



Rapporto **CEIS - Sanità 2004**

Sostenibilità, equità e ricerca dell'efficienza

a cura di

V. Atella

A. Donia Sofio

F.S. Mennini

F. Spandonaro

CEIS - Sanità Facoltà di Economia
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Editore Italpromo Esis Publishing

Capitolo 3

La ricerca dell'efficienza nel sistema regionale di assegnazione delle risorse per la sanità

Fioravanti L.¹, Spandonaro F.²

3.1 Premessa

Nel nuovo assetto istituzionale dello Stato, basato su principi federalisti, il settore sanitario ha assunto un'importanza sempre maggiore per le Regioni, come risulta dai dati di spesa sanitaria, che rappresenta in media il 78,5% del bilancio delle Regioni³.

Inoltre, considerando che il rapporto percentuale tra finanziamento del SSN a carico dello Stato e PIL è aumentato fino al valore del 6,1% registrato nel 2003⁴, risulta sempre più importante comprendere la reale capacità delle Regioni nel perseguire una maggiore efficienza; in particolare sembra utile monitorare il sistema di distribuzione delle risorse agli erogatori utilizzato dalle Regioni per analizzarne le differenze esistenti e i diversi esiti.

Il presente contributo si propone quindi di confrontare le politiche di distribuzione delle risorse, e in particolare di finanziamento/pagamento delle aziende sanitarie ed ospedaliere pubbliche e private, impiegate a livello regionale, al fine di comprendere quali reali incentivi all'efficienza esse comportino, nonché le motivazioni economiche di alcune marcate differenze che si riscontrano in dette politiche; il lavoro si sostanzia nell'analisi dei criteri di riparto delle

¹ CEIS Centre for Health Economics and Health Care Management, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata"

² CEIS Centre for Health Economics and Health Care Management, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata"

³ Corte dei Conti, 16 luglio 2004, Relazione al Parlamento sulla finanza regionale 2002/2003.

⁴ Dati Ministero della Salute 2004.

The search of efficiency in the regional system of allocating resources for health care

Fioravanti L.¹, Spandonaro F.²

Summary

The present contribution sets out to compare policies for the distribution of resources, and in particular those involving the financing/payment of local health-care agencies and public and private hospitals, utilised by regional governments, for the purpose of understanding what effective incentives towards efficiency these entail, as well as the economic motives for certain marked differences found between these policies.

The analysis was extended to the regions of Campania, Liguria, Lombardia, Puglia, Sicilia, Umbria and Veneto, together with the Autonomous Province of Trento.

Each region follows the criteria contemplated under the national distribution system, though differences can often be observed in terms of the shares of the resources assigned by a given region to the different levels of care, a result of the implementation of the federalist system, whose objective is to increase internal efficiency through an allocation of available resources that better reflects the specific needs of each region. The coexistence of decidedly different regional approaches can be viewed as a sign of the significant autonomy of the regions, but also as a demonstration of the varying levels of regional concern over the possibility of making health-care enterprises bear more responsibility for

¹ CEIS Centre for Health Economics and Health Care Management, Department of Economics, University of Rome, "Tor Vergata" campus.

² CEIS Centre for Health Economics and Health Care Management, Department of Economics, University of Rome, "Tor Vergata" campus.

risorse finanziarie, delle forme di utilizzo di alcuni strumenti tesi a garantire l'equilibrio di bilancio, quali accordi contrattuali e tetti di spesa, nonché dei livelli di disavanzo che condizionano tale processo. L'analisi è estesa a Campania, Liguria, Lombardia, Puglia, Sicilia, Umbria, Veneto e la Provincia Autonoma di Trento.

3.2 La ricerca dell'equità e dell'efficienza nel sistema di distribuzione delle risorse finanziarie per la sanità

Il sistema di distribuzione delle risorse finanziarie per la sanità alle Regioni è caratterizzato da un meccanismo basato sulla individuazione dei bisogni della popolazione, stimato in funzione della numerosità della popolazione assistita, della struttura demografica (in particolare per età) e della mobilità sanitaria regionale⁵; contemporaneamente, la normativa riconosce una quasi completa autonomia regionale nella definizione delle modalità di ulteriore attribuzione delle risorse alle aziende sanitarie ed ospedaliere pubbliche e private, limitandosi a definire alcuni criteri generali. Mentre la distribuzione delle risorse dal centro alle Regioni è finalizzata a garantire equità al sistema, i criteri di distribuzione a livello infra-regionale suggeriti dalla normativa sembrano principalmente orientati verso la ricerca dell'efficienza.

Il D.Lgs. 502/1992 prescrive nella prima fase di distribuzione a livello centrale (a quota capitaria) la definizione di un sistema di coefficienti parametrici atti a garantire livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, mentre a livello regionale introduce ad esempio il criterio del pagamento a prestazione resa ("a DRG") per le aziende ospedaliere, al fine evidentemente di evitare comportamenti inefficienti, quali una impropria ed eccessiva degenza.

Successivamente il D.Lgs. 229/1999 ha introdotto ulteriori misure per garantire una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate e con essa la sostenibilità finanziaria del sistema (accordi contrattuali, tetti di spesa), ribadendo il legame fra gli stanziamenti al bisogno di assistenza, mediante il meccanismo della quota capitaria pesata⁶. In tale meccanismo trova esplicito riconoscimento anche la consistenza dell'offerta e lo stato di conservazione degli immobili.

⁵ Legge 23 dicembre 1996, n. 662.

⁶ In base all'art. 12 comma 3 del D.Lgs. 229/1999, la quota capitaria di finanziamento da assegnare alle Regioni è determinata con riferimento ai seguenti elementi: popolazione residente, mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari.

achieving objectives of rationalisation.

When regional levels of centralisation/decentralisation are compared through the use of a number of indicators, it is found that the reduced level of financial independence granted to local health-care enterprises is definitely indicative of a regional (neo)centralism³, seeing that it is accompanied by de facto limitations or abolitions of the bargaining power of these enterprises; the percentage of regional health-care funds allocated to the local enterprises makes it possible to quantify the trend. To complete the overall picture, measurement should be made of the portion of financial resources for health care that remain under the direct control of the region (the portion earmarked for discretionary or obligatory spending), and which often provide financial "oxygen" needed for a realignment of resources to meet the expenses traditionally generated on the local level. These sums (which take the form of reserves) can essentially be utilised during the fiscal year for need of a general nature.

The regions have attempted to "balance their accounts", taking renewed possession of a portion of the power connected to the financial lever while establishing a de facto form of programming, through restrictions on end uses and spending ceilings, that must necessarily take into account the structure of the supply and the historic levels of cost on the local level.

The independence of the regions, together with the varying levels of regional awareness regarding the possibility of having the health-care enterprises bear greater responsibility for achievement of the objectives of rationalisation, has led to the identification of three models of finan-

³ The regional (neo)centralism can be considered a sign of the perception by the regional governments that the current competitive instruments are inadequate for pursuing a rationalisation of the system.

Prescindendo da considerazioni relative all'efficacia del meccanismo sul piano della equità⁷, per quanto riguarda l'obiettivo dell'aumento dell'efficienza del settore sanitario, secondo alcuni i meccanismi adottati non sembrano essere stati coerenti con la motivazione di fondo degli interventi, avendo di fatto favorito le Regioni più sviluppate, e quindi consolidato lo squilibrio esistente fra le aree del paese, prescindendo dalla definizione di una qualche equità allocativa⁸.

Sembra quindi che si possa affermare che sia concreto il rischio che alcune scelte di politica sanitaria, quali l'adozione dei sistemi di remunerazione degli erogatori a prestazioni rese, pur avendo portato in altri contesti evidenti benefici, e in particolare lo sviluppo di meccanismi "concorrenziali" effettivamente orientati al miglioramento delle performance del servizio pubblico, trovi una deludente applicazione nello specifico del SSN italiano.

