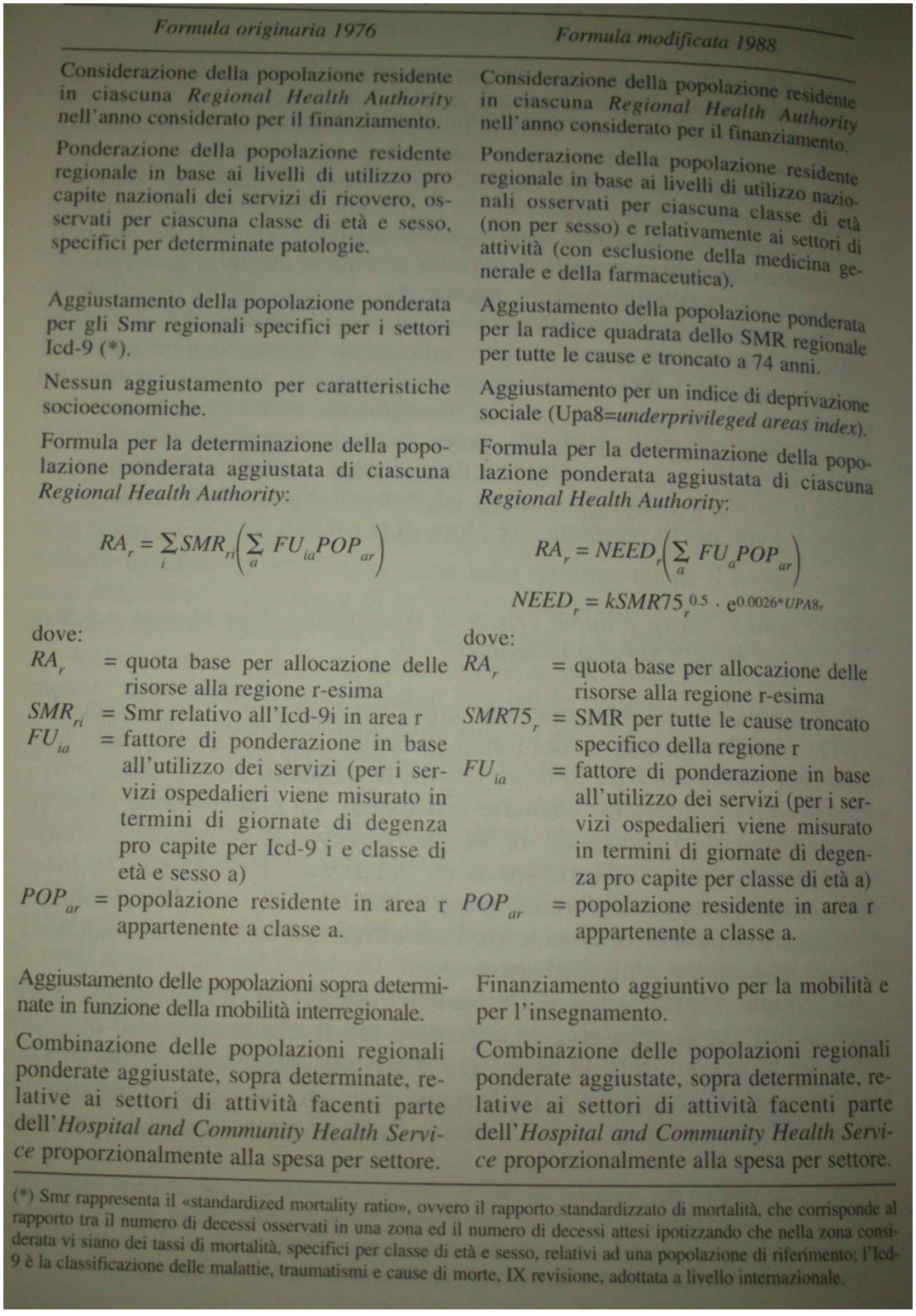
Partiamo dall'analisi della costruzione della quota capitaria ponderata. L'obiettivo è quello di un'assistenza uniforme. Servono quindi criteri in base ai quali definire e misurare il bisogno di assistenza delle diverse popolazioni regionali. La quota capitaria semplice non risponde a questo problema in quanto si basa solo sulla numerosità e non sui diversi bisogni della popolazione, trattando i cittadini di tutte le zone in maniera indifferenziata; questo è un problema perché le

diverse parti del nostro Paese non hanno caratteristiche assimilabili. Serve dunque una ponderazione in base alla suddette caratteristiche (sociali, epidemiologiche e demografiche).

Tra gli indicatori indiretti del grado patologico ci sono: l'utilizzo per età e sesso dei diversi servizi offerti, le cui differenze si basano sulle caratteristiche quantitative e qualitative dell'offerta stessa (fattori illegittimi di variabilità, per i quali non è giustificata una diversa distribuzione delle risorse) oltre che sulle caratteristiche sociali, epidemiologiche e demografiche della popolazione (fattori legittimi di variabilità, che rendono giustificate le eventuali distribuzioni differenziate di risorse). Le caratteristiche dell'offerta non sono considerabili fattori legittimi di variabilità perché i livelli di utilizzo non dipendono dai bisogni della popolazione. Questa semplice considerazione rende immediata l'importanza di allontanarsi dai costi storici ed avvicinarsi a quelli riguardanti il bisogno effettivo.

Considerando che la ponderazione riprende l'idea britannica può essere utile andare a considerare il modello originale per vedere se sia possibile apprendere indicazioni utili anche per il nostro sistema.
La ponderazione con la formula **Rawp**, come da immagine, cioè Resource Allocation Working Party (dal 1976 al 1991) si basava su età, tassi di mortalità standardizzati e differenze di costi non imputabili ad inefficienze ma a costi geograficamente differenti. Sobbrio nel suo "Efficienza ed efficacia nell'offerta di servizi sanitari" (2007) ci riferisce che dall' '88 sono poi state inserite ponderazioni per meglio considerare i diversi bisogni sanitari e dal '93 (introdotta nel '95) si garantisce: una ponderazione più basata sul livello di utilizzo per classi di età; l'introduzione di nuovi indici di bisogno per acuti, servizi psichiatrici ed altri; la considerazione delle differenze di costo dell'offerta identificando quattro zone di costo; nuovi indici di bisogno di matrice statistica che correggano le distorsioni che le caratteristiche dell'offerta comportano sulla domanda, come la variazione nell'uso dei servizi nelle piccole zone; la ricerca di una misurazione dei costi stimati come risorse utilizzate e non come numero di episodi.

Figura 9.1 Formula Rawp



Formula originaria 1976	*Formula modificata 1988*
Considerazione della popolazione residente in ciascuna *Regional Health Authority* nell'anno considerato per il finanziamento.	Considerazione della popolazione residente in ciascuna *Regional Health Authority* nell'anno considerato per il finanziamento.
Ponderazione della popolazione residente regionale in base ai livelli di utilizzo pro capite nazionali dei servizi di ricovero, osservati per ciascuna classe di età e sesso, specifici per determinate patologie.	Ponderazione della popolazione residente regionale in base ai livelli di utilizzo nazionali osservati per ciascuna classe di età (non per sesso) e relativamente ai settori di attività (con esclusione della medicina generale e della farmaceutica).
Aggiustamento della popolazione ponderata per gli Smr regionali specifici per i settori Icd-9 (*).	Aggiustamento della popolazione ponderata per la radice quadrata dello SMR regionale per tutte le cause e troncato a 74 anni.
Nessun aggiustamento per caratteristiche socioeconomiche.	Aggiustamento per un indice di deprivazione sociale (Upa8=*underprivileged areas index*).
Formula per la determinazione della popolazione ponderata aggiustata di ciascuna *Regional Health Authority*:	Formula per la determinazione della popolazione ponderata aggiustata di ciascuna *Regional Health Authority*:
$RA_r = \sum_i SMR_{ri}\left(\sum_a FU_{ia} POP_{ar}\right)$	$RA_r = NEED_r\left(\sum_a FU_a POP_{ar}\right)$
	$NEED_r = kSMR75_r^{0.5} \cdot e^{0.0026 * UPA8_r}$
dove:	dove:
RA_r = quota base per allocazione delle risorse alla regione r-esima	RA_r = quota base per allocazione delle risorse alla regione r-esima
SMR_{ri} = Smr relativo all'Icd-9i in area r	$SMR75_r$ = SMR per tutte le cause troncato specifico della regione r
FU_{ia} = fattore di ponderazione in base all'utilizzo dei servizi (per i servizi ospedalieri viene misurato in termini di giornate di degenza pro capite per Icd-9 i e classe di età e sesso a)	FU_{ia} = fattore di ponderazione in base all'utilizzo dei servizi (per i servizi ospedalieri viene misurato in termini di giornate di degenza pro capite per classe di età a)
POP_{ar} = popolazione residente in area r appartenente a classe a.	POP_{ar} = popolazione residente in area r appartenente a classe a.
Aggiustamento delle popolazioni sopra determinate in funzione della mobilità interregionale.	Finanziamento aggiuntivo per la mobilità e per l'insegnamento.
Combinazione delle popolazioni regionali ponderate aggiustate, sopra determinate, relative ai settori di attività facenti parte dell'*Hospital and Community Health Service* proporzionalmente alla spesa per settore.	Combinazione delle popolazioni regionali ponderate aggiustate, sopra determinate, relative ai settori di attività facenti parte dell'*Hospital and Community Health Service* proporzionalmente alla spesa per settore.

(*) Smr rappresenta il «standardized mortality ratio», ovvero il rapporto standardizzato di mortalità, che corrisponde al rapporto tra il numero di decessi osservati in una zona ed il numero di decessi attesi ipotizzando che nella zona considerata vi siano dei tassi di mortalità, specifici per classe di età e sesso, relativi ad una popolazione di riferimento; l'Icd-9 è la classificazione delle malattie, traumatismi e cause di morte, IX revisione, adottata a livello internazionale.

Fonte: Sobbrio G., 2007, pagina 160.

I **criteri italiani** invece, dice Sobbrio (2007) non paiono soddisfacenti per tenere conto delle esigenze delle diverse popolazioni.

La Legge 662 del 1996 dà applicazione parziale dall'anno successivo ai fattori di ponderazione di:

- Consumi sanitari per età e sesso, frazionando la popolazione in otto classi per la pesatura;
- Tassi di mortalità per le classi comprese tra 1 e 75 anni, applicati al 20% del fondo sanitario nazionale;
- Indicatori epidemiologici territoriali, applicati al 3% del FSN;
- Distribuzione regionale di casi con patologie particolari identificate, applicati a valori tra il mezzo punto percentuale e l'1%;
- Indicatori (solamente la densità di popolazione) su situazioni territoriali che richiedano assistenza particolare, applicati all'1%.

Data la comprovata insufficienza di tale metodo si può studiare l'alternativa proposta **dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali** come in Sobbrio (2007), la quale prende spunto dal modello britannico e individua i principali settori del SSN (sei nel modello proposto) e le rispettive quote di spesa.
Nella prima fase si procederebbe al calcolo di un sistema di coefficienti di ponderazione specifici per fascia d'età e di sesso, derivati dai tassi di utilizzo dei servizi a livello nazionale. Gli indicatori prescelti sono i pesi DRG relativi ai ricoveri. La procedura richiede di moltiplicare la numerosità di ricoveri per un DRG in ogni classe, per il peso relativo e sommare i punti DRG così ottenuti per tutti i DRG presenti in ogni classe di età e sesso. Il valore per ogni classe è poi diviso per la popolazione di quella classe ottenendo i tassi relativi.

$$R_{a,l}^{PDRG} = \frac{PDRG_{a,l}}{POP_{naz,a,l}} = \frac{\sum_i RIC_{a,l,i} x\, w_i}{POP_{naz,a,l}}$$

Avendo:

a= classe di età

l= sesso

i= DRG

$PDRG_{a,l}$= punti DRG specifici per classe

$RIC_{a,l,i}$= numero di ricoveri per DRG e classe

w_i= pesi dei DRG

$R_{a,l}^{PDRG}$= tasso relativo di punti DRG

I fattori di ponderazione specifici per classe sono dati quindi dal rapporto tra i tassi età specifici e il tasso grezzo di punti DRG per la popolazione complessiva.

$$F_{a,l} = \frac{R_{a,l}^{PDRG}}{\sum_a \sum_l R_{a,l}^{PDRG}}$$

Sommando il prodotto dei fattori $F_{a,l}$ per la popolazione regionale *r* delle singole classi si ha la popolazione ponderata per settore ospedaliero.

$$P.P._r^{osp} = \sum_a \sum_l POP_{a,l,r}\ x\ F_{a,l}$$

Nella fase successiva bisogna poi provvedere all'aggiustamento per un indice di bisogno assistenziale. Per tale indice sono stati previsti gli indicatori SMR (tasso standardizzato di mortalità) <75 e il RMI dato dal rapporto tra mortalità infantile regionale e nazionale. Tali indicatori rendono indirettamente la situazione della morbilità e quindi della variabilità nell'uso delle risorse. Da questi si hanno due parametri α e β che rispecchiano teoricamente la relazione risorse utilizzate-livelli di bisogno.

L' indicatore di bisogno regionale che ne deriva è:

$$\varphi_r = (SMR_{1-75})_r^{\beta} x\ (RMI)_r^{\alpha}$$

L'aggiustamento quindi porta alla seguente popolazione regionale:

$$P.P.A_r^{osp} = \sum_a \sum_l POP_{a,l,r}\ x\ \varphi_r x\ F_{a,l}$$

Infine si procede al calcolo della somma da erogare alla Regione dato dal prodotto tra la quota capitaria semplice e la popolazione attesa regionale data da:

$$POPatt_r = POP_{naz}\ x\ \frac{P.P.A._r}{\sum_r P.P.A._r}$$

A livello regionale si seguono i criteri di ripartizione nazionali sostanzialmente e quindi si ripropongono i medesimi problemi.

Il metodo presentato come abbiamo visto si basa sui DRG, tuttavia bisogna considerare che con i DRG ci sono problemi di cream skimming (ovvero la selezione opportunistica dei pazienti) e di allocazione scorretta ai DRG. Vi è poi il problema di induzione della domanda sulla base del sistema di finanziamento.

Andiamo ora ad approfondire i criteri di ponderazione con un modello **alternativo** riportato in Sobbrio (2007). Tali fattori riguardano:

- Struttura demografica dato il legame tra età e consumo;
- Stato di salute come mortalità e morbosità;
- Condizioni socio-economiche.

Data la situazione non perfetta delle informazioni disponibili e la condizione di finanziamento a prestazione degli erogatori, vanno ricercati dei criteri di ponderazione coerenti con entrambe le situazioni ma comunque migliori di quelli presenti. Sicuramente obbligata, pur nella sua perfettibilità, è la considerazione dell'utilizzo delle strutture in base a classi demografiche predeterminate magari aggiustato con un indicatore di bisogno come il tasso, già precedentemente utilizzato, SMR regionale. L'utilizzo può essere visto in base ai giorni di degenza medi (non idonea per via della complessità dei servizi e le distorsioni volontarie attuabili), ai punti DRG medi o spesa media pro capite per DRG, considerando così anche i pazienti outliers con degenza maggiore della soglia fissata.

Il fattore di ponderazione FP per una Regione che adotti i DRG nazionali è:

$$FP_{a,l} = \frac{F_{a,l}}{\sum_a \sum_l FP_{a,l}}$$

cioè il rapporto tra spesa media DRG pro capite di una classe e la stessa spesa di tutta la popolazione regionale.

Oppure

$$FP_{a,l} = \frac{F_{a,l}}{F_{a*,l*}}$$

(Con $F_{a,l} = \frac{\sum_i TAR_{a,l,i}}{POP_{REGa,l}}$)

cioè il rapporto tra spesa media DRG pro capite di una classe e la stessa spesa per la classe-unità di misura. Con questa, rispetto al metodo precedente, si può pesare di più le classi più deboli, quando la classe* ha livelli di consumo bassi. Ciò in modo da dare un premio a chi produce più salute.

Essendo:

$F_{a,l}$= spesa media pro capite regionale per DRG della classe demografica *a*, *l*

$F_{a*,l*}$= spesa media pro capite regionale per DRG di *a** e *l** presi come classe di riferimento

$TAR_{a,l,i}$= spesa regionale sostenuta per DRG *i* erogati a *a,l*

$POP_{REGa,l}$= popolazione regionale di classe *a, l*

A questo punto sarebbe anche possibile calcolare la popolazione pesata di ogni unità sub-regionale, a sua volta aggiustata per i bisogni; giungendo alla determinazione della quota per ciascuna.

Per qualunque metodo si decida comunque i vincoli di bilancio e i bisogni sanitari da soddisfare rendono necessaria la coesioni dei sistemi di finanziamento. Anche la ponderazione deve rendersi coerente con questo duplice metodo.

9.3 L'esperienza Usa

Andando ora a studiare un'altra realtà, da cui spesso l'Italia prende spunto, vediamo ora degli esempi statunitensi. Esempi extra-confine inerenti il programma Medicare si ritrovano in "Essentials of health care finance" di W. Cleverley, P. Song e J. Cleverley (2011). Essi ci portano a conoscenza di un algoritmo per il calcolo di un indice di costo per gli ospedali. Nello specifico le informazioni ci derivano da ricerche estere come quella pubblicata nel 2002 in "**Healthcare Financial Management**".

$$Adjusted\ Discharges\ (in\ giorni) = Inpatient\ Discharges * \left[1 + \frac{Gross\ Outpatient\ Revenue}{Gross\ Inpatient\ Revenue}\right]$$

I prezzi vengono alzati dove serve, tuttavia questa formula non va utilizzata quando manca l'attività "outpatient". Si tratta di un metodo comune per i confronti del pricing con l'output effettivo. Il costo

si divide per il costo della vita dell'area considerata (ma non tutti i costi perché alcuni sono indipendenti dal fattore "costo della vita").

$$Hospital\ Cost\ Index = \%Inpatient\ Revenue * \frac{MCPD}{US\ Median\ values} + \%Outpatient\ Revenue * \frac{MCPV}{US\ Median\ values}$$

Il totale dalle due percentuali dovrebbe essere 10.

MCPD è il Medicare cost per discharge, case mix and wage-index adjusted ed è circa il riflesso degli inpatient cost. Esso è basato su report Medicare pubblici inerenti i costi e pesato con i pesi Medicare. È un buon metodo perché l'output è il valore comparabile con più facilità, il case-mix è specifico per i pazienti Medicare, è considerato il costo della vita ed è aggiustato in base ai costi specifici dei vari reparti; ma per questi motivi non è rappresentativo per i pazienti non appartenenti al programma Medicare.

Anche l'MCPV (Medicare cost per outpatient visit, relative value unit and wage-index adjusted) è rinvenuto da dati pubblici e si ottiene dividendo il costo per richiesta definita a livello di reparto in base all'ampiezza, col valore relativo per unità di richiesta.

Per i calcoli servono algoritmi matematici per la redistribuzione dei costi tra i reparti, facendo attenzione al collegamento costo-reparto a cui viene imputato. A questo punto potrebbe essere necessaria un'aggregazione dei vari reparti attraverso un sistema di pesi qualora si dimostrassero troppi in base ad un'analisi dei costi e dei benefici nell'accuratezza. Sicuramente è importante ridurre il più possibile le ripartizioni a priori grazie ad un sistema Activity Based Costing, pur essendo coscienti che cercare il costo di ogni procedura è impensabile. A questo punto può quindi ritenersi utile il Relative Value Unit Costing, basato su un sistema di pesi relativi, dati per ciascun output comunemente prodotto e aggiustati per le risorse consumate, in quanto diverse procedure richiedono diverse risorse. Un altro fattore importante da considerare è fino a quando le informazioni risultano ancora valide. Secondo la teoria statistica classica, come riportata da Cleverley W. E J. e Song sempre in "Essentials of health care finance" (2011), bisogna stabilire un limite inferiore ed un limite superiore al superamento dei quali è necessario effettuare un controllo, il problema di questo metodo tuttavia risiede nella mancanza di un indicazione circa i benefici del controllo. Elemento invece

considerato dalla teoria della decisione che si sostanzia in una tavola dei pay-off tra investigare o meno quando l'informazione è, o non è, sotto controllo. In questo metodo vengono analizzati i costi attesi con e senza investigazione e quale sia il punto di indifferenza (stimabile con approcci oggettivi come distribuzione di probabilità o soggettivi in base all'interesse).

Oltre al calcolo dei costi tuttavia bisogna tenere presente che è necessario scegliere l'impiego più efficiente in quanto le risorse sono limitate e pertanto non possono essere utilizzate per un impiego se sono già sfruttate per un altro.
Riguardo quali siano i migliori trattamenti, nuovi studi si stanno svolgendo negli USA per i *Comparative Effectiveness Research* per avere differenti opzioni di trattamento su pazienti specifici, aprendo la strada ad una medicina di tipo personalizzato, ma i sistemi d'informazione non hanno dati genetici e non sono quindi abbastanza avanzati.
Ciò comunque non si può scegliere a livello di singolo individuo in quanto, aggregando le singole volontà, si potrebbe arrivare ad un dispendio tale da non essere desiderabile dalla società nel suo complesso. Bisogna considerare i benefici (esiti) dell'impiego delle risorse in un modo piuttosto che in un altro, come anche l'efficacia di prestazione del servizio e i risparmi indotti da alcuni costi per la prevenzione rispetto ai costi da sostenere in futuro in mancanza di prevenzione. Va inoltre velocizzato il metodo di implementazione delle novità all'interno delle strutture, poiché a volte questo porta con sé importanti risparmi di costi. Emblematico è il caso degli esami che per legge e consuetudine sono stati fatti per anni ai lavoratori dell'industria alimentare per sifilide ed epatite B anche a distanza di anni dalla scoperta che tali malattie non sono trasmissibili tramite gli alimenti, comportando quindi costi di laboratorio non indifferenti ma assolutamente superflui, o il caso di esami inutili o ripetuti presso centri diversi prima di avere un'ipotesi diagnostica. Bisogna poi valutare la freschezza dei dati perché, se sono troppo vecchi, sono inutili e se sono troppi diventano ingestibili nei tempi necessari. Si devono considerare poi elementi come la dimensione delle strutture perché le piccole non sfruttano il loro potenziale e duplicano le posizioni, ma le grandi sono a rischio spersonalizzazione e conflittualità interna.

Uscendo dal caso specifico Medicare e vedendo le tariffe, nel **modello USA**, analizzato da Taroni in "DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali" (1997), il sistema tariffario nel 1983 prevedeva una tariffa fissa e predeterminata nazionale per il PPS, per il finanziamento degli ospedali

per i pazienti iscritti al programma Medicare (programma per gli ultrasessantacinquenni, che sono in media la metà dei ricoveri degli ospedali). Il PPS ha sostituito il Tax Equity e il Fiscal Responsability Act che già aveva introdotto degli elementi del PPS come il limite massimo al rimborso dei costi per il ricovero, che è ancora utilizzato in alcuni ospedali.

Nel loro caso i DRG sono usati dalle principali compagnie assicurative per pagare gli ospedali nella maggior parte dei loro piani e per la contrattazione selettiva con le reti di produttori. Il calcolo delle tariffe invece è variegato, alcune sono rigide e predefinite a livello nazionale ed altre negoziate col singolo ospedale. La tariffa deriva dal prodotto del pagamento nazionale standardizzato aggiustato (il PNSA è il costo medio del ricovero) e il peso relativo di ciascun DRG. Il PNSA è calcolato a partire dai costi operativi di produzione riconosciuti dall'amministrazione (che escludono i costi diretti dell'insegnamento al personale paramedico, per l'acquisizione e il prelievo dei reni per il trapianto e altri minori, rimborsati direttamente o sostenuti da altre amministrazioni). I costi del capitale inizialmente esclusi dal PPS e pagati in base al metodo dei costi ragionevoli sono poi gradualmente introdotti, mentre sono ancora pagati in base ai costi ragionevoli i costi per l'insegnamento e per i tecnici di anestesia non medici.

Cercando di studiare la tariffazione si può prendere come esempio il già citato programma Medicare. I suoi costi operativi, come anche i pesi, sono calcolati su un campione del 20% dei ricoveri nazionali. I valori ottenuti vanno corretti per poterli applicare a tutti per le tariffe, indipendentemente dalle specificità della singola struttura. Essi, come spiega Taroni (1997), si applicano al costo per dimissione, dato dai costi operativi ammessi divisi per il numero di ricoveri. Gli aggiustamenti sono per l'inflazione programmata (generale e del mercato dei beni sanitari) e un 1% per il fattore "intensità/qualità" incrementato dai costi dell'anno precedente. Dopo questo passaggio il valore ottenuto è rapportato all'indice di complessità, cioè alla media ponderata dei pesi relativi per DRG con il coefficiente di ponderazione dato dal numero di ricoveri per DRG secondo la formula:

$$Indice\ di\ Case\ Mix = \sum w_i * p_i$$

in cui w_i è il peso relativo e p_i la frequenza, data dal rapporto tra il numero di ricoveri del DRG di classe *i* e i ricoveri totali dell'ospedale. Il PNSA scende per gli ospedali con ICM>1.

Successivamente, continua Taroni (1997), c'è l'aggiustamento per eliminare l'effetto variabilità del costo del lavoro nelle diverse aree (indice dei salari di area), applicato solo alla quota di costi operativi che dipendono dal costo del lavoro, ed altri aggiustamenti minori e il PNSA è depurato dal valore accantonato per il pagamento dei casi outlier.

Poi Taroni (1997) sostiene che il valore è aggiustato, per garantire neutralità al budget rispetto all'anno precedente, attraverso un coefficiente derivato dal rapporto tra il PSNA dell'anno stimato per la tariffa del DRG considerato e lo stesso valore dell'anno precedente. Questo serve per distribuire proporzionalmente tra i diversi DRG lo scarto fra la spesa preventivata e quella calcolata dal PSNA.

Dopo un ultimo aggiustamento di natura regolatoria, si giunge alla definizione della tariffa.

In altre considerazioni Taroni (1997) spiega che la tariffa per un ospedale è data dal PNSA pesato e preventivamente aggiustato in alcune sue parti per i legittimi fattori di aumento dei costi come la differenza di costo del lavoro per area, la sede urbana piuttosto che rurale, l'insegnamento, la percentuale dedicata all'assistenza delle persone a basso reddito e il finanziamento per i ricoveri anomali per tenere conto della gravità dei casi.

9.4 Esempi italiani

Nella nostra realtà invece per un primo confronto prendiamo come esempio il caso lombardo. Per quanto riguarda la **Lombardia**, come lo stesso Taroni afferma in "DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali" (1997), per definire le tariffe ospedaliere, invece di informazioni dettagliate su un numero ridotto di strutture, si utilizzano i costi di grandi aggregati di spesa di un numero abbastanza ampio di strutture, in grado così di riflettere le principali componenti della composita rete ospedaliera regionale. Gli ospedali sono scelti per l'esaustività e l'affidabilità dei dati valutati dalla Regione e per il rendiconto economico o contabile per centri di costo delle USLL con presidio a gestione diretta, per lo scorporo della spesa ospedaliera da quella totale. Si stimano i costi e si relativizzano i pesi per DRG in base alla frequenza dei ricoveri.
Il costo standard è quello delle aziende ospedaliere più efficienti, riferito a pesi relativi aggiustati per la casistica.

Questo è ciò che avviene praticamente in Lombardia, tuttavia Taroni (1997) sottolinea come l'approccio governativo sarebbe un altro. Il **Ministero della sanità** studia otto strutture scelte per la disponibilità di rilevazione delle attività attraverso la Scheda di dimissione ospedaliera e dei dati sui costi utilizzando invece la contabilità per centri di costo (ospedali partecipanti al progetto Nazionale ROD). È controllata la rappresentatività per i ricoveri e le durate del territorio nei confronti dell'intera Italia. Si calcola il costo pieno di produzione per DRG (costi diretti di produzione, generali di funzionamento, escludendo i costi della didattica, di ricerca e dei centri di emergenza sanitaria). I dati di costo sono divisi in 11 categorie di servizio o attività. Si sottraggono i costi per i pazienti non degenti, da stimare in base al numero di prestazioni erogate e/o alle ore di lavoro ambulatoriale. I costi sono poi attribuiti ai DRG con una matrice di ripartizione, la quale usa come statistiche allocative i dati di attività come il numero di ricoveri e le giornate di degenza per DRG. Ciò è fatto per rendere aderenti i costi alle realtà cliniche.

9.5 Confronto Italia-USA

Le differenze tra Italia e USA (per le regole riguardanti il progetto Medicare) individuate da Taroni (1997) sono molteplici. A partire dal tipo di finanziamento che nel caso italiano è un finanziatore unico, evitando il pareggio di bilancio per singolo DRG, ma con una minor precisione delle tariffe e nel caso statunitense un sistema di paganti multipli con programmi in competizione ed un costo medio pari al tetto massimo per tutti; per continuare con un sistema flessibile in Italia con un tetto massimo di spesa variabile al ribasso per la negoziazione, invece della tariffa unica USA (salvo le caratteristiche dell'ospedale riconosciute dal sistema come ad esempio l'insegnamento o la localizzazione della struttura, per cui ci sono aggiustamenti) a cui si allineano tutti gli standard, i quali vanno aggiornati di frequente per restare al passo con l'evoluzione del sistema. Lo stimolo all'efficienza è per chi ha più costi, per gli altri invece c'è il sovra-finanziamento, comunque c'è pressione finanziaria, anche se solo su alcuni punti; a differenza del caso del nostro Paese i cui costi dipendono dalla negoziazione. Inoltre per noi ci sono anche eventuali difficoltà negoziali come ad esempio il fattore dei produttori o degli acquirenti forti. Un'ulteriore differenza riguarda le componenti di costo incluse nelle tariffe che si ripercuotono sui livelli delle tariffe ma soprattutto sull'intensità e la direzione degli incentivi finanziari e sul modello gestionale interno agli ospedali. Negli USA non si comprendono i medici, che hanno un pagamento basato invece sulla singola prestazione, creando quindi un possibile conflitto d'interessi, e

comprende parte dei costi in conto capitale. Separando i costi in conto capitale si dissocia il finanziamento del capitale dai volumi di attività (garantendo quindi comunque le spese in conto capitale), legarli porta a maggiori opzioni nel ridisegno dei processi produttivi ma il rischio di rallentamenti tecnici e pertanto di una qualità inferiore.

9.6 La considerazione della qualità

Oltre ai costi, siamo tutti concordi nel definire tuttavia l'importanza della qualità, che non deve essere messa da parte. La qualità si suddivide in qualità tecnica (rischi e benefici) e interpersonale (valori ed attese). Il modo per valutare la qualità è oggetto di attenzione già nel 1990. A questo periodo risale infatti l'opera "La qualità dell'assistenza sanitaria" di A. Donabedian (1990), la quale basa la valutazione su struttura, processo e risultati. Nel primo caso si parla delle risorse e dei metodi di attuazione di finanziamento e distribuzione; il secondo è basato sull'attività di cura svolta del personale; il terzo del cambiamento dello stato del paziente attribuibile al sistema medico. Gli standard comunque devono essere obiettivi, verificabili, uniformi ed indipendenti da fattori esterni, oltre a dover rispondere ad esigenze di specificità di risposta al singolo problema, pertinenza e conformità alla qualità voluta. Alternativamente D. Rutstein (1976) ha ideato il metodo degli eventi sentinella cioè fattori che diano elementi sullo stato di salute come ad esempio il tasso di mortalità. La pecca di questo metodo tuttavia risiede nella mancanza di indizi su quanto abbia pesato l'assistenza sanitaria sulla condizione di salute.

