



*Azienda Ospedaliera Nazionale
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo
Alessandria*

Working Paper of Public Health

Nr. 15/2014



La serie di *Working Paper of Public Health* (WP) dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria è una serie di pubblicazioni *online* ed *Open Access*, *progressiva* e *multi disciplinare* in *Public Health* (ISSN: 2279-9761). Vi rientrano pertanto sia contributi di medicina ed epidemiologia, sia contributi di economia sanitaria e management, etica e diritto. Rientra nella politica aziendale tutto quello che può proteggere e migliorare la salute della comunità attraverso l'educazione e la promozione di stili di vita, così come la prevenzione di malattie ed infezioni, nonché il miglioramento dell'assistenza (sia medica sia infermieristica) e della cura del paziente. Si prefigge quindi l'obiettivo scientifico di migliorare lo stato di salute degli individui e/o pazienti, sia attraverso la prevenzione di quanto potrebbe condizionarla sia mediante l'assistenza medica e/o infermieristica finalizzata al ripristino della stessa.

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente gli autori, le opinioni espresse non implicano alcuna responsabilità da parte dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria.

La pubblicazione è presente in: [Directory of Open Access Journals \(DOAJ\)](#); [Google Scholar](#); [Academic Journals Database](#);

Comitato Scientifico:

Dr. Nicola Giorgione (Presidente)

Dr. Luciano Bernini (Vice-Presidente)

Dr. Francesco Arena

Dr. Ivo Casagrande

Dr. Gabriele Ferretti

Dr.ssa Lorella Gambarini

Dr. Francesco Musante

Dr. Claudio Pesce

Dr. Fernando Pesce

Dr. Salvatore Petrozzino

Comitato di Direzione:

Dr. Antonio Maconi

Dr. Ennio Piantato

Responsabile:

Dr. Antonio Maconi

telefono: +39.0131.206818

email: amaconi@ospedale.al.it

Segreteria:

Roberto Ippoliti, Ph.D.

telefono: +39.0131.206819

email: rippoliti@ospedale.al.it

Norme editoriali:

Le pubblicazioni potranno essere sia in lingua italiana sia in lingua inglese, a discrezione dell'autore. Sarà garantita la sottomissione di manoscritti a tutti coloro che desiderano pubblicare un proprio lavoro scientifico nella serie di WP dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria, purché rientrino nelle linee guida editoriali. Il Responsabile Scientifico di redazione verificherà che gli articoli sottomessi rispondano ai criteri editoriali richiesti. Nel caso in cui lo si ritenga necessario, lo stesso Responsabile valuterà l'opportunità o meno di una revisione a studiosi o ad altri esperti, che potrebbero o meno aver già espresso la loro disponibilità ad essere revisori per il WP (i.e. *peer review*). L'utilizzo del *peer review* costringerà gli autori ad adeguarsi ai

migliori *standard* di qualità della loro disciplina, così come ai requisiti specifici del WP. Con questo approccio, si sottopone il lavoro o le idee di un autore allo scrutinio di uno o più esperti del medesimo settore. Ognuno di questi esperti fornirà una propria valutazione, includendo anche suggerimenti per l'eventuale miglioramento, all'autore, così come una raccomandazione esplicita al Responsabile Scientifico su cosa fare del manoscritto (i.e. *accepted* o *rejected*).

Al fine di rispettare criteri di scientificità nel lavoro proposto, la revisione sarà anonima, così come l'articolo revisionato (i.e. *double blinded*).

Diritto di critica:

Eventuali osservazioni e suggerimenti a quanto pubblicato, dopo opportuna valutazione di attinenza, sarà trasmessa agli autori e pubblicata *on line* in apposita sezione ad essa dedicata.

Questa iniziativa assume importanza nel confronto scientifico poiché stimola la dialettica e arricchisce il dibattito su temi d'interesse. Ciascun professionista avrà il diritto di sostenere, con argomentazioni, la validità delle proprie osservazioni rispetto ai lavori pubblicati sui Working Paper of Public Health.