Due ipotesi sembrano poter spiegare tale parziale "fallimento":

- l'esistenza di un sistema pubblico, caratterizzato dalla mancanza sia di una netta separazione tra soggetto finanziatore ed erogatore, sia di un sistema sanzionatorio di "uscita" dal mercato dell'operatore inefficiente. In questo caso gli obiettivi di efficacia ed efficienza diventano infatti secondari rispetto all'esigenza di equilibrio finanziario (pareggio di bilancio);
- il finanziamento a tariffa potrebbe determinare un aumento indesiderato del volume di prestazioni offerte (inappropriate), richiedendo misure correttive, quali tetti di spesa per ricoveri e prestazioni ambulatoriali, che inibiscono però in larga misura lo sviluppo di una competizione fra erogatori. Secondo Petretto (2001) la predisposizione di meccanismi di controllo sulle prestazioni delle singole Regioni diventa il passaggio cruciale per addivenire ad un sistema di finanziamento della sanità indistintamente inserito nella finanza regionale, con controlli che ammettono una differenziazione delle prestazioni secondo un effettivo adeguamento dell'offerta, da parte delle Regioni, alla domanda e ai bisogni sanitari.

⁷ Tali aspetti sono stati trattati in altra sede: si veda Rafaniello A., Spandonaro F. (2003); Atella V., Mennini F.S., Spandonaro F. (2004).

⁸ Jommi C. (2004).

cing: the first model leaves the responsibility for carrying out the provisions of the LEA's with the health-care enterprises (primarily local), if necessary with a follow-up control; the second model determines the resources for the level in advance, leaving the enterprises with responsibility for determining the portions, within this amount. To be allocated to the different types of care; finally, the third approach restricts the resources to specific uses, especially in the field of mental health and preventive medicine.

The shared feature of the models, would appear to be the restrictions on end use and spending, which result in a situation of (neo)centralism. It would not appear possible to identify an optimal reference model, while it does strikes is as safe to say that, based on a joint analysis of the policies implemented, the before, as well as the results in terms of the financial efficiency of each region, or the after, the regions are limited in their institutional choices by the need to obtain short-term financial savings.

As things currently stand, therefore, it would not appear possible to govern the health system with market mechanisms, unless steps are first taken to carry out a complete revision of the internal causes of inefficiency.

The positive indications that can be formulated regard, first and foremost, the need to evaluate whether it is useful, or even necessary, to consider undertaking a series of investments meant to bring the regions furthest behind up to the threshold of (im)balance at which the mechanisms of competitive rationalisation prove truly competitive and, in the second place, how to ensure that the mechanism for distributing resources includes the space not only for measuring needs but also for providing incentives for forms of behaviour geared towards achieving the heightened efficiency and appropriateness that can be used as the underpinnings for re-establishing the balance of the supplementary resources available.

Tabella 1 - Criteri di riparto del Fondo Sanitario Regionale

Regioni	Assistenza ospedaliera	Assistenza territoriale	Ass. Sanitaria collettiva in ambienti vita e lavoro
Campania	Quota riequilibrio e perequazione + criterio tariffario	Quota capitaria + quota capitaria pesata per anzianità popolazione	Quota capitaria pesata per popolazione residente
Emilia Romagna	Quota capitaria pesata per caratteristiche socio-demografiche	Quota capitaria pesata per caratteristiche socio-demografiche	Quota capitaria pesata per caratteristiche socio-demografiche
Liguria	Quota capitaria pesata in base ai criteri riparto fsn 2001/2002	Quota capitaria pesata in base ai criteri riparto fsn 2001/2002	Quota capitaria pesata con criteri riparto fsn 2001/2002 + correttivo
Puglia	Quota capitaria pesata su popolazione + correzioni	Quota capitaria pesata	Quota capitaria semplice
Sicilia	Quota capitaria pesata	Quota capitaria pesata	Quota capitaria pesata
Umbria	Quota per funzioni + finanziamento per volumi attività	Quota capitaria pesata + quota per funzioni	
Veneto	Quota capitaria + quota per funzioni	Meccanismo di regressione tariffaria	
P.A. Trento	Regressione tariffaria per i pazienti in provincia		

Fonte: nostra elaborazione su Deliberazioni Giunta Regionale.

Quanto sopra argomentato giustifica l'opportunità di analizzare le politiche di distribuzione delle risorse regionali per la sanità, nell'ottica di spiegarne la *ratio* e i potenziali effetti per l'efficienza del sistema.

3.3 Le politiche di allocazione delle risorse finanziarie a livello regionale

L'autonomia attribuita alle Aziende Sanitarie ha determinato un'assunzione di responsabilità sui risultati raggiunti anche in termini economico-finanziari. Tale responsabilità viene diversamente affrontata nelle Regioni italiane, in particolare in relazione all'attribuzione delle risorse disponibili alle Aziende Sanitarie. Ciò determina, in pratica, un diverso grado di accentramento/decentramento della gestione finanziaria della Regione che, in fase di

copertura dei disavanzi, si tradurrà in un maggiore o minore trasferimento di responsabilità dalla Regione alle Aziende Sanitarie.

Sembra pertanto interessante misurare il grado di accentrimento/decentramento della gestione finanziaria della Regione, partendo dall'analisi dei criteri di distribuzione delle risorse ai livelli essenziali di assistenza.

Lo studio dei sistemi di finanziamento delle Aziende Sanitarie, è stato condotto mediante l'analisi delle deliberazioni regionali⁹ in materia di riparto del Fondo Sanitario alle Aziende Sanitarie, per Campania, Emilia Romagna, Liguria, Puglia, Sicilia, Umbria, Veneto, oltre alla Provincia Autonoma (Trento), per l'anno 2003.

3.3.1. Le politiche di allocazione sui LEA

Possiamo immediatamente osservare che tutte le Regioni analizzate hanno adottato un sistema di assegnazione delle risorse alle aziende territoriali prevalentemente basato sulla quota capitaria pesata, differenziato per livelli di assistenza. In sostanza, ciascuna Regione segue i criteri previsti dal sistema di riparto nazionale, ma spesso si riscontrano differenze per quanto riguarda le quote assegnate dalla Regione ai vari livelli di assistenza. Le risorse assegnate all'assistenza ospedaliera, ad esempio, variano dal 40,8% assegnato dalla Puglia al 49,1% della Liguria; ancora più variabili sono le risorse assegnate all'assistenza distrettuale, che vanno dal 35,4% della Campania ad oltre il 52,0% della Sicilia¹⁰.

La differenziazione nelle quote assegnate da ciascuna Regione ai livelli di assistenza è la naturale conseguenza dell'attuazione del sistema federalista ed avrebbe come obiettivo l'aumento dell'efficienza interna, mediante un'allocazione più aderente alle specificità regionali delle risorse disponibili; ciò a condizione che la definizione del piano di finanziamento risponda ad una programmazione delle risorse esistenti.

In altri termini, è lecito accettare che le peculiarità regionali, ad esempio derivanti dalla diversa struttura per età della popolazione, si riverberino in una diversa quota di assorbimento delle risorse per livello di assistenza, ma sussiste il rischio che le quote vengano invece determinate ex post sulla base della spesa storica e quindi delle scelte (o "non scelte") fatte nel tempo in termini di programmazione sanitaria e in particolare riqualificazione dell'offerta.

Ad esempio, nel caso dell'assistenza ospedaliera, un finanziamento legato ai posti letto esistenti capace di coprire i costi delle strutture, ma che non tenga conto della effettiva domanda appropriata di assistenza (a prescindere quindi dall'esistenza di un numero di posti letto adeguato rispetto alla domanda) prelude al mantenimento di una situazione di inefficienza, piuttosto che configurare un incentivo verso la razionalizzazione del sistema di offerta.

L'analisi delle determinazioni regionali in tale ambito sembra far emergere che un maggior numero di posti letto sia effettivamente associato ad un finanziamento maggiore del-

⁹ *Deliberazioni di Giunta Regionale per il riparto del Fondo Sanitario Regionale ad Aziende Sanitarie ed Ospedaliere per l'anno 2003.*

¹⁰ *Cfr. Figure da 1 a 8.*

Tabella 2 - Finanziamento dei livelli essenziali di assistenza

Regioni	Assistenza ospedaliera	Assistenza territoriale	Ass. Sanitaria collettiva in ambienti vita e lavoro	Altro
Campania	41,0%	35,4%	5,0%	18,6%
Emilia Romagna	45,5%	50,0%	4,5%	0,0%
Liguria	49,1%	50,9%	0,0%	0,0%
Puglia	48,8%	47,4%	0,0%	3,8%
Sicilia	47,0%	52,3%	0,7%	0,0%
Umbria	45,0%	50,0%	0,0%	5,0%
Veneto	47,9%	47,0%	5,1%	0,0%
P.A. Trento	45,4%	30,2%	0,0%	24,4%

Fonte: nostra elaborazione su Deliberazioni Giunta Regionale.

l'assistenza ospedaliera. La Regione Campania che destina il più basso livello di risorse a tale livello (41,0%) è anche la Regione con il minor numero di posti letto per 1.000 abitanti: 3,5¹¹. Viceversa, la Regione Liguria presenta, tra le Regioni osservate, la maggiore quota per l'assistenza ospedaliera (49,1%) e contemporaneamente il maggior numero di posti letto (5,2 posti letto per 1.000 abitanti).