I principali indicatori sulla qualità sono, riprendendone alcuni da Fortunati Marzapoli V. (1992):

- Indicatori socio-economici;
- Indicatori sullo stato di salute della popolazione disaggregate per età e sesso;
- Indicatori di domanda espressa, che risultano dall'interazione tra i bisogni percepiti e la possibile ricezione di prestazioni efficaci percepita (quindi affetta da soggettività legata agli indicatori socio-economici e ad indicatori di accessibilità in rapporto al costo di accesso e alla probabilità di successo della prestazione);
- Indicatori di risorse, che misurino i mezzi a disposizione in termini monetari e fisici o entrambi, ottenendo poi dal loro rapporto il costo per unità di fattore, utile alla gestione e pianificazione

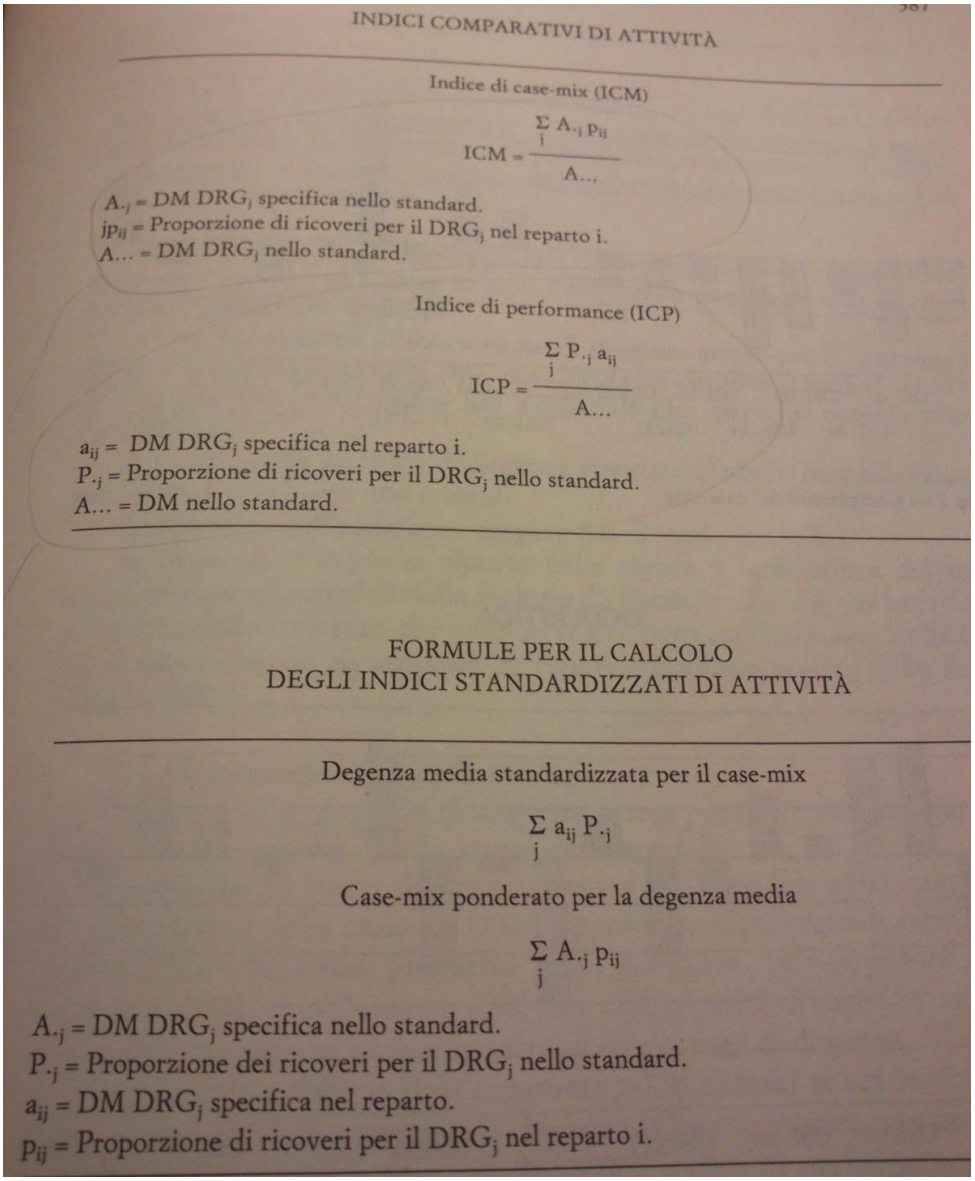
del servizio. Interessante è anche il rapporto tra uno dei due valori e il numero di utenti effettivi o potenziali del servizio;

- Indicatori di attività, che percepiscono le prestazioni effettuate basandosi sulle risorse e sul numero di utenti;
- Indicatori di efficacia del risultato finale per la salute.

Gli indicatori possibili sono molti, serve quindi una scelta, da fare in base alla significatività, di indicatori segnaletici di fatti o variazioni importanti, utili per poi costruire indicatori più complessi che considerino i fattori che, dopo la selezione, siano stati ritenuti importanti per il fine che ci si prefigge.

Altri indici sono quelli costruiti sui DRG, come l'ICM (indice percentuale sintetico di complessità della casistica) e l'ICP (indice sintetico di performance dei reparti a confronto per l'efficienza operativa), che sono predittivi dei costi e descrittori della situazione e della gravità clinica, della complessità della casistica e dell'efficienza operativa.

Figura 9.2 Indici di attività



INDICI COMPARATIVI DI ATTIVITÀ

Indice di case-mix (ICM)

$$ICM = \frac{\sum_j A_{\cdot j}\, p_{ij}}{A...}$$

$A_{\cdot j}$ = DM DRG_j specifica nello standard.
jp_{ij} = Proporzione di ricoveri per il DRG_j nel reparto i.
A... = DM DRG_j nello standard.

Indice di performance (ICP)

$$ICP = \frac{\sum_j P_{\cdot j}\, a_{ij}}{A...}$$

a_{ij} = DM DRG_j specifica nel reparto i.
$P_{\cdot j}$ = Proporzione di ricoveri per il DRG_j nello standard.
A... = DM nello standard.

FORMULE PER IL CALCOLO
DEGLI INDICI STANDARDIZZATI DI ATTIVITÀ

Degenza media standardizzata per il case-mix

$$\sum_j a_{ij}\, P_{\cdot j}$$

Case-mix ponderato per la degenza media

$$\sum_j A_{\cdot j}\, p_{ij}$$

$A_{\cdot j}$ = DM DRG_j specifica nello standard.
$P_{\cdot j}$ = Proporzione dei ricoveri per il DRG_j nello standard.
a_{ij} = DM DRG_j specifica nel reparto.
p_{ij} = Proporzione di ricoveri per il DRG_j nel reparto i.

Fonte: Fortunati Marzapoli V., 1992, pagina 387.

Una prima analisi può essere fatta al riguardo degli stati di salute. Per misurare l'**utilità** è necessario identificare gli stati di salute, descriverli, fare delle interviste ed avere degli strumenti di misura adatti, anche in riferimento al tempo di misurazione. Brent R. J. in "Cost benefit Analysis and health care evaluation" (2003), ci dà una panoramica dei metodi utilizzabili.

La Category Rating Scale (RS) è il metodo più semplice ed economico. Il valore è dato su una linea 0-100 dal valore peggiore al migliore e poi è suddiviso per 100.

$$U(x) = (x - d)/(1 - d)$$

Con *x* lo stato di salute, *d* lo stato di morte, che in genere è visto come il peggiore.

Un altro metodo è lo Standard Gamble (SG), dato dal confronto tra uno stato A e la percentuale di possibilità di stare bene subito ed essere morto subito.

In questo caso l'utilità attesa è: $\pi\overline{U}(H) + (1 - \pi)\overline{U}(D)$ con π probabilità e *D* morte. Sapendo che $\overline{U}(D) = 0$ e che $\overline{U}(H) = 1$ allora: $\overline{U}(A) = \pi\overline{U}(H)$, sempre con $\overline{U}(H) = 1$.

Il metodo del Time Trade Off (TTO) invece confronta la possibilità di vivere un tot di anni in salute con un anno nello stato di salute A ed ha il pregio di evitare le probabilità.

$$x * \overline{U}(H) = t * \overline{U}(A)$$

E quindi sapendo che $\overline{U}(H) = 1$, allora $\overline{U}(A) = x/t$

con *t* aspettativa di anni di vita con la malattia.
x rappresenta il valore che rende indifferente i due stati in base alle preferenze, da variare quindi in base a queste.

Se si parla di stati di salute temporanei invece la formula va modificata come segue:

$$\overline{U}(B) = 1 - [1 - \overline{U}(C)]\left(\frac{x}{t}\right)$$

Con B lo stato temporaneo e C lo stato temporaneo peggiore, la cui utilità è stimata precedentemente rispetto allo stato permanente.

Un'altra versione del modello è l'Healthy-Years Equivalent (HYE) che applica una comparazione SG tra lo stato A e lo stato di benessere e uno stato negativo (anche diverso da D) e misura il tempo nella migliore condizione, con probabilità π.

Un indicatore che combini mortalità e morbilità è il QALY (Quality Adjusted Life Year) o il corrispettivo DALY che si riferisce alla Disability. Le pesature per questo metodo sono date dalle preferenze sociali col metodo PTO o a priori per ragioni economiche.

Il PTO, sottolinea Brent (2003) a differenza dei metodi RS, SG e TTO combina i livelli di benessere col cambiamento di livello e quindi si indirizza alla misurazione dell'utility. È utilizzato per confrontare quale, tra due trattamenti che danno risultati diversi per situazioni di partenza diverse, è considerato migliore per la collettività ed è utilizzato con riferimento a problemi che non riguardano sé stessi, quindi è chiesto di dare un giudizio su problemi altrui. Con questo metodo si è visto empiricamente che le persone effettuano una scelta di ordine di preferenza tra trattamenti che col metodo TTO avevano ricevuto la stessa valutazione e si è visto che il punto di partenza peggiore viene preferito per indirizzarvi il trattamento. I pesi PTO sono criticati per l'overload informativo e perché il numero di persone trattabili è l'unico fattore davvero rilevante al riguardo. Si deve vedere quante persone vanno curate dalla condizione A per avere un beneficio pari a quello di curare 10 persone da una malattia acuta fatale. Poi si divide 10 per il valore dato come risposta e quella è l'utilità del trattamento.

Le pesature per ragioni sociali invece si hanno attraverso $\alpha_i = \alpha_I(QALY_I)^{-t}$ in cui l'esponente misura l'avversione alle disuguaglianze e serve a compensarle e in cui α indica le misure per le caratteristiche. Con t=0 le disuguaglianze non sono importanti oppure c'è uguaglianza, con t=1 una delle due ha il QALY doppio dell'altra.
Da questi, per trovare i pesi con la teoria economica, con ipotesi di funzioni di utilità identiche e di utilità marginale decrescente di income, si calcola

$$a_i = \left(\frac{\bar{Y}}{Y_i}\right)^n$$

con $\bar{Y}$ media, Y_i income e *n* avversione alla mancanza di equità dell'income.

Traducendo i QALY dal lato dei costi essi vanno poi moltiplicati per i prezzi per poter confrontare i benefici e i costi. Brent (2003) sottolinea che per non esprimerli in unità di tempo ma monetarie è necessario usare il prezzo.

$$P = \frac{benefit}{QALY} = B/\bar{U}(T)$$

con $\bar{U}$ pesi per la qualità della vita e T anni di vita rimanenti. B è trovato tramite lo Human Capital Approach (HK) o con varie versioni di willingness to pay.

$$QALY\ totale\ pesata = a_{N_1} N_1 \overline{QALY_1} + a_{N_2} N_2 \overline{QALY_2}$$

con a_{N_i} pesi per considerare l'equità, N_i il numero di persone del gruppo considerato.

(Oppure $a_{N_1} QALY_1 + a_{N_2} QALY_2$)

Da questa si ha $\frac{a_{N_1}}{a_{N_2}} = \frac{N_2 \overline{QALY_2}}{N_1 \overline{QALY_1}}$ e in caso numeratore e denominatore di $\frac{\overline{QALY_2}}{\overline{QALY_1}}$ siano uguali, possono essere annullati. Tale formula è utilizzabile per trovare i pesi in quanto a_{N_1}è fisso e pari a 1, N_1e N_2sono dati e $QALY_i$ sono il numero di livelli di cui si è saliti nella scala di salute.

Come nota finale è importante considerare il fatto che i valori assunti nel metodo PTO sono molto influenzati dal metodo di formulazione e da quali informazioni sono date nei questionari e quindi serve porre attenzione a non influenzare le risposte e contemporaneamente è necessario avere campioni molto ampi.

Data l'ampiezza delle variabili in gioco può poi essere interessante considerare l'indice di **deprivazione**, un indice di sintesi, una combinazione di aggregazione di indicatori più semplici inerenti diverse dimensioni non correlate di uno stesso fenomeno, nello specifico la sanità. Un indicatore tra l'altro che ha fatto molto parlare di sé negli ultimi anni ed ha acceso gli animi di chi lo ritiene indispensabile ed altrettanto di chi lo ritiene un male per i cittadini. Gli indici semplici riguardano il Pil, i redditi ed il livello di istruzione ad esempio ma al riguardo le Regioni del Sud, che si vedrebbero aiutate sono pro-indice ma quelle del Nord come il Veneto sono tendenzialmente contrarie per via della scarsa chiarezza di correlabilità tra questi indici e la misura dei fabbisogni di salute.
La complessità delle influenze sulla salute richiede indicatori complessi che tengano conto di più elementi, per questo uno sviluppo interessante sull'argomento potrebbe essere lo studio di un indice di deprivazione cioè nel caso specifico una misura dello svantaggio socioeconomico di una determinata area. Nonostante questi indici spieghino le condizioni di salute delle aree studiate, comunque permangono problemi in ordine alla correttezza di assumere che le condizioni di un individuo vadano desunte dal luogo di residenza e che le caratteristiche di una zona provochino, ceteris paribus, rischi di salute diversi (effetto contesto). Gli indici sono ricavati con dati censuari, oggettivi e reperibili con facilità. Sono anche di semplice costruzione, ma ci sono comunque dubbi sulla loro robustezza teorica in quanto è necessario porre attenzione all'area da prendere come

riferimento, alle variabili parziali da inserire nel calcolo e alle correlazioni tra tali variabili e tra le variabili e le condizioni di salute. Per quanto riguarda l'area di riferimento si possono considerare all'interno di ogni Regione delle macroaree comprendenti comuni tra loro omogenei, dividendo ad esempio in rurale e urbano o montano e turistico ecc. in base alle caratteristiche del territorio oggettive, per evitare di creare un indice unico per realtà diverse. Con riferimento invece alla scelta delle variabili si cercano tra quelle disponibili (disoccupazione, istruzione, sovraffollamento, famiglie monoparentali, ecc.) quelle più interessanti attraverso un'analisi delle correlazioni semplici tra variabili e misura di salute (al momento l'unico dato disponibile come misura di salute per differenziare tra le aree è il tasso standardizzato di mortalità prematura, sotto i 65 anni) oppure un'analisi fattoriale per vedere la co-dimensionalità delle variabili.

Una volta definite le variabili rilevanti, secondo il metodo più diffuso per costruire l'indice di deprivazione, si passa alla sommatoria non pesata degli indicatori parziali. A volte si procede ad una pesatura soggettiva per fattori qualitativi o ad una standardizzazione per evitare di dare pesi diversi, quest'ultima qualora vi siano variabili con diverse unità di misura. Partendo invece da un'analisi fattoriale si avrà un indice più sofisticato, che è il punteggio fattoriale, il quale è la rappresentazione della collocazione di ogni unità di riferimento nello spazio di rappresentazione individuato dal fattore, o fattori, estratti, che a loro volta sono la sintesi delle informazioni date dagli indicatori parziali. Con tale metodo la standardizzazione preventiva non è necessaria.

L'efficacia degli indici trovati sono misurati dal coefficiente di Pearson, che trova la correlazione tra gli indici e il tasso di mortalità prematuro. Si vede in tal modo in quali zone sia più forte l'influenza della deprivazione (e quindi delle condizioni socioeconomiche) sulla mortalità. Alternativamente si possono prendere un numero discreto di classi (in base ai quantili di popolazione, essendo sotto esame tipologie differenti di indice) per livelli di deprivazione crescenti, cui dare ogni unità di riferimento per cui si sia calcolato l'indice. Per ogni classe si individua il tasso di mortalità prematura (rapporto tra decessi osservati ed attesi nella macroarea). Qui l'efficacia è verificata se all'aumentare della deprivazione aumenta il rischio relativo di mortalità prematura.

Questo metodo è, come già detto, economico e relativamente semplice, tuttavia bisogna notare che l'effetto contesto potrebbe pesare in misura diversa nelle varie realtà e quindi in ogni macroarea la deprivazione andrebbe ricercata in indici diversi. Tutto ciò non è un bene per il fine della partizione delle risorse in quanto se già a livello di macroaree intra-regionali ci sono problemi, essi non

potrebbero che aumentare a livello inter-regionale e nazionale. L'indice di deprivazione tuttavia ha il merito di farci rendere conto dell'importanza che le condizioni socioeconomiche ricoprono per le condizioni di salute della popolazione. Se in aree diverse le condizioni risultano diverse, allora questo fattore andrebbe adeguatamente considerato nel metodo di partizione delle risorse nazionali che per ora invece di basa sul numero dei residenti.

Per vedere che cosa si è considerato nel tempo all'interno delle ponderazioni cominciamo con la tabella sottostante che esprime un riassunto del ruolo dei fattori di **ponderazione** nel periodo 2003-2010 mentre i valori prima del 2003 possono essere assimilati a quelli di quell'anno.

Figura 9.3 Riparto disponibilità finanziarie e criteri di ponderazione

Riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale. Criteri di ponderazione 2003-2010 (quota percentuale di risorse su cui è applicata la ponderazione)

	Popolazione residente*	Età	Mortalità**	Densità popolazione	Totale
2003	17	77,9	5	0,4	100
2004	17	77,9	5	0,4	100
2005	30	67,9	2,5	0,2	100
2006	65	35	-	-	100
2007	65	35	-	-	100
2008	65	35	-	-	100
2009	65	35	-	-	100
2010	65	35	-	-	100

*Popolazione Istat (non pesata); **mortalità infantile e perinatale (opportunamente elaborate).
Fonte: elaborazione delibere Cipe, vari anni.

Fonte: Dirindin N., Politiche sanitarie Vol. 11, N. 4, 2010, pagina 4.

Si va ad un minore peso del fattore età e ad un'eliminazione di fattori minori che arriva quindi a rendere davvero poco le differenze inter-regionali. La ponderazione per età è passata nel 2004 da pesare più di ¾ del fabbisogno a poco più di un 1/3, per venire in contro alle Regioni più giovani, altrimenti svantaggiate dal riparto fino all'attuazione della legge delega 42 del 2009 che pare aprire ad una ponderazione per età del 100% della spesa. La pesatura per età, bisogna fare attenzione, non dovrebbe però riferirsi a tutta la sanità in quanto ci sono alcuni bisogni che si mostrano indipendenti da essa. Con il provvedimento di riparto del 2005 sono state rese note le formule per il riparto stesso.

Figura 9.4 Le formule del riparto

$$Q_{prev} = VAL_{fondo} * Q\%_{prev} \frac{Pop_{Reg}}{Pop_{tot}}$$

$$Q_{dist*} = VAL_{fondo} * Q\%_{MMG} \frac{Pop_{Reg}}{Pop_{tot}} + VAL_{fondo} * Q\%_{spec} \frac{\sum (Pop_{Reg} P_{spec})}{\sum (Pop_{tot} P_{spec})} + VAL_{fondo} * Q\%_{ter} \frac{Pop_{Reg}}{Pop_{tot}}$$

$$Q_{osp} = VAL_{fondo} * Q\%_{osp} \frac{\sum (Pop_{Reg} P_{osp})}{\sum (Pop_{tot} P_{osp})}$$

$$Q_{farm} = (Q_{prev} + Q_{dist*} + Q_{osp}) \cdot \left(13\%/87\%\right)$$

dove:

Q_{prev} = valore per l'assistenza collettiva
Q_{dist*} = valore per l'assistenza distrettuale al netto dell'assistenza farmaceutica
Q_{farm} = valore per l'assistenza farmaceutica
Q_{osp} = valore per l'assistenza ospedaliera
$Q\%_{prev}$ = quota obiettivo per l'assistenza collettiva
$Q\%_{MMG}$ = quota per l'assistenza di medicina generale
$Q\%_{spec}$ = quota per l'assistenza specialistica
$Q\%_{ter}$ = quota per l'altra assistenza territoriale
$Q\%_{osp}$ = quota per l'assistenza ospedaliera
P_{spec} = peso assegnato a ciascuna fascia di età per l'assistenza specialistica (calcolato in base ai consumi rilevati)
P_{osp} = peso assegnato a ciascuna fascia di età per l'assistenza ospedaliera (calcolato in base ai consumi rilevati)
VAL_{fondo} = valore fondo complessivo nazionale

Fonte: Dirindin N., Politiche sanitarie Vol. 11, N. 4, 2010, pagina 4.

In Italia i criteri adottati per stimare i fabbisogni nel corso del tempo, riporta l'autrice, sono stati:

- Popolazione assoluta:

la popolazione residente secondo i dati Istat del 1 gennaio dell'anno precedente, corretto per tenere conto degli extracomunitari presenti sul territorio. In questo frangente si rilevano poi le contestazioni delle Regioni riguardanti la correttezza dei numeri Istat riguardo la popolazione anagrafica.

- Struttura per età della popolazione:

per l'assistenza erogata verso una sola fascia di età si considera solo la popolazione in quella fascia, mentre per quella erogata a tutte le classi si utilizzano dei sistemi di pesatura che si riferiscono alla rilevazione nazionale dei ricoveri ospedalieri Sdo per l'assistenza ospedaliera e alla rilevazione del consumo di prestazioni specialistiche e diagnostiche per quella specialistica ambulatoriale.

- Mortalità:

di norma la radice quadrata o cubica della semisomma della mortalità infantile e perinatale. Nel 2006 se ne è interrotto l'utilizzo.

- Densità demografica:

fino al 2005 è stato utilizzato per tenere conto del rapporto intercorrente tra la densità di popolazione e i costi di erogazione di servizi e delle prestazioni.

Ecco un esempio, per l'anno 2010 dei riparti intercorsi tra le Regioni:

Figura 9.5 Riparti fra le Regioni (a)

Riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie 2010 per il Servizio sanitario nazionale

Regioni	Popolazione all'1.01.2009 (dati provvisori Istat)	Percentuale di popolazione	Totale assistenza collettiva (quota capitaria secca)	Altri servizi territoriali (su quota capitaria secca)	Medicina generale (quota capitaria secca)	Farmaceutica (in proporzione al 13,3% del totale del fabbisogno)	Specialistica (in proporzione a consumi per età)	Totale distrettuale	Assistenza ospedaliera (su popolazione pesata secondo i Drg)	Assistenza ospedaliera (popolazione secca)	Totale ospedaliera
			1					2			3
			5%	17,11%	7,0%	13,6%	13,3%	51,0%	22,0%	22,0%	44,0%
Piemonte	4.432.571	7,38	377.195.892	1.291.119.397	528.074.248	1.047.427.984	1.050.030.386	3.916.652.016	1.756.503.835	1.659.661.924	3.416.165.758
Valle D'Aosta	127.065	0,21	10.812.776	37.011.497	15.137.886	29.600.456	29.256.144	111.005.983	48.491.057	47.576.213	96.067.270
Lombardia	9.742.676	16,23	829.066.779	2.837.846.921	1.160.693.491	2.252.547.210	2.212.877.896	8.463.965.517	3.639.850.822	3.647.893.827	7.287.744.650
Bolzano	498.857	0,83	42.450.941	145.307.080	59.431.318	112.483.954	107.016.457	424.238.809	174.509.358	186.784.141	361.293.499
Trento	519.800	0,87	44.233.115	151.407.358	61.926.362	119.374.407	115.799.374	448.507.500	191.336.862	194.625.708	385.962.570
Veneto	4.885.548	8,14	415.742.610	1.423.062.550	582.039.653	1.127.289.288	1.103.582.571	4.235.974.062	1.816.880.661	1.829.267.482	3.646.148.143
Friuli VG	1.230.936	2,05	104.748.238	358.547.070	146.647.533	292.175.652	294.401.046	1.091.771.301	493.264.255	460.892.247	954.156.502
Liguria	1.615.064	2,69	137.436.153	470.435.884	192.410.614	393.438.230	404.096.152	1.460.380.881	693.523.742	604.719.073	1.298.242.815
Emilia-Romagna	4.337.979	7,22	369.146.452	1.263.566.637	516.805.033	1.023.538.243	1.019.954.098	3.823.864.010	1.716.908.795	1.624.244.388	3.341.153.183
Toscana	3.707.818	6,18	315.522.011	1.080.013.324	441.730.816	880.327.603	883.276.811	3.285.348.553	1.490.836.892	1.388.296.849	2.879.133.742
Umbria	894.222	1,49	76.095.084	260.469.008	106.533.118	211.814.285	211.411.554	790.227.965	358.002.554	334.818.372	692.820.925
Marche	1.569.578	2,61	133.565.457	457.186.721	186.991.640	369.496.342	366.585.603	1.380.260.307	618.312.208	587.688.013	1.206.000.220
Lazio	5.626.710	9,37	478.812.837	1.638.948.237	670.337.972	1.297.796.857	1.270.072.735	4.877.155.800	2.090.209.026	2.106.776.483	4.196.985.509
Abruzzo	1.334.675	2,22	113.576.055	388.764.169	159.006.477	311.331.948	306.530.038	1.165.632.632	512.740.311	499.734.641	1.012.474.952
Molise	320.795	0,53	27.298.504	93.441.176	38.217.905	75.153.185	74.248.753	281.061.019	124.722.215	120.113.417	244.835.631
Campania	5.812.962	9,68	494.662.214	1.693.199.724	692.527.100	1.292.884.488	1.211.299.774	4.889.911.086	1.955.707.641	2.176.513.742	4.132.221.384
Puglia	4.079.702	6,79	347.168.006	1.188.335.706	486.035.208	925.134.110	887.661.720	3.487.166.744	1.447.946.599	1.527.539.225	2.975.485.823
Basilicata	590.601	0,98	50.258.027	172.030.275	70.361.237	136.242.542	132.712.881	511.346.935	220.127.584	221.135.317	441.262.900
Calabria	2.008.709	3,35	170.933.930	585.096.810	239.307.502	457.712.031	440.140.057	1.722.256.400	723.873.307	752.109.293	1.475.982.601
Sicilia	5.037.799	8,39	428.698.623	1.467.410.225	600.178.073	1.143.759.077	1.094.117.677	4.305.465.052	1.798.659.682	1.886.273.943	3.684.933.625
Sardegna	1.671.001	2,78	142.196.191	486.729.215	199.074.667	383.609.280	376.517.194	1.445.930.356	609.920.133	625.663.240	1.235.583.373
Totale	60.045.068	100,00	5.109.619.895	17.489.928.985	7.153.467.853	13.883.137.170	13.591.588.921	52.118.122.929	22.482.327.538	22.482.327.538	44.964.655.076

Fonte: delibera Cife. *(Segue)*

Fonte: Dirindin N., Politiche sanitarie Vol. 11, N. 4, 2010, pagina 15.

Figura 9.6 Riparti fra le Regioni (b)

(Segue) **Riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie 2010 per il Servizio sanitario nazionale**

Regioni	Totale fabbisogno indistinto 2010	Riequilibrio tra Regioni	Fabbisogno finale 2010 dopo riequilibrio tra Regioni	Percentuale di accesso dopo riequilibrio	Quota capitaria 2010	Risorse per abolizione ticket ex art. 61, c 20, d.l. 112/08 convertito in l. 133/2008 (su % di accesso)	Integrazione art. 79, c. 2, l. 133/08 (personale convenzionato) (in proporzione alla popolazione)	Extracomunitari regolarizzati ex art. 1-ter d.l. 78/2009 convertito l. 102/2009 (in proporzione al n. soggetti comunicati da MinInterno)	Totale fabbisogno indistinto + quota parte finalizzate 2010
	4 = 1+2+3 100,0%	5	6 = 4+5			7	8	9	10 = 6+7+8+9
Piemonte	7.710.013.666	3.340.002	7.713.353.668	7,55	1.740	30.178.424	5.093.631	10.173.643	7.758.799.366
Valle D'Aosta	217.886.028	-36.695	217.849.333	0,21	1.714	852.846	146.015	120.784	218.968.978
Lombardia	16.580.776.946	-52.792.037	16.527.984.909	16,17	1.696	64.900.236	11.195.668	56.639.366	16.660.720.179
Bolzano	827.983.250	-139.457	827.843.793	0,81	1.659	3.240.880	573.255	515.705	832.173.633
Trento	878.703.186	-148.039	878.555.146	0,86	1.690	3.439.407	597.321	793.236	883.385.111
Veneto	8.297.864.815	-26.396.095	8.271.468.720	8,09	1.693	32.479.382	5.614.163	16.252.858	8.325.815.124
Friuli VG	2.150.676.042	-362.257	2.150.313.784	2,10	1.747	8.418.145	1.414.514	1.524.045	2.161.670.488
Liguria	2.896.059.848	109.013.218	3.005.073.066	2,94	1.861	11.335.715	1.855.930	4.565.349	3.022.830.060
Emilia-Romagna	7.534.163.645	3.798.602	7.537.962.247	7,37	1.738	29.490.114	4.984.932	20.440.249	7.592.877.542
Toscana	6.480.004.306	15.599.145	6.495.603.451	6,35	1.752	25.363.939	4.260.790	10.764.669	6.535.992.849
Umbria	1.559.143.975	4.304.179	1.563.448.154	1,53	1.748	6.102.779	1.027.583	1.724.898	1.572.303.415
Marche	2.719.825.985	4.912.940	2.724.738.925	2,67	1.736	10.645.903	1.803.660	4.061.179	2.741.249.667
Lazio	9.552.954.145	-36.606.287	9.516.347.858	9,31	1.691	37.392.034	6.465.860	24.875.315	9.585.081.067
Abruzzo	2.291.683.639	2.323.789	2.294.007.428	2,24	1.719	8.970.075	1.533.724	1.959.001	2.306.470.228
Molise	553.195.154	1.301.689	554.496.843	0,54	1.729	2.165.308	368.637	163.533	557.194.322
Campania	9.516.794.684	-5.473.125	9.511.321.558	9,30	1.636	37.250.500	6.679.889	24.880.743	9.580.132.690
Puglia	6.809.820.573	-6.146.383	6.803.674.189	6,66	1.668	26.654.901	4.688.136	5.714.150	6.840.731.376
Basilicata	1.002.867.862	14.082.882	1.016.950.744	0,99	1.722	3.925.411	678.681	483.134	1.022.037.971
Calabria	3.369.172.931	14.417.638	3.383.590.569	3,31	1.684	13.187.568	2.308.282	4.792.666	3.403.879.084
Sicilia	8.419.097.300	-10.418.200	8.408.679.100	8,23	1.669	32.953.908	5.789.120	8.298.105	8.455.720.234
Sardegna	2.823.709.920	-475.508	2.823.234.412	2,76	1.690	11.052.524	1.920.209	1.257.371	2.837.464.516
Totale	102.192.397.900	34.100.000	102.226.497.900	100,00	1.702	400.000.000	69.000.000	200.000.000	102.895.497.900

Fonte: Delibera Cipe.

Fonte: Dirindin N., Politiche sanitarie Vol. 11, N. 4, 2010, pagina 16.

Il contributo di due studiosi, Vincenzo **Atella** e Joanna **Kopinska** nel loro saggio "Criterio di ripartizione e simulazione a medio e lungo termine della spesa sanitaria in Italia: una proposta operativa", apparso nel numero di Gennaio-Marzo 2014 della rivista "Politiche sanitarie", può darci un'idea di come potrebbe essere sviluppato un partizionamento alternativo, più il linea, secondo il parere degli autori, con i fabbisogni della popolazione e col merito di legare il modello dei pesi a quello della spesa prevista nel medio-lungo termine (fino al 2050) con i dati del Ministero della Salute e del database Ceis-SiSSi (progetto sulla dipendenza della spesa dalle condizioni di morbosità). Ci si basa inoltre su dati a livello di Asl, livello non esaminato in precedenza, per meglio visionare i determinanti della spesa.