Nel dettaglio, le norme a cui gli autori devono attenersi sono le seguenti:

- I manoscritti devono essere inviati alla Segreteria esclusivamente in formato elettronico all'indirizzo e-mail dedicato (i.e. rippoliti@ospedale.al.it);
- A discrezione degli autori, gli articoli possono essere in lingua italiana o inglese. Nel caso in cui il manoscritto è in lingua italiana, è possibile accompagnare il testo con due riassunti: uno in inglese ed uno in italiano, così come il titolo;
- Ogni articolo deve indicare, se applicabile, i codici di classificazione JEL (scaricabili al sito: http://www.econlit.org/subject_descriptors.html) e le Keywords, nonché il tipo di articolo (i.e. Original Articles, Brief Reports oppure Research Reviews);
- L'abstract è il riassunto dell'articolo proposto, pertanto dovrà indicare chiaramente: Obiettivi; Metodologia; Risultati; Conclusioni;
- Gli articoli dovrebbero rispettare i seguenti formati: *Original Articles* (4000 parole max., abstract 180 parole max., 40 references max.); *Brief Reports* (2000 parole max., abstract 120 parole max., 20 references max., 2 tabelle o figure) oppure *Research Reviews* (3500-5000 parole, fino a 60 references e 6 tabelle e figure);
- I testi vanno inviati in formato Word (Times New Roman, 12, interlinea 1.5). Le note, che vanno battute in apice, non possono contenere esclusivamente riferimenti bibliografici. Inoltre, la numerazione deve essere progressiva;
- I riferimenti bibliografici vanno inseriti nel testo riportando il cognome dell'Autore e l'anno di pubblicazione (e.g. Calabresi, 1969). Nel caso di più Autori, indicare nel testo il cognome del primo aggiungendo *et al*; tutti gli altri Autori verranno citati nei riferimenti bibliografici alla fine del testo.
- I riferimenti bibliografici vanno elencati alla fine del testo in ordine alfabetico (e cronologico per più opere dello stesso Autore).

Nel sottomettere un manoscritto alla segreteria di redazione, l'autore accetta tutte le norme qui indicate.



Titolo: La governance dei sistemi sanitari regionali tra federalismo fiscale e vincoli di bilancio

Autori: Foddis A.¹

Tipo: Articolo Originale

Keywords: Federalismo fiscale; Costi standard; Livelli essenziali di Assistenza; Patto per la Salute.

Abstract

Background: La riforma del Titolo V della Costituzione, il d. lgs 56/2000 in tema di federalismo fiscale e l'approvazione del DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) hanno completato, rafforzandolo, il processo di regionalizzazione della sanità avviato con le riforme varate negli anni '90 facendone, con tutta probabilità, il banco di prova più significativo dell'ampio dibattito sulla riforma federale nel nostro Paese. Il nuovo quadro costituzionale, a cui ha fatto seguito la legge delega sul federalismo fiscale n. 42/2009, vede confermata la volontà di decentrare la sanità alle regioni che hanno ottenuto autonomia fiscale ed economica, organizzativa e gestionale, nonché la responsabilità di allocare le risorse tra le Aziende Sanitarie Regionali (ASR) al fine di garantire l'erogazione dei LEA definiti a livello nazionale. In tale contesto si colloca il presente lavoro volto a delineare sia l'evoluzione delle modalità di finanziamento dei LEA, quale graduale passaggio da un modello

¹ A.O. "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria
Collaboratore Amm.vo Prof.le Esperto
S.C. Sistemi Informativi, Logistici e di C.d.G.
E-mail: afoddis@ospedale.al.it



centralistico delineato dalla legge istitutiva del '78 verso un modello regionale dove, tuttavia, il difficile compromesso tra l'esigenza di tenuta dei conti pubblici e quella di garantire l'equità di accesso ai servizi sanitari ha contribuito ad un ritorno del riaccentramento della governance del sistema sempre più orientato verso un approccio di concertazione tra stato e regioni, che a sottolineare come la sostenibilità economica del sistema risulti direttamente collegata ad azioni di governance volte al recupero di efficienza e appropriatezza nell'erogazione degli attuali LEA

Metodologia: Al fine di comprendere l'attuale assetto federalista in ambito sanitario, il presente contributo è stato sviluppato attraverso un breve excursus dei principali eventi normativi che ne hanno determinato la realizzazione. Nello specifico, l'analisi effettuata è per lo più volta a delineare come tale quadro di evoluzione abbia influito sul processo di decentramento avviato a partire dalle riforme degli anni '90 volte al superamento della finanza derivata che ha caratterizzato il modello delineato dalla legge istitutiva del SSN, indicando il "fabbisogno sanitario", in luogo della "spesa storica", quale criterio guida nell'allocazione delle risorse alle regioni e alle aziende sanitarie.