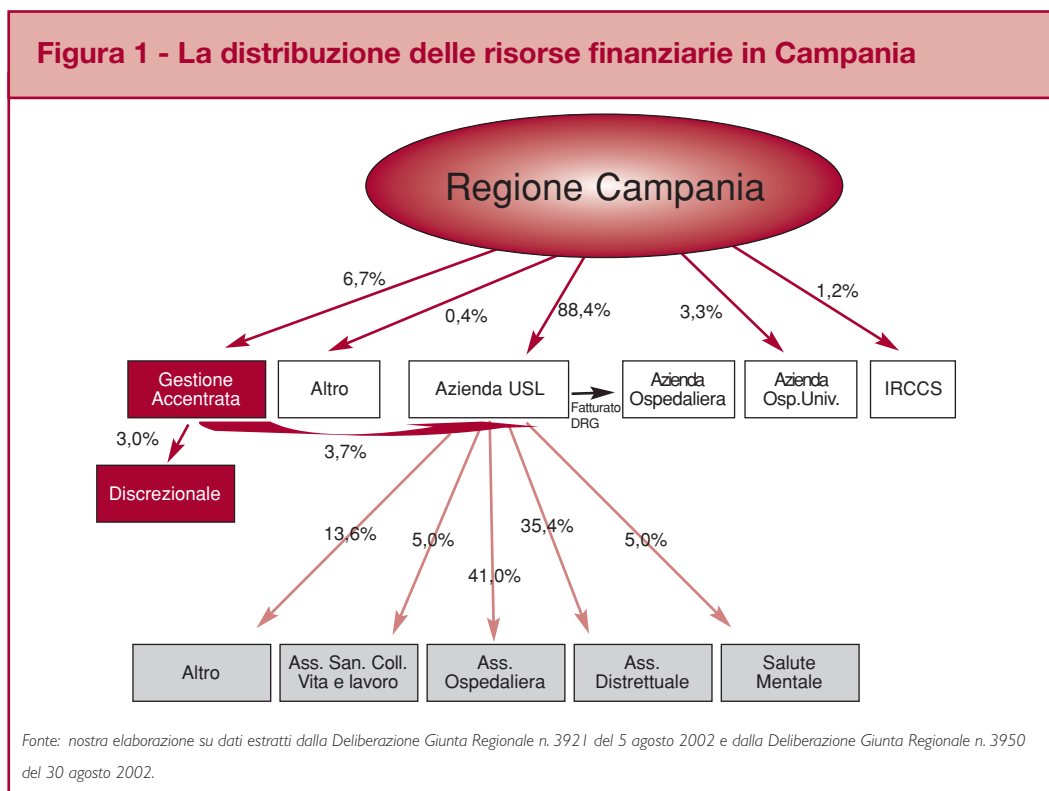
Esiste quindi effettivamente il dubbio che la leva finanziaria non sia a questo livello utilizzata per incentivare l'efficienza del sistema, bensì che sia prioritariamente destinata a garantire la copertura dei costi a livello aziendale, diminuendo di molto la responsabilità delle aziende sanitarie verso la razionalizzazione del sistema.

Sempre sul tema della responsabilizzazione delle aziende, sembra emblematico il caso del finanziamento del livello di *Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro*. Possiamo infatti osservare che in alcune Regioni (Liguria, Puglia, Umbria e nella P.A. di Trento in particolare) non è prevista l'assegnazione di quote specifiche per tale livello, mentre in Campania ai livelli essenziali tradizionalmente identificati, si aggiungono finanziamenti specifici per la "salute mentale" ed "altre funzioni". Puglia ed Umbria, in particolare, destinano una quota delle risorse disponibili a fini di prevenzione.

Quindi coesistono almeno tre modelli: un primo modello che lascia la responsabilità di realizzare quanto previsto nei LEA alle Aziende (prevalentemente territoriali), con un eventuale controllo ex post; un secondo modello che vincola a priori le risorse per il livello, lasciando alle aziende la responsabilità di declinare all'interno di esso le quote da desti-

¹¹ I dati relativi ai posti letto sono relativi all'anno 2000. www.istat.it

Figura 1 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Campania



nare alle varie tipologie assistenziali; infine un terzo approccio che vincola le risorse a specifici utilizzi, in particolare nel campo della salute mentale e della prevenzione.

Il coesistere di approcci profondamente diversi può essere considerato come rappresentativo dell'elevata autonomia della Regione, ma anche delle diverse sensibilità a livello regionale rispetto alla possibilità di responsabilizzare le Aziende verso il raggiungimento di obiettivi di razionalizzazione. Ci sembra di poter affermare che un crescente (neo) centralismo regionale¹², sia il segnale della percezione a livello regionale della inadeguatezza degli attuali strumenti competitivi al fine di perseguire una razionalizzazione del sistema.

3.3.2 Le modalità di assegnazione delle risorse per la sanità a livello regionale

Mediante l'analisi delle deliberazioni di giunta regionale è stato possibile rappresentare sinteticamente le modalità adottate dalle singole Regioni per l'assegnazione delle risorse finanziarie ad Aziende Sanitarie ed Ospedaliere. Tale rappresentazione permette di avere un'informazione immediata circa il grado di accentramento/decentramento finanziario regionale e dei meccanismi messi in atto per garantire la sostenibilità finanziaria del sistema.

Di seguito riportiamo per ogni Regione (in ordine alfabetico) una schematizzazione delle scelte regionali, al fine di permettere una confrontabilità tra di esse, tema che verrà ulte-

¹² Cuccurullo C., Meneguzzo M. (2003).