La variabile dipendente dell'analisi, riportano gli autori, è il bisogno della popolazione dell'Asl, approssimato con la spesa pro capite dell'Asl e delle eventuali strutture ospedaliere del territorio, andando poi ad aggiungere in misura proporzionale le spese accentrate a livello regionale. Si evince dall'analisi che la variabilità di spesa tra Asl è più accentuata di quella mostrata a livello regionale, fattore interessante perché, al contrario di quella inter-regionale, la variabilità tra Asl non è spiegabile con differenze organizzative, quanto piuttosto con differenze di bisogni.

Per la struttura della domanda si considerano i dati inerenti:

- Struttura demografica;
- Reddito;
- Condizioni del mercato del lavoro;
- Speranza di vita;
- Tasso di disoccupazione;
- Livello di istruzione;
- Progresso tecnologico;
- Condizioni di salute;
- Vincoli di bilancio regionali.

Per spiegare la spesa sono stati ricostruiti i livelli di età, anzianità, anche divisi per sesso, la densità demografica, la speranza di vita per sesso e il numero di anziani soli. I dati utilizzati sono stati ricavati dagli autori da varie fonti: Agenzia delle Entrate, dati Istat, Farmindustria e Health search.

Dai dati dell'Agenzia delle entrate si è ricavato il reddito medio, poi deflazionato con il deflatore del Pil del 2009, per ricavare il dato in termini reali, variazione che sarà applicata per tutti i fattori in termini nominali monetari.

Viene inoltre considerato nel modello: il time trend, le dummy regionali e per i piani di rientro ove presenti.

Una volta analizzate all'interno di una funzione tutte queste variabili, utilizzando una stima Ols con errori clusterizzati a livello di Asl,

$$Y_{it} = \alpha + X\beta + \varepsilon_{it}$$

con Y_{it} come spesa pro capite media al tempo t della Asl i, α come costante, β come vettore (k x l) contenente i parametri della matrice X delle k variabili per ogni Asl e ε_{it} come termine di errore, ciò che resta sono effetti fissi, che a livello regionale possono essere considerati un'approssimazione delle risorse sprecate insieme agli effetti del tempo che non sempre è possibile isolare per via del ridotto arco temporale considerato. Per quanto riguarda il nostro Paese è da considerare che ricerche proposte nel 2011 da Francese e Romanelli indicano che i suddetti effetti fissi sono collegabili a bassa qualità, sovra-prescrizione e inappropriatezza dei trattamenti.

Gli autori nell'analisi hanno lavorato aggiungendo progressivamente le variabili per meglio studiare l'apporto di ciascuna. Partendo dalle dummy regionali, il time trend, il deflatore del Pil le dummy dei piani di rientro e le relazioni tra queste nel primo caso sono state aggiunte la variabile età e quella sesso, andando ad avvicinarsi al modello veramente utilizzato attualmente. Successivamente sono stati introdotti i ricavi dei ticket; poi le condizioni di salute (speranza di vita, malattie, prevalenza -cioè rimanere nello stato di malattia- di casi con indice di Charlson di comorbilità > 4, su una scala 1-6); nel quarto caso si è proceduto ad aggiungere i fattori di deprivazione come reddito reale, anziani soli, densità demografica, tasso di disoccupazione e livello di istruzione (percentuale diplomati); infine vengono introdotti gli elementi inerenti il livello di progresso tecnologico.

Le Asl di riferimento devono essere quelle delle Regioni benchmark, o delle possibili candidate, dato che alla data del lavoro non erano ancora note quelle effettivamente designate e quindi sono state utilizzate Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Umbria. L'analisi del caso più completo, rispetto a quello che maggiormente rispecchia il metodo attuale, indica, dicono Atella e Kopinska (2014), che in genere la variabile dummy per piano di rientro rileva che effettivamente questa misura è utile per far diminuire la spesa in quanto i coefficienti risultano negativi quasi ovunque nelle Regioni con piano di rientro, tranne Liguria e Molise. Per le dummy regionali un loro valore positivo invece indica una spesa maggiore delle Regioni benchmark, effettivamente andando a rispecchiare la situazione italiana. Anche le stime dei coefficienti degli altri determinanti sono allineati con quanto previsto. Si vede quindi che effettivamente le popolazioni più giovani spendono meno e le donne più degli uomini. E' importante sottolineare che passando i vari gradi dell'analisi il peso delle variabili cambia in modo anche significativo, ad esempio quello dell'età si riduce in modo considerevole, facendo riflettere sulla bontà dei metodi attuali che sostanzialmente si basano solo su questo. Il coefficiente inerente i ricavi da ticket è negativo, cioè all'aumentare dei ricavi calano le spese, e scarsamente rilevante probabilmente in quanto coincide in genere con la presenza di piani di rientro. Le variabili relative alla prevalenza di determinate malattie, secondo gli autori, si mostrano importanti per quanto riguarda il livello di spesa; la spesa è invece inversamente proporzionale alla speranza di vita delle donne, per quanto in misura non statisticamente significativa. Le variabili di deprivazione sociale risultano essere rilevanti nell'impatto sulla spesa: reddito, numero di anziani, densità di popolazione fanno aumentare la spesa, mentre disoccupazione e istruzione non risultano statisticamente rilevanti. Nemmeno gli indici di progresso risultano statisticamente significativi, pur

avendo provato diverse combinazioni, ma probabilmente tale dato è spiegato con la brevità del periodo considerato (2004-2009). I dati del modello sono stati confrontati con la spesa effettivamente realizzatasi e sia a livello regionale che nazionale si è trovata corrispondenza.

L'analisi di Atella e Kopinska (2014) è poi proseguita con la sterilizzazione della variabile dipendente per poter eliminare la parte di spesa non giustificabile in base all'efficienza economica.

Successivamente si calcola il valore della spesa regionale per ogni Regione non di riferimento ponendo $\beta_r = 0$, in modo che la spesa delle Asl sarà ricavata a meno dei valori $\hat{\beta}_r$. Da essi si calcola la media delle spese pro capite delle Asl divise per Regione per un singolo anno. Le spese di tutte le Regioni avranno un valore $\hat{\alpha}$ comune e una parte diversa in base ai differenti valori delle variabili presenti nelle Regioni e prese in considerazione, ma comunque escludendo dalla stima della spesa-fabbisogno quegli elementi che rappresentano fattori di inefficienza che non devono rientrare nella stima della spesa in quanto non risultano giustificabili.

Per avere la quota regionale si fa la media delle spese sterilizzate delle Asl.

$$qcap_{rt} = \bar{\hat{Y}}^{s}_{rt} = \frac{\sum_{i=1}^{rt} \hat{Y}^{s}_{irt}}{I_{rt}}$$

con $\hat{Y}^{s}_{irt}$ le quote capitarie sterilizzate e con I_{rt} numero delle Asl nella Regione r nell'anno t.

La scelta delle variabili da sterilizzare è discrezionale, ma nell'analisi si è proceduto prima a quella degli effetti regionali (effetti fissi) e poi a questi e al reddito, imponendo la media delle Regioni di riferimento.

Un ulteriore passo si può fare includendo nel calcolo variabili rispondenti alle policy che si vogliano attuare da parte del governo per incidere sulla spesa nel medio-lungo periodo. Un esempio può essere dato dagli indicatori di inclusione sociale, che potrebbero essere inseriti nel calcolo una volta scaduto il termine dato dalle autorità per il raggiungimento di un certo obiettivo.

Per quanto riguarda l'analisi dei dati del 2009, rispetto alle stime effettuate dal Cerm, Atella e Kopinska (2014) sottolineano come, una maggior accuratezza nella scelta delle variabili da analizzare porti verso un deciso maggior finanziamento alle Regioni del Sud, specialmente nel caso di sterilizzazione della variabile reddituale, in quanto ciò significa ipotizzare una maggior disponibilità

finanziaria al Sud, inducendo uno spostamento della domanda verso l'alto in queste zone, anche in termini di qualità. Analizzando i fattori epidemiologici e sociosanitari risulta invece che molte Regioni del Sud, tra cui il Lazio, siano tra le cosiddette amministrazioni "sprecone", rubando un termine giornalistico, e per questo dovrebbero vedersi ridotte le risorse in maniera molto più accentuata rispetto a quanto risulterebbe dalle stime del Cerm, basate solo sulla popolazione.

Secondo gli autori poi dai dati a livello di Asl si possono fare previsioni anche riguardo l'andamento della spesa futura ed in più si ha il vantaggio di stimare in base a modelli econometrici e non contabili, in modo da avere più driver di spesa per poter delineare diversi scenari. Gli autori hanno svolto un'analisi tendenziale ovvero ipotizzando l'assenza di interventi di policy rilevanti per la spesa stessa, ma è possibile poi inserire nel modello elementi di politiche anche variegate sull'occupazione, i prezzi, la salute, la tecnologia ecc.. Utilizzando il modello contabile la spesa si basa sull'andamento demografico e sull'elasticità rispetto al Pil. Tale valore è basato su dati vecchi e comunque riferisce sul variare della spesa al variare della ricchezza, ma non dà informazioni sul fabbisogno reale della popolazione. Essendo inoltre i dati a livello aggregato, c'è un vizio comune in quanto le stime su dati disaggregati mostrano che il ruolo del reddito si riduce molto, poiché ci si avvicina al concetto di fabbisogno di salute.

Andando a sottolineare i differenziali di salute, e di spesa per far fronte ai bisogni, invece Guido **Citoni** dell'Università La Sapienza e Alessandro **Solipaca** dell'Istat, in un'altra pubblicazione dello stesso periodico nel 2013 dal titolo "Bisogni standard, costi standard e allocazione delle risorse tra Regioni: uno spunto di discussione" sviluppano il problema da un altro punto di vista.
Gli approcci seguiti sono due: da un lato si stima una funzione ordered probit ponendo come variabile dipendente lo stato di salute auto-riportato e come altre variabili le malattie e condizioni di morbosità e contemporaneamente un indicatore sintetico di salute con un'analisi multivariata; dall'altro delle stime zero inflated Poisson (zip) con variabili dipendenti l'uso di vari servizi sanitari e indipendenti le malattie e le condizioni morbose. L'innovazione di questo approccio è quella di basarsi unicamente sulle condizioni di malattia della popolazione, senza far influenzare la determinazione della spesa necessaria da altre variabili, secondo gli autori, un terreno che loro stessi definiscono scivoloso per l'attribuzione di responsabilità ed inefficienze.

Dal confronto con l'attuale metodo basato sulla popolazione gli autori avvertono sul rischio che dà avere visioni parcellizzate del fenomeno e quindi auspicano un miglioramento dei sistemi di indicatori per i vari driver di spesa, in modo da poterli opportunamente considerare nel calcolo dei costi.

Le analisi di Citoni e Solipaca (2013) degli indicatori di mortalità, speranza di vita, disabilità e cronicità delle malattie reale e percepita indicano che le condizioni del Sud del Paese siano effettivamente ancora peggiori rispetto a quelle del Centro-Nord. La percezione del proprio stato di salute è un indice importante per il fabbisogno di salute perché è uno dei determinanti principali della domanda di prestazioni e servizi sanitari. Il problema però è legato alla soggettività di cui risulta imperniato per fattori personali e culturali.

Il primo approccio analizzato dagli autori è quello dei costi necessari per l'annullamento delle differenze tra le suddette differenze in termini di livelli di salute. Per questo si è proceduto con due analisi statistiche basate l'una sul bisogno di salute con riferimento alle condizioni percepite in base ad un'indagine campionaria Istat con una scala di valori da 1 a 5 e l'altra con molte variabili oggettive (cronicità, acuzie, disabilità) per arrivare al fattore latente del bisogno potenziale di salute, da utilizzare per eliminare la componente soggettiva dalla prima analisi.

Lo stato di salute auto-riportato è dato dalla somma tra variabili soggettive ed oggettive; avremo quindi come variabili indipendenti oggettive un vettore di malattie acute, uno di malattie croniche e la disabilità e come variabili soggettive età, sesso, reddito, stile di vita, fumo, istruzione, professione, Regione di residenza, percezioni soggettive di malessere. Ponendo tutte le variabili soggettive uguali al valore medio del campione, il loro effetto si annulla, lasciando solo quello delle variabili oggettive. I valori di fabbisogno ottenuti possono essere aggregati a livello regionale.

Si prosegue poi normalizzando i valori ottenuti rapportandoli al range di variazione tra i cut point estremi. I valori risultanti rappresentano le differenze in termini di qualità della vita. La redistribuzione attuata sulla base di questi valori presupporrebbe tuttavia un preventivo riequilibrio nella distribuzione delle strutture del territorio, attuabile solo nel medio periodo; in alternativa bisognerebbe includere nella stima dei valori un indicatore che tenga conto delle differenze anche da questo punto di vista.

Un secondo metodo per l'analisi si ha costruendo un indicatore sintetico dello stato di salute a partire dalla presenza di cronicità, acuzie e disabilità, sulla base dell'analisi delle corrispondenze multiple; la quale permette di proiettare le informazioni, rappresentabili su uno spazio a k dimensioni, su uno

spazio di dimensioni minori, perdendo meno informazioni possibili in termini di inerzia totale (un problema di ottimo vincolato). Il valore medio della salute è zero e a partire dai valori di salute della popolazione di ogni Regione si calcola l'allocazione corrispondente delle risorse.

$$Spro_i = Spro + (I_m - I_i) * c$$

con $Spro_i$ spesa pro capite media della Regione *i*, *Spro* spesa pro capite media del Paese, $I_m - I_i$ differenza tra il valore dell'indicatore di salute medio del Paese (0 per costruzione) e quello della Regione considerata e *c* costo per punto di salute.
I risultati che si ottengono sono abbastanza coerenti con quelli della metodologia precedente (tranne per Lazio e Molise).

Il secondo approccio riportato da Citoni e Solipaca (2013) si basa sulla riduzione dell'utilizzo ingiustificato dei servizi. Sempre basandosi sulla presenza di cronicità, acuzie e disabilità si vuole andare ad indagare il numero di prestazioni attese per individuo, ipotizzando che a pari condizioni di salute dovrebbero corrispondere pari livelli di prestazioni ricevute e l'eventuale scarto sarebbe l'inefficienza o l'iniquità. Contemporaneamente si cerca di analizzare l'impatto del metodo delle Regioni di riferimento sulla spesa.
Ogni individuo si collega ai servizi utilizzati e alla presenza o meno di condizioni di malattia, così facendo si stima l'utilizzo atteso di servizi a parità di stati morbosi acuti o cronici. I dati disponibili sono, per alcune prestazioni, il numero, e per altre, solo l'utilizzo o meno; e utilizzando rispettivamente un modello zip o uno probit si arriva a stimare il numero di eventi attesi per individuo o la probabilità di ricorrere ai servizi considerati. Si procede all'aggregazione, per Regione, delle stime del numero pro capite atteso di prestazioni a parità di condizioni di salute, trovato con i due metodi appena presentati. Calcolando poi la differenza di questa dal valore effettivamente riscontrato a livello regionale e successivamente moltiplicando il valore ottenuto per la popolazione residente nella Regione considerata di volta in volta e per il costo medio della singola prestazione (in ipotesi di tariffe omogenee), si ha la differenza di spesa.
Le differenze tra Nord e Sud sono sfumate, tranne per il sottoutilizzo di visite generiche al Nord e quello di servizi di riabilitazione e interventi chirurgici al Sud. I dati accentuano una situazione in cui il Sud è carente di forniture, mentre il Nord presenta una sovra-prestazione che andrebbe revisionata.

Andando a vedere cosa succederebbe applicando questo metodo in comunione con quello delle Regioni di riferimento (in questo caso prendendo le più popolose), si vanno a calcolare i parametri stimati per le benchmark e si utilizzano per determinare il numero di prestazioni attese nelle altre Regioni, se queste erogassero lo stesso livello di prestazione delle standard, a parità di condizioni di salute. Dalla simulazione emerge che così facendo la spesa aumenterebbe.

Anche l'AGENAS nella sua rivista "Monitor" ospita le riflessioni di vari autori riguardo l'argomento del calcolo della quota capitaria. Nello specifico, facendo riferimento ad un contributo del professor **Vittorio Mapelli** nel numero 36 (2014), la quota capitaria viene considerata in similitudine con un premio assicurativo, il quale si basa sulla sommatoria delle probabilità di ammalarsi moltiplicate per il costo della cura. Anche nel calcolo della quota capitaria infatti deve esserci questo processo di risk adjustment e bisogna porre attenzione alle variabili sociali ed ambientali che portano all'insorgere delle malattie, per poterle adeguatamente considerare negli algoritmi. Il professore distingue poi cinque metodi per il calcolo del fabbisogno standard: la quota capitaria semplice; la quota capitaria ponderata; la spesa pro capite benchmark; la quota capitaria analitica a costi e quantità standard e la quota capitaria aggiustata per la diagnosi. Mentre delle prime tre si è già fatto ampio riferimento nel corso della trattazione finora svolta, un accenno meritano le ultime due metodologie. La quarta moltiplica la popolazione per i prezzi e la quantità, esplicitando tutti i costi unitari per prestazione, e quindi richiede una notevole quantità di informazioni con difficoltà non indifferenti ma, se attuata, aiuterebbe sicuramente la trasparenza ed il controllo del rispetto dei LEA. Nel medio periodo costi e domanda convergerebbero verso i valori standard nazionali; restano comunque le difficoltà anche oggi presenti riguardo la definizione degli standard. L'ultimo metodo è quello più innovativo e viene studiato in Germania, Paesi Bassi e nell'ambito del programma Medicare di cui abbiamo già trattato. In questi Paesi la quota capitaria è calcolata per ogni cittadino in base a predittori di spesa sanitaria, primo tra tutti la diagnosi di malattie in atto o pregresse. Anche qui servono molti dati ed anche qui ritorna il calcolo in parallelo del premio assicurativo basato sulla probabilità di malattia e la spesa relativa. Questo metodo rispetta meglio degli altri equità ed efficienza perché incorpora concetti di deprivazione e contemporaneamente fissa un costo standard per la cura delle malattie.

Dopo esserci occupati dei modelli teorici e della loro evoluzione secondo le ultime correnti di pensiero, da cui sarebbe possibile trarre qualche buono spunto per gli sviluppi futuri, passiamo ora a vedere come ritroviamo la composita situazione italiana nella realtà dei fatti. Si può ora proseguire l'analisi sui costi rispondendo al quesito su quanto sia necessario differenziare le Regioni in base alle singole condizioni, quali siano le Regioni che storicamente si sono dimostrate responsabili nella gestione della propria sanità, piuttosto che responsabili del disavanzo che ammorba i loro bilanci e di cui ora devono rispondere, in quanto lo Stato ha abbandonato i ripiani ex post in favore della responsabilizzazione delle singole Regioni. Oltre ai dati si vedranno anche alcune interviste dei diretti interessati per sapere cosa ne pensino della riforma in atto e come si siano comportati al riguardo.

CAPITOLO 10: Le Regioni italiane tra riforma e disavanzo

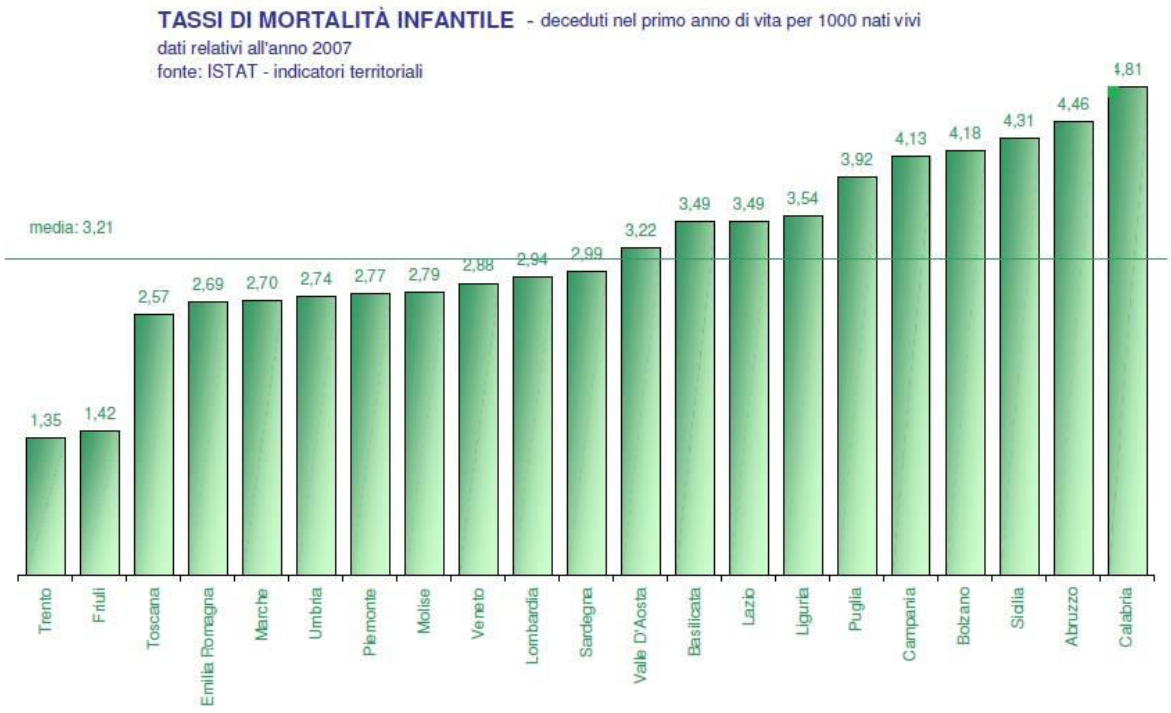
10.1 Un indicatore sintetico delle condizioni di salute, il PIL e la spesa: le differenze tra Nord e Sud

Per questa parte dell'analisi faremo riferimento tra gli altri, soprattutto al contributo di Scheggi nel saggio "L'applicazione del federalismo al settore sanitario" (2011). In esso si sostiene che il concetto di fabbisogno standard in ambito di assistenza sanitaria non abbia senso, per via delle diversissime caratteristiche delle varie Regioni (caratteristiche sia demografiche che epidemiologiche e quindi di condizioni di salute) e che quindi serva un indice qualitativo per le condizioni di salute e la considerazione di altri fattori rilevanti.

Figura 10.1 Speranza di vita alla nascita

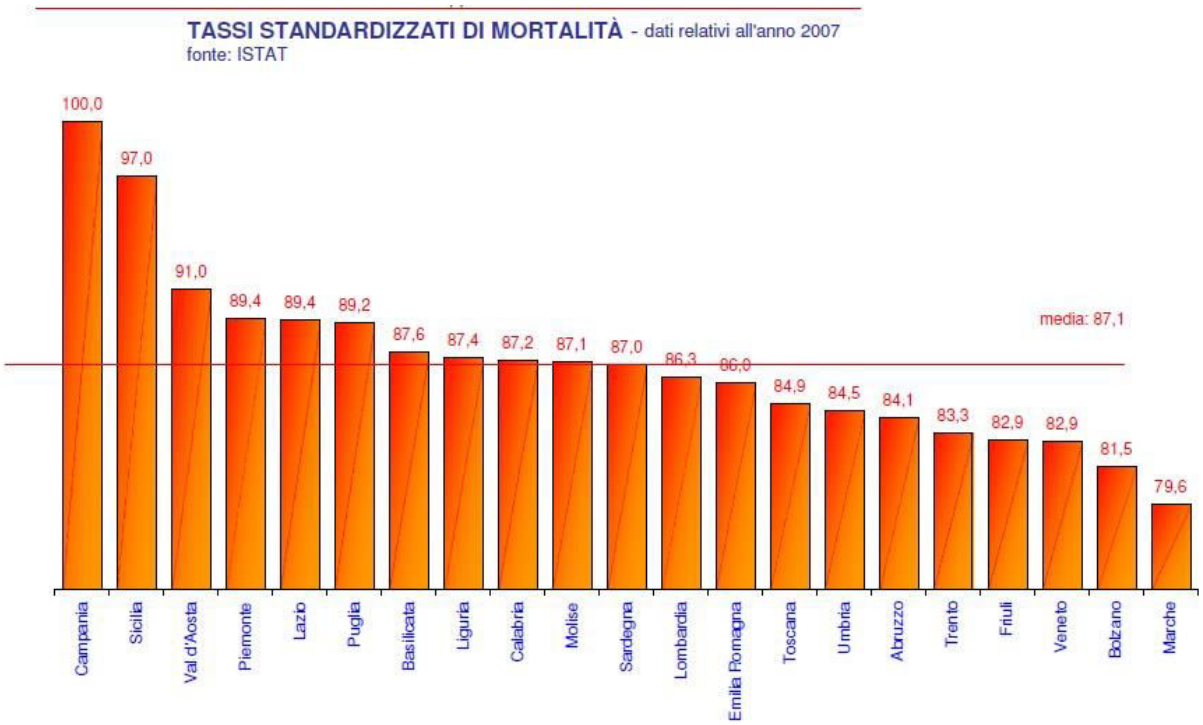
Fonte: Scheggi M., 2011, pagina 4.

Figura 10.2 Tassi di mortalità infantile



Fonte: Scheggi M., 2011, pagina 5.

Figura 10.3 Tassi standardizzati di mortalità



Fonte: Scheggi M., 2011, pagina 6.

Le figure precedenti riportano gli indicatori presenti anche nel rapporto della Commissione istituita nel 2008 dall'allora presidente francese Sarkozy per elaborare un sistema di misurazione delle performance economiche e sociali e coordinata da nomi illustri come J. Stiglitz, A. Sen e J. P. Fitoussi. Una misura delle condizioni di salute è necessariamente a molte dimensioni; mortalità e morbilità come incidenza e prevalenza delle patologie, anni di vita persi per queste rispetto alla speranza di vita e stili di vita.

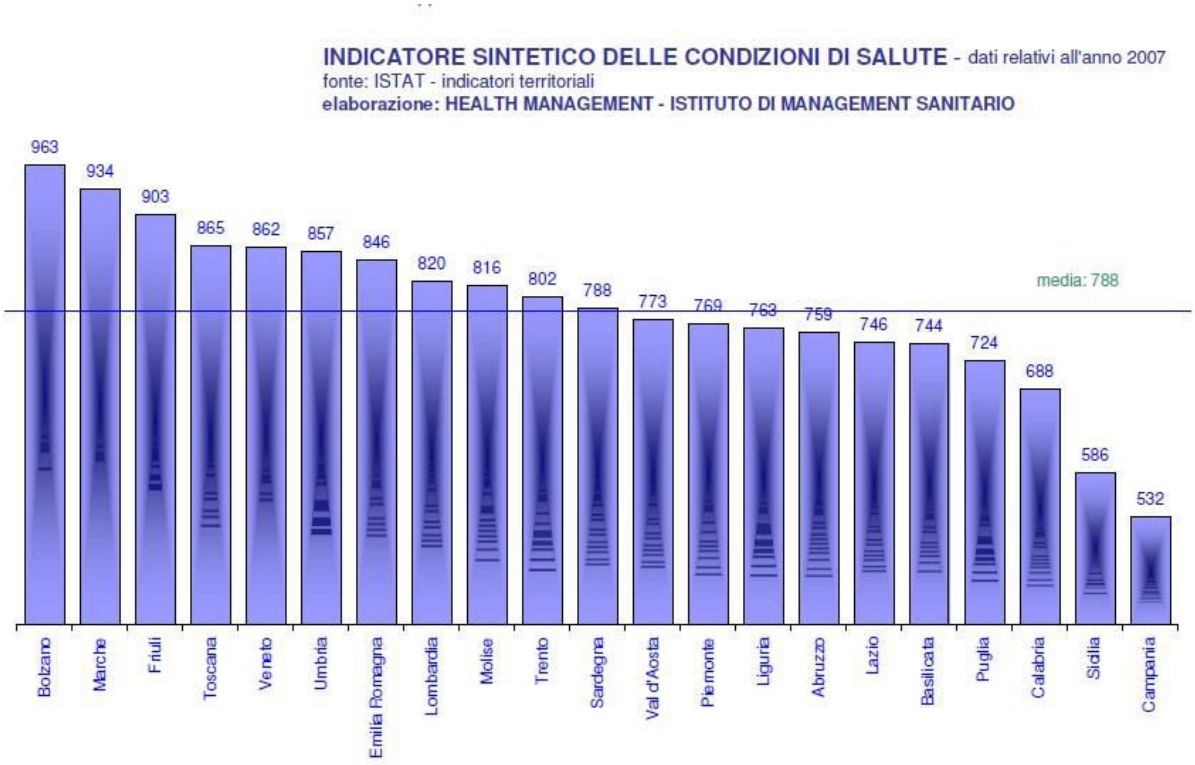
Dai grafici emerge che il meridione ha valori peggiori in tutti e tre gli indicatori e quindi il problema del divario Nord-Sud permane nonostante il suo superamento fosse un obiettivo cardine della legge del 23 dicembre 1978 n.883; la quale istituiva il Servizio Sanitario Nazionale. Analogo squilibrio nelle risorse impegnate per la tutela della salute (eccetto che nel caso del Molise nel 2009, la spesa sanitaria pubblica pro capite in meridione è decisamente inferiore al valore medio).

Per valutare la correlazione tra le condizioni di salute e la spesa sanitaria pro capite Scheggi (2011) ha deciso di:

1. Costruire un indicatore sintetico delle condizioni di salute a partire dai tre indicatori dei grafici riportati appena sopra e ad ogni indicatore è stata applicata la procedura spiegata di seguito. Viene dato un punteggio pari a 1000 alla Regione migliore e 500 alla peggiore; mentre alle altre in proporzione la differenza di 500 in base allo scostamento tra il valore dell'indicatore ed il valore migliore. Ad ogni Regione è dato un punteggio ottenuto dalla media dei punteggi dei tre indicatori e questo è fatto per evitare un peso eccessivo dell'indicatore caratterizzato da più variabilità.
2. Indicizzare i valori dell'indicatore sintetico e dell'indicatore di spesa pubblica sanitaria pro capite rapportando i loro valori nelle varie Regioni al valore medio.
3. Verificare la correlazione tra le due variabili con una regressione lineare.

I risultati di cui ai punti 1 e 3 denotano che l'**indicatore sintetico delle condizioni di salute** registra valori peggiori in meridione rispetto alla media (eccetto per Molise e Sardegna). Al Nord Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria registrano un valore inferiore alla media e per il Centro solo il Lazio. Anche qui compare quindi il già richiamato divario Nord-Sud.

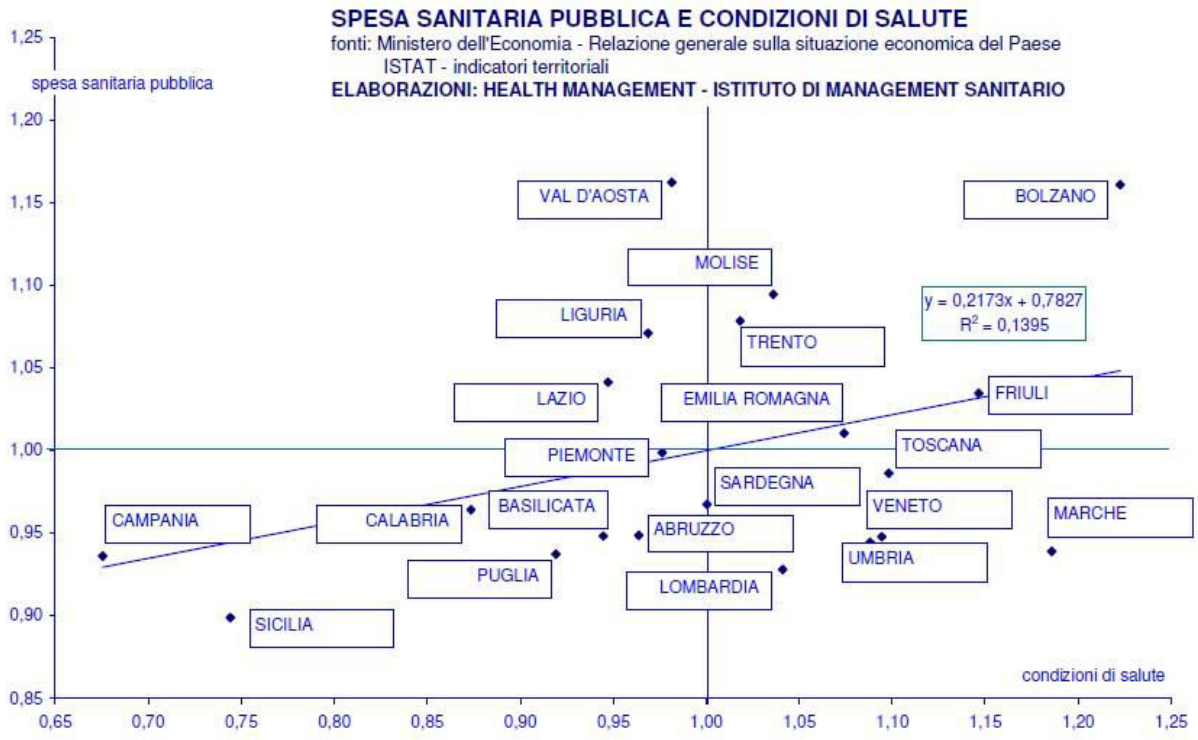
Figura 10.4 Indicatore sintetico di salute



Fonte: Scheggi M., 2011, pagina 14.