Obiettivi: L'obiettivo è fornire uno spunto di riflessione sul rapporto tra i vincoli di bilancio e sistemi sanitari regionali, così come modificato dal processo federalista in corso nel nostro ordinamento, con particolare attenzione su come l'evoluzione in senso federalista del servizio sanitario abbia da un lato introdotto una maggiore responsabilizzazione delle regioni sul controllo della spesa e dall'altro accresciuto il potere di condizionamento finanziario da parte del Governo centrale implicando un "problema" non soltanto nazionale (nel rapporto stato-regioni) ma anche locale (nel rapporto regioni-aziende sanitarie).

Risultati: L'articolazione organizzativa impostata verticalmente su tre livelli (statale, regionale, locale) ha perso quella natura centralista con cui era stata disegnata dal legislatore del '78 in favore di un processo di regionalizzazione nel quale le regioni sono diventate centri di imputazione di responsabilità gestionali di natura programmatoria, organizzativa e finanziaria. Il problema resta quello di conciliare l'autonomia e responsabilità regionale con la necessità di assicurare le risorse finanziarie necessarie a coprire i rispettivi fabbisogni essenziali di spesa. Sul piano della governance della sanità, alcuni punti fermi paiono consolidati, come la



strategia del "governo condiviso" che colloca autonomia gestionale e responsabilità di bilancio delle regioni nel quadro di un coordinamento attivo del Governo centrale volto a garantire i LEA su tutto il territorio nazionale. In un'ottica di autonomia di entrata e di spesa che investe tutti i livelli istituzionali, esaltata dall'obbligo della parità di bilancio, la sopravvivenza di negoziazioni in sede di Conferenza Stato-Regioni sembra stridere con i principi del d.lgs n. 56/2000 che innervano ed alimentano il sistema di fiscalità regionale. Neppure la legge delega n. 42/2009 ha, di per sé, incrinato il modello costruito nel passato, il che sembra rivelare una ratio della riforma federale del finanziamento della sanità ispirata più dalle esigenze di bilancio che dalle possibili conseguenze sul sistema sanitario. Allo stato attuale l'assetto federalista rimane fondato su una marcata incongruenza: da un lato una forte autonomia regionale di spesa, accompagnata da una responsabilità più limitata di finanziamento (che proviene ancora in buona parte dallo Stato), dall'altro la definizione di criteri più idonei per l'allocazione delle risorse alle regioni, atti a definire l'effettivo fabbisogno di salute.

Conclusioni: A fronte della congiuntura economica emerge inequivocabilmente il fatto che un finanziamento decrescente dei servizi sanitari regionali pone il problema del mantenimento degli attuali standard assistenziali. L'unico strumento sino ad ora utilizzato per conciliare questi due aspetti è la prassi negoziale Stato-Regioni (Patto per Salute). Tale prassi ha contribuito ad un riaccentramento della governace sanitaria dove il finanziamento dei LEA continua ad essere un dato esogeno fissato a monte del processo di bilancio statale, come avveniva con il fondo sanitario nazionale fino al 2001. Anche il recente d. lgs n. 68/2011 pare convergere verso la definizione di un vincolo di bilancio esogeno fissato top-down e un'allocazione delle risorse guidata, in sostanza, da una formula capitaria ponderata (Caruso e Dirindin 2011). Ciononostante, il risanamento dei conti richiede tempo ed è strettamente collegato alla riqualificazione dei servizi sanitari regionali per rendere più appropriata l'offerta di salute.