Figura 2 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Emilia Romagna

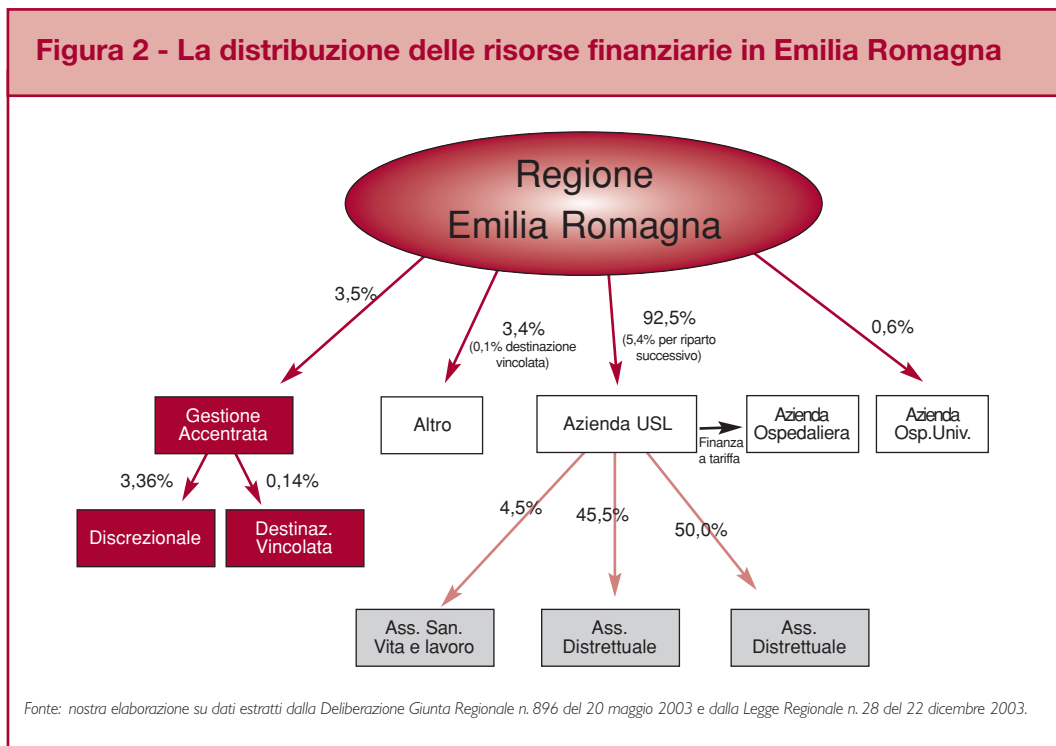
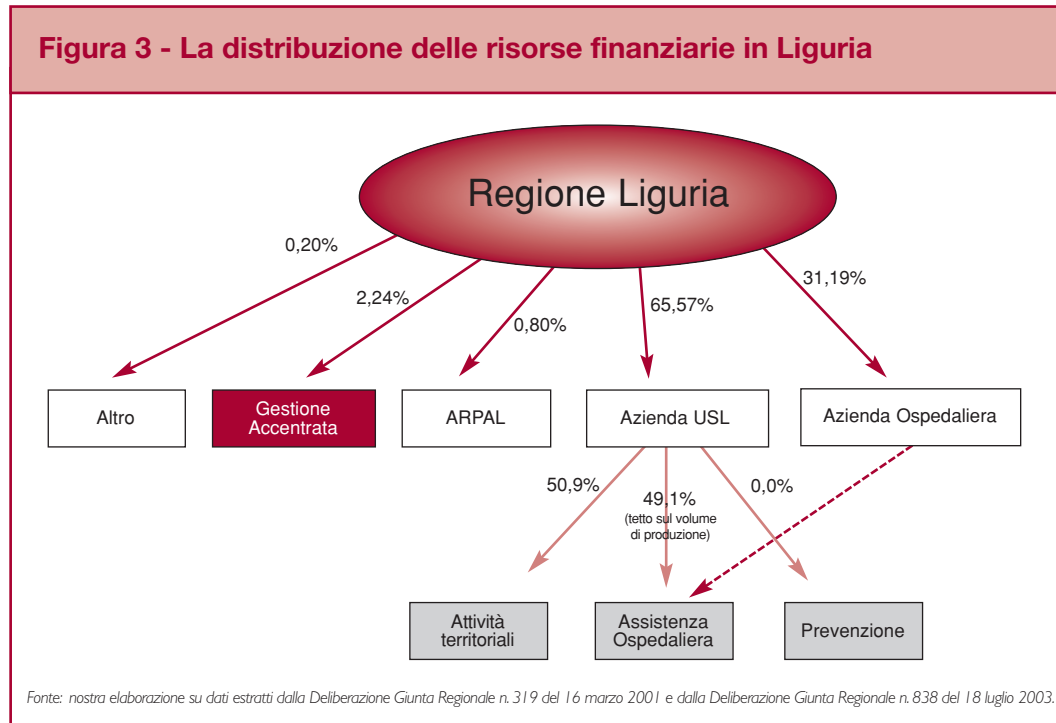


Figura 3 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Liguria



riormente approfondito nel paragrafo successivo.
 L'aspetto più evidente è che il 6,7% delle risorse destinate alla sanità dalla Regione Campania sono gestite a livello accentrato, con il vincolo di trasferire il 3,7% alle Aziende

Figura 4 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Puglia



Sanitarie territoriali. Queste ultime ricevono direttamente dalla Regione l'88,4% delle risorse del Fondo Sanitario Regionale e provvedono a finanziare le Aziende Ospedaliere in base al fatturato DRG per ricoveri acuti ordinari, per ricoveri in day-hospital e per non acuti. Il finanziamento alle Aziende Sanitarie territoriali ed Ospedaliere viene poi integrato attraverso una manovra di riequilibrio e perequazione.

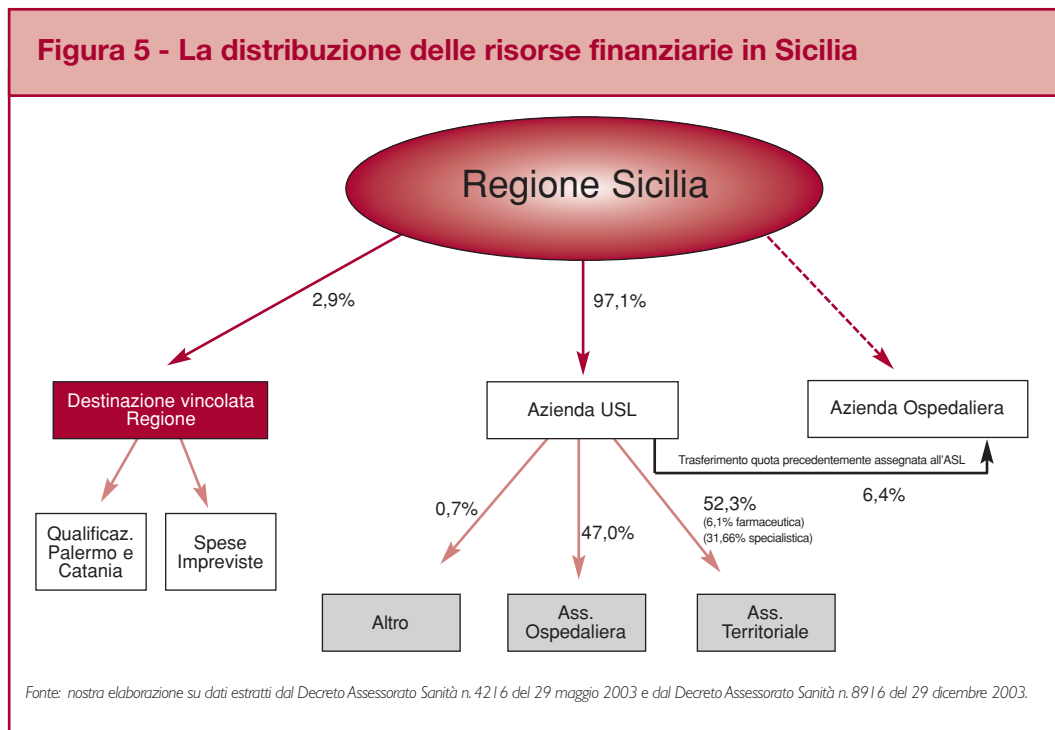
La Campania, inoltre, finanzia direttamente le Aziende Ospedaliere Universitarie e gli Istituti di Ricerca a Carattere Scientifico (IRCCS), destinando loro risorse pari al 4,5% del FSR.

In Emilia Romagna, di contro, le Aziende Sanitarie territoriali sono le uniche titolari delle risorse finanziarie della Regione; esse ricevono il 92,5% delle risorse del Fondo Sanitario Regionale sulla base dei parametri di ponderazione della popolazione e dei consumi sanitari per tipologia di prestazione/servizio, classe di età e sesso. Le Aziende Sanitarie sono inoltre sottoposte ad un vincolo di destinazione pari al 5,4% delle risorse loro assegnate, per esigenze successive.

Le Aziende Ospedaliere, invece, sono finanziate con addebito alle Aziende Sanitarie territorialmente competenti in base alla residenza dell'assistito, in relazione alle prestazioni effettuate sulla base del tariffario regionale. La Regione provvede a finanziare direttamente le Aziende Ospedaliere soltanto per quanto attiene l'assegnazione alle stesse di quote a titolo di integrazione tariffaria per maggiori oneri sostenuti, per esempio per l'applicazione di specifici istituti contrattuali o per funzioni svolte.

Solo il 3,5% delle risorse finanziarie complessive viene mantenuto a livello accentrato, prevedendo una piccola quota (0,14%) a destinazione vincolata, mentre il 3,4% delle risorse complessive viene destinato ad altre finalità, come per esempio l'Agenzia Regionale Prevenzione e Ambiente (ARPA).