A condizioni di salute peggiori corrispondono minori **spese pubbliche** per la salute. Questo ad una rapida analisi appare controintuitivo tuttavia a ben vedere a condizioni di salute migliori corrispondono più efficacia ed efficienza nei servizi, pur considerando che la salute dipende non tanto dall'azione dei servizi sanitari, quanto dalla salubrità dell'ambiente e degli stili di vita, e quindi siamo nell'ambito di fattori demografici e socio-economici.

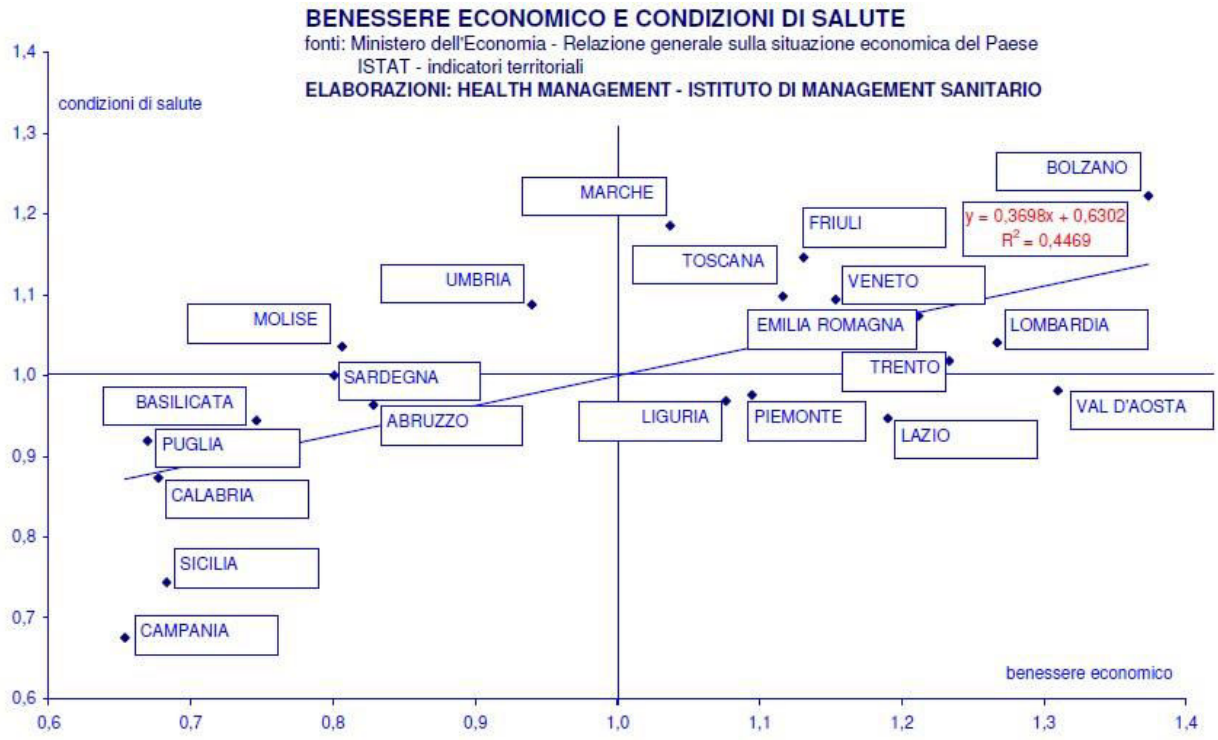
Figura 10.5 Spesa sanitaria pubblica e condizioni di salute



Fonte: Scheggi M., 2011, pagina 15.

Ad esempio con la figura sottostante (con valori indicizzati ottenuti dividendo per il valore medio, il valore degli indicatori nelle varie realtà) si può vedere come ad un maggior **benessere economico** sia associata una migliore qualità della vita e quindi una salute migliore. Eccezioni in positivo sono Umbria, Molise e Sardegna ed in negativo Liguria, Piemonte, Lazio e soprattutto Val d'Aosta.

Figura 10.6 Benessere economico e condizioni di salute

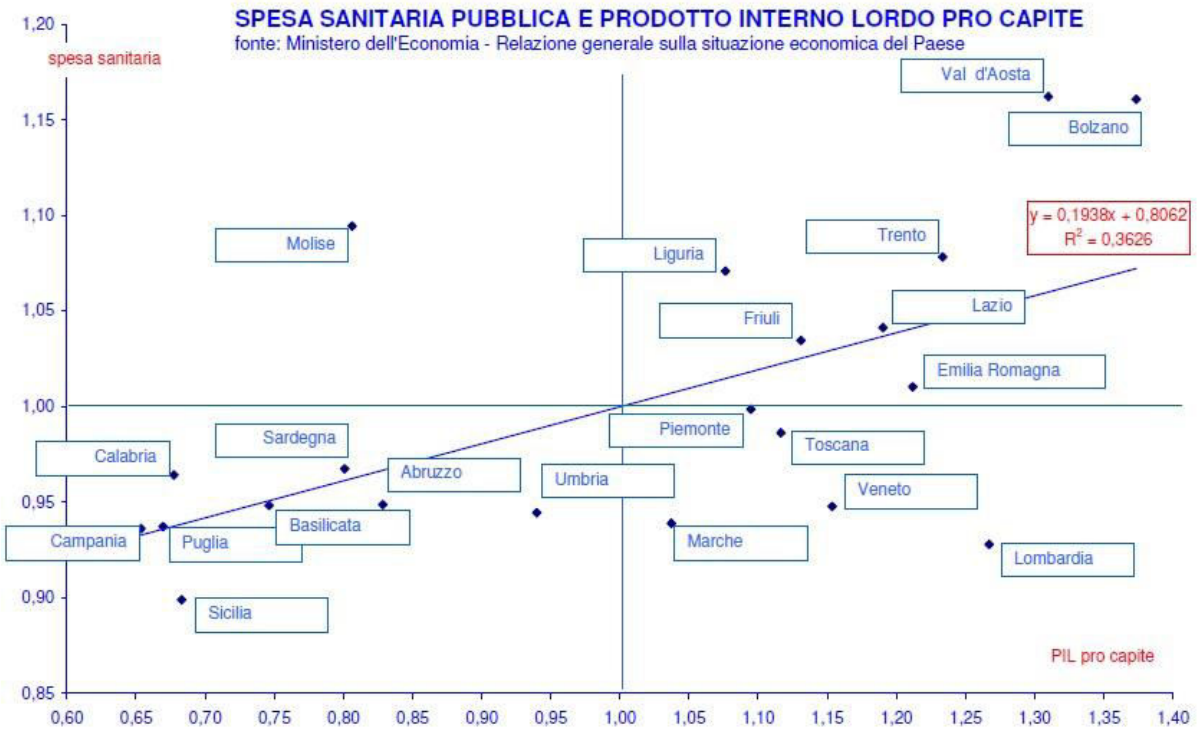


Fonte: Scheggi M., 2011, pagina 17.

Al riguardo il libro di Benjamin Friedman “Implicazioni morali della crescita economica” riportato da Scheggi (2011), in cui l’autore in un passaggio afferma che: “Il miglioramento del tenore di vita favorisce cambiamenti positivi delle istituzioni politiche e degli orientamenti sociali. Una maggiore ricchezza significa tra l’altro cibi migliori, case più grandi, viaggi più frequenti e cure mediche più efficaci. Significa un’istruzione migliore per un maggior numero di persone. Può anche significare, com’è accaduto in quasi tutti i Paesi occidentali durante il ventesimo secolo, una settimana lavorativa più breve, il che consente di dedicare più tempo alla famiglia e agli amici. Una maggiore ricchezza significa anche scuole migliori, più parchi e musei, sale da concerto e stadi sportivi più grandi, per non parlare del tempo libero disponibile per fruire di queste strutture pubbliche”.

Scheggi (2011) analizzando la correlazione tra **spesa sanitaria pubblica e PIL pro capite** attraverso i valori indice del grafico successivo fa emergere come vengano investiti più fondi per la tutela della salute là dove il PIL (indicatore del benessere economico) è maggiore.

Figura 10.7 Spesa sanitaria pubblica e PIL pro capite

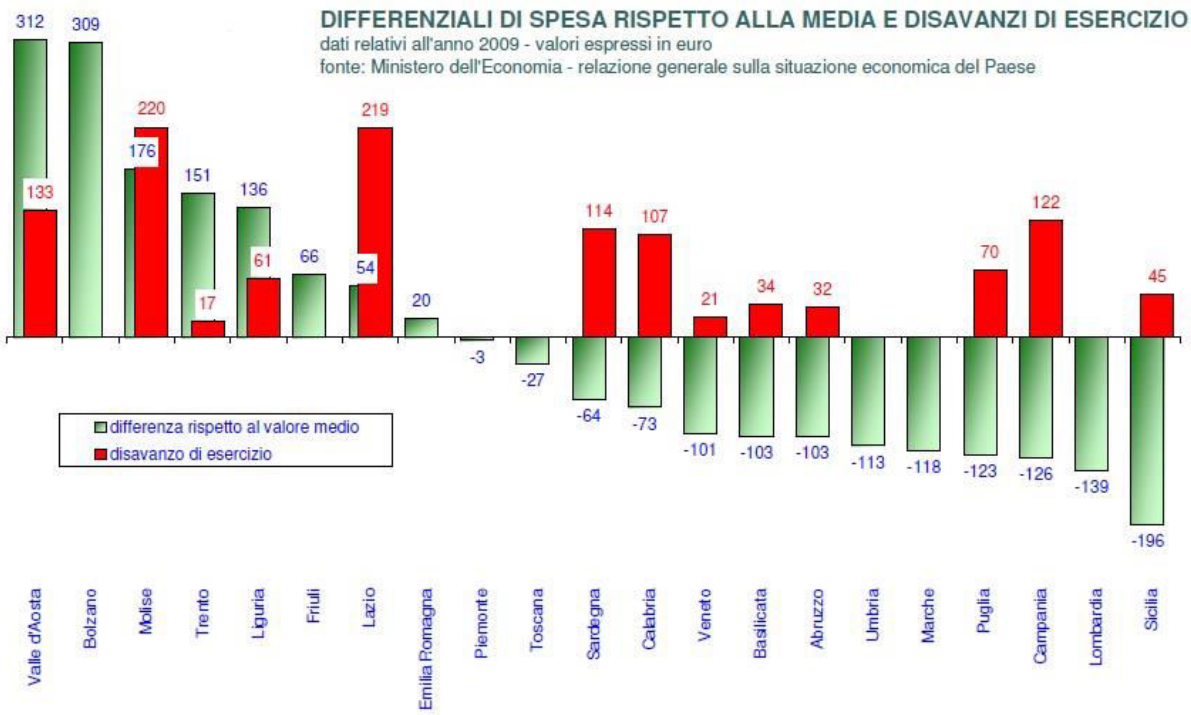


Fonte: Scheggi M., 2011, pagina 18.

Riguardo al grafico bisogna far presente che x=1 e y=1 sono i valori medi degli indicatori analizzati. In questo caso le eccezioni risultano essere ancora una volta il Molise in cui la spesa è maggiore del valore medio ed il PIL è invece inferiore alla media e Piemonte, Toscana, Veneto, Marche e soprattutto Lombardia che, al contrario, hanno una spesa minore ed un PIL maggiore rispetto alla media. Bisogna considerare comunque che è ragionevole presumere che dove c'è più ricchezza ci sarà anche una maggior presenza di spesa sanitaria privata, sia essa sotto forma di acquisti diretti piuttosto che di istituti assicurativi o fondi sanitari integrativi.

Un'ulteriore analisi interessante riguardo la variabilità interregionale della spesa sanitaria pubblica potrebbe essere concernere l'analisi dell'entità della **spesa** sanitaria pro capite **e** del **disavanzo** pro capite.

Figura 10.8 Differenziali di spesa rispetto alla media e disavanzi di esercizio



Fonte: Scheggi M., 2011, pagina 19.

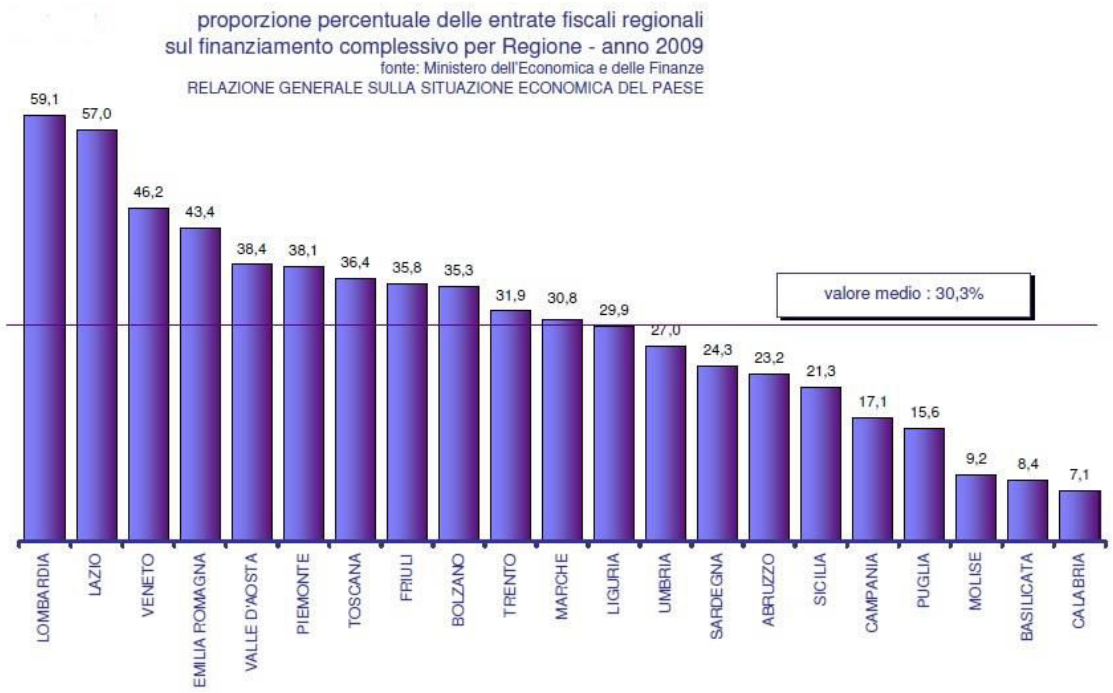
Dall'ultima figura, in cui sono visibili gli scarti pro capite dalla media della spesa sanitaria, ed i valori pro capite dei disavanzi di esercizio nelle varie Regioni, appare che gli squilibri economici sanitari non siano sempre imputabili ad una maggior spesa sanitaria. Ad esempio, nota Scheggi (2011), Bolzano ha un bilancio sanitario in pareggio ma una spesa sanitaria pro capite decisamente superiore alla media e viceversa la Campania è in disavanzo ma la sua spesa è tra le più basse in Italia. Nel 2009 tredici Regioni hanno chiuso il loro esercizio in disavanzo e solo cinque di esse avevano una spesa pro capite maggiore della media. Questa evidenza porta a sottolineare qualche criticità nella ripartizione che vede le classi di età come indicatore principe a scapito di altri, pur esplicitamente indicati dalla legge 662 del 23 dicembre 1996 che ha introdotto la quota capitaria pesata e che cita tra gli indicatori da considerare ai fini del riparto, oltre ai consumi sanitari per età e per sesso, i tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili per definire i bisogni sanitari delle Regioni ed indicatori epidemiologici territoriali. Dunque servirebbe una corretta individuazione e pesatura di questi per il futuro.

Le Regioni del Sud chiedono di considerare l'indice di deprivazione perché condizioni socio-economiche sfavorevoli hanno effetti negativi sulla salute, e quindi portano ad una crescita della domanda di prestazioni sanitarie. Sarebbe comunque preferibile un indicatore che misuri le condizioni di salute e non le cause *ab origine* di queste che sono comunque complesse e con misurazioni opinabili. Risulterebbe più utile ad esempio l'utilizzo dei tre indicatori sfruttati per ricavare l'indice sintetico delle condizioni di salute (speranza di vita alla nascita, mortalità standardizzata per età e per sesso, tasso di mortalità infantile). In questo modo ci sarebbe riequilibrio ed equità nel riparto delle disponibilità finanziarie tra le diverse Regioni.

A livello legislativo la preoccupazione è il controllo della spesa ma bisogna porre attenzione a non dimenticare l'importanza di rispondere in modo convincente ai bisogni della popolazione e che il problema che rallenta il federalismo non è la spesa eccessiva del meridione, che in realtà per la sanità (tranne per il caso del Molise) è sotto la media nazionale pro capite, ma l'autonoma capacità di finanziamento di tale spesa.

Il grafico successivo fa notare, a partire dalla percentuale di entrate fiscali regionali sul finanziamento complessivo nelle diverse realtà territoriali, che l'**autofinanziamento** è un problema per il meridione. Qui la vera questione spinosa è lo sviluppo dell'economia. L'assessore alla sanità della Sicilia ha concluso il suo intervento al convegno nel FORUM PA 2011 in tema di federalismo e costi standard sanitari asserendo che se la Sicilia riparte a catena ripartiranno il Sud ed il Paese intero. Il problema che si frappone alla conciliazione tra equilibrio dei conti pubblici e qualità della vita delle persone è lo sviluppo del meridione perché anche in ambito sanitario si ripropone questo problema.

Figura 10.9 Percentuale delle entrate fiscali regionali sul finanziamento complessivo regionale



Fonte: Scheggi M., 2011, pagina 35.

Nel settore sanitario il fabbisogno standard non può essere la distribuzione uniforme delle prestazioni erogate e delle risorse necessarie per erogarle. Per via delle le differenze epidemiologiche e demografiche che connotano le diverse realtà regionali, esso è piuttosto definibile come distribuzione delle risorse che garantisca eguali opportunità di accesso alle prestazioni necessarie. Sembra impensabile parlare di fabbisogno standard di prestazioni sanitarie in contesti nei quali si registrano differenze così elevate di indicatori come l'indice standardizzato di mortalità, che proprio perché standardizzato per età, e quindi reso indipendente dalla struttura per età della popolazione, può ritenersi un indicatore proxy dello stato di salute della popolazione e l'indice di incidenza di ultrasessantacinquenni, sapendo come la domanda di prestazioni aumenti con la vecchiaia, che non possono non essere correlati ai bisogni di assistenza sanitaria.

In conclusione le ipotesi sono due: o le risorse disponibili per la spesa sanitaria pubblica sono inadeguate rispetto alle esigenze effettive (questa ipotesi nasce osservando come la spesa sanitaria pubblica pro capite nel nostro Paese sia di molto sotto la media europea, nonostante sia presente in

Italia l'incidenza percentuale più elevata di anziani, e inoltre dal fatto che in Italia l'incidenza percentuale della spesa sanitaria privata sia più elevata della media europea); o in alternativa è possibile che le risorse disponibili siano distribuite tra le diverse Regioni in modo non adeguatamente correlato con i bisogni sanitari che si esprimono nelle diverse realtà regionali. Ciò sarebbe plausibile osservando le incongruenze nelle correlazioni della spesa sanitaria pro capite con gli indicatori proxy dei bisogni sanitari.

10.2 Una panoramica sulle Regioni

Con la decentralizzazione si guadagna in efficienza allocativa, in capacità di programmazione, di integrazione sociosanitaria e di contenimento dei costi. Si sono sviluppati tre modelli teorici al riguardo, incarnati da altrettante Regioni: la Lombardia per il modello competitivo; l'Emilia Romagna per il modello cooperativo o integrato e la Calabria per il modello residuale-incrementale o burocratico. Il primo ha come vantaggi il controllo della spesa, il raggiungimento della parità di bilancio, la qualità delle cure e l'assicurazione di una vasta rete di offerta ma d'altra parte è caratterizzato da informazione incompleta e distorsioni ai DRG. Il secondo ha varie forme di integrazione cioè istituzionale, comunitaria, gestionale e professionale. L'ultimo è il classico sistema gerarchico derivato dalla L. 833/78; questo è caratterizzato dalla mancanza di strumenti manageriali e dalla forte presenza di privati accreditati.

L'approccio delle diverse Regioni al federalismo sanitario si è concretizzato nell'accentuazione di conflitti preesistenti. Il conflitto infatti non è solo tra i diversi livelli di governo ma anche tra le stesse Regioni. A lungo si è pensato a dei costi standard calcolati in base ai costi di produzione in condizioni di efficienza di ciascuna prestazione, poi aggregati a livello regionale e nazionale. Tuttavia ci si è resi conto dell'impossibilità di perseguire questa metodologia e si è deciso di considerare invece l'approccio macroeconomico. Esso costruisce un fabbisogno sanitario nazionale standard riferendosi alla compatibilità con le finanze pubbliche da ripartire, come abbiamo visto, in base alla quota pro capite pesata.

Non si tiene conto di altri criteri come ad esempio l'indice di deprivazione sociale, il quale potrebbe aiutare a spiegare la variabilità del fabbisogno sanitario a parità di struttura per età della popolazione.

Questo criterio, se adottato almeno in parte, andrebbe a vantaggio delle Regioni meridionali, favorendole nella redistribuzione in base ai calcoli e non alla pura politica.

La cronaca ci aggiorna molto spesso sul fatto che la conflittualità tra Regioni rimanga, a dispetto della tanto conclamata uguaglianza, e ciò si vede anche all'interno del partizionamento delle risorse sanitarie. Non è tanto però l'impianto analitico per la ripartizione delle risorse ad essere oggetto della discussione quanto piuttosto il periodo transitorio, ossia le tempistiche e le modalità con cui si passa da costo storico a costo standard, un tema in cui spesso la volontà di un accordo politico prevale sulla tecnica delle possibili soluzioni.

La Toscana e la conferenza delle Regioni vogliono **eliminare le Regioni benchmark** e propongono di calcolare gli standard avendo a riferimento le Regioni non in piano di rientro, in modo da evitare che le realtà più in difficoltà si trovino ad affrontare obiettivi che più che sfidanti risultino irraggiungibili. Inoltre ritengono necessari degli indicatori qualitativi per evitare il raggiungimento degli obiettivi tramite l'escamotage del taglio dei servizi. La nuova proposta, come modifica della legge sul federalismo fiscale, è nata dopo aver approvato per il 2013 le cinque Regioni benchmark da utilizzare. Dalla scelta di tre Regioni, a partire dalle cinque individuate, a cui applicare i costi standard per il riparto del fondo sanitario, si passerebbe alla proposta emendativa del D. L. 60/2011 che prevede un metodo che, con cadenza annua, preveda l'attribuzione alle Regioni delle risorse per i servizi sanitari in base a standard qualitativi e livelli obiettivo di servizio imposti a tutte le Regioni. L'utilizzo delle tre Regioni di riferimento è criticato in quanto si basa sull'economicità e non sulla qualità e poiché la media delle tre Regioni migliori incorpora il germe della demotivazione per quelle Regioni con problemi da risolvere particolarmente impegnativi. Bisogna quindi ricercare certamente degli obiettivi sfidanti, ma anche raggiungibili e temperati con la prospettiva qualitativa e di appropriatezza, per evitare che il contenimento della spesa vada ad inficiare la qualità dell'assistenza in modo anche premeditato. I nuovi criteri potrebbero inizialmente basarsi sui risultati medi delle Regioni non in piano di rientro. Tali risultati a livello di qualità, appropriatezza ed efficienza dell'offerta sanitaria per ciascun macrolivello assistenziale e non solo a livello medico, come da decreto 68/2011. Per garantire un continuo miglioramento, man mano che le Regioni riescano a rientrare dai loro problemi di bilancio, il calcolo dei costi standard potrebbe basarsi sulla media dei risultati delle Regioni con risultati superiori alla media nazionale.

Anche nella nuova proposta comunque il costo standard risulta essere un indicatore complessivo di spesa e non il costo effettivo delle singole prestazioni. Si tratta di indicatori diversi dagli attuali, basati sulla spesa pro capite pesata, per attuare il riparto del fondo sanitario nazionale. In sanità non si possono avere i costi rigidi di ogni singolo oggetto prescindendo dalla qualità. Ci si dà quindi un obiettivo complessivo di qualità e spesa e su questo si sviluppano i servizi; tutto ciò tenendo comunque sempre presente le diverse situazioni di partenza dei vari territori.

Condizioni di partenza diverse non solo in termini di condizioni geografiche e sociali, ma anche a livello di **amministrazione della sanità**, come sottolinea il professor Zangrandi nel suo "Il finanziamento della sanità in alcune Regioni italiane. Regioni a confronto" (2008) di cui si dirà qui di seguito.

L'Emilia Romagna ha un sistema sanitario improntato sulla funzione di committenza delle Asl, con accordi di fornitura stabiliti a livello decentrato. Essa si caratterizza inoltre per la differenza tra erogatori pubblici e privati, questi ultimi soggetti al governo regionale e con tetti per disincentivare la mobilità dei cittadini. Per quanto riguarda le tariffe, l'Emilia Romagna ha deciso di provvedere attraverso l'uso di un sistema analitico, con la particolarità per i Drg Lea di prevedere la stessa tariffa per il trattamento in regime ordinario indifferentemente da quante siano le giornate di degenza. Le Asl sono finanziate a quota capitaria e gli ospedali per attività svolta, tranne i presidi a gestione diretta.

Per quanto riguarda invece il Friuli Venezia Giulia, l'aspetto più peculiare riguarda il fatto che il finanziamento sia indifferenziato per Asl ed erogatori in base ai fattori produttivi, non più quindi la quota capitaria per le Asl e le tariffe Drg per gli erogatori. Questa metodologia mantiene l'equilibrio economico. Dal 2007 è applicato il sistema basato sulle risorse dell'anno precedente aumentate per tenere debito conto dell'inflazione, del costo degli oneri contrattuali e della programmazione annuale delle attività.

Il caso della Lombardia poi è quello che più diverge dalle indicazioni date dal legislatore nazionale. Essa definisce le tariffe con metodo analitico e investe nella distinzione tra ruolo di committente dato all'Asl e di produzione dato agli erogatori (legge regionale numero 31 dell'11 luglio 1997). La Lombardia finanzia le Asl a quota capitaria e il ricovero e la specialistica ambulatoriale per prestazione.

Al contrario il Piemonte segue le indicazioni legislative scrupolosamente, finanziando le Asl su base capitaria e gli erogatori per attività svolta. Una particolarità è presente nella differenziazione tra erogatori pubblici e privati e per questi ultimi il livello di finanziamento, è interessante notare, è collegato al livello di qualità definita nell'ambito del sistema di accreditamento. Le tariffe di questa Regione sono ricavate da un sistema di pesi, cioè stabilendo il costo base per punto Drg e definendo i pesi delle diverse prestazioni. Le tariffe sono differenziate per natura dell'erogatore e sua complessità funzionale.

Anche la Toscana, racconta Zangrandi (2008), ha deciso di seguire il legislatore per le regole sull'allocazione delle risorse e il finanziamento, con un rafforzamento del ruolo dell'Area vasta cioè l'ambito che meglio può dare risposte in termini di programmazione. Va poi a sperimentare la Società della salute, un nuovo soggetto con le funzioni della zona-distretto. Anche il ruolo degli Estav è interessante: si tratta di un supporto di carattere logistico e amministrativo per la rete delle Aziende sanitarie per permettere economie di scala e specializzazione. Nell'area di Firenze si è sperimentata anche la trattativa competitiva cioè una competizione per i privati accreditati, voluta dall'Asl, per richiedere attività specifiche e con determinati livelli qualitativi.

Il Veneto ha deciso di finanziare a quota capitaria le Asl e gli ospedali in base all'attività erogata, tranne i presidi a gestione diretta. Dal 2004 esso si è preoccupato di ridefinire i costi standard di produzione delle prestazioni ospedaliere per avere delle tariffe congrue. La particolarità di questa Regione però è il tetto finanziario posto alla remunerazione di alcune prestazioni di ricovero oggetto di mobilità, prima solo per le strutture pubbliche e poi anche per le private accreditate.

10.3 Il deficit e i commenti alla riforma

Vediamo ora cosa pensano della riforma i politici di diverse Regioni, in quanto essi si vedono calate dall'alto delle regole da rispettare e sono i primi a confrontarsi con la nuova realtà, e di membri delle Commissioni che invece sulle scelte discutono. Da un'intervista nel secondo numero del 2011 della rivista Thema, protagonisti della sanità:

Lionello Cosentino, Membro della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato: "Il mio punto di vista è tuttavia netto: le Regioni in deficit hanno bisogno, più che di risorse aggiuntive, di trasferimento di

know-how, di trasparenza, di creazione *ex novo* dei sistemi informativi e di valutazione, di aiuto nella *governance*. La crisi italiana è innanzitutto crisi delle classi dirigenti."

Luca Coletto, Assessore alle Politiche Sanitarie, Regione Veneto: "Da parte nostra la soddisfazione è assoluta. Da tanto tempo molta gente chiedeva che si riformasse lo Stato in senso federalista, e questo cammino lo possiamo considerare di fatto concluso. Si chiude un cerchio che non esiterei a definire 'virtuoso', anche perché, nello specifico della sanità, virtuoso sarà davvero l'effetto di un nuovo modo di approcciare la gestione della spesa e l'organizzazione del servizio. Le faccio un esempio: il Veneto, che pure ha chiuso il bilancio consuntivo 2010 con un attivo di 12.500.000 euro, sta lavorando a questa prospettiva sin dall'insediamento della Giunta Zaia. Stiamo per varare una vasta riforma dell'intero nostro sistema sanitario attraverso un nuovo Piano Sociosanitario Regionale; rivedremo pezzo dopo pezzo, come nella costruzione di un puzzle, la nostra rete ospedaliera; rafforzeremo la medicina territoriale; sposteremo dall'ospedale per acuti al territorio tutta quell'assistenza che per un ospedale è impropria, portando le cure più vicino ai cittadini; svilupperemo fortemente l'informatizzazione che, come ha dimostrato il progetto Veneto Escape (referti a casa dei cittadini sul loro computer con un risparmio di spesa per la gente di 72 milioni di euro l'anno), aumenta l'efficienza e diminuisce i costi. In sanità, il federalismo si tradurrà in servizi più efficaci e in un reale controllo della spesa. Solo che questo non sarà più limitato a poche Regioni, ma dovrà essere il criterio informatore dell'attività di tutti gli amministratori d'Italia."