1. Premessa

Paradossalmente, nel nostro Paese, il federalismo fiscale ha preso avvio da una necessità del Centro dettata dalle difficoltà finanziarie più che da una rivendicazione della periferia. L'esigenza di tenuta dei conti pubblici si è posta soprattutto negli anni '90 in vista del rispetto degli obiettivi di finanza pubblica determinati in sede europea (parametri di Maastricht). Dato che il Governo è l'unico responsabile della finanza pubblica, attraverso il federalismo fiscale si è voluto rendere i governi locali corresponsabili del raggiungimento degli obiettivi di tenuta dei conti pubblici, tradotti nel Patto di Stabilità e Crescita (PSC). Al momento dell'approvazione del PSC erano stati evidenziati i rischi di free riding nel caso in cui i limiti massimi di indebitamento e di deficit pubblico avessero vincolato unicamente il livello di governo centrale e non i livelli di governo inferiori, soprattutto nel caso dell'Italia, che presentava una lunga tradizione di interventi di ripiano ex-post dei disavanzi di bilancio regionali (bailout). Per quanto concerne la sanità, il punto di riferimento, al fine di assicurare l'equilibrio economico finanziario della gestione in condizioni di efficienza ed appropriatezza, fin dal triennio 2002/2004, è stato individuato nel "Patto per la Salute". A conferma che neppure la legge delega sul federalismo fiscale del 2009 ha di per sé abbandonato tale prassi, confermando, così, il passaggio da un sistema di federalismo fiscale delineato dal d. lgs 56/2000 a un sistema di finanza derivata negoziata che vede lo stato concordare con le regioni l'ammontare dei trasferimenti per il finanziamento dei LEA, il Patto per la Salute² 2010-2012 ha costituito l'atto fondamentale per la gestione della sanità dei successivi tre anni con conseguenti ripercussioni che esso ha comportato nell'attuazione del federalismo fiscale, specie nella fase del suo avvio a regime. Con tale documento Governo e regioni si accordano sui settori strategici in cui operare allo scopo di qualificare i Servizi Sanitari Regionali (SSR) al fine di garantire un contestuale maggior controllo della spesa sanitaria, quali:

² Definibile come un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del SSN, finalizzato anche a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema. Con il "Patto per la Salute 2010-2012", Governo e Regioni si sono accordati sui settori strategici in cui operare allo scopo di riqualificare i servizi sanitari regionali, con un contestuale maggior controllo della spesa sanitaria, attraverso la riorganizzazione di: reti regionali di assistenza ospedaliera; assistenza farmaceutica; governo del personale; assistenza specialistica; meccanismi di regolazione del mercato e del "rapporto pubblico-privato";



- riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera;
- assistenza farmaceutica;
- governo del personale;
- qualificazione dell'assistenza specialistica;
- meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico-privato;
- accordi sulla mobilità interregionale;
- assistenza territoriale e post acuta;
- potenziamento dei procedimenti amministrativo contabili;
- rilancio delle attività di prevenzione.

Con la legge finanziaria del 2005 (legge n. 311/2004) tale sistema ha conosciuto un ulteriore e fondamentale sviluppo con l'introduzione dei i c.d."Piani di Rientro" (PdR) per le regioni con forte disavanzo finanziario. L'accordo fra Stato e Regioni del 3 dicembre 2009 ha prorogato per un nuovo triennio i PdR, inizialmente introdotti con riferimento al solo periodo 2007-2009. In questo senso, si è avuto l'operare congiunto di due percorsi: da un lato, il sistema sanitario italiano è stato pilotato verso un meccanismo di allocazione delle risorse che, definendone a priori, e in via consensuale, l'ammontare, mira a responsabilizzare le competenti autorità regionali al rispetto di tale livello di spesa; dall'altro, si è posto in essere un meccanismo di condizionamento crescente per far sì che le regioni in disavanzo, tramite i PdR, siano spinte a incidere realmente sui fattori di spesa "sfuggiti al controllo". In breve, i PdR costituiscono gli strumenti attraverso cui le regioni che presentano deficit sanitari strutturali stabiliscono, di concerto con i Ministeri della Salute e dell'Economia, gli obiettivi e le azioni strategiche finalizzate al recupero dell'equilibrio finanziario e alla rimozione delle determinanti strutturali del disequilibrio. A tale scopo è prevista una procedura di monitoraggio, dei PdR e dei LEA, tesa a razionalizzare l'erogazione delle prestazioni sanitarie ritenute essenziali. A livello nazionale, per ciascuna delle regioni in PdR (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia), è disponibile una scheda di sintesi della verifica LEA che fotografa i risultati raggiunti. Nello specifico, la scheda rappresenta, per ogni regione in PdR, un "cruscotto di monitoraggio" dell'andamento temporale di alcune principali aree di erogazione dei LEA sia nel complesso che articolate, rispettivamente, nelle dimensioni ospedaliera, territoriale e della prevenzione. Il cruscotto confronta la situazione regionale con standard disposti dalle normative nazionali e con benchmark ottimali registrati a livello nazionale. La scheda presenta, inoltre, il punteggio di