Figura 5 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Sicilia



La Regione Liguria assegna le risorse direttamente sia alle Aziende Sanitarie territoriali che a quelle Ospedaliere, in misura rispettivamente pari al 65,6% e al 31,2% del FSR. Ciò sembra evidenziare un forte accentramento di responsabilità a livello regionale, eliminan-

Figura 6 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Umbria

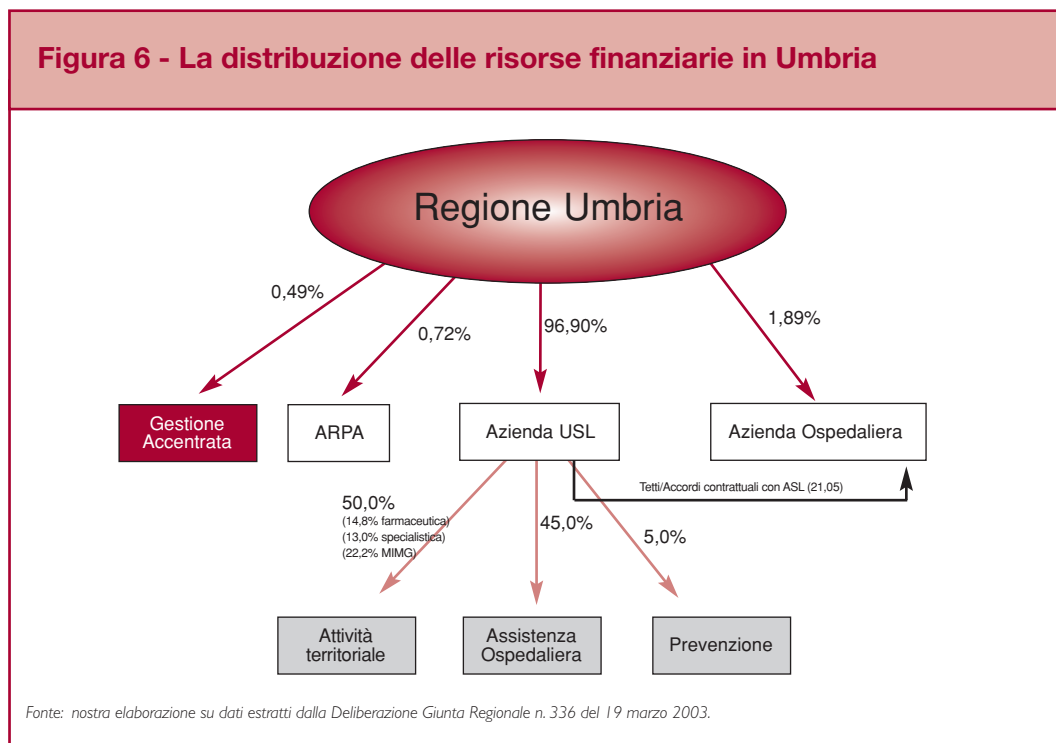
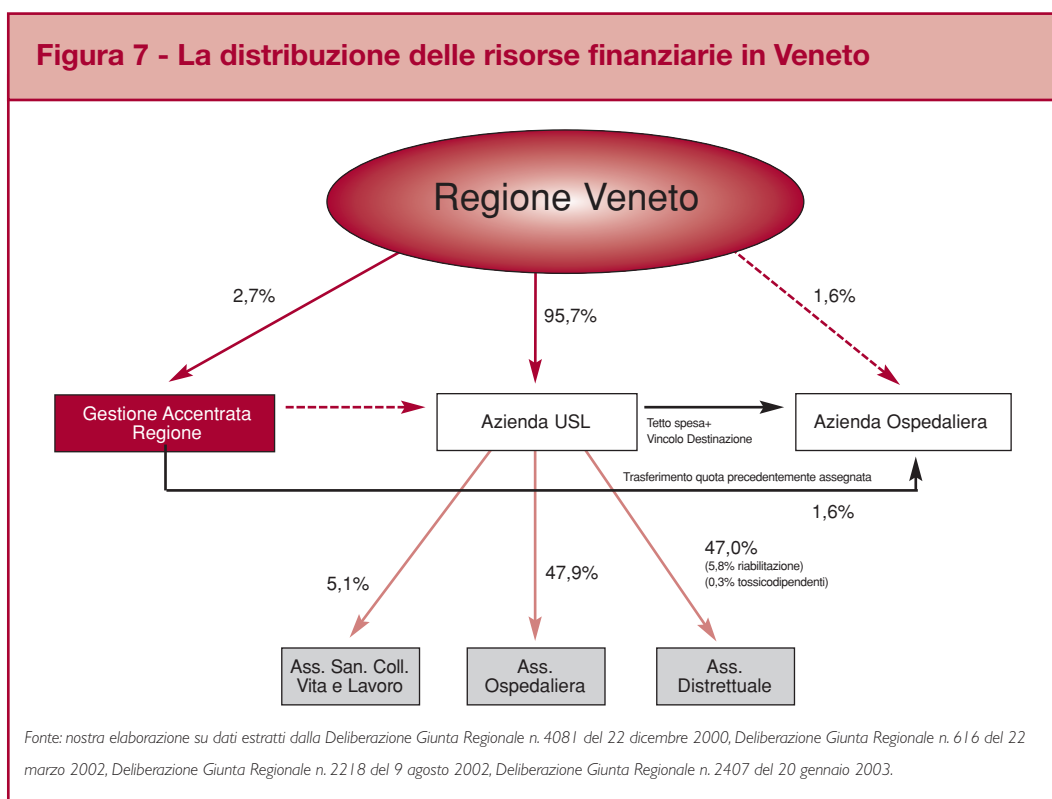


Figura 7 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Veneto



do le ragioni di negoziazione bilaterale fra Aziende Sanitarie territoriali ed Ospedaliere. Le Aziende Sanitarie territoriali devono, inoltre, stabilire tetti di riferimento per l'assistenza ospedaliera da prestare ai cittadini liguri.

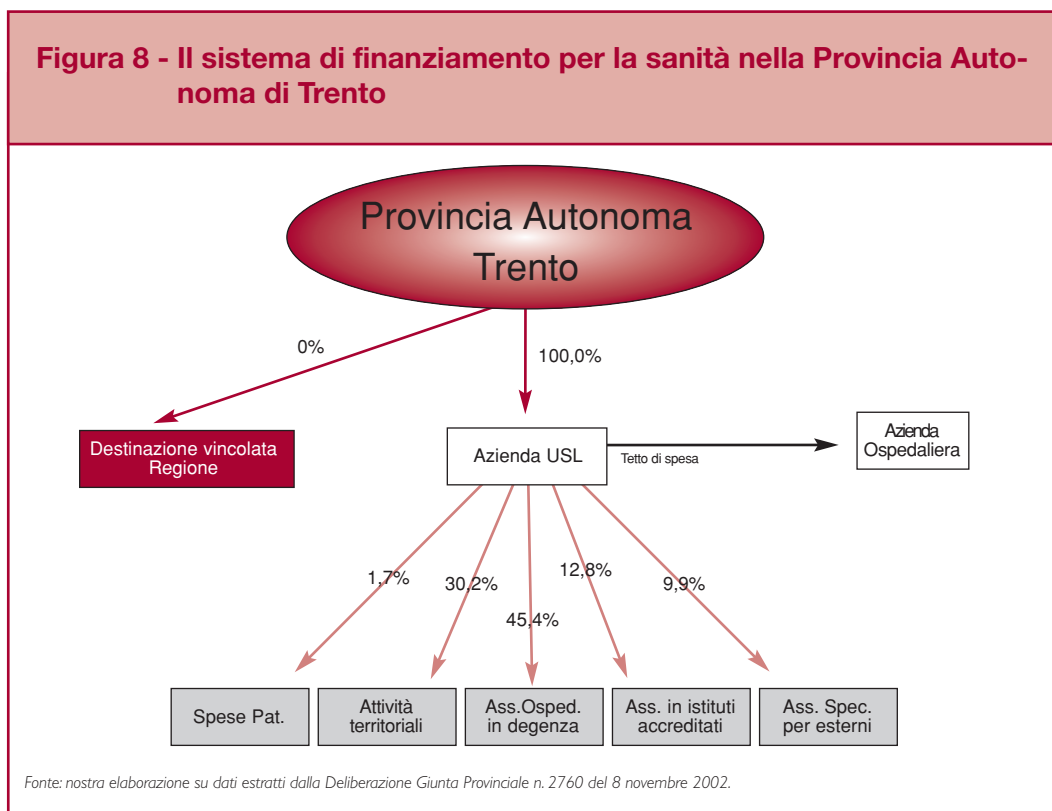
Infine, il 2,2% del FSR rimane accentrato a livello regionale, per finalità specifiche, quali maggiori costi o obiettivi strategici.

La Regione Puglia, a fronte del 77,4% di risorse finanziarie destinate alle Aziende Sanitarie, accantona un ingente ammontare di risorse per finalità regionali. Tra le finalità "centralizzate" è possibile evidenziare il 15,5% del FSR accantonato al fondo di garanzia, che viene successivamente ripartito tra le Aziende Sanitarie in misura prefissata.