Alla domanda se l'applicazione dei costi standard consentirà realmente di responsabilizzare le Regioni e le aziende nell'utilizzo delle risorse destinate al nostro Servizio Sanitario Nazionale così da risolvere problemi di sperequazione all'interno della stessa Regione e tra Asl e Asl, le risposte sono state variegate. Luca Coletto sostiene che: **"**Oggi come oggi ci sono Regioni (come il Veneto, la Lombardia, l'Emilia-Romagna, la Toscana) dove una prestazione qualsiasi, dalla radiografia all'intervento chirurgico, costa la metà che in altre, e questo non si spiega se non con metodi di amministrazione poco attenti all'ottimizzazione della spesa. Una volta determinato a livello nazionale un costo standard specifico per ogni prestazione, tutti dovranno porre la stessa attenzione, perché a quel punto i fondi nazionali saranno ripartiti sulla base del costo standard e non più della spesa storica." Per quanto riguarda invece il rispetto del principio di solidarietà egli ritiene che: "non è mai stato

messo in discussione. Peraltro non era accettabile che passasse un criterio di tipo socioeconomico come la deprivazione, che ben poco ha a che fare con la sanità.
Ecco: uno degli aspetti importanti del nuovo rigore che si dovrà porre nella definizione della spesa e del riparto dei fondi nazionali è proprio quello legato alla necessità che i finanziamenti siano indirizzati assolutamente e totalmente sui costi delle cure e siano parametrati sulle caratteristiche epidemiologiche della popolazione, non sul modello 740. Quanto alla solidarietà, l'abbiamo dimostrata concretamente nella difficile partita del Riparto nazionale dei fondi 2011, nell'ambito del quale abbiamo deciso di cedere ben 24 milioni di euro per costituire, con altre Regioni virtuose, una sorta di fondo di accompagnamento per quelle attualmente in difficoltà."

Intervistando invece Salvatore Sammartano, Dirigente del Servizio Economico-finanziario, Assessorato alla Salute della Regione siciliana si ha un'altra visuale: "Nella precedente formulazione il provvedimento mancava di efficacia, rimandando ad accordi pressoché impossibili fra Regioni; ora si passa all'altro estremo, ovvero ad una formulazione centralista che impone la pesatura per la sola età, contraddicendo così ogni evidenza scientifica: l'età non è l'unica determinante dei bisogni sanitari e tanto meno dei costi di gestione di un sistema sanitario. In estrema sintesi non si capisce perché le caratteristiche socioeconomiche del territorio (deprivazione) debbano influire soltanto sulle carenze strutturali e non anche sulla gestione corrente e sui bisogni attuali."

Emilio Simeone, direttore Generale dell'ASL 8 di Cagliari al riguardo sostiene che: "A fronte del Decreto Legislativo sulle "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario", è di tutta evidenza che occorre rivedere il nostro modello di erogazione delle prestazioni, soprattutto in funzione della ripartizione nelle tre nuove macroaree che entreranno in vigore dal 2013. Tale processo è invero già in essere, non tanto nell'ottica del 'risparmio' in quanto tale, ma finalizzato all''ottimizzazione' del rapporto costo/prestazione da cui deriva il 'risparmio'.
Nella Asl 8 di Cagliari si erogano prestazioni che, per qualità, superano in gran parte il valore economico degli attuali Livelli Essenziali di Assistenza. Senza la certezza di un'adeguata futura copertura economica, potrebbe quindi nascere qualche perplessità gestionale sulla possibilità di mantenere tale qualità. Si ritiene importante, pertanto, porre alcuni correttivi al Decreto Legislativo,

tenendo in giusta considerazione la qualità dell'assistenza, la tipologia di specifiche patologie regionali e le innovazioni tecnologiche, che impongono ovviamente costi molto alti."

A riguardo del principio di solidarietà sociale egli ritiene che: "Il principio di solidarietà sociale si salva solo attraverso la copertura economica dei costi in relazione alla tipologia di prestazioni che si intende erogare. È di tutta evidenza che in campo sanitario alcune prestazioni hanno costi elevatissimi, dovuti all'altissima tecnologia utilizzata. Se si considera che la Sardegna ha 1.500.000 abitanti, è ovvio che l'incidenza di tali costi sia estremamente elevata in rapporto all'utenza.

Dovrebbe quindi essere premiata la capacità di realizzare accordi gestionali tra Asl regionali e/o extraregione, che favoriscano l'integrazione e l'accorpamento di queste prestazioni per contenerne i costi. In Sardegna esistono poi alcune patologie, quali l'anemia mediterranea, altrove quasi assenti e l'incidenza del diabete è doppia rispetto alle altre Regioni. Questa situazione ha delle ripercussioni, in termini anche sociali, su tutto il sistema, per cui mi pare del tutto insufficiente prevedere una semplice ripartizione di generici 'risparmi' delle Regioni più virtuose nel confronto con quelle benchmark. Secondo me queste problematiche dovrebbero essere affrontate con un approccio diverso, nel momento in cui bisogna conferire loro la giusta consistenza di copertura economica: la valutazione della popolazione va 'pesata' anche in tal senso, e non solo per fascia d'età. In linea di massima mi sembra che si sia comunque intrapresa una strada sufficientemente virtuosa."

I dati pubblicati dal rapporto Osservasalute 2010, realizzato dall'Università Cattolica di Roma, elogiano la sanità nella Regione Friuli Venezia Giulia. Il giornale Thema (2011) ha intervistato il Presidente della Regione in quel momento, Renzo Tondo, il quale, interrogato sulle direttrici seguite dalla Regione, ha risposto che esse sono il miglioramento dell'efficienza, la revisione della rete ospedaliera regionale, la presa in carico integrata delle persone affette da malattie croniche e disabilità e la riorganizzazione della centrale operativa dell'emergenza. Aggiunge inoltre la conferma degli obiettivi previsti in passato soprattutto riguardo la riduzione dei tempi di attesa, il completamento della rete di assistenza in favore dei malati terminali, gli interventi programmati nel campo della riabilitazione, dell'assistenza domiciliare, del materno-infantile e dell'oncologia, ed il completamento dei programmi per la prevenzione e la promozione della salute negli ambienti di vita e lavoro, le dipendenze e la salute mentale. Il Presidente Tondo tiene a sottolineare inoltre che "Vengono nel contempo individuate modalità organizzative che promuovano maggiore integrazione fra le attività svolte dalle diverse Aziende, in particolare fra quelle presenti all'interno di una medesima Area Vasta,

privilegiando modelli di collaborazione a rete e dipartimentali destinati a mettere in comune risorse, spazi, tecnologie e soprattutto competenze.
Occorre dunque distinguere tra l'esigenza di garantire l'erogazione della funzione ospedaliera e la definizione della relativa formula organizzativa. In altre parole la presenza di una funzione in una sede ospedaliera non necessariamente presuppone l'esistenza o il mantenimento di un'unità operativa specifica. Le Aziende sanitarie della Regione sono chiamate, pertanto, a rivedere i propri organigrammi nel rispetto di tali principi, individuando le proprie funzioni obbligatorie o vincolate e quelle da coordinare con le altre Aziende di Area Vasta sulla base di specifici accordi."

Proseguendo l'intervista di Thema (2011) riguardante il Friuli Venezia Giulia con il suo Assessore Regionale alla Salute, Integrazione sociosanitaria e Politiche sociali, Vladimir Kosic si capisce come il lavoro qualitativo della Regione parta da un impegno lontano, ma mantenuto costante. "Il Friuli Venezia Giulia, anticipando in qualche modo il federalismo fiscale, è uscito dal Servizio Sanitario Nazionale nel 1996. Ciò significa che da allora gestiamo il settore con risorse che derivano esclusivamente dalle compartecipazioni al gettito fiscale. E significa che abbiamo sempre e comunque garantito il pareggio di bilancio, senza mai chiedere soccorso al Governo centrale. In tutti i settori *fasìn di bessôi* (facciamo da soli), sottolineano orgogliosamente i friulani. Ed anche in sanità tutte le giunte regionali che si sono succedute dal 1996 ad oggi hanno saputo razionalizzare e riorganizzare quel tanto che basta per evitare imbarazzanti disavanzi. Sono convinto che ogni Regione dovrebbe dimostrare di essere capace di autofinanziarsi e in quest'ottica l'introduzione del criterio dei costi e dei fabbisogni standard dovrebbero poter stimolare efficacia, efficienza e qualità, anche grazie all'introduzione di meccanismi di verifica per capire se i costi sostenuti sono coerenti con i servizi resi e le risposte date ai bisogni dei cittadini. Tuttavia in molte realtà rimane il problema del rientro dal deficit e quindi ho l'impressione che questa strada sia ancora lunga. Come passo indispensabile mi permetterei di suggerire alle Regioni che non lo hanno fatto di introdurre, come noi, un Dipartimento Servizi Condivisi, per la gestione centralizzata delle forniture per tutte le Aziende sanitarie ed ospedaliere: le economie di scala sono assolutamente rilevanti."

Il presidente della Sezione Regionale Friuli Venezia Giulia ANMDO fa poi riflettere su una questione interessante: "E' necessario sfatare l'errata convinzione che una buona sanità sia tanto migliore quanto più è vicina a casa. Il sistema deve garantire equità di accesso a prestazioni di elevata qualità,

differenziate per complessità, e questo concetto va sviluppato anche migliorando le condizioni di accoglienza e di mobilità dei cittadini: moltiplicare i punti di erogazione mette a rischio la sicurezza e l'efficacia soprattutto delle prestazioni più qualificate, ancor prima di gravare sui costi."

Si vede quindi che in generale i commenti sulla riforma sono piuttosto tiepidi ed anzi si riscontrano da più parti rilevazioni di problemi e perplessità circa le conseguenze dell'attuazione pratica delle nuove regole.

10.4 Differenze tra le Regioni del Settentrione e del Mezzogiorno

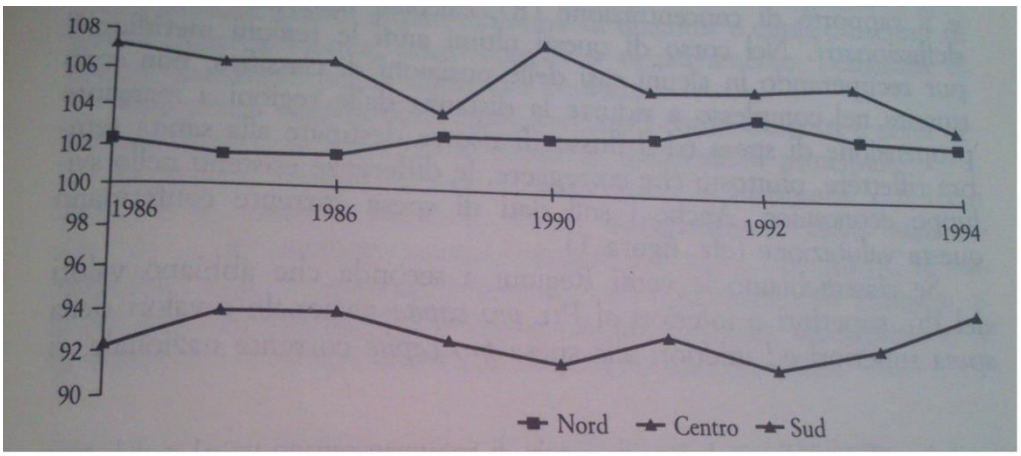
Una parte importante dei trasferimenti erariali è distribuita in base al fabbisogno normale, che è spiegato dalle entrate normali. I Comuni che appartengono a classi con più risorse quindi mostrano un maggior fabbisogno e una maggiore spesa, che produce, ceteris paribus, un maggiore livello di risorse. Questo non è efficiente e nemmeno equo.
In Italia dal 1978 si è cercato di ridurre il divario Nord-Sud per quanto riguarda le risorse, tuttavia ancor oggi c'è uno scarto rilevabile statisticamente tra i trasferimenti per le diverse zone e che si accompagna ad una minore dotazione di risorse complessivamente attribuite al Mezzogiorno.
Da un lato si riscontra il problema inerente le variabili da cui dipende effettivamente la spesa degli Enti e, dall'altro lato, quello delle variabili ammesse (i criteri in base ai quali lo Stato si prende l'onere dei costi dei servizi). Nel primo caso si parla di quantità e costo effettivamente impiegati rispetto al livello quanti-qualitativo effettivamente erogato, mentre nel secondo caso si fa riferimento alla quantità mediamente impiegata per una quantità media di servizi erogati.

Villani, D'Alessio e Pica in "The issue of standard costs and problems of the Southern Italy" (2008) sostengono che si riconosce una sorta di **circolo vizioso** per cui il sottosviluppo di alcune zone porta a disservizi che a loro volta innescano inefficienze del sistema produttivo e per conseguenza ulteriore sottosviluppo. Per quanto riguarda le zone ricche invece vi è uno speculare circolo virtuoso di segno opposto. Sulla forza di questi circoli può aiutare una regolarità statistica detta "legge di Wildavsky" secondo cui: "Se una comunità territoriale è più povera, non soltanto essa ha minori risorse ma gestisce in modo peggiore le risorse di cui comunque dispone". Ciò si verifica dato che la qualità della gestione ha essa stessa un costo, che la comunità povera non riesce a sostenere.

Il sottosviluppo, dicono Villani, D'Alessio e Pica (2008), è legato a due fattori: da una parte il sistema impositivo è spesso correlato al reddito e quindi chi ha meno paga meno, ma riceve anche meno servizi; dall'altra c'è il peggior uso delle risorse nelle zone povere, come ad esempio il caso dell'aumento delle spese per i lavoratori socialmente utili, in quanto il Governo ha passato il problema agli enti locali, che pertanto hanno visto gonfiare questa voce di spesa ed hanno dovuto tagliare su altro. Per risolvere tali questioni a livello centrale si devono introdurre trasferimenti per compensare il minore gettito per abitante come da art 119, comma 3 della Costituzione: "La legge dello Stato istituisce un fondo perequativo, senza vincoli di destinazione, per territori con minore capacità fiscale per abitante". Nel secondo caso poi, va riequilibrata la struttura degli input attraverso il cui uso gli enti locali delle zone deboli producono servizi, non attraverso maggiori erogazioni, ma con misure che modifichino la qualità della spesa e con misure che valorizzino la volontà dei cittadini di contribuire ai costi dei servizi locali, garantendo loro in cambio un congruo ammontare di servizi.

Sempre negli anni delle riforme, analizzando i dati pre e post ci si rende conto di come l'andamento della **spesa** nel Nord e nel Sud abbia una netta separazione e che considerando i livelli di **Pil** e di spesa regionali rispetto a quelli medi nazionali, generalmente i più ricchi hanno più spesa e i più poveri minori spese sanitarie. Sciclone in "Distribuzione regionale della spesa e finanziamento delle risorse nel sistema sanitario nazionale" all'interno di Petretto (1997) si occupa di questo.

Figura 10.10 Impegni di spesa per abitante, con il valore Italia a livello 100



Fonte: Sciclone N., in Alessandro Petretto, 1997, pagina 277.

A questo punto del percorso storico la spesa sanitaria è divisa in maniera inopportuna rispetto ai divari di sviluppo economico. Tuttavia la giustificazione potrebbe stare nella distribuzione dei fabbisogni di servizi ed assistenza.
Scicole (in Petretto, 1997) dice che per i livelli di fabbisogno le variabili considerate, che influenzano in positivo o in negativo l'esigenza di risorse, sono:

- Il tasso di natalità;
- Il tasso di mortalità;
- Il tasso di mortalità infantile e perinatale;
- La percentuale di ultrasessantacinquenni;
- Le malattie croniche dichiarate ogni mille abitanti;
- Le persone con età maggiore o uguale a 14 anni con almeno un ricovero nell'ultimo anno non solare prima della rilevazione statistica per mille abitanti;
- Il numero di ricoveri per mille abitanti;
- I posti letto ospedalieri per mille abitanti;
- Le grandi apparecchiature di diagnosi e cura.

La quarta variabile dà indicazioni circa quantità e qualità delle infrastrutture, approssimata con il numero di posti letto. Quando le prime tre variabili principali assumono valori alti e la quarta bassi allora c'è un motivo per la richiesta di finanziamenti superiori. Sia il criterio della spesa storica che quello della mobilità inter-regionale sfavoriscono il Mezzogiorno in quanto meno dotato di infrastrutture pubbliche. Bisogna ridurre le differenze per evitare il pendolarismo sanitario anche tenendo conto della diversa morbilità in base alle zone.
Un altro fattore, non immediatamente collegabile, ma importante per gli effetti, impatta sulla sanità. Per quanto riguarda il prelievo, esso, anche considerando i fenomeni dell'**evasione e** dell'**elusione** fiscale, ricade prevalentemente sui redditi da lavoro dipendente. Ciò viola il principio della capacità contributiva perché a parità di reddito, quello da lavoro dipendente è tassato di più, e perché le persone più facoltose hanno aliquote inferiori. Questi due fenomeni minano l'equità orizzontale e verticale rispettivamente. Riguardo al principio del beneficio che collega contributi e prestazioni, si ammette la regressività delle aliquote in quanto utilità e consumi crescono in misura meno che

proporzionale rispetto al reddito. Tuttavia nemmeno in questo caso è giustificabile la differente tassazione dei redditi in base alla tipologia di questi o alla condizione lavorativa del contribuente. Correttivi al problema delle aliquote, ma non a quello del gravame sui redditi da lavoro dipendente, sta nella compartecipazione al costo delle prestazioni introdotta nel '93 per salvaguardare le persone meno abbienti.

Un ulteriore punto, spesso dato per scontato in quanto preventivo a tutte le considerazioni fin qui fatte, ma che merita una sottolineatura è che il costo di un servizio nasce con la realizzazione di ogni attività o operazione aziendale e si rileva in contesti diversi di misurazioni contabili, secondo le finalità informative specifiche. Le informazioni economiche sui costi, contabilizzate nel sistema generale della contabilità, sono eccessivamente generiche per poter ottenere i costi standard di ogni output. I costi standard pratici sono significativi per l'effettivo cambiamento gestionale verso l'efficienza nelle produzioni. Tali costi devono essere ottenuti da specialisti con alta qualità, utili per determinare i fattori di cui si cerca il costo, e da manager con alta responsabilità, per consentire i più alti standard di efficacia ed efficienza, attraverso l'utilizzo di avanzate metodologie di determinazione degli *standard* e inoltre va considerato che comunque la significatività del costo ha durata limitata nel tempo.

10.5 L'inadempienza della Regione per l'attuazione del piano di rientro

Il passaggio in cui ci si rende più conto delle differenze tra il Nord ed il Sud del nostro Paese e del percorso di riavvicinamento che si sta tentando di attuare è quello dello studio dei disavanzi pubblici e dei tentativi per ripianare i conti, in particolare della sanità visto che di questo stiamo trattando. Andiamo quindi ora a vedere che cosa dice il nostro legislatore riguardo le inadempienze delle Regioni per l'attuazione dei piani di rientro. L'articolo 2, comma 83 della legge finanziaria 2010 stabilisce che, qualora dall'esito delle verifiche del comma 81, emerga l'inadempienza della Regione, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e sentito il Ministro per i rapporti con le Regioni, il Consiglio dei ministri, sentite la Struttura tecnica di monitoraggio e la Conferenza Stato-Regioni (che devono rispondere rispettivamente entro 10 e 20 giorni dalla richiesta) diffida la Regione, adottando inoltre tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi in esso previsti. In caso l'inadempienza permanga il Consiglio dei ministri nomina il presidente della Regione commissario ad acta per l'intera durata del

piano di rientro, che adotta tutte le misure indicate nel piano, nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano. Il commissario verifica altresì la piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale. In caso di inadempienza del commissario ad acta per la redazione e l'attuazione del piano, il comma 84 prevede che il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione, adotti tutti gli atti necessari ai fini della predisposizione del piano di rientro e della sua attuazione, fino anche alla nomina di uno o più commissari ad acta di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria per l'adozione e l'attuazione degli atti indicati nel piano e non realizzati. Al comma 84-bis poi si stabilisce che in caso di dimissioni o di impedimento del presidente della Regione, il Consiglio dei Ministri nomini un commissario ad acta, al quale spettano i poteri indicati dal comma 83 fino all'insediamento del nuovo presidente della Regione o alla cessazione della causa di impedimento.

L'articolo 4 del decreto-legge n. 159/2007 disciplina la nomina e le funzioni del commissario ad acta.

- Il comma 1 attribuisce al Presidente del Consiglio dei Ministri il potere di diffidare la Regione ad adottare, entro quindici giorni, tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi previsti nel Piano di rientro dai deficit sanitari;
- Il comma 2 prevede la nomina di un commissario ad acta, per l'intero periodo di vigenza del singolo piano di rientro, da parte del Consiglio dei Ministri, nell'ipotesi che la Regione non adempia alla diffida di cui al comma 1, ovvero nel caso in cui gli atti e le azioni posti in essere, valutati dai predetti Tavolo e Comitato, risultino inidonei o insufficienti al raggiungimento degli obiettivi programmati. Il Consiglio dei Ministri può nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più subcommissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, per affiancare il commissario ad acta che li può utilizzare anche come attuatori e può motivatamente disporre, nei confronti dei direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e delle aziende ospedaliere universitarie, fermo restando il trattamento economico in godimento, la sospensione dalle funzioni in atto, che possono

essere affidate ad un soggetto attuatore, e l'assegnazione ad altro incarico fino alla durata massima del commissariamento ovvero alla naturale scadenza del rapporto con l'ente del servizio sanitario.

L'articolo 2, comma 86 della legge finanziaria 2010 stabilisce che il mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro, verificato annualmente, comporta, oltre al mantenimento per l'intera durata del piano delle maggiorazioni IRAP e IRPEF previste e al vincolo per la Regione degli interventi individuati dal piano, l'incremento nelle misure fisse di 0,15% dell'aliquota IRAP e di 0,30% dell'addizionale all'IRPEF.

L'articolo 11 del D.L. 31 maggio 2010 n. 78 consente alle Regioni sottoposte ai piani di rientro per le quali al 31 dicembre 2009 non ci sia il raggiungimento degli obiettivi strutturali del Piano di rientro e non sussistano le condizioni di standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale del 5% e commissariamento, avendo garantito l'equilibrio economico nel settore sanitario e non essendo state sottoposte a commissariamento, di poter chiedere la prosecuzione del Piano di rientro, per una durata non superiore al triennio (2010-2012), per completarlo. La prosecuzione e il completamento del Piano di rientro sono condizioni per l'attribuzione per competenza e per cassa in via definitiva delle risorse finanziarie già previste a legislazione vigente e condizionate alla piena attuazione del Piano. Qualora non si arrivi a queste condizioni i risultati d'esercizio degli anni a cui le predette risorse si riferiscono vanno rideterminati. L'art. 15, comma 20, del decreto-legge 95/2012 ha previsto per l'ulteriore triennio 2013-2015 che le Regioni in piano di rientro e non commissariate proseguano i programmi previsti nel piano. In particolare, sono applicate le disposizioni di cui all'articolo 11, comma 1, del decreto-legge n.78 del 31 maggio 2010.

Per quanto riguarda poi le azioni esecutive nei confronti aziende sanitarie locali e ospedaliere delle Regioni stesse e copertura dei debiti sanitari l'articolo 2, comma 89, della legge finanziaria 2010 stabilisce che nelle Regioni con i piani di rientro, per due mesi dalla data di entrata in vigore della legge medesima, non si possono iniziare o continuare tali azioni e i pignoramenti che eventualmente vengano eseguiti non sono vincolanti per gli enti debitori e i tesorieri, i quali possono disporre delle somme per le finalità istituzionali degli enti.

Viene poi disposto dall'articolo 11, comma 2 del D.L. 78/2010 e dall'articolo 1, comma 51 della legge n. 220 del 13 dicembre 2010 che, per assicurare il raggiungimento unitario degli obiettivi del Piano di

rientro, nelle Regioni sottoposte ai piani e commissariate, i Commissari ad acta, entro 15 giorni dall'entrata in vigore del presente decreto-legge, procedano alla conclusione della procedura di ricognizione dei debiti accertati in attuazione dei piani, predisponendo modalità e tempistiche di pagamento; dovranno poi procedere all'espletamento delle funzioni istituzionali in situazioni di ripristinato equilibrio finanziario per le Regioni già sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari; non possano essere intraprese o proseguite azioni esecutive, nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle Regioni medesime, fino al 31 dicembre 2013.

L'articolo 2, comma 91 consente per il 2009, nelle Regioni in cui non ci sia stato il raggiungimento degli obiettivi programmati di risanamento e riequilibrio, la copertura del disavanzo sanitario mediante risorse di bilancio regionale purché le relative misure idonee e congrue siano adottate entro il 31 dicembre del 2009 e con l'applicazione delle disposizioni di cui al comma 86.

Il successivo comma 92, della legge finanziaria 2010 disciplina gli adempimenti delle Regioni inadempienti per motivi diversi dall'obbligo dell'equilibrio di bilancio sanitario. Esse con l'approvazione della Regione possono sottoscrivere un accordo, con il relativo piano di rientro (articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni). La valutazione del suddetto piano di rientro è effettuata dalla STEM e dalla Conferenza Stato-Regioni, rispettivamente in 15 e 30 giorni dall'invio (comma 93). La sottoscrizione e l'attuazione sono presupposto per l'accesso al maggior finanziamento nell'esercizio di riferimento dell'inadempienza e di quelli interessati dal piano di rientro. L'erogazione dell'80% avviene a seguito della sottoscrizione dell'accordo, mentre il restante 20% dopo la verifica positiva dell'attuazione del piano. Il comma 94 stabilisce inoltre che le somme erogate alla Regione vengano recuperate in caso essa non attui il piano di rientro e la copertura del disavanzo sanitario residuo compiuta con risorse di bilancio idonee e congrue entro il 31 dicembre dell'esercizio interessato.

Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la Regione, essa deve rimuovere ogni atto che li ostacoli (comma 95). La verifica dell'attuazione del piano di rientro avviene con periodicità semestrale e annuale, ed anche straordinaria. I provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria, e comunque tutti i provvedimenti aventi impatto sul servizio sanitario regionale indicati nel piano in apposito paragrafo dello stesso, sono trasmessi alla piattaforma informatica del Ministero della salute, cui possono accedere tutti i componenti degli organismi (Tavolo di verifica degli

adempimenti, Comitato LEA e STEM, cfr. l'articolo 3 della citata intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012) (comma 96).

Nel comma 97 si stabilisce che le Regioni che avrebbero dovuto sottoscrivere, entro il 31 dicembre 2009, un accordo ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della citata legge n. 311/2004, con il relativo piano di rientro, per la riattribuzione del maggior finanziamento, possano farlo entro il 30 aprile 2010. In mancanza, entro i successivi novanta giorni la quota di maggior finanziamento si intende definitivamente sottratta alla competenza della Regione interessata.

L'articolo 2, comma 98 della legge finanziaria 2010 autorizza lo Stato ad un'anticipazione creditizia per l'estinzione dei debiti sanitari registrati fino al 31 dicembre 2005, con un massimo di 1000 milioni di euro alle Regioni sottoposte ai piani di rientro, restituibili, con interessi, in trent'anni. Dopo l'accertamento definitivo e completo del debito non coperto dalla Regione e la predisposizione regionale di misure legislative di copertura dell'ammortamento della predetta liquidità, idonee e congrue, si provvede, anche in più tranche, all'erogazione.

Per il riequilibrio economico dei servizi sanitari regionali nel triennio 2007-2009, l'art. 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007) aveva istituito un Fondo transitorio destinato alle Regioni con un piano di rientro, da ripartirsi secondo il criterio dei disavanzi consuntivati fino al 31 dicembre 2005. Il Fondo prevede rispettivamente per i tre anni: 1.000 milioni di euro nel 2007, 850 nel 2008 e 700 nel 2009. Il decreto ministeriale 23 aprile 2007 ha assegnato le risorse a Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia. In seguito con il decreto-legge n. 23 del 20 marzo 2007, n. 23 si prevede il concorso straordinario dello Stato, per il periodo 2001-2005, una spesa di 3.000 milioni di euro per l'anno 2007 a beneficio di determinate Regioni; le risorse per il ripiano selettivo sono ripartite con Decreto ministeriale del 4 maggio 2007 a Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia.

Nel 2013 Piemonte, Abruzzo, Calabria, Lazio, Molise, Puglia, Sicilia, Campania erano ancora in piano di rientro per aver sforato i budget sanitari negli anni precedenti.

Dai dati della relazione 2014 del MEF si può ricavare una sintesi delle verifiche svolte dai Tavoli di verifica degli adempimenti nel 2013 per le Regioni non sottoposte a piani di rientro e per quelle che invece devono recuperare l'equilibrio. Per quanto riguarda le prime risulta che Lombardia, Veneto,

Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche hanno risultati di esercizio positivi per il 2013, mentre Liguria e Basilicata hanno presentato disavanzi ai quali sono state apportate misure di copertura idonee. Per quanto riguarda invece le Regioni in piano di rientro: Abruzzo e Campania presentano un avanzo di gestione e si sono viste valutare positivamente in piano operativo per il 2013-2015; il Molise ha avuto un risultato di gestione negativo ed è rimasto, anche dopo le coperture, con un disavanzo di gestione; diversamente Calabria, Lazio, Piemonte, Puglia e Sicilia sono riusciti ad avere un avanzo dopo le coperture. Il Tavolo ha poi sottolineato una grave carenza di liquidità per la Sicilia.

10.6 L'andamento della spesa e del disavanzo

La domanda di prestazioni sanitarie tende a crescere indefinitamente per via dell'invecchiamento progressivo della popolazione (diminuzione della letalità legata ai progressi della scienza medica e diminuzione della natalità legata a fattori socio economici), della sempre maggiore attenzione verso la cura della propria salute, dell'incremento continuo delle conoscenze scientifiche in campo medico e dell'evoluzione delle tecnologie sanitarie, che rendono disponibili opportunità diagnostico terapeutiche nuove (e con costi alti).