Per le prestazioni sanitarie delle Aziende Ospedaliere Universitarie e degli IRCCS pubblici, la Regione fissa un tetto invalicabile di remunerazione, mentre con specifico riferimento alle Aziende Ospedaliere, in caso di superamento del tetto di remunerazione fissato si prevede il finanziamento delle prestazioni eccedenti con il metodo della regressione tariffaria del 15,0% fino al raggiungimento del limite massimo globale di spesa fissato dalla Regione. Sono inoltre previsti accordi contrattuali con l'AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata) in materia di assistenza ospedaliera.

La Regione Sicilia assegna risorse finanziarie direttamente alle Aziende Sanitarie territoriali in misura pari al 97,1% delle disponibilità complessive per la sanità, prevedendo un meccanismo di finanziamento alle Aziende Ospedaliere basato sul sistema tariffario, ma anche una indicazione regionale a priori delle risorse da trasferire. La Regione assume quindi una funzione di stanza di compensazione, limitando nei fatti l'importanza della

Figura 8 - Il sistema di finanziamento per la sanità nella Provincia Autonoma di Trento



negoiazione bilaterale fra Aziende territoriali e Ospedaliera.

Le Aziende Sanitarie territoriali, inoltre, trasferiscono il 6,4% delle risorse disponibili a favore delle Aziende Ospedaliere.

Solo lo 0,9% del Fondo Sanitario Regionale è gestito direttamente dalla Regione per far fronte a spese impreviste.

La Regione Umbria presenta un modello con prevalenza di risorse finanziarie destinate alle Aziende Sanitarie territoriali (96,9%) ed una limitata disponibilità (0,5%) gestita a livello accentrato dalla Regione.

Le Aziende Sanitarie stipulano accordi contrattuali con le Aziende Ospedaliere per definire i volumi di attività ed i relativi corrispettivi sulla base delle tariffe vigenti e secondo le regole volte a garantire l'equilibrio del sistema e la qualità/appropriatezza dell'assistenza. Alle strutture erogatrici saranno pertanto applicate le tariffe piene fino al raggiungimento dei volumi contrattati per le prestazioni di media-bassa specialità.

Superato il limite prefissato, le tariffe verranno abbattute dell'85,0% fino ad un incremento massimo del 10,0% di attività. Superata anche questa seconda soglia non sarà previsto alcun corrispettivo.

La Regione Veneto assegna alle Aziende Sanitarie il 95,7% delle risorse del FSR, definendo a priori vincoli di spesa per singolo livello di assistenza e per ciascuna Azienda; nel contempo, in materia di assistenza ospedaliera attribuisce risorse (1,6% del FSR) alle due A.O. della Regione sulla base di precisi vincoli di destinazione.

Tra Aziende Sanitarie ed Aziende Ospedaliere/Aziende private accreditate sono stipulati

Tabella 3 - Accentramento/decentramento della responsabilità finanziaria regionale

Regioni	Quota FSR ripartita alle Az. Sanitarie Territoriali	Quota regionale di risorse a destinazione vincolata
Campania	88,4%	6,7%
Emilia Romagna	92,5%	3,5%
Liguria	65,6%	2,2%
Puglia	92,9%	6,8%
Sicilia	97,1%	2,9%
Umbria	96,9%	0,5%
Veneto	95,7%	2,7%
P.A. Trento	100,0%	0,0%

Fonte: nostra elaborazione su Deliberazioni Giunta Regionale.

accordi contrattuali sui volumi di prestazioni.

La Provincia Autonoma di Trento destina tutte le risorse all'Azienda Sanitaria territoriale, che provvede a fissare tetti di spesa per l'Azienda Ospedaliera di Trento, sulla base della spesa storica. Per l'assistenza ospedaliera, in caso di superamento del tetto di spesa negoziato, sono previsti meccanismi di copertura basati su criteri di regressione tariffaria:

- superato il tetto di spesa del 10,0% le prestazioni sono remunerate con tariffe ridotte al 40,0% rispetto a quelle di competenza;
- se il superamento del tetto di spesa va dal 10 al 20,0%, le prestazioni sono remunerate con tariffe ridotte al 20,0% rispetto a quelle di competenza;
- le prestazioni che superano il tetto di spesa oltre il 20,0% non hanno titolo ad alcun finanziamento da parte del Servizio Sanitario Provinciale.

La Provincia Autonoma di Trento, inoltre, non prevede l'accantonamento di risorse per finalità di carattere generale.

3.3.3 La responsabilità finanziaria a livello regionale: il (ri)accentramento finanziario

A fronte delle scelte regionali descritte nel paragrafo precedente, sembra opportuno confrontare il livello di accentramento/decentramento regionale, attraverso il ricorso ad alcuni indicatori. Un minore grado di autonomia finanziaria lasciata alle Aziende territoriali è certamente un indicatore di (neo) centralismo regionale, in quanto si accompagna a limitazioni o abolizioni di fatto del potere negoziale delle stesse; la percentuale di FSR destinato alle Aziende territoriali permette quindi di quantificare il fenomeno. Per completare il quadro è però necessario aggiungere l'osservazione della quota delle risorse finanziarie per la sanità che rimangono a gestione diretta della Regione (quota a destinazione discrezionale o vincolata), che spesso rappresentano il "polmone" finanziario per garantire un all-

neamento delle risorse alle spese storicamente determinatesi a livello locale. Tali somme (che hanno la natura di un accantonamento) possono in pratica essere utilizzate nel corso dell'esercizio finanziario per esigenze di carattere generale (maggiori costi, obiettivi strategici o spese impreviste).

Si noti che nelle Regioni osservate, solo la Provincia Autonoma di Trento destina tutte le risorse alle Aziende Sanitarie territoriali, che negozia con l'Azienda Ospedaliera in base alla spesa storica e ad un meccanismo di regressione tariffaria.

La Regione Umbria assegna anch'essa elevate risorse finanziarie direttamente alle aziende sanitarie (96,9% del finanziamento totale per la sanità) e prevede contemporaneamente un trasferimento di risorse alle Aziende Ospedaliere regolato mediante accordi contrattuali e fissazione di tetti di spesa.

La Campania prevede invece la più alta quota di risorse non ripartite a priori secondo criteri di bisogno per finanziare i LEA, sebbene poco più della metà di esse sono vincolate ad una distribuzione (secondo criteri non indicati, ma riconducibili alla spesa storica) fra le Aziende Sanitarie.

Anche la Puglia ha un'alta quota di risorse non ripartite, fra quote accentrate e fondo di garanzia. Conseguentemente le risorse direttamente assegnate alle Aziende Sanitarie territoriali si fermano al 77,5% del FSR. La negoziazione con le Aziende Ospedaliere prevede tariffe regressive e accordi contrattuali con le strutture accreditate.

Tutte le altre Regioni osservate "trattengono" un ammontare di risorse, variabile a seconda delle specificità regionali, che oscilla tra il 2,2% e il 3,5%¹³ circa, ma con profonde differenze nei meccanismi negoziali adottati.

La Regione Emilia Romagna ha un fondo del 3,5%, ma contemporaneamente distribuisce il 92,5% delle risorse alle Aziende territoriali, che negoziano sulla base di un sistema tariffario regressivo con le Aziende Ospedaliere.

La Regione Sicilia ha una quota accentrata di poco inferiore (3,0%) ma si assume un ruolo di stanza di compensazione che in un certo modo leva di significato al meccanismo negoziale fra Aziende territoriali acquirenti e Aziende Ospedaliere erogatrici.

La Liguria giunge a destinare direttamente le risorse alla Aziende Ospedaliere, lasciando alle Aziende territoriali solo il 65,7% delle risorse.

La Regione Veneto rappresenta un caso in qualche modo peculiare: sebbene gestisca direttamente solo il 2,7% delle risorse del FSR mantiene formalmente il controllo di tutte le risorse finanziarie poiché fissa vincoli di destinazione per Aziende Sanitarie ed Ospedaliere. Possiamo affermare che si trasferisce nell'attuale sistema di distribuzione delle risorse la forte tradizione di programmazione sanitaria che ha storicamente caratterizzato il Veneto.

In definitiva ci sembra di poter affermare che i modelli di distribuzione delle risorse siano solo parzialmente sovrapponibili, anche se emerge un generale, anche se in misura diversa, distacco dal

¹³ La quota a destinazione vincolata della Regione Campania viene, per il 54,7% trasferita alle Aziende Sanitarie, quindi di fatto la quota disponibile dalla Regione per finalità di carattere generale è pari a circa il 3,0%.

Tabella 4 - Vincoli all'autonomia finanziaria delle Aziende Sanitarie

Regioni	Tetti di spesa	Sistema tariffario
Campania	Tetto di spesa farmaceutica	Fatturato DRG per ricoveri
Emilia Romagna	Tetto di spesa farmaceutica	Sistema di regressione tariffaria + integrazione tariffaria per maggiori oneri per l'assistenza ospedaliera
Liguria	Tetti di spesa per ciascuna Azienda Sanitaria. Per l'assistenza ospedaliera viene fissato un tetto invalicabile di produzione Tetto di spesa farmaceutica	Sistema tariffario vigente.
Puglia	Tetto di spesa, comprendente le prestazioni da erogare in regime di regressione tariffaria Tetto di spesa farmaceutica	Sistema di regressione tariffaria
Sicilia	Tetti differenziati per singola struttura sull'ammontare delle prestazioni erogabili Tetto di spesa farmaceutica	Sistema tariffario vigente per le prestazioni di ricovero. Le prestazioni ambulatoriali sono valorizzate con una quota attri- buita all'A.O. erogante e portate in negativo all'ASL di residenza
Umbria	Tetti unici sul volume di attività e in base alla mobilità intra-regionale Tetto di spesa farmaceutica	Sistema di regressione tariffaria, ad eccezione delle prestazioni di alta specialità
Veneto	Tetto finanziario regionale per l'assistenza ospedaliera. Tetto di spesa farmaceutica	Tariffe uniche per tutte le strutture, con finanziamento ad hoc per maggiore complessità
P.A. Trento	Tetto di spesa fissato in base alla spesa storica Tetto di spesa farmaceutica	Sistema di regressione per i pazienti in provincia, non per le prestazioni rese ai pazienti fuori Provincia

Fonte: nostra elaborazione su Deliberazioni Giunta Regionale.

modello di riparto (schematizzando: prima fase sulla base dell'equità, seconda fase funzionale all'incentivazione di comportamenti efficienti), disegnato dalle norme di riferimento. Le ragioni di questo distacco possono essere ricondotte all'esigenza di garantire il rispetto dei vincoli di bilancio, che sembra perseguita più con strumenti cogenti (vincoli alle destinazioni, tetti di spesa, etc.), che non lasciata alla razionalizzazione derivante dalla competizione fra erogatori. Il tema verrà approfondito nel seguito.

3.3.4 Responsabilità finanziaria e meccanismi negoziali

Come abbiamo visto nel precedente paragrafo i modelli adottati dalle Regioni per la distribuzione delle risorse sono apparentemente sovrapponibili; possiamo ancora osservare come essi implicino modelli negoziali fra Aziende acquirenti (territoriali) e Aziende erogatrici (Ospedaliere)¹⁴ diversi e riconducibili a filosofie istituzionali diverse.

In particolare sembra utile analizzare in maggiore dettaglio come si combinino l'utilizzo di sistemi di remunerazione degli erogatori a tariffe variabili in base al volume di prestazioni (tipicamente regressive) e l'imposizione di tetti di spesa ovvero di volume.

La funzione di questi ultimi è evidentemente quella di contenere la spesa, e non a caso trovano applicazioni in vari contesti, primo fra tutti quello della spesa farmaceutica. Ogni Regione, nell'ambito della propria autonomia, ha adottato tetti per le prestazioni di ricovero ed ambulatoriali differenziati e questo indipendentemente dal sistema tariffario adottato (tabella 4).

Possiamo notare che l'adozione di tetti (tipicamente) di spesa rappresenta una opzione necessaria in quasi tutti i casi dove la Regione responsabilizza le Aziende territoriali attribuendogli direttamente la gestione delle risorse finanziarie, lasciando alla negoziazione con gli erogatori il compito di allocare (apparentemente) la spesa fra territorio ed ospedale.

Le uniche eccezioni sembrano essere l'Emilia Romagna e la Campania: la prima non pone limiti se non quelli impliciti nella regressione tariffaria, la seconda ricordiamo che gestisce una quota consistente delle risorse per esigenze di riequilibrio interno.

La Liguria rende ancor più evidente il meccanismo assegnando direttamente alle Aziende Ospedaliere le risorse, ponendo un limite invalicabile di produzione.

Il sistema tariffario perde, a nostro parere, progressivamente di importanza, e dove ancora ha un ruolo centrale (Emilia Romagna, Umbria, Provincia Autonoma di Trento) viene declinato sulla base di un meccanismo regressivo che disincentiva la sovrapproduzione di prestazioni.

Ancora una volta sembra che prevalgano le preoccupazioni di ordine finanziario sulle aspettative di razionalizzazione del sistema attraverso una concorrenza, sebbene amministrata, fra erogatori.

¹⁴ *Adottiamo qui una schematizzazione eccessiva per motivi di semplicità espositiva: è infatti evidente che l'erogazione non è tutta in capo alle Aziende Ospedaliere e ai presidi ospedalieri delle ASL, sebbene esse generino una quota rilevante della spesa finale.*

Tabella 5 - Disavanzi regionali (in percentuale dei FSR)

Regioni	2003
Campania	6,4%
Emilia Romagna	0,7%
Liguria	2,0%
Puglia	1,5%
Sicilia	2,8%
Umbria	1,3%
Veneto	2,6%
P.A. Trento	0,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute.

3.4 Conclusioni

Per trarre delle conclusioni dalle analisi svolte è necessario calare alcune osservazioni nel contesto della situazione socio-economica e finanziaria che caratterizzano i Servizi Sanitari Regionali (SSR).

In particolare è utile osservare i livelli di disavanzo regionale per la sanità, che indubbiamente sono al centro delle preoccupazioni delle politiche sanitarie.

Ci sembra di poter notare una relazione fra livelli di disavanzo delle Regioni considerate e livelli di accentramento (sia a livello di quote di risorse che rimangono a vari livelli nella discrezione delle Regioni, sia a livello di imposizioni di vincoli di destinazione e di tetti di spesa), che riteniamo essere il *driver* delle differenze nelle scelte di distribuzione delle risorse a livello regionale.

Il centralismo finanziario che caratterizza la Campania, come descritto dagli indicatori “quota del FSR a destinazione vincolata” e “quota del FSR trasferita alle Aziende territoriali”, è confermato dal dato di disavanzo, che risulta pari per l’anno 2003 al 6,4% delle risorse finanziarie della Regione.

Il valore più basso di disavanzo in percentuale del FSR si registra, invece, in Emilia Romagna (0,7%) che, come osservato, destina una quota limitata (2,6%) alla gestione vincolata regionale; tale risultato potrebbe far pensare che il minor (neo)centralismo regionale possa portare a buoni risultati in termini di efficienza.

La Regione Veneto e la Regione Sicilia, che hanno una quota accentrata di poco inferiore al 3,0%, ma che di fatto esercitano un controllo attivo di tutte le risorse finanziarie destinate ad Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, hanno un disavanzo pari rispettivamente al 2,6% e al 2,8% delle loro disponibilità finanziarie.

Sembra quindi emergere un superamento di fatto del modello di competizione fra erogatori delineato dal D.Lgs. N. 502/1992 e confermato, seppure con alcuni correttivi rilevanti dal D.Lgs. N. 229/1999.

Il meccanismo competitivo, ancorché possa premiare le Aziende più efficienti, non sem-

bra in grado nel contesto italiano di razionalizzare il sistema sul versante dei costi. Le ragioni possono essere in primo luogo ricondotte alla mancata separazione di ruolo fra acquirenti ed erogatori, che impedisce di trasformare i “segnali” di mercato (ad esempio perdita di clienti o disavanzo strutturale) in sanzioni efficaci, come ad esempio la fuoriuscita dal mercato stesso degli erogatori meno efficienti.