Figura 10.11 Finanziamento, spesa e deficit

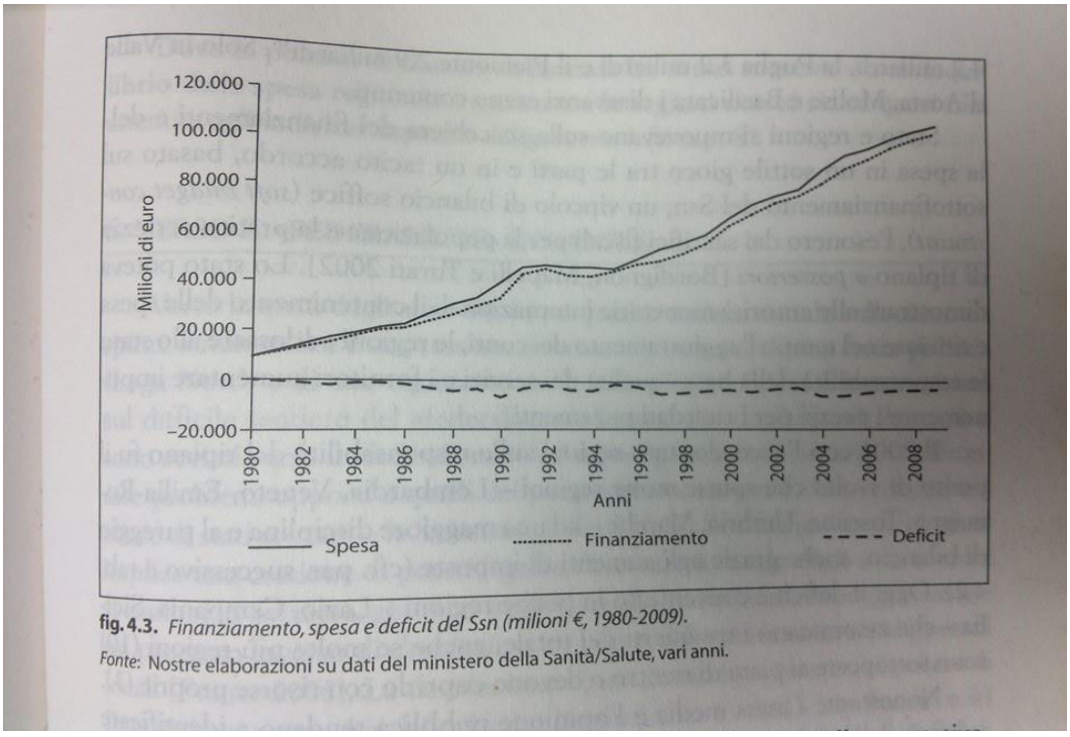


fig. 4.3. *Finanziamento, spesa e deficit del Ssn (milioni €, 1980-2009).*

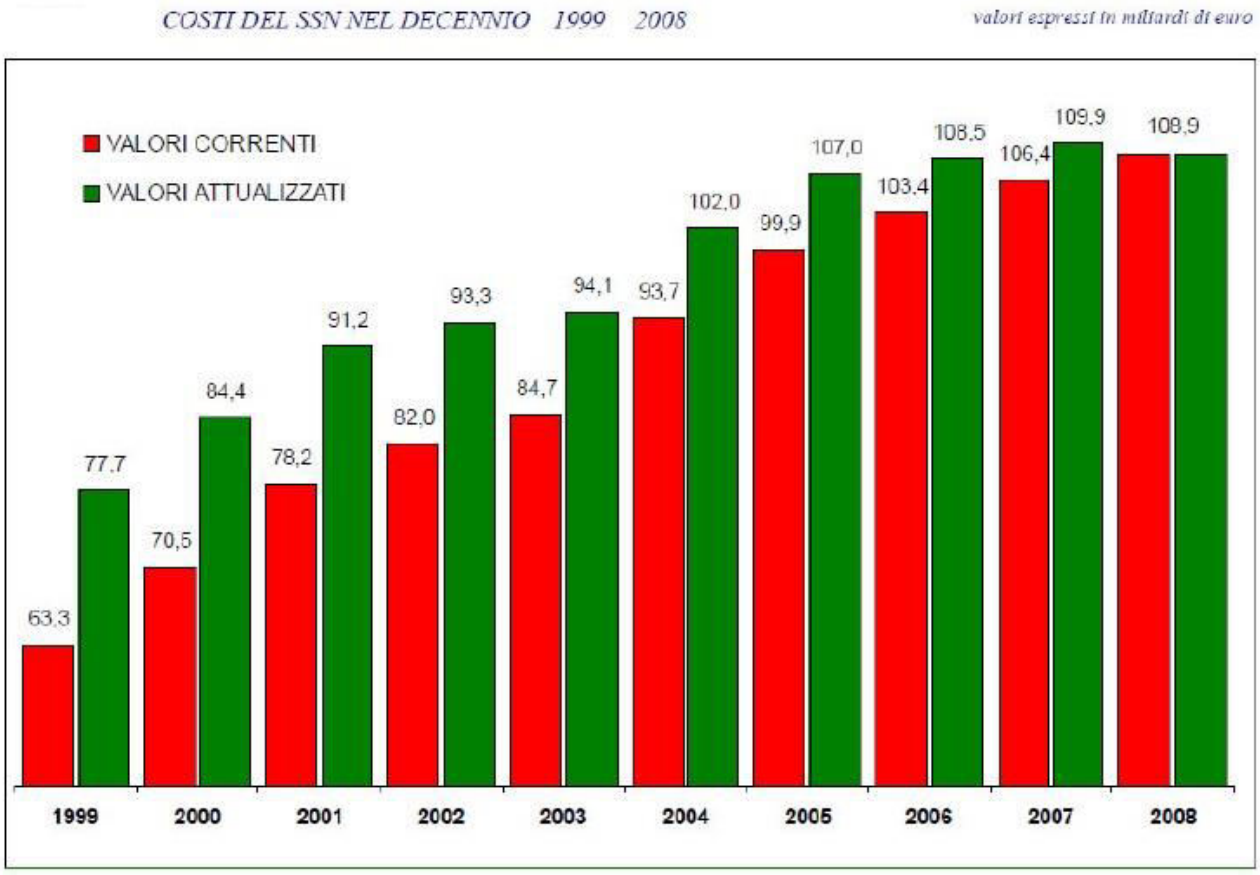
Fonte: Nostre elaborazioni su dati del ministero della Sanità/Salute, vari anni.

Fonte: Mapelli V., 2012, pagina 117.

Questa crescita della domanda ha portato con sé negli anni una crescita della spesa, sostenibile solo attraverso una crescita omogenea dei finanziamenti. In tutto questo, il problema del deficit non si è sopito da sé e per questo si sono succeduti vari dispositivi di legge per cercare di fare qualcosa in merito ad un problema che non tutte le Regioni si dimostravano in condizione di affrontare per conto proprio.

Scheggi nel suo saggio "Costi standard e livelli essenziali di assistenza, problemi applicativi del federalismo nel settore sanitario" (2009) analizza la questione in termini numerici.

Figura 10.12 Costi del SSN 1999-2008



Fonte: Scheggi M., 2009, pagina 11.

Le provincie autonome, a statuto speciale, tranne la Sicilia, coprono circa la totalità del fabbisogno ma dal '90 devono coprire il fabbisogno sanitario con il gettito locale, che trattengono quasi del tutto, ma

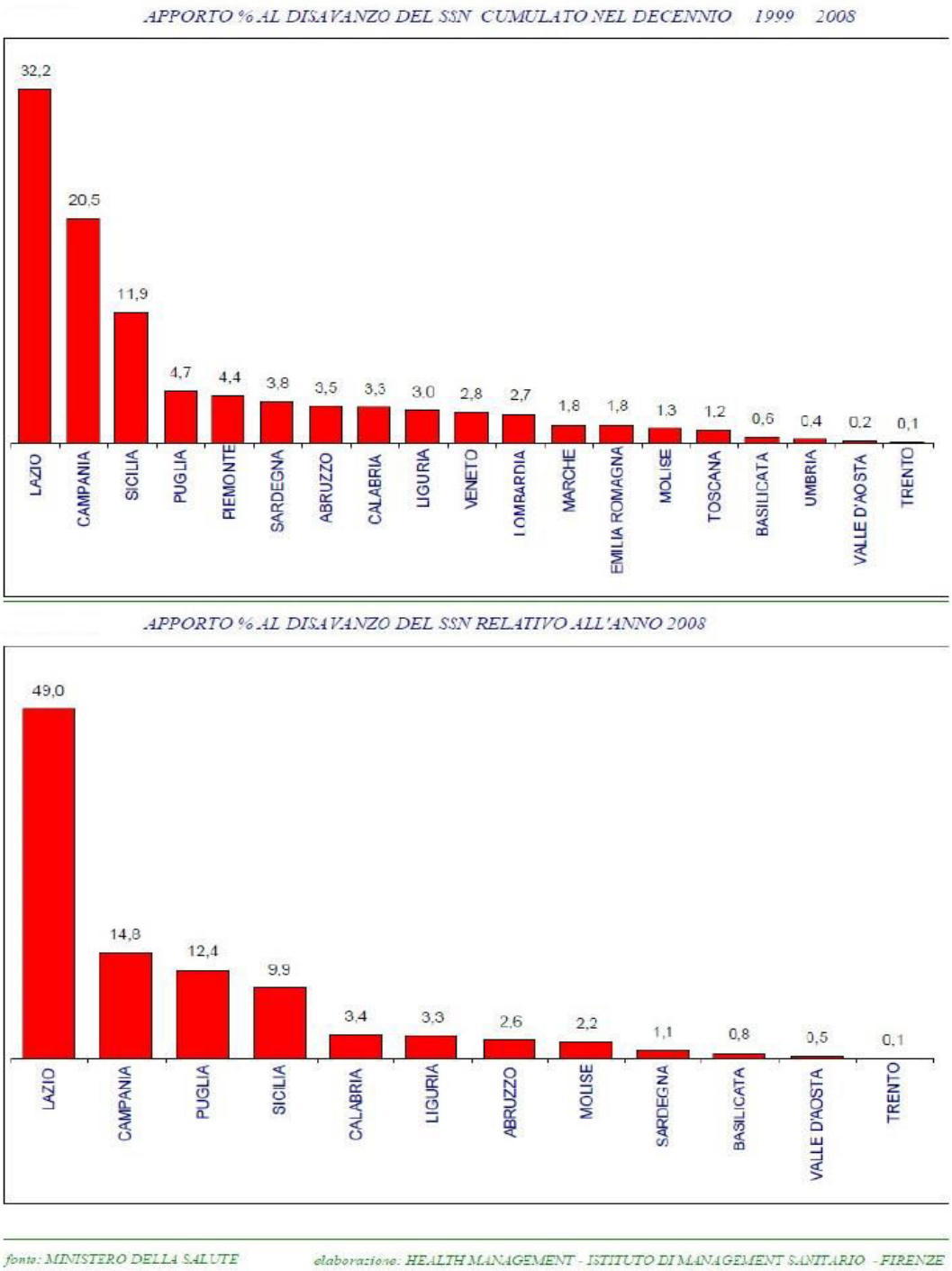
dopo la copertura del disavanzo possono destinare anche maggiori risorse oltre al fabbisogno calcolato per quota capitaria.

L'evoluzione della spesa sanitaria nazionale dal 1999 al 2008, dice Scheggi (2009), registra un incremento molto significativo, sia considerando i valori correnti (che passano da 63,3 miliardi di euro nel 1999 a 108,9 miliardi di euro nel 2008, con un aumento del 72%), sia considerando i valori attualizzati (che passano da 77,7 miliardi di euro nel 1999 a 108,9 miliardi di euro nel 2008, con un aumento del 40,1%). L'incremento progressivo delle risorse destinate ai servizi sanitari è un fatto positivo, perché significa che il Paese considera la spesa sanitaria un investimento prezioso. Tuttavia questo deve confrontarsi con il rispetto delle condizioni macroeconomiche, soprattutto visto il nostro debito pubblico. Tra il '99 e il 2008 i costi per la sanità sono stati decisamente maggiori di quanto ci saremmo potuti concedere con disavanzi annuali che ripropongono la stessa ciclicità presente nell'incremento annuo della spesa sanitaria pubblica. Come dalle immagini di Scheggi (2009), sono presenti due massimi relativi nel 1999 e nel 2004, ai quali sono seguiti periodi di contrazione del disavanzo. Il problema italiano quindi potrebbe essere o una spesa sanitaria eccessiva o insufficienti risorse da dedicarle. Indirettamente sono ricavabili delle indicazioni al riguardo andando a vedere che, rispetto al resto dell'Europa (data base European Health for All dell'ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità), la spesa sanitaria, tanto in termini di spesa complessiva, quanto in termini di spesa sanitaria pubblica, sia in Italia inferiore, sia come spesa sanitaria pro capite sia come incidenza percentuale sul prodotto interno lordo. Andando a studiare la spesa sanitaria pubblica, solo quella di Spagna, Portogallo e Grecia è minore di quella italiana e inoltre la nostra incidenza percentuale di anziani è la più elevata di tutti i Paesi posti a confronto. E' da considerare poi la situazione del debito pubblico italiano. Gli interessi passivi nel 2008 sono stati 78,4 miliardi di euro, ecco quindi perché le risorse da investire nella salute potrebbero essere insufficienti.

Nel decennio considerato Scheggi (2009) rileva che il disavanzo accumulato dal SSN è di 40,1 miliardi di euro e a questo importo le Regioni hanno contribuito in modo differenziato (solo la Regione Friuli e la Provincia autonoma di Bolzano non hanno avuto disavanzo), poiché Lazio, Campania e Sicilia da sole sono state responsabili del 65% del disavanzo complessivo. Guardando ai dati del solo 2008, queste tre sono state responsabili del 73,7% del disavanzo nazionale, e considerando anche Puglia e Calabria si arriva ad un'incidenza dell'89,5%. Questo significa che molte Regioni, grazie ad interventi di

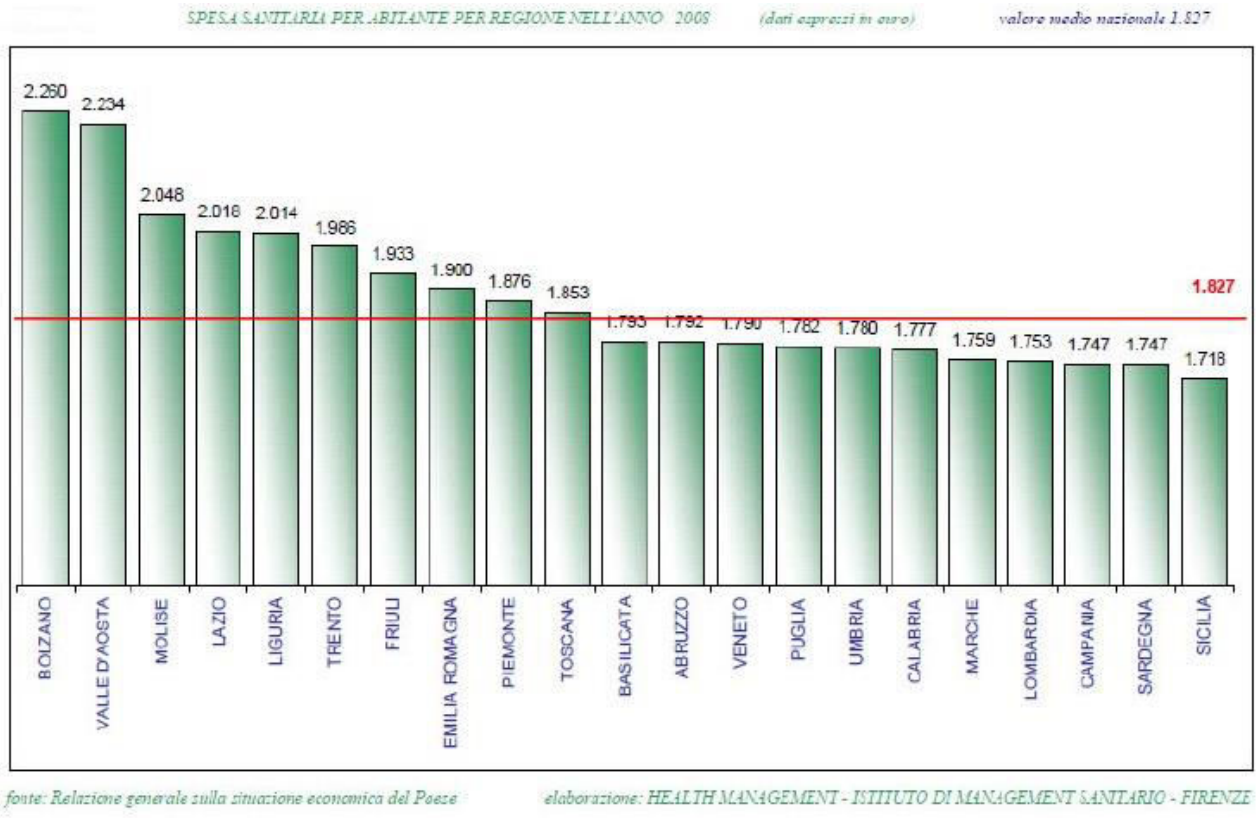
ristrutturazione organizzativa ed istituzionale di ampia portata, hanno progressivamente azzerato disavanzi anche piuttosto consistenti. Le Regioni che contribuiscono al disavanzo nazionale complessivo si riducono a 13, rispetto alle 19 registrate nel dato cumulativo del decennio, e ciò significa che nel 2008 8 Regioni hanno chiuso i loro bilanci in pareggio.

Figura 10.13 Apporto percentuale al disavanzo del 1999-2008 e del solo 2008



Fonte: Scheggi M., 2009, pagina 24.

Figura 10.14 Spesa sanitaria per abitante nel 2008



Fonte: Scheggi M., 2009, pagina 25.

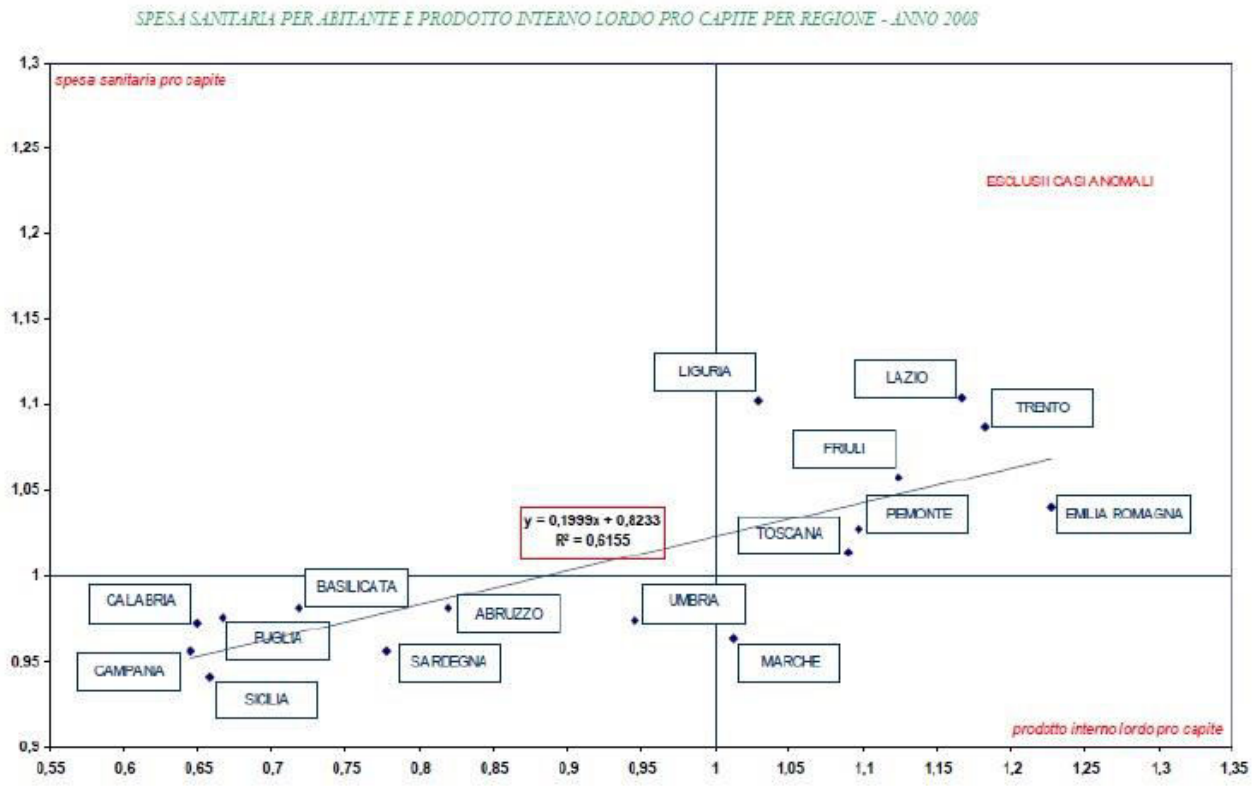
Sorprendentemente le Regioni maggiormente responsabili del disavanzo complessivo del SSN non necessariamente sono quelle che presentano i livelli di spesa in assoluto maggiori. Sicilia e Campania, che hanno contribuito da sole nel 2008 al 25% del disavanzo complessivo, registrano la spesa sanitaria pro capite più bassa.

Data la variabilità inter-regionale presente, secondo Scheggi (2009) può essere utile verificare se essa sia correlata alla variabilità di alcuni indicatori sintetici delle condizioni epidemiologiche, demografiche e socio-economiche della popolazione: l'indice standardizzato di mortalità, l'incidenza percentuale di anziani ed il prodotto interno lordo pro capite considerati standardizzati (rapportando al valore medio nazionale i valori registrati nelle diverse realtà regionali).

Per la prima e la seconda variabile pare che non esiste alcuna correlazione. Sembra invece ci sia una lieve correlazione tra spesa sanitaria e prodotto interno pro capite, cioè vi sarebbe più spesa sanitaria pro capite dov'è presente più ricchezza.

Scheggi (2009) sostiene che questi dati potrebbero però modificarsi qualora venissero eliminati gli elementi anomali dallo studio. Per il caso del PIL ad esempio il Molise (con PIL di molto inferiore alla media nazionale e spesa sanitaria pro capite più elevata della media nazionale) e Veneto e Lombardia (con spesa sanitaria pro capite inferiore al valore medio nazionale, nonostante il prodotto interno lordo pro capite sia sensibilmente maggiore del valore medio nazionale) e i valori particolarmente elevati che la spesa sanitaria pro capite presenta nella Provincia autonoma di Bolzano e nella Regione Valle d'Aosta, vanno eliminati. Facendo questo, come si può notare dal grafico, vi è un'effettiva interdipendenza tra le due variabili.

Figura 10.15 Spesa sanitaria per abitante e PIL pro capite regionale nel 2008



Fonte: Scheggi M., 2009, pagina 30.

Applicando lo stesso procedimento di eliminazione dei "casi anomali" alla correlazione con le altre due variabili, Scheggi (2009) rileva che la correlazione tra spesa sanitaria e tassi standardizzati di mortalità si mantiene debole, mentre risulta apprezzabile la consistenza della correlazione con l'incidenza percentuale di anziani.

Dal 2001 al 2012 la spesa sanitaria pubblica è aumentata sia in termini assoluti che sul Pil, ma in realtà ciò è dovuto più al calo del Pil che ad una crescita della spesa elevata.

Figura 10.16 Disavanzo sanitario regionale 2001-2012

Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro (2001-2012)

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2001-2012
Piemonte	210	40	100	671	-1	7	-31	-5	-17	-2	-5	-16	951
Valle d'Aosta	33	7	10	13	14	14	14	13	1	4	-2	-1	119
Lombardia	281	323	-64	-131	14	4	-10	-4	-2	-22	-14	0	376
Bolzano	297	71	25	-25	-28	-25	-22	-15	-37	-8	-17	-7	208
Trento	-4	-1	5	9	3	14	8	10	12	12	-2	-2	65
Veneto	304	204	145	-6	114	-71	-75	-66	27	-13	-162	-7	394
Friuli VG	18	-34	-19	-9	-27	-18	-39	-22	-17	-15	-17	-10	-211
Liguria	77	44	48	329	254	100	142	110	105	90	143	30	1.472
Emilia R	16	50	40	380	16	38	-26	-27	-22	-29	-55	-0	382
Toscana	88	44	-20	240	15	121	-42	3	7	16	-14	48	506
Umbria	7	10	45	52	8	41	-7	-9	-5	-9	-12	-18	105
Marche	125	98	71	163	18	39	-15	-37	-17	2	-21	-22	486
Lazio	997	574	711	1.669	1.737	1.971	1.635	1.665	1.396	1.031	775	644	14.794
Abruzzo	76	136	216	104	241	140	151	123	95	6	-52	-53	1.184
Molise	37	19	73	44	139	59	67	70	64	58	37	32	695
Campania	629	638	556	1.182	1.793	761	864	815	789	478	245	121	8.871
Puglia	166	4	-109	-42	412	170	313	358	302	322	108	-12	1.994
Basilicata	28	1	19	31	43	22	18	29	21	28	31	17	288
Calabria	226	148	57	128	79	35	170	202	232	67	110	57	1.522
Sicilia	415	342	267	748	563	932	574	352	200	31	13	16	4.352
Sardegna	106	175	143	240	327	130	22	183	230	149	172	213	2.090
Totale	**4.122**	**2.891**	**2.323**	**5.790**	**5.735**	**4.483**	**3.709**	**3.658**	**3.364**	**2.196**	**1.291**	**1.043**	**40.575**
Nord	*1.232*	*704*	*292*	*1.231*	*359*	*63*	*-40*	*-8*	*50*	*17*	*-133*	*-12*	*3.756*
Centro	*1.207*	*726*	*808*	*2.125*	*1.779*	*2.171*	*1.571*	*1.623*	*1.382*	*1.041*	*728*	*653*	*15.812*
Sud e Isole	*1.683*	*1.461*	*1.224*	*2.434*	*3.597*	*2.250*	*2.178*	*2.043*	*1.932*	*1.138*	*695*	*401*	*21.008*

Fonte: Cergas, Bocconi, Rapporto OASI 2013.

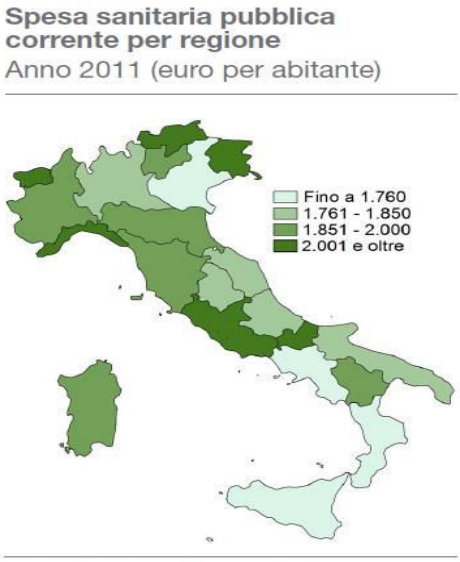
Come dalle analisi Istat in "SPESA SANITARIA PUBBLICA 33La spesa sanitaria pubblica assorbe nel 2012 il 7,0 per cento del Pil" "Nel 2011 la spesa sanitaria pubblica corrente in Italia è stata di 1.849 euro per abitante, abbastanza in linea con quanto osservato per le ripartizioni del Nord-ovest (1.873 euro per abitante) e del Nord-est (1.841 euro per abitante); nettamente al di sopra del valore medio nazionale si colloca la ripartizione del Centro (1.931 euro per abitante), mentre per il Mezzogiorno la spesa pro capite è decisamente inferiore alla media nazionale (1.788 euro); la Regione Valle d'Aosta registra la spesa pro capite più elevata (2.221 euro), seguita dalla provincia autonoma di Bolzano (2.199 euro) e dal Molise (2.079 euro); la spesa per abitante risulta più contenuta nel Veneto (1.737 euro), Campania (1.748 euro) e Sicilia (1.755 euro). I livelli di spesa per abitante sono dunque molto variabili, a

testimonianza sia di condizioni socio-economiche diversificate, sia di diversi modelli di gestione del sistema sanitario regionale. Su base nazionale, il 36,4 per cento della spesa sanitaria pubblica corrente è destinato a servizi in regime di convenzione, mentre ben oltre la metà (57,0 per cento) riguarda la fornitura di servizi erogati direttamente. Anche a livello di singola Regione si riscontra una prevalenza della spesa per servizi sanitari forniti direttamente, pur osservando una quota più elevata di spesa per servizi in regime di convenzione per le Regioni Lombardia (42,9 per cento), Campania (42,0 per cento) e Lazio (42,1 per cento). In Italia, la spesa in convenzione è indirizzata in prevalenza verso l'assistenza farmaceutica (24,4 per cento), l'assistenza medica di base e specialistica (28,4 per cento) e le prestazioni fornite dalle case di cura private (23,5 per cento)."

Per quanto riguarda il 2012 la spesa pro capite media, dalle analisi del MEF, si attesta a 1914 euro, con un'ampia variabilità dal massimo oltre i 2000 di Valle d'Aosta, Lazio, Molise e province autonome di Trento e Bolzano al minimo della Campania con i suoi 1713 euro.

Il Pil del quarto trimestre dello scorso anno, espresso in valori concatenati con anno di riferimento 2010, corretto per gli effetti di calendario e destagionalizzato, è stabile rispetto al valore del trimestre luglio-settembre ed è sceso dello 0,3% con riferimento al trimestre ottobre-dicembre del 2013. Gli effetti del minor numero di giornate lavorative da calendario portano ad un Pil diminuito dello 0,4% per il 2014. Per quanto riguarda le previsioni del 2015 la variazione prevista è di un -0,1%.

Figura 10.17 Spesa sanitaria pubblica regionale nel 2011



Fonte: SPESA SANITARIA PUBBLICA 33, pagina 1, Istat.

Figura 10.18 Spesa sanitaria pubblica corrente regionale per funzione nel 2011

Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione economica e regione
Anno 2011 (a) (euro a prezzi correnti)

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Servizi sanitari forniti direttamente		Servizi sanitari in regime di convenzione		Altre spese		Spesa corrente totale	
	Totale in milioni	Per abitante	Totale in milioni	Per abitante	Totale in milioni	Per abitante	Totale in milioni	Per abitante
Piemonte	4.936	1.120	2.829	642	542	123	8.307	1.885
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	202	1.585	59	463	22	173	283	2.221
Liguria	1.983	1.245	1.062	667	223	140	3.268	2.052
Lombardia	9.217	940	7.711	786	1.064	108	17.992	1.834
Trentino-Alto Adige/Südtirol	1.469	1.422	514	497	154	149	2.137	2.068
Bolzano/Bozen	*789*	*1.559*	*242*	*478*	*82*	*162*	*1.113*	*2.199*
Trento	*680*	*1.290*	*272*	*516*	*72*	*137*	*1.024*	*1.942*
Veneto	4.889	999	3.010	615	604	123	8.503	1.737
Friuli-Venezia Giulia	1.636	1.333	656	535	186	152	2.478	2.020
Emilia-Romagna	5.092	1.161	2.414	550	625	142	8.131	1.854
Toscana	4.643	1.252	1.848	498	495	133	6.986	1.884
Umbria	1.080	1.207	438	489	129	144	1.647	1.840
Marche	1.828	1.177	780	502	190	122	2.798	1.802
Lazio	5.795	1.032	4.754	847	755	134	11.304	2.013
Abruzzo	1.388	1.048	832	628	161	122	2.381	1.798
Molise	348	1.100	272	860	38	120	658	2.079
Campania	5.253	906	4.246	732	637	110	10.136	1.748
Puglia	3.855	947	2.925	719	444	109	7.224	1.775
Basilicata	670	1.150	351	603	75	129	1.096	1.881
Calabria	1.977	996	1.284	647	229	115	3.490	1.758
Sicilia	4.842	963	3.437	684	543	108	8.822	1.755
Sardegna	2.097	1.266	984	594	227	137	3.308	1.997
Nord-ovest	16.337	1.025	11.661	732	1.851	116	29.849	1.873
Nord-est	13.086	1.134	6.594	571	1.569	136	21.249	1.841
Centro	13.345	1.134	7.820	664	1.569	133	22.734	1.931
Centro-Nord	42.769	1.090	26.075	664	4.989	127	73.833	1.881
Mezzogiorno	20.429	984	14.331	690	2.354	113	37.114	1.788
Italia	63.198	1.053	40.406	673	7.343	122	110.947	1.849
In percentuale del Pil	4,0	-	2,6	-	0,5	-	7,0	-

Fonte: Istat, Health for All - Italia
(a) Dati provvisori.

Fonte: SPESA SANITARIA PUBBLICA 33, pagina 2, Istat.

Per quanto riguarda invece la mobilità ospedaliera i dati dell'Istat in "MOBILITÀ OSPEDALIERA 36 Emigrazione regionale per ricovero: un fenomeno diffuso in alcune Regioni del Mezzogiorno" per il 2011 indicano: "Il fenomeno della mobilità ospedaliera interregionale è particolarmente rilevante sia in termini quantitativi, sia perché riguarda quei pazienti che, per motivi di varia natura, si ricoverano in una Regione diversa da quella di residenza. Nel complesso, le Regioni sono interessate da circa 588 mila ricoveri ospedalieri (o dimissioni) di pazienti non residenti (8,4 per cento del totale dei ricoveri ordinari per "acuti" nel 2011) e da oltre 523 mila ricoveri effettuati dai pazienti in una Regione diversa da quella di residenza (7,6 per cento, riferito ai soli residenti in Italia). Le motivazioni che conducono ad effettuare il ricovero lontano dalla propria residenza sono diverse. In alcuni casi la mobilità si

giustifica con la vicinanza geografica con strutture di altre Regioni, oppure dipende dalla presenza dell'assistito in altre Regioni per motivi di studio o lavoro. In altri casi le motivazioni sono legate alle condizioni di salute e quindi alla necessità di usufruire di prestazioni di alta specializzazione non erogate dalla propria Regione o alla maggiore fiducia nei servizi ospedalieri di altre Regioni. I principali poli di attrazione sono concentrati nelle Regioni del Centro-Nord.