Peraltro la separazione dei ruoli sembra essere una condizione necessaria ma non sufficiente per rendere efficace il meccanismo competitivo. Come l'esperienza di separazione dei presidi ospedalieri dalle Aziende territoriali della Regione Lombardia insegna, non è sufficiente una “separazione sulla carta”, in quanto i costi politici (proteste locali, ma anche e principalmente la difficoltà di gestione degli esuberanti di personale) connessi all'effettività della sanzione, sono comunque spesso insormontabili per le aziende pubbliche. A riprova di ciò la risposta aziendale alla maggiore stringenza dei vincoli di finanziamento/erogazione è stata, fintanto è stato possibile, quella di aumentare la produzione con evidenti rischi di inappropriata, piuttosto che quella di ridurre significativamente i costi della produzione¹⁵.

In questo contesto le Regioni hanno cercato di far “quadrare i conti” riappropriandosi di una quota di potere connesso alla leva finanziaria e imponendo una programmazione di fatto mediante vincoli di destinazione e tetti di spesa, che non può non tener conto della struttura dell'offerta e dei livelli storici di costo a livello locale.

Rimangono peraltro alcune perplessità; in base ad una logica di “governo e controllo” del sistema sanitario, il disavanzo dovrebbe essere inteso come indicatore di inefficienza delle Aziende Sanitarie territoriali ed Ospedaliere, piuttosto che la conseguenza di quella che per semplicità può essere definita “cattiva programmazione” ex ante, come previsto nell'accezione originaria¹⁶. Nello stesso tempo si potrebbe (e dovrebbe) valutare se il disavanzo è una conseguenza di azioni di investimento tese ad una razionalizzazione a medio lungo termine del sistema oppure se un elemento strutturale derivante da inefficienza.

Analogamente gli scostamenti a livello regionale dalle indicazioni nazionali di riparto sui LEA, possono essere letti tanto in una logica di maggiore efficienza allocativa derivante da adattamenti ai contesti socio-demografici locali, quanto in quella di adattamento (magari parziale) alla spesa storica che impone ripiani e riequilibri.

Ci sembra in definitiva che il tratto comune sia, anche nei modelli di finanziamento più decentrati con risorse destinate direttamente alle Aziende Sanitarie territoriali, l'imposizione di vincoli di destinazione e di spesa che riportano ad una situazione di (neo)centralismo.

Esso però si realizza in misure diverse nelle Regioni; non è evidentemente possibile individuare un modello ottimale di riferimento, mentre ci sembra di poter affermare che, sulla base dell'analisi congiunta delle politiche messe in atto *ex-ante*, e dei risultati (*ex-post*) in

¹⁵ Evidentemente è possibile argomentare che la ragione risieda in una sottostima del fabbisogno sanitario, ma la discussione di questa argomentazione travalica gli scopi del presente contributo.

¹⁶ Del Vecchio M., in Jommi C., (2004).

termini di efficienza finanziaria di ciascuna Regione, emerge come le Regioni siano condizionate nelle loro scelte istituzionali dall'esigenza di ottenere a breve termine risparmi sul versante finanziario. Solo le Regioni a bassi livelli storici di disavanzo sembrano potersi permettere di lasciare al mercato l'onere della razionalizzazione.

Non sembra, pertanto, attualmente possibile governare il Sistema Sanitario Regionale con meccanismi di mercato se non si provvede prima ad una revisione complessiva delle cause interne di inefficienza.

I meccanismi di mercato possono avere un ruolo importante nel medio-lungo periodo, e condizione necessaria affinché possano esplicare la loro funzione è quella di un'effettiva separazione dei ruoli e dell'assetto proprietario fra acquirenti ed erogatori.

Al di là delle analisi descrittive sui diversi modelli di governo regionale e del tentativo qui effettuato di quantificare i livelli di effettivo decentramento delle responsabilità a livello regionale, come anche di misurare il grado di dipartita dal modello competitivo delineato dalle norme di riferimento nazionali, emerge una razionalità di fondo delle politiche regionali, adottate sulla base dei ritardi di programmazione e riqualificazione dell'offerta accumulatisi negli anni.

Le indicazioni in positivo che si possono formulare riguardano in primo luogo la necessità di valutare se non sia utile o addirittura necessario pensare ad uno sforzo di investimenti tesi a riavvicinare le Regioni in maggiore ritardo a quella soglia di (dis)equilibrio, all'interno della quale risultano effettivamente efficaci i meccanismi di razionalizzazione competitiva, in secondo luogo come garantire nel meccanismo di riparto delle risorse lo spazio, oltre che per la misura del bisogno, per l'incentivazione di comportamenti tesi ad una maggiore efficienza ed appropriatezza a cui vincolare le disponibilità di risorse aggiuntive per il riequilibrio.

Bibliografia/References

Arachi G., Zanardi A., (1999), *Sanità alle Regioni, il rischio di due velocità. Restano insufficienti i meccanismi perequativi*, Il Sole 24 Ore.

Atella V., Mennini F.S., Spandonaro F., (2004), *Criteri per l'allocazione regionale delle risorse per la sanità: riflessioni sul caso italiano*, Politiche Sanitarie, anno V, n. 1, gennaio-marzo 2004, Pensiero Scientifico Editore.

Corte dei Conti, 16 luglio 2004, *Relazione al Parlamento sulla finanza regionale 2002/2003*.

Cuccurullo C., Meneguzzo M., (2003), *Ricentralizzazione delle Regioni e autonomia delle aziende sanitarie. Le tendenze in atto nell'area del federalismo*, Rapporto CEIS Sanità 2003, Italtromo.

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

Del Vecchio M., (2004), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche: un'interpretazione*, in Jommi C., (2004), *Il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie pubbliche*, Milano, Egea.

Dirindin N., (1996), *Chi paga per la salute degli italiani?*, Il Mulino, Bologna.

Fatti e Cifre 2004, Farmindustria.

Jommi C., (2000), *I meccanismi regionali di finanziamento delle Aziende Sanitarie*, in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia - Rapporto Oasi 2000*, Milano, Egea.

Jommi C., (2004), *Il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie pubbliche*, Milano, Egea.

Legge 23 dicembre 1996, n. 662.

- Ministero della Salute, *Dati economico-finanziari del SSN*, Programmazione sanitaria e qualità.
- Petretto A., (2001), *Il futuro del finanziamento pubblico in sanità*, Fondazione Smith Kline
- Provincia Autonoma di Trento, Deliberazione Giunta Provinciale n. 2123 del 13 dicembre 2002.
- Provincia Autonoma di Trento, Deliberazione Giunta Provinciale n. 2760 del 8 novembre 2002.
- Rafaniello A., Spandonaro F., (2003), *Sistemi di finanziamento del servizio sanitario ed impatti redistributivi*, Politiche Sanitarie n. 4, p. 161-167.
- Regione Campania, Deliberazione Giunta Regionale n. 3921 del 5 agosto 2002.
- Regione Campania, Deliberazione Giunta Regionale n. 3950 del 30 agosto 2002.
- Regione Emilia Romagna, Deliberazione Giunta Regionale n. 896 del 20 maggio 2003.
- Regione Emilia Romagna, Legge Regionale n. 28 del 22 dicembre 2003.
- Regione Liguria, Deliberazione Giunta Regionale n. 319 del 16 marzo 2001.
- Regione Liguria, Deliberazione Giunta Regionale n. 838 del 18 luglio 2003.
- Regione Puglia, Deliberazione Giunta Regionale n. 1326 del 4 settembre 2003.
- Regione Sicilia, Decreto Assessorato Sanità n. 4216 del 29 maggio 2003.
- Regione Sicilia, Decreto Assessorato Sanità n. 8916 del 29 dicembre 2003.
- Regione Umbria, Deliberazione Giunta Regionale n. 336 del 19 marzo 2003.
- Regione Veneto, Deliberazione Giunta Regionale n. 4081 del 22 dicembre 2000.
- Regione Veneto, Deliberazione Giunta Regionale n. 616 del 22 marzo 2002.
- Regione Veneto, Deliberazione Giunta Regionale n. 2218 del 9 agosto 2002.
- Regione Veneto, Deliberazione Giunta Regionale n. 2407 del 20 gennaio 2003.
- Van Doorslaer E. ed altri, (1999a), *Equity in the finance of health care: some further international comparison*, Journal of Health Economics n. 18, pag 263-290.
- Van Doorslaer E. ed altri, (1999b), *The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries*, Journal of Health Economics n. 18, pag 291-313.
- Van Doorslaer E., Wagstaff A., (2000), *Equity in health care financing and delivery*, in AJ Culyer and JP Newhouse (Eds.) Handbook of Health Economics, North Holland, pag. 1803-62. www.istat.it