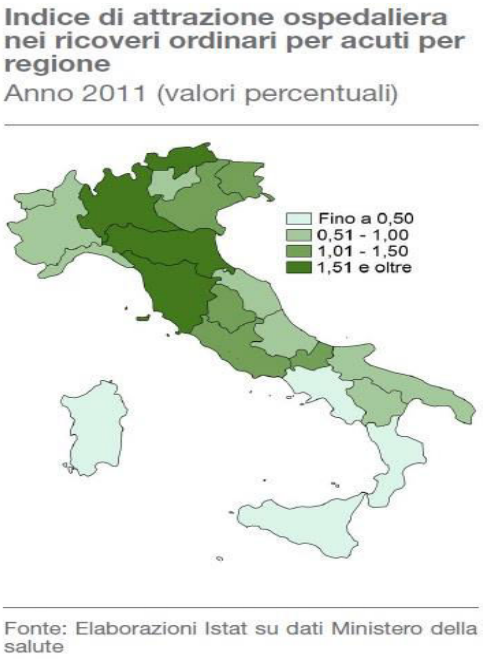
Il fenomeno della mobilità ospedaliera si misura mediante tre indici: di immigrazione, di emigrazione e di attrazione. Gli indici qui presentati si riferiscono ai soli ricoveri ospedalieri in regime ordinario per "acuti" (sono esclusi i ricoveri dei reparti di "unità spinale", "recupero e riabilitazione funzionale", "neuro-riabilitazione", "lungodegenti" e "residuale manicomiale"). Il primo indice è dato dal rapporto percentuale tra il numero di dimissioni ospedaliere di pazienti non residenti e il totale delle dimissioni nella Regione; il secondo dal rapporto percentuale tra il numero di dimissioni ospedaliere effettuate in altre Regioni da pazienti residenti e il totale delle dimissioni dei residenti nella Regione. Il complemento a cento dell'emigrazione corrisponde all'indice di stanzialità, pari alla percentuale di dimissioni ospedaliere dei pazienti che usufruiscono dei servizi all'interno della propria Regione di residenza.

Infine, l'indice di attrazione è dato dal rapporto tra quelli di immigrazione e di emigrazione: è pari a uno quando esiste un perfetto equilibrio tra i due fenomeni; è maggiore di uno quando la Regione riceve flussi in entrata superiori ai flussi in uscita; è minore di uno in caso contrario. Il fatto che una parte della mobilità ospedaliera dipenda dalla vicinanza geografica è testimoniato dall'elevato valore degli indici di mobilità nelle Regioni più piccole: Basilicata, Valle d'Aosta e Molise, infatti, presentano nel 2011 percentuali dell'indice di emigrazione superiori al 20 per cento. Il valore contenuto della provincia autonoma di Bolzano (4,3 per cento) si spiega con l'emigrazione verso i paesi esteri confinanti. Oltre a queste realtà territoriali, le Regioni con un flusso di emigrazione piuttosto consistente rispetto ai ricoveri effettuati dai propri residenti sono la Calabria (17,2), l'Abruzzo (16,5) e la provincia autonoma di Trento (15,5).

L'esame congiunto dei due indicatori di emigrazione e immigrazione mostra quali Regioni, a esclusione di quelle più piccole già descritte in precedenza, compensano positivamente i due flussi e quali, al contrario, sono in deficit. Le prime si trovano al di sotto della bisettrice e sono, in particolare, la Lombardia, l'Emilia-Romagna, la Toscana, il Veneto, il Friuli-Venezia Giulia e l'Umbria. Il Molise è l'unica Regione del Sud che si posiziona in questa parte del grafico. Le seconde, collocate al di sopra

della bisettrice, sono la Calabria e, in misura minore, la Campania, la Sicilia e la Sardegna. L'indice di attrazione conferma questo dualismo tra alcune Regioni del Centro-Nord, che registrano un valore significativamente più elevato di uno, e quasi tutte le Regioni del Mezzogiorno, con un indice pari o inferiore a 0,7."

Figura 10.19 Indice di attrazione ospedaliera nei ricoveri ordinari regionali per acuti nel 2011



Fonte: MOBILITÀ OSPEDALIERA 36, pagina 1, Istat.

Andando ad adempiere alla verifica dei Lea, nel 2012 risulta che le Regioni centro-settentrionali e la Basilicata sono adempienti mentre, tra le inadempienti, solo la Campania è considerata in una situazione critica. Le Regioni e province autonome, come da Intesa Stato-Regioni non sono sottoposte a verifica dato il loro statuto speciale. Andando a vedere i diversi indicatori monitorati, comunque, si nota un'alta variabilità nel mantenimento dei Lea sia intra sia inter-regionalmente anche per le Regioni adempienti e questa evidenza porta a concludere che vi sia la necessità di interventi sia locali che nazionali.

Il processo di decentralizzazione sanitaria, e più in generale per quanto riguarda tutti gli aspetti del federalismo è in corso ed in via di perfezionamento. Ad oggi ci sono squilibri evidenti tra le diverse

zone del Paese, a sottolineare le differenze che storicamente sono state più volte rilevate. Ci sono degli outliers all'interno delle situazioni considerate; ci sono Regioni che si distinguono per la loro efficienza ed altre per i problemi; alcune in grado di risollevarsi ed altre che al contrario faticano a farlo; ci sono opinioni differenti sulle modalità di attuazione e la responsabilizzazione è sentita in modo differenziato. Sono man mano stati aggiunti correttivi per indirizzare verso la strada che è considerata la più idonea a livello di visione complessiva nazionale, come l'introduzione dell'obbligatorietà dei piani di rientro per le Regioni in deficit, il sistema di premialità e sanzionatorio e i ragionamenti su come considerare elementi qualitativi della sanità per l'individuazione delle Regioni efficienti di riferimento e per il calcolo dei costi standard e l'individuazione dei prezzi cui fare riferimento. Questo è quanto successo fino ad oggi, ma quali sono i prevedibili sviluppi futuri per il nostro sistema sanitario?

CAPITOLO 11: Tendenze e sviluppi

11.1 Tendenze attuali

Alla fine del 2012 il governo Monti ha individuato i criteri per scegliere le Regioni benchmark. Nel novembre 2013 le Regioni si sono aperte ad una rapida applicazione dei costi standard ma i problemi dell'anno precedente sono rimasti. Dalla circolarità dei calcoli per gli standard, ai problemi di considerazione delle spese in conto capitale, alla mancanza di una fase di transizione, al bisogno di coordinamento per perequare le infrastrutture e infine al peso da dare ad un indice di deprivazione socio-economica per dimensionare i flussi di perequazione tra le diverse Regioni.

Le Regioni benchmark per il 2013 sono Umbria, Emilia Romagna e Veneto, che ha preso il posto della Lombardia, quarta in classifica, per le pressioni del governatore Zaia e dopo aver eliminato la terza in classifica (Marche) per questioni di estensione (simile all'Umbria).

L'allora presidente dell'Umbria Catiuscia Marini ha spiegato che le Regioni sarebbero più propense ad un metodo di calcolo dei costi standard che coinvolgesse tutte le Regioni eleggibili.

Come si è visto quindi sono ancora molti i dubbi che aleggiano attorno all'attuale sistema dei costi standard.

Il finanziamento va dato premiando chi ha più popolazione, più anziani e in base alla eventuale correzione di un indice di deprivazione socio-economica? E con quale peso? Mancano metodi di valutazione dei costi integrati con le modalità di offerta e quindi il fabbisogno è individuato in sede politica e pare che le necessità sanitarie siano calibrate sul sistema di finanza pubblica più che il contrario. Anche le differenze tra Nord e Sud del Paese pesano e non sono così semplici come sembrerebbe in una prima analisi, in quanto considerano differenze tra Regioni giovani e vecchie, tra Regioni con differenti abitudini e possibilità, e differenti modelli strutturali.

Dal 2013 la popolazione tende a crescere ma con essa anche il tasso di mortalità che va di pari passo con quello d'invecchiamento. Le aree più anziane sono quelle del Centro-Nord. Il tasso migratorio (differenza tra iscrizioni e cancellazioni) è più elevato al Centro. Fino al 2011 (ultimi dati disponibili) il tasso di mortalità e quello di mortalità infantile diminuiscono. Tra le Regioni con la mortalità più bassa

ci trovano Trentino Alto Adige, Marche, Umbria. Queste hanno avuto una riduzione maggiore rispetto alla media. Tra quelle con livelli maggiori ci sono Campania, Sicilia e Piemonte, che però ha una diminuzione maggiore della media.
Per quanto riguarda i dati 2012 sulla speranza di vita alla nascita e a 65 anni i valori maggiori si trovano in Trentino e nelle Marche, seguiti da Veneto, Umbria ed Emilia Romagna; invece i valori più bassi si riscontrano in Campania e in Sicilia. In generale il Nord-est ha valori più alti (tranne il Friuli per gli uomini) come anche il Centro, tranne il Lazio; il Nord-ovest ha valori omogenei con un picco in Lombardia mentre il Sud ha elementi di disomogeneità con valori alti in Puglia per gli uomini e in Abruzzo per le donne e più bassi in Campania. Le isole hanno valori molto più bassi della media, tranne per quanto concerne le donne sarde.

Dalle ultime stime Istat, come riportato nell'articolo di Ruffo de Il Sole24Ore (2015), il reddito da lavoro dipendente per occupato nella zona centro-settentrionale è superiore del 14,8%, mentre il Pil, che incorpora anche la parte riferita alle imprese, denota divari più profondi. La Calabria non ha nemmeno il 40% del livello della migliore (Bolzano) riferendosi agli anni 2011-2013. Nel Nord-ovest il Pil è di 33,5 mila euro contro i 31,4 del corrispondente est, i 29,4 del Centro e i 17,2 del Sud. È soprattutto quest'ultimo a distanziarsi dagli altri valori (45,8% della media dei tre precedenti). Anche la spesa per i consumi delle famiglie si differenzia del 31,7% tra Sud e Centro-Nord. La distanza è minore rispetto a quella del Pil quindi, in proporzione, il Sud consuma di più e risparmia meno, con conseguenti minori possibilità d'investimento.

Sempre dalle stime fornite dall'Istat, riguardo i consumi per classi d'età, la spesa sanitaria aumenta molto in prossimità della morte, indipendentemente dall'età della morte stessa. Inoltre si nota che una bassa percentuale della popolazione è responsabile di una grande quota della spesa. Va inoltre considerato il fattore generazionale in quanto i modelli di consumo col tempo si modificano e le nuove generazioni sono più avvezze all'utilizzo della sanità quando sono malate. L'aumento della speranza di vita non impatta molto sulla spesa perché contemporaneamente il numero di bambini scende e con essi la spesa, in quanto anche questa fascia d'età è responsabile di una buona quota di spesa e comunque, come detto appena sopra, la spesa sanitaria aumenta avvicinandosi alla morte indipendentemente dall'età in cui essa sopraggiunge. Per quanto riguarda invece le condizioni di reddito si vede che il ricorso alla sanità è elastico ad esso tra le persone sane ma è indipendente da

esso tra i malati. Un'ulteriore divisione è tra le prestazioni specialistiche, che sono utilizzate soprattutto dalle persone in condizioni economiche floride, e le prestazioni generiche, utilizzate soprattutto dalle persone con condizioni economiche meno agiate. La tipologia di consumi risente anche del tempo che le persone hanno a disposizione o vogliono dedicare alla salute, in quanto lavoratori autonomi piuttosto che dipendenti.

Questa è la situazione demografica del nostro Paese, a cui il legislatore ha risposto con l'approvazione della legge di stabilità in cui si è statuito per il 2015 di determinare i pesi per la partizione delle dotazioni per il servizio sanitario in base alla partizione dei costi e dei fabbisogni sanitari standard regionali necessari per migliorare e raggiungere gli standard qualitativi. In caso entro il 30 aprile 2015 non si dovesse raggiungere l'Intesa Stato-Regioni, si continueranno per quest'anno ad applicare i criteri tradizionali. Come dalla modifica di cui al comma 601 A. C. 2679-bis-B riguardante l'articolo 27 c. 7 del D. Lgs. 68/2011, nel caso si arrivi ad un accordo invece i pesi saranno determinati non più solo in base alle classi d'età dei residenti ma in base all'art. 1 c. 34 della legge 662/1996 (criteri della popolazione residente, della frequenza dei consumi sanitari per età e sesso, dei tassi di mortalità della popolazione, di indicatori di particolari situazioni territoriali utili per la definizione dei bisogni sanitari regionali e di indicatori epidemiologici territoriali) e ai costi sostenuti dalle Regioni riguardo il fabbisogno standard e l'eventuale miglioramento regionale nell'erogazione dei Lea in base ad appositi indicatori. Il miglioramento è parametrato ad indicatori di standard di qualità misurabili grazie all'articolo 30 del D. Lgs. 68/2011.

Dal punto di vista del **ripiano** dei disavanzi si può affermare che il disavanzo è in calo ma comunque ancora alto dopo i ripiani e quindi serve altro. Fino a prima dei ripiani, il Soft budget costraint lasciava tranquille le Regioni in quanto si sapeva che gli eventuali deficit sarebbero stati sottoposti ad un ripiano ex post a livello statale. I problemi dei provvedimenti presi sono: la brevità dei piani che porta ad un commissariamento quasi sicuro; l'eccesso dei poteri dei commissari che stride con l'articolo 123 della Costituzione; il conflitto d'interesse del Presidente della Regione che assume anche un ruolo politico mentre le competenze dovrebbero essere divise per i principi di imparzialità e separazione dei poteri; l'allungamento dei tempi per la procedura straordinaria di uscita dal deficit (in queste Regioni vige tra l'altro uno Statuto differenziato).

I **DRG** dal canto loro hanno aiutato l'efficientamento delle schede di dimissione e dei processi produttivi e l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse dell'ospedale come si vede dallo spostamento della casistica meno complessa dal ricovero ordinario a quello diurno. Gli aspetti positivi sono tuttavia limitati dal rischio di burocratizzazione e dalla situazione carente del sistema informativo. L'importanza dei DRG nel nostro Paese è legata alla sua unione con il sistema dei Lea. Il parziale disallineamento di classificazione delle Regioni, il ritardo nell'aggiornamento delle tariffe e quindi lo scostamento tra i costi e le relative tariffe sono problemi rilevanti da risolvere. Una sfida importante sarebbe poi quella di classificazioni per gravità della malattia e per intero episodio di malattia e quindi non più singola prestazione. Inoltre vi sarebbe anche la questione dell'estensione ad altre componenti del Ssn dei sistemi di classificazione e remunerazione analoghi a quelli applicati all'assistenza ospedaliera ad esempio outpatient o lungodegenze o altro; ciò per evitare di non rispondere a quote di bisogno.

Dal punto di vista dell'elaborazione formale, vari **istituti** si occupano dell'**elaborazione dei costi standard**. L'istituto che se ne occupa per una serie di aziende di varie zone (ospedali di Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Lombardia, Provincia di Bolzano, Veneto, Abruzzo, Puglia) è il network N. I. San. Per omogeneità tutte le aziende adottano la metodologia Hospital Patient Costing, in modo da costruire una banca dati di riferimento per il calcolo dei costi standard. Essi mettono in comune i loro dati sanitari per elaborare standard economici e tecnici. La ricerca di questa azienda rispetta i dettami sulla determinazione dei costi standard del decreto del ministero della Salute del 15/4/1994 e della legge n. 133 del 6/8/2008. Si tratta della terza banca dati d'Europa per il settore. Importante è l'utilizzo dell'Activity based costing; la rilevazione del costo medio ponderato per episodio di ricovero per dare centralità all'utente e la duttilità che invece il sistema DRG fatica a dare. E' importante per conferire qualità ai risultati, conoscere i costi che portano singolarmente alla somma stabilita per DRG.

Si ricorda poi uno studio intrapreso dal Laboratorio «Servizi di emergenza territoriale 118», che Fiaso (Federazione di Asl e Ospedali pubblici) e l'università di Trento hanno sviluppato, che si è occupato di analizzare i costi standard di alcune realtà regionali come Lazio, Lombardia, Basilicata ed Emilia Romagna per quanto riguarda i servizi del 118, che sono considerabili una proxy dell'efficienza complessiva del sistema, pur pesando in misura ridotta sui costi totali. Si è potuto constatare che una

diversa organizzazione (direzione provinciale piuttosto che regionale come per Lazio e Lombardia) o un diverso uso del personale (dipendente piuttosto che di Associazioni o cooperative del soccorso) impattano anche sui costi sostenuti. Si tratta comunque di un campo ad alta intensità di lavoro umano e per questo si predispone malamente a tagli ed efficientamenti nell'uso delle risorse, almeno nel breve periodo. Nemmeno il blocco del turnover, di derivazione legislativa, ha aiutato, in quanto ha fatto aumentare la componente di lavoro straordinario andando ad incidere ulteriormente sui costi. La ricerca della Fiaso può essere un esempio anche per altre realtà per rendersi conto del livello dei propri costi rispetto a quelli altrui.

Un accenno merita poi il **Nuovo Sistema Informativo Sanitario**, che risponde all'esigenza di tenere sotto controllo efficienza, appropriatezza e qualità grazie alla tempestività e completezza delle informazioni, per le Regioni e il Governo. La Conferenza Stato-Regioni ha assegnato al NSIS obiettivi di governo quali il monitoraggio dello stato di salute, dell'efficacia ed efficienza ed appropriatezza di erogazione del sistema sanitario, della spesa; e obiettivi di servizio e comunicazione come la disponibilità a livello nazionale di un sistema integrato di informazioni sanitarie individuali, la facilitazione dell'accesso alle strutture e alle prestazioni e la promozione della globalizzazione dell'offerta. Questa integrazione delle informazioni aiuta il monitoraggio di Lea, spesa e piani di rientro e migliora l'erogazione, la programmazione e la conoscenza dell'offerta e del fabbisogno.

Per analizzare la **qualità** delle strutture italiane e le **differenze inter-regionali** si può poi fare riferimento a fonti OCSE. Dal Report OCSE presentato il 26 gennaio 2015 a Roma, è emerso che la qualità della sanità italiana è buona, ma che bisogna fare attenzione a non perdere la nostra qualità in favore dei bisogni di bilancio a cui si sta tentando di porre rimedio in questi anni.

Come si legge nel Comunicato stampa OCSE (2015) "in Italia buona qualità dell'assistenza sanitaria, persistono disparità regionali", "gli indicatori di salute della popolazione italiana sono tra i migliori nell'area OCSE. L'Italia è al quinto posto tra in Paesi OCSE nell'aspettativa di vita alla nascita, 82.3 anni. I tassi di ricovero ospedaliero per asma, malattie polmonari croniche (bronco pneumopatia cronica ostruttiva - BPCO) sono tra i più bassi dell'area OCSE e quelli di mortalità a seguito di ictus o infarto sono ben al di sotto della media OCSE.

Questi dati aggregati, sebbene rassicuranti, mascherano tuttavia profonde differenze regionali. I tassi di ricoveri ospedalieri per condizioni come l'asma e la BPCO, che dovrebbero essere evitate con appropriata assistenza primaria e territoriale, variano significativamente. Ad esempio, il numero di bambini ricoverati in ospedale con un attacco d'asma in Sicilia è cinque volte superiore rispetto alla Toscana e i ricoveri ospedalieri per malattie polmonari croniche variano del doppio, con 1,5 ricoveri per 1.000 abitanti in Piemonte e 3,07 in Basilicata. L'incidenza di parti cesarei, associati ad un maggiore rischio di morte della madre e complicazioni e che quindi andrebbero limitati, mostrano anch'essi forti variazioni. A livello nazionale, i parti cesarei rappresentano i circa il 25% del totale, ma l'incidenza è sensibilmente più elevata nelle Regioni del Sud, per esempio in Campania dove si arriva a più del 45%, mentre in Trentino Alto Adige i valori sono molto più bassi (Bolzano 13,6% e Trento 14,5%).

Sono necessari sforzi per sostenere le rRgioni e le provincie autonome più deboli affinché possano erogare servizi di alta qualità. È necessario sviluppare un approccio più omogeneo ed ambizioso per monitorare e migliorare la qualità a livello nazionale. Un'infrastruttura informativa meno frammentata aiuterebbe a valutare meglio la qualità dell'assistenza sanitaria. Sarebbe opportuno sviluppare ulteriormente le responsabilità delle autorità nazionali, come ad esempio AGENAS, il cui ruolo è di supportare le Regioni e le provincie autonome.

Oltre a lavorare per ridurre le forti disparità tra le Regioni, è necessario porre maggiore attenzione rispetto alla qualità della sanità a livello nazionale. Negli ultimi anni, il settore sanitario ha subito forti pressioni di contenimento della spesa nel contesto delle manovre di bilancio. Mentre l'Italia fornisce un'assistenza sanitaria di qualità e a un costo relativamente basso – con $ 3.027 per abitante a parità di potere d'acquisto l'Italia spende molto meno di limitrofi come l'Austria, la Francia o la Germania – la lenta crescita della spesa prima della crisi e il taglio della spesa durante la crisi (-0,4% sia nel 2010 che nel 2011), hanno messo a dura prova le risorse.

L'Italia deve assicurare che continui sforzi per contenere la spesa sanitaria non intacchino la qualità dell'assistenza sanitaria come principio fondamentale di governance. L'allocazione delle risorse regionali deve avere un focus sulla qualità, ed essere collegata ad incentivi per il miglioramento della qualità. A livello regionale, devono essere concordati piani di miglioramento della qualità con obiettivi specifici".

Si sta lavorando per fare i modo che i fattori socio-economici che aiutano la differenza di morbilità tra Nord e Sud vengano parificati. Al riguardo nel 2012 sono stati stanziati dei fondi vincolati per il contrasto ai determinanti delle disuguaglianze dovuti alla crisi, come la disoccupazione, l'erosione del potere d'acquisto ecc. Inoltre il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie si dedica a finanziare progetti per l'abbattimento delle disuguaglianze di salute e dello svantaggio geografico, economico e sociale.

Dal punto di vista **organizzativo** poi, nel 2013 si conferma la tendenza a realizzare Asl a livello provinciale, mentre quelle regionali si vedono solo in realtà di dimensioni minori come Valle d'Aosta, province Autonome di Trento e Bolzano e Molise. Un'eccezione è data dalle Marche che, dal 2003, hanno un'azienda sanitaria unica a livello regionale, tuttavia suddivisa in sotto-aree. Aziende sub-provinciali si trovano in Veneto e Friuli Venezia Giulia. Anche il trend alla diminuzione delle AO è confermato.

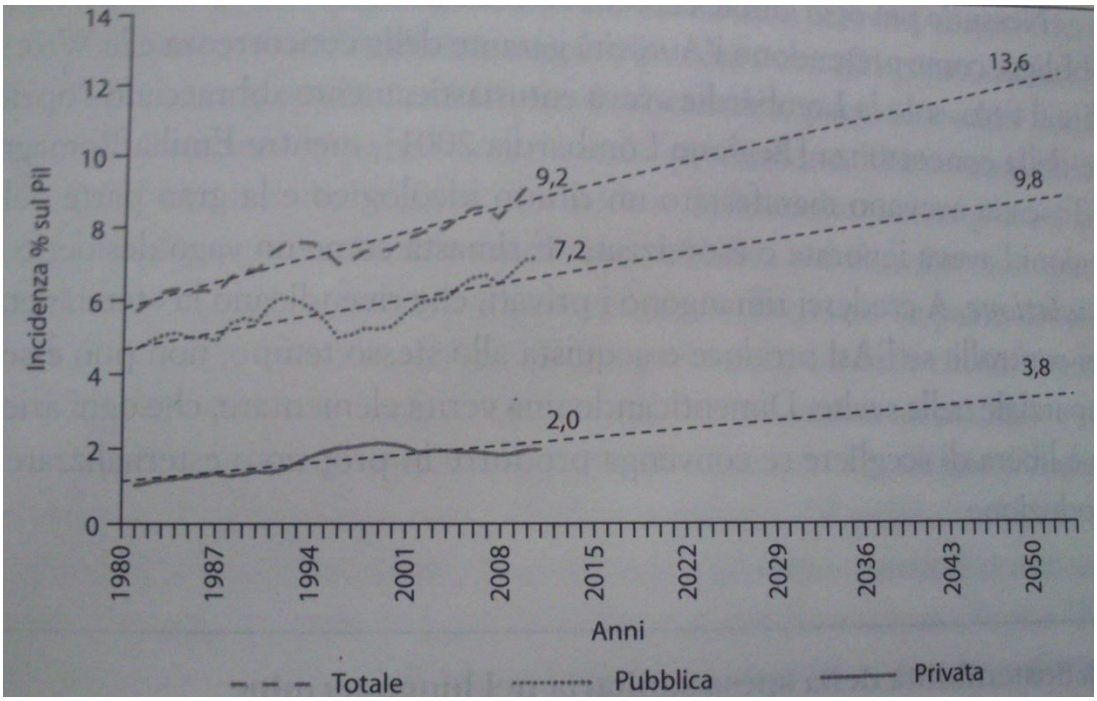
11.2 Possibili sviluppi futuri

Le previsioni a breve fino al 2017, secondo il Documento di economia e finanza dell'11 aprile 2013, mostrano un tasso medio di crescita annuo dell'1,9%, con un parallelo incremento del Pil nominale del 3,2% annuo. La spesa sanitaria sul Pil avrà una contrazione prevista del 6,7% nel 2017. La spesa sanitaria ha comunque una dinamica stabile per via della spending review e delle altre misure degli ultimi anni.

Nel futuro più lontano invece, le tendenze demografiche secondo Mapelli nel suo "Il sistema sanitario italiano" (2012) indicano un lieve aumento della natalità fino al 2030, seguito da una fase a natalità 0; un aumento dell'immigrazione, del numero di anziani e della vita media. Le tendenze epidemiologiche indicano un aumento della mortalità ma contemporaneamente la riduzione della presenza di alcune malattie e la presenza di grandi innovazioni diagnostiche e informatiche. Vi sarà la tendenza ad una sanità globale, con team variegati e una maggior accortezza e consapevolezza da parte dei pazienti nelle scelte. Si prevedono poi tendenze verso sistemi assicurativi universalistici, servizi nazionali decentrati, la presenza ancora dei DRG ed è discusso il futuro di proprietà pubblica degli ospedali. Si debbono poi combattere, come oggi, i problemi di razionamento ed equità distributiva.

La Ragioneria generale dello Stato, nell'ambito del gruppo UE per la sostenibilità per le finanze pubbliche, ha stimato che tra 2010 e 2060 vi sarà un aumento della spesa sanitaria pubblica sul Pil dell'1,5%, con un rallentamento dopo il 2050 per la riduzione della popolazione. Tutto ciò ipotizzando un aumento del Pil reale di 1,5% annuo e la riduzione del tasso di disoccupazione al 4,5%.

Figura 11.1 La spesa sanitaria in Italia (1980-2009 e proiezioni al 2050)



Fonte: Mapelli V., 2012, pagina 254.

Con ipotesi meno rosee, basate sulle serie storiche dal 1980 al 2009, invece l'aumento della spesa pubblica sul Pil è stimato del 2,6% e di quella privata dell'1,9%.

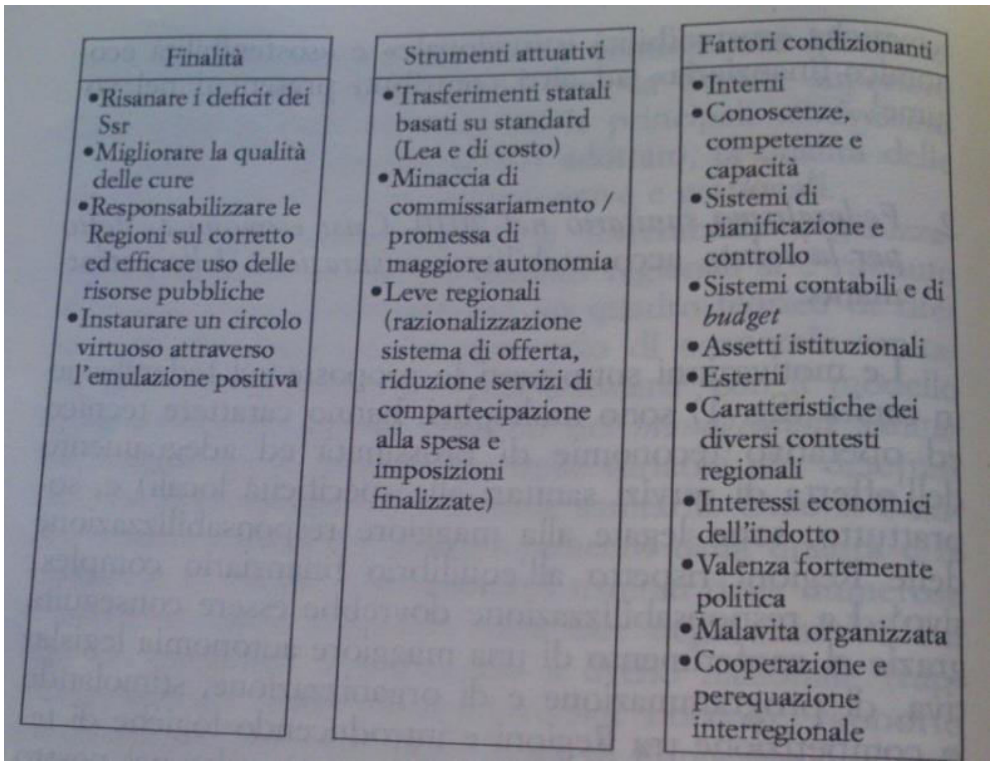
Per il futuro se l'invecchiamento della popolazione e le nuove tecnologie porteranno ad un aumento della spesa, anche rispetto al Pil, bisognerà trovare il modo di sostenere tale spesa e gli scenari potrebbero essere una ridefinizione dei Lea, forme di finanziamento integrative private o di compartecipazione alla spesa per i cittadini o infine la razionalizzazione della spesa, binario su cui in questi anni ci si sta muovendo e che, se ben gestito, potrebbe essere la soluzione anche per il futuro.

Possibili sviluppi riguardanti gli indicatori sarebbero appropriati mettendosi nell'ordine delle idee di sviluppare indicatori di qualità, grazie a database condivisi sulle statistiche territoriali come quelli di

"health for all" dell'Istat, "Statistiche territoriali" del Cnel, "Banca dati territoriale per le politiche di sviluppo" nato dalla collaborazione dell'Istat con il Dipartimento per le politiche dei Sviluppo e coesione del Ministero dello sviluppo economico, "Atlante Statistico dello sviluppo economico" e il corrispondente delle infrastrutture, entrambi di fonte Istat.
Un ulteriore indicatore utile potrebbe essere uno per tener conto del livello degli asset.

Secondo De Vincenti, Finocchi Ghersi e Tardiola, come riportato nel loro "La sanità in Italia" (2010), per il futuro, dal punto di vista istituzionale-amministrativo sono prevedibili differenti capacità a livello di governo e istituzionale; dal punto di vista economico-finanziario si auspicano circoli virtuosi per la ripresa, in cui costi standard e Lea siano leve sopportabili; da quello organizzativo-gestionale si cercheranno di ridurre le disomogeneità di performance.

Figura 11.2 Finalità, strumenti attuativi e fattori condizionanti per il futuro



Fonte: De Vincenti C., Finocchi Ghersi R., Tardiola A., Il Mulino, 2010.

Come sottolineato nell'appendice a "L'area a pagamento nelle aziende sanitarie pubbliche. Strategia e gestione dell'offerta di servizi a pagamento e della libera professione" di Longo e Meneguzzo (1997), la sanità è caratterizzata da un contesto di free riding in cui tutti vogliono consumare, ma facendo pagare gli altri e di moral hazard in cui tutti vogliono usare i servizi finché hanno utilità positiva, determinando uno spreco di risorse, in quanto esse potrebbero essere meglio utilizzate per altre persone che ne avrebbero un'utilità e un bisogno maggiore e tale fattore è tanto più accentuato quanto più elevata è l'elasticità della domanda rispetto al prezzo. In questo contesto, già di per sé tutt'altro che perfetto, si inseriscono problemi di finanza in quanto i costi standard vanno trovati in condizioni concrete di scarsità di informazioni, di tempo e risorse e ricercando per questo più la rappresentatività che l'accuratezza; le tariffe dipendono dal tipo di prestazione, dalla presenza di ticket, dalle tariffe attuali di aziende omogenee, dai costi diretti variabili e non, dai costi totali, dal grado di saturazione della capacità produttiva e da indicatori della competizione sul mercato; i sistemi informativi non sono ancora all'altezza di algoritmi appropriati; manca chiarezza su quali valori vadano presi in considerazione e, anche ammesso di averli individuati, non si capisce come considerarli; bisogna lavorare su una rapidità ed appropriatezza di risposta da parte del legislatore che per ora appare poco evidente; la crisi, con il conseguente peggioramento della situazione economico-finanziaria presente in molte Regioni con i Piani di rientro, dà il via ad un circolo in cui si abbassano gli obiettivi e con essi i risultati. Per evitare i problemi creati dalla situazione economico-finanziaria del Paese è importante scoprire le correlazioni esistenti e sfruttare le sinergie di produzione come nel caso delle reti di laboratori e di erogazione come nel caso dei Cup come suggeriscono in "La sanità in Italia" (2010), De Vincenti, Finocchi Ghersi e Tardiola.

Conclusioni

Perché considerare i vincoli di risorse ed accordi? Perché gli attori sono diversi, come diverse sono anche le infrastrutture valutative nei diversi casi. Per la determinazione del valore da dare vengono coinvolti esperti, con idee proprie date da specifici background, e si cercano di elaborare soluzioni che siano le migliori possibili. I differenti punti di vista devono essere ben bilanciate in quanto ci sono finalità legate a contenere la spesa, altre ad efficientare il sistema, altre ancora a tutelare al massimo la salute. La governance per questo richiede idonee procedure amministrative, contabili e gestionali, criteri contabili condivisi e consolidati, strumenti che fungano da indicatori per il rispetto della programmazione nazionale, indicatori sui costi medi ponderati delle prestazioni erogate e sulla spesa pro capite, meccanismi di responsabilizzazione.

Tutte le tendenze devono trovare un punto di comunione. Il tradizionale approccio aziendalistico della razionalità che si basa sul modello della gerarchia del valore, ricercando la massimizzazione del risultato economico, e tralasciando gli altri ordini di valore, non è però perseguibile. Questo metodo tra l'altro ormai risulta discutibile anche per le aziende tradizionali, che si devono confrontare con nuove sensibilità come il rispetto dell'ambiente e quindi questa è una strada che tanto meno è percorribile in un campo come la sanità. Ci si trova di fronte a due chiavi di lettura differenti in quanto, se pur vero che la sanità è assolutamente di rilevanza primaria, va comunque considerato che la spesa deve poter essere gestita in modo razionale per essere sostenibile anche oltre l'immediato presente in quanto la questione legata ad efficacia ed efficienza non è la minimizzazione dei costi in un determinato momento ma la sostenibilità nel medio periodo per tutti gli Enti coinvolti.

Molto lavoro va ancora fatto per rendere la sanità italiana veramente equa, e finora i risultati non sono stati soddisfacenti, ma i nuovi studi stanno mettendo in moto un processo di cambiamento nelle idee e gli apporti di tutti potrebbero riuscire a portare soluzioni concrete ed attuabili anche all'interno del nostro sistema; l'importante è che il nostro legislatore riesca ad essere anche recettivo, oltre che propositivo, e si provino anche soluzioni alternative rispetto alla quota capitaria attuale, perché, sia essa semplice o pesata in base alla densità di popolazione o per età, si è dimostrata un criterio che per come è strutturato oggi risulta insufficiente a rappresentare la varietà del nostro Paese e si è trasformato in un mero procedimento circolare.

Bibliografia:

Abbafati C., Spandonaro F. (2011) “Costi standard e finanziamento del Servizio sanitario nazionale”, Politiche sanitarie Vol. 12, N. 2, Aprile-Giugno. Disponibile da http://www.siecon.org/online/wp-content/uploads/2011/04/Abbafati-Spandonaro1.pdf [Consultato il 10/09/2014]

Agenas (2013) "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario-aggiornamento 2013". Disponibile da http://www.agenas.it/images/agenas/monitoraggio/spesa_sanitaria/Spesa_corrente.pdf [Consultato il 08/05/2015]

Arcangeli L., Falcitelli N., Langiano T. (2004) “I primi dieci anni dei Drg in Italia”, Politiche sanitarie Vol. 5, N. 4, Ottobre-Dicembre. Disponibile da http://www.politichesanitarie.it/r.php?v=32&a=273&l=7235&f=allegati/00032_2004_04/fulltext/04.Edit-Arcangeli%28155-157%29.pdf [Consultato il 16/02/2015]

Atella V., Kopinska J. (2014) “Criterio di ripartizione e simulazione a medio e lungo termine della spesa sanitaria in Italia: una proposta operativa”, Politiche sanitarie Vol. 15, N. 1, Gennaio-Marzo. Disponibile da http://www.politichesanitarie.it/r.php?v=1469&a=16207&l=23793&f=allegati/01469_2014_01/fulltext/02-Atella%2811-28%29.pdf [Consultato il 16/02/2015]

Bocci M. (2015) "La pagella della Sanità: la Toscana supera l'Emilia, precipita la Lombardia", da Repubblica.it. Disponibile da http://www.repubblica.it/cronaca/2015/03/04/news/la_pagella_della_sanit_la_toscana_supera_l_emilia_precipita_la_lombardia-108702823/ [Consultato il 08/05/2015]

Bordignon M., Dirindin N. (2010) “Costi standard: nome nuovo per vecchi metodi”, la voce. Disponibile da http://www.lavoce.info [Consultato il 09/08/2014]

Brent R. J. (2003) “Cost benefit Analysis and health care evaluation”, Edward Elgar MPG Books.

Camera dei deputati (2014) “Stabilità 2015, sintesi delle modifiche apportate dal Senato n. 233/4”, 20/12/2014. Disponibile da

http://www.sanita.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/_Oggetti_Correlati/Documenti/In-Parlamento/SINTESI_STABILITA.pdf?uuid=6a3a2a94-89ff-11e4-a5fc-0811181f7ca0 [Consultato il 16/02/2015]

Caruso E., Dirindin N. (2011) "Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011", Paper for the Espanet Conference "Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa" Milano, 29 Settembre — 1 Ottobre 2011. Disponibile da http://www.espanet-italia.net/conferenza2011/edocs1/sess%2020/20-caruso-dirindin.pdf [Consultato il 18/11/2014]

Cergas, Bocconi (2013) "Rapporto OASI 2013". Disponibile da http://www.camera.it/temiap/allegati/2015/02/04/OCD177-864.pdf [Consultato il 10/05/2015]

C. F. (2013) "Costi standard. Intervista a Marroni (Toscana): Ecco perché devono cambiare", quotidianosanità.it, 13/11/2013. Disponibile da http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=18081 [Consultato il 10/09/2014]

Cicchetti A., Ceccarelli A. (2013) "Il Servizio sanitario nazionale alla luce delle manovre finanziarie 2011 e 2012: tra accessibilità delle cure e contenimento della spesa", Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari WORKING PAPER N. 1/2013. Disponibile da http://altems.unicatt.it/altems-WP_Altems1_2013.pdf [Consultato il 16/02/2015]

Cislaghi C. (2010) "Un po' di chiarezza forse è utile…" Parole chiave, CARE 6. Disponibile da http://careonline.it/wp-content/uploads/2011/02/parole_chiave.pdf [Consultato il 09/08/2014]

Citoni G., Solipaca A. (2013) "Bisogni standard, costi standard e allocazione delle risorse tra Regioni: uno spunto di discussione", Politiche sanitarie Vol. 14, N. 1, Gennaio-Marzo. Disponibile da http://www.politichesanitarie.it/r.php?v=1299&a=14373&l=20660&f=allegati/01299_2013_01/fulltext/03-Citoni_17-29.pdf [Consultato il 16/02/2015]

Cleverley W. O., Song P. H., Cleverley J. O. (2011) "Essentials of health care finance", Janes & Bartlett Learning.

Craven R., Hirnle C., Jensen S. (settembre 2013) "Principi fondamentali dell'ASSISTENZA INFERMIERISTICA" quinta edizione volume 2, casa editrice ambrosiana.

D'Alessio L. "La nozione di costo standard". Disponibile da http://www.astrid-online.it/politiche-/i-sottogru/2--sottogr/d-alessio_costo-standard.pdf [Consultato il 10/09/2014]

D'Innocenzo, Truppetti "Argomenti di economia per le profissioni sanitarie", Mc Graw-Hill.

Decreto 68/2011 art. 27 testo (2011). Disponibile da http://www.sanita.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/_Oggetti_Correlati/Documenti/Dal-Governo/ART_27_DLGS_68_2011.pdf?uuid=7b89c35a-2259-11e2-897c-a68a2e8c1adc [Consultato il 25/02/2015]

Decreto legislativo 68/2011. Disponibile da http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:2011-05-06;68n [Consultato il 10/09/2014]

Decreto legge 78/2010. Disponibile da http://sistemats1.sanita.finanze.it/wps/wcm/connect/a5d98b8047c03dbaabd3bfc73eeaa4f4/DECRETO+78+del+31+maggio+2010+articolo+11.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=a5d98b8047c03dbaabd3bfc73eeaa4f4 [Consultato il 10/09/2014]

De Vincenti C., Finocchi Ghersi R., Tardiola A. (2010) "La sanità in Italia", Il Mulino.

Degani L., Mozzanica R. (2009) "Integrazione socio-sanitaria. Le ragioni, le regioni, gli interventi".

Del Vecchio R., Zanna A. (2013) "Il sistema sanitario italiano, modelli regionali a confronto", Università Sapienza di Roma, materiale didattico per il corso di Economia e Gestione delle Amministrazioni Pubbliche. Disponibile da http://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dis.uniroma1.it%2F~catalano%2Fmateriale%2520didattico%2FDel%2520Vecchio%2520Zanna.pptx&ei=BxJRVPjzEqWfygP2goCACg&usg=AFQjCNHVgqITwLrDksJtcdjb5__jXIpZYA [Consultato il 10/09/2014]

Dirindin N. (1996) "Chi paga per la salute degli italiani? Una ricostruzione accurata degli effetti redistributivi prodotti dal nostro sistema sanitario", società editrice Il mulino.

Dirindin N. (2010) "Fabbisogni e costi standard in sanità: limiti e meriti di una proposta conservativa", Politiche sanitarie Vol. 11, N. 4, Ottobre-Dicembre 2010. Disponibile da

http://www.politichesanitarie.it/r.php?v=555&a=6605&l=9228&f=allegati/00555_2010_04/fulltext/01.%20Dirindin%28219-234%29.pdf [Consultato il 16/02/2015]

Doctor33 (2011) "Lea, dalle pagelle del ministero sei regioni bocciate". Disponibile da http://www.doctor33.it/lea-dalle-pagelle-del-ministero-sei-regioni-bocciate/politica-e-sanita/news-35515.html [Consultato il 08/05/2015]

Documenti della Camera “Costi e fabbisogni standard del settore sanitario”. Disponibile da http://leg16.camera.it/561?appro=644&#paragrafo2976 [Consultato il 10/09/2014]

Documenti della Camera “Il federalismo sanitario”. Disponibile da http://nuovo.camera.it/561?appro=734&Il+federalismo+sanitario [Consultato il 21/09/2014]

Documenti della Camera “Decreto legislativo 68/2011 n. 291/2 Parte I”. Disponibile da http://documenti.camera.it/leg16/dossier/Testi/FI0446bs1.htm#dossierList [Consultato il 16/12/2014]

Documenti della Camera “Decreto legislativo 68/2011 n. 291/2 Parte II”. Disponibile da http://documenti.camera.it/leg16/dossier/Testi/FI0446bs2.htm#dossierList [Consultato il 16/12/2014]

Documenti della Camera “Decreto legislativo 68/2011 n. 291/1”. Disponibile da http://documenti.camera.it/leg16/dossier/Testi/FI0446a.htm#dossierList [Consultato il 16/12/2014]

Documenti della Camera “Schema di decreto legislativo 317/2011”. Disponibile da http://documenti.camera.it/leg16/dossier/Testi/FI0446.htm#dossierList [Consultato il 16/12/2014]

Documenti della Camera “Sanità”. Disponibile da http://leg16.camera.it/292?area=30&Sanit%C3%A0 [Consultato il 16/12/2014]

Documenti della Camera “Il controllo della spesa sanitaria”. Disponibile da http://leg16.camera.it/465?area=30&tema=34&Il+controllo+della+spesa+sanitaria [Consultato il 16/12/2014]

Documenti della Camera “Il federalismo sanitario”. Disponibile da http://leg16.camera.it/561?appro=734&Il+federalismo+sanitario [Consultato il 16/12/2014]

Documenti della Camera “Il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale”. Disponibile da http://leg16.camera.it/465?area=30&tema=664&Il+livello+di+finanziamento+del+Servizio+sanitario+nazionale [Consultato il 16/12/2014]

Donabedian A. (1990) “La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione”, Carocci.

Dore M. (2014) “Costi standard. Il fabbisogno viene individuato in sede politica e non in sede tecnica”, 02/10/2014. Disponibile da http://www.quotidianosanita.it/federsanita/articolo.php?articolo_id=23607 [Consultato il 16/02/2015]

Economist.com (2015) “Italy’s regional divide. A tale of two economies. As the north limps ahead, the south swoons”. Disponibile da http://www.economist.com/news/finance-and-economics/21651261-north-limps-ahead-south-swoons-tale-two-economies [Consultato il 19/05/2015]

Federsanità “punti LEA”. Disponibile da http://www.federsanita.it/public/puntilea.pdf [Consultato il 08/05/2015]

Fontana T. (2012) "Da bocciata a rimandata". Disponibile da http://www.tuttosanita.it/ArchivioDocumenti/Interventi/articolo%20su%20lea%20finale.pdf [Consultato il 08/05/2015]

Fortunati Marzapoli V. (1992) “Efficienza efficacia qualità nelle organizzazioni non profit pubbliche. Le aziende del sistema sanitario”, Editrice Clueb Bologna.

Gavino, Maciocco (2014) “Un altro programma di governo della sanità è possibile”, saluteinternazionale.info. http://www.saluteinternazionale.info/2014/12/un-altro-programma-di-governo-della-sanita-e-possibile/ [Consultato il 20/05/2015]

Giusepponi K., Storti N. (2010) “Rischi di spreco in sanità”, Aracne editrice srl.

Gobbi B. (2014) “Approvata la legge di stabilità: tutte le misure per la sanità”, 23/12/2014. Disponibile da http://www.sanita.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2014-12-22/Manovra_alla_Camera-131102.php?uuid=AbAEkHpK&fromSearch [Consultato il 16/02/2015]

Golubnitschaja O. (2012) “Healthcare overview. New perrspectives”, Vincenzo Castigliola editor, springer.

Grafici di spesa sanitaria pubblica corrente e spesa sanitaria delle famiglie in percentuale del Pil. Disponibile da http://www.istat.it/it/salute-e-sanit%C3%A0 [Consultato il 16/02/2015]

Il Fatto Quotidiano.it (2015) “Istat: “Rapporto deficit/pil sfora il 3%”. Sale il reddito delle famiglie”. Disponibile da http://www.ilfattoquotidiano.it/2015/01/09/istat-rapporto-deficitpil-sfora-3-sale-reddito-delle-famiglie/1326243/ [Consultato il 19/05/2015]

Il Sole24 Ore (2013) “Costi e fabbisogni standard: in Gazzetta la delibera di Palazzo Chigi per la scelta delle Regioni benchmark”, 12/06/2013. Disponibile da http://www.sanita.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2013-06-12/costi-fabbisogni-standard-gazzetta-064708.php?uuid=AbrZmE4H [Consultato il 18/11/2014]

Il Sole24 Ore (2014) “Costi standard in corsia: la proposta del network Nisan”, 24/11/2014. Disponibile da http://www.sanita.ilsole24ore.com/art/regioni-e-aziende/2014-11-24/costi-standard-corsia-proposta-163854.php?uuid=AbixRlgK&fromSearch [Consultato il 16/02/2015]

Il Sole24 Ore “Determinazione del fabbisogno sanitario nazionale standard. Art. 26, 27”. Disponibile da http://www.sanita.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/_Oggetti_Correlati/Documenti/Dal-Governo/FABBISOGNO_STANDARD.pdf [Consultato il 18/11/2014]

Il Sole24 Ore (2011) “Il Tesoro colloca BTp a 15 anni a un tasso del 5,90%, ai massimi dal lancio dell'euro. Quinquennale al 4,93%”. Disponibile da http://www.ilsole24ore.com/art/finanza-e-mercati/2011-07-14/tesoro-colloca-anni-tasso-114624.shtml [Consultato il 19/05/2015]

Il Sole24 Ore (2014) "Lea 2013, prima la Toscana con un punteggio mai ottenuto in precedenza”. Disponibile da http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/regioni-e-aziende/2014-12-18/esclusiva-2013-prima-toscana-161740.php?uuid=AbCYe8nK [Consultato il 08/05/2015]

Il Sole24 Ore (2013) “Regioni in piano di rientro, Bevere: miglioramenti nell’andamento dei conti, da rafforzare territorio, lungodegenza e Rsa”, 29/05/2013. Disponibile da http://www.sanita.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2013-05-29/regioni-piano-rientro-bevere-124854.php [Consultato il 16/02/2015]

Il Sole24 Ore (2013) “Umbria, Emilia Romagna e Veneto sono le tre Regioni benchmark per il 2013. Nella prossima riunione i criteri per i costi standard 2014”, 5/12/2013. Disponibile da http://www.sanita.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2013-12-05/umbria-emilia-romagna-veneto-135445.php?uuid=Ab48zL7I&fromSearch [Consultato il 16/02/2015]

Istat “MOBILITA’ OSPEDALIERA 36. Emigrazione regionale per ricovero: un fenomeno diffuso in alcune regioni del Mezzogiorno”. Disponibile da http://noi-italia.istat.it/fileadmin/user_upload/allegati/36.pdf [Consultato il 16/02/2015]

Istat “SPESA SANITARIA PUBBLICA 33. La spesa sanitaria pubblica assorbe nel 2012 il 7,0 per cento del Pil”. Disponibile da http://noi-italia.istat.it/fileadmin/user_upload/allegati/33.pdf [Consultato il 16/02/2015]

Istat “Stima preliminare del Pil, 2015”. Disponibile da http://www.istat.it/it/archivio/149097 [Consultato il 16/02/2015]

Lagostena A., Pasdera A. “Costi standard. La proposta di N. I. san. 18-24 novembre 2014”, il Sole24 Ore. Disponibile da http://www.sanita.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/_Oggetti_Correlati/Documenti/Regioni-e-Aziende/NISAN_SANITA.pdf?uuid=046f58a6-73f2-11e4-84e8-56cf7d4af9cc [Consultato il 16/02/2015]

Legge finanziaria 2010 (Legge 191/2009). Disponibile da http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2009-12-23;191 [Consultato il 10/09/2014]

Longo F., Meneguzzo M. (1997) “L’area a pagamento nelle aziende sanitarie pubbliche. Strategia e gestione dell’offerta di servizi a pagamento e della libera professione”, Il Sole24 Ore Libri.

Magnano R. (2015) “Emergenza Fiaso: Ecco i costi standard del 118 per fare meglio con meno”, il Sole24 Ore, 12/02/2015. Disponibile da http://www.sanita.ilsole24ore.com/art/regioni-e-aziende/2015-02-12/emergenza-fiaso-ecco-costi-113448.php?uuid=AbcvOTBL [Consultato il 16/02//2015]

Manacorda C. (2013) “Sanità, costi standard lumaca”, lo spiffero.com. Disponibile da http://www.lospiffero.com/a-conti-fatti/sanita-costi-standard-lumaca-11360.html [Consultato il 18/11/2014]

Mapelli V. (2014) "Dentro al Patto per la salute: riflessioni e proposte per definire la quota capitaria", rivista Monitor n.36. Disponibile da http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/pdf/Monitor__n_36.pdf [Consultato il 07/04/2015]

Mapelli V. (2012) “Il sistema sanitario italiano”, Il Mulino.

Massicci F. “il criterio dei costi e fabbisogni standard nel contesto del sistema di Governance nel settore sanitario”, Ragioneria Generale dello Stato, Ministero dell’Economia e delle Finanze. Disponibile da http://www.parlamentiregionali.it/dbdata/documenti/%5B4e005348a3fb0%5DMASSICCI_09.06.pdf [Consultato il 10/09/2014]

MEF, Dipartimento di Ragioneria Generale dello Stato (2014) “Il monitoraggio della spesa sanitaria”, Rapporto n. 1. Disponibile da http://www.sanita.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/_Oggetti_Correlati/Documenti/Dal-Governo/il_monitoraggio_del_sistema_sanitario.pdf?uuid=0d6958b8-f16a-11e3-bba7-cc9c088df17f [Consultato il 25/02/2015]

Ministero della Salute, salute.gov, “Il Servizio sanitario nazionale: livelli di governo e politiche”. Disponibile da http://www.rssp.salute.gov.it/imgs/C_17_navigazioneRelazione_10_listaSezioni_sezioniItemName_2_scarica.pdf [Consultato il 16/02/2015]

Ministero della Salute, salute.gov, “Lo stato di salute della popolazione”. Disponibile da http://www.rssp.salute.gov.it/imgs/C_17_navigazioneRelazione_10_listaSezioni_sezioniItemName_3_scarica.pdf [Consultato il 16/02/2015]

Ministero della Salute, salute.gov, “I determinanti della salute”. Disponibile da http://www.rssp.salute.gov.it/imgs/C_17_navigazioneRelazione_10_listaSezioni_sezioniItemName_4_scarica.pdf[[Consultato il 16/02/2015]

Ministero della Salute, salute.gov, “Qualità del sistema, risorse, strumenti informativi, monitoraggio dei LEA, comunicazione”. Disponibile da http://www.rssp.salute.gov.it/imgs/C_17_navigazioneRelazione_10_listaSezioni_sezioniItemName_6_scarica.pdf [Consultato il 16/02/2015]

Ministero della Salute, salute.gov (2015) “Report OCSE: in Italia buona qualità dell’assistenza sanitaria, persistono disparità regionali”, 26/01/2015. Disponibile da http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=1895 [Consultato il 16/02/2015]

Ministero della Salute, salute.gov (2012) “Gli obiettivi generali”, 28/09/2012. Disponibile da http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2978&area=sistemaInformativo&menu=presentazione [Consultato il 16/02/2015]

Muraro G. (2008) “Alla ricerca del costo standard”, la voce. Disponibile da http://www.lavoce.info [Consultato il 09/08/2014]

Pammoli F., Salerno N. (2012) “Regional differences in the governance of helth care expenditure. Italian Health Care System (Ssn) in the transition toward Federalism: the SaniRegio Model”, CeRM, 02/2012. Disponibile da http://mpra.ub.uni-muenchen.de/36934/1/MPRA_paper_36934.pdf [Consultato il 16/02/2015]

Petretto A. (a cura di) (1997) “Economia della sanità”, il Mulino. Introduzione; Parte prima: sanità, analisi economica e intervento pubblico (saggi di A. Petretto, A. Bariletti e G. France “ECONOMIA DELLA SANITA’: ALCUNI SVILUPPI TEMATICI E PUNTI CONTROVERSI”, A. Balestrino); Parte seconda: la riforma dei sistemi sanitari in senso pro-concorrenziale (saggi di V. Mapelli “CONCORRENZA E REGOLAZIONE DEL SSN”, P. Belli “LA RIFORMA SANITARIA INGLESE”, F. Vanara “SISTEMA DI PAGAMENTO PROSPETTICO PER RAGGRUPPAMENTI OMOGENEI DI DIAGNOSI: IL RAPPORTO INTERCORRENTE TRA TARIFFE E COSTI DI PRODUZIONE”, G. Fiorentini e V. Rebba e D. Fabbri “LA REGOLAMENTAZIONE DELLA QUALITA’ DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE MEDIANTE TARIFFE: UN’ANALISI DEI SISTEMI DI PAGAMENTO PROSPETTICO”); Parte terza: sistema sanitario e decentramento regionale (saggi di R. Artoni e P. Saraceno “FINANZIAMENTO DELLA SANITA’ E TRASFERIMENTI INTERREGIONALI”, N. Sciclone “DISTRIBUZIONE REGIONALE DELLA SPESA E FINANZIAMENTO DELLE RISORSE NEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE”, S. Vettorazzi, A. Leva).

Pisauro G. (2010) “Federalismo, I fabbisogni standard nel settore sanitario, Commento allo schema di decreto legislativo”. Disponibile da http://www.nens.it/_public-file/FEDERALISMO.%20SANITA.%208.10.10.pdf [Consultato il 10/09/2014]

Pisauro G. (2010) “Retorica e realtà nella determinazione dei fabbisogni standard nella sanità”, 22/10/2010. Disponibile da http://www.grusol.it/informazioni/25-10-10.PDF [Consultato il 10/09/2014]

Quattrone M. (2013) “Il prof. Robert Kaplan boccia i costi standard in sanità”, Quotidiano Sanità, novembre 2013. Disponibile da http://www2.aforp.it/il-prof-robert-kaplan-boccia-i-costi-standard-in-sanita/ [Consultato il 10/09/2014]

Quotidianosanità.it (2013) “Costi standard. La nuova proposta regionale: Via le Regioni benchmark. Gli standard si basino su tutte le realtà in regola con i conti", 13/11/2013. Disponibile da http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=18063 [Consultato il 10/09/2014]

Quotidianosanità.it (2013) “Costi standard. Rinviata a settembre la decisione sulle tre regioni benchmark”, 01/08/2013. Disponibile da http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=16336 [Consultato il 16/02/2015]

Quotidianosanità.it (2012) “Finanziamento sanità. Balduzzi apre a “deprivazione” ma il Veneto boccia l’ipotesi”, 14/02/2012. Disponibile da http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=7441 [Consultato il 16/02/2015]

Quotidiano sanità.it (2014) “Mef: spesa sanitaria 2012 a quota 113,6 mld. I tagli hanno contribuito a frenarne la crescita”, 24/03/2014. Disponibile da http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=20533 [Consultato il 25/02/2015]

Quotidianosanità.it (2013) “Spesa sanitaria. Previsioni 2013-2017: crescita media 2mld l’anno. Ma l’incidenza sul Pil cala”, 11/04/2013. Disponibile da http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=14367 [Consultato il 16/02/2015]

Rea M. A. (1998) “Le aziende sanitarie pubbliche. Profilo economico aziendale modello contabile e problematiche di bilancio”, G. Giappichelli Editore, Torino.

Regione Umbria (2013) “Sanità, Umbria guida gruppo regioni “benchmark” per determinazione costi e fabbisogni standard”. Disponibile da http://www0.regione.umbria.it/mediacenter/FE/articoli/sanita-umbria-guida-gruppo-regioni-benchmark-per-d.html [Consultato il 18/11/2014]

Regioni.it (2012) “SANITA' E COSTI STANDARD: EMENDAMENTI PROPOSTI PER INTESA SU DPCM CRITERI QUALITÀ SERVIZI, APPROPRIATEZZA ED EFFICIENZA, PER SCELTA REGIONI DI RIFERIMENTO”. Disponibile da http://www.regioni.it/home_art.php?id=501 [Consultato il 18/11/2014]

Ruffo A. (2015) “Pil pro capite: baratro tra Nord e Sud”, Il Sole24 Ore, martedì 10 Febbraio 2015 N.40.

Russo S. (2012) “Economia e management delle aziende sanitarie pubbliche profili evolutivi, assetto istituzionale e performance”, CEDAM.

Rutstein D. D., Beremberg W., et al. (1976) “Measuring the quality of medical care: a clinicalmethod”, New Engl J Med.

Salerno N. C. (2013) “Federalismo e standard in sanità. Il ‘mito’ che ci accompagna da tredici anni”, 20/11/2013. Disponibile da http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=18220 [Consultato il 16/02/2015]

Scheggi M. (2009) “Costi standard e livelli essenziali di assistenza, problemi applicativi del federalismo nel settore sanitario”. Disponibile da http://www.health-management.it/CSLEA.pdf [Consultato il 09/08/2014]

Scheggi M. (2011) “L’applicazione del federalismo al settore sanitario, considerazioni sul decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 disposizioni in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario”. Disponibile da http://www.health-management.it/AFSS.pdf [Consultato il 10/09/2014]

Sechi G. “Costi standard: nuove regole per il finanziamento dei SSR”. Disponibile da http://www.socialesalute.it/newsletter/112010/i-costi-standard-nuove-regole-per-il-finanziamento-dei-ssr.html [Consultato il 18/11/2014]

Servizio Studi - Dipartimento finanze, Camera dei deputati - XVI Legislatura - Dossier di documentazione (2012) “Sanità, costi standard e Regioni di riferimento”. Disponibile da http://www.regioni.it/home_art.php?id=501 [Consultato il 16/12/2014]

Sobbrio G. (2007) “Efficienza ed efficacia nell’offerta di servizi sanitari”, Franco Angeli editore.

Spandonaro F. (2015) "Dal superamento dell'emergenza finanziaria al risanamento", rivista Monitor n.37. Disponibile da http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/pdf/Monitor_37.pdf [Consultato il 07/04/2015]

Strusi A. (2011) "Il finanziamento delle funzioni regionali, perequazione e autonomia tributaria", convegno della Corte dei Conti 19-20/01/2011. Disponibile da http://www.portalefederalismofiscale.gov.it/portale/it/c/document_library/get_file?uuid=01cf0dd2-3160-45df-a34a-da7f8d98a1e2 [Consultato il 16/12/2014]

Tardiola A. "Il ruolo del costo standard nella riforma federalista del welfare". Disponibile da http://astrid-online.it/il-sistema1/Studi-e-ri/Archivio-22/A_Tardiola_Il-ruolo-del-costo-standard_ott08.pdf [Consultato il 10/09/2014]

Taroni F. (1997) "DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali", Il pensiero scientifico Editore.

Testi A., Ivaldi E., Busi A. (2005) "Caratteristiche e potenzialità informative degli indici di deprivazione". Disponibile da http://www.torinomedica.com/allegati/Fondazione%20Smith%20Kline.pdf [Consultato il 16/02/2015]

Thema, protagonisti della sanità (2011) "Federalismo e costi standard", numero 2. Disponibile da http://www.politichesanitarie.it/custom/pdf/Thema_2_2011.pdf [Consultato il 18/11/2014]

Turno R. (2013) "Regioni benchmark: oggi la sfida Veneto-Lombardia per il terzo posto", Il Sole24 Ore, 5/12/2013. Disponibile da http://www.sanita.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2013-12-04/regioni-benchmark-oggi-disfida-204245.php?uuid=AbJtOC7I [Consultato il 16/02/2015]

Villani S. (2010) "Basic elements defining the standard cost concept. A survey of literature and main foreign experiences", MPRA. Disponibile da http://mpra.ub.uni-muenchen.de/29683/1/MPRA_paper_29683.pdf [Consultato il 10/09/2014]

Villani S., D'Alessio L., Pica F. (2008) "The issue of standard costs and problems of the Southern Italy", MPRA. Disponibile da http://mpra.ub.uni-muenchen.de/30214/1/MPRA_paper_30214.pdf [Consultato il 10/09/2014]

Wallstreetitalia.com (2014) “La verità sull'Economia italiana: tutti i dati che non potete non sapere”. Disponibile da http://www.wallstreetitalia.com/article/1613489/crisi-sistemica/la-verita-sull-economia-italiana-tutti-i-dati-che-non-potete-non-sapere.aspx [Consultato il 19/05/2015]

Zangrandi A. (1985) “Il controllo di gestione nelle unità sanitarie locali”, Università Bocconi, dipartimento di economia aziendale, Giuffrè Editore.

Zangrandi A. (2008) “Il finanziamento della sanità in alcune regioni italiane”, in Scandigli V. “Le regole di sistema. I cittadini e i servizi sanitari. Regioni a confronto” di Guerrini e associati. Disponibile da http://www.ateneonline.it/zangrandi/studenti/isbn3690-5_finanziamento_regioni.ppt [Consultato il 16/02/2015]