accordi sulla mobilità interregionale; assistenza territoriale e post-acuta; potenziamento dei procedimenti



sintesi dell'andamento complessivo dell'erogazione dei LEA (Mantenimento dell'erogazione dei LEA), che è uno degli adempimenti oggetto di verifica del citato Comitato. La proposta delle regioni per il Patto per la Salute 2013-2015, infine, si inserisce in un contesto di finanza pubblica nazionale nel quale ogni soggetto istituzionale è chiamato a fare la propria parte con forte senso di responsabilità per il raggiungimento di obiettivi e di impegni che il Paese ha assunto nel contesto europeo ed internazionale.

Il presente lavoro si colloca nel percorso attuativo della legge delega n. 42/2009 volto all'introduzione dei costi e fabbisogni standard la cui definizione, per quanto concerne il comparto sanitario, è disciplinata dal decreto attuativo n. 68/2011. La trattazione dell'argomento è stata effettuata fatta proponendo i contenuti più rilevanti delle disposizioni normative che ne hanno determinato l'emanazione. Dopo un breve excursus sull'evoluzione normativa in tema di finanziamento della spesa sanitaria, viene dedicato un paragrafo ai servizi sanitari regionali, con un breve riferimento al caso della Regione Piemonte ed uno alla gestione delle risorse affidate alle aziende sanitarie, al fine di sottolineare come la sostenibilità economica del SSN risulti direttamente collegata ad azioni di governance volte al recupero di efficienza e appropriatezza nell'erogazione degli attuali LEA. Le conclusioni proposte nell'ultimo paragrafo riassumono, sulla base di quanto esaminato, le criticità nell'attuale impianto normativo che pare abdicare a quel principio di completo abbandono della finanza derivata voluta dal d. lgs 56/2000, a discapito di quel sistema di responsabilizzazione ed autonomia territoriale dallo stesso auspicato.

2. Breve excursus normativo in tema di finanziamento LEA

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), fin dalla sua istituzionalizzazione è stato sottoposto a profonde riforme (d.lgs. 502/92; 517/93; 229/99) finalizzate ad ottimizzare la gestione della spesa sanitaria attraverso la sua regionalizzazione che ha trovato una sintesi nel progetto federalista, tutt'ora in fase di transizione. Per meglio comprenderne l'attuale assetto normativo si è ritenuto opportuno proporre i principali eventi che hanno determinato la realizzazione. La legge istitutiva del SSN ha rappresentato il primo tentativo di dare un'organica strutturazione al finanziamento della sanità. Nel modello delineato dalla legge n. 833/78, l'assegnazione delle risorse alle regioni avveniva sulla base della cd. "spesa storica",

amministrativo contabili; rilancio delle attività di prevenzione.



ovvero con l'attribuzione di stanziamenti riferibili non tanto ai reali bisogni della comunità e alla domanda di salute, quanto alle esigenze di bilancio delle amministrazioni; il che certo non spingeva le regioni a corrette valutazioni sulle modalità d'impiego delle risorse per la sanità. Tale impianto di finanzia derivata ha concorso a far lievitare la spesa pubblica decentrata, tanto da indurre il legislatore ad interventi di riordino del SSN caratterizzati da disposizioni finalizzate alla responsabilizzazione delle amministrazioni territoriali e all'adeguamento delle risorse ad importi coerenti con la fornitura dei LEA, ovvero compatibili con il rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dal Paese in sede comunitaria (parametri di Maastricht). Il percorso verso il federalismo fiscale inizia, pertanto, con il d. lgs 502/92 che prevedeva una riduzione del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) e nuovi meccanismi di finanziamento delle Aziende Sanitarie Regionali (ASR): quota capitarla pesata per le ASL, e remunerazione a tariffa per le AO. Le riforme approvate negli anni '90 sono state oggetto ben presto di nuovi interventi di modifica, in particolare mediante l'introduzione, con il d.lgs. n. 446/1997, dell'Imposta regionale sulle attività produttive (I.r.a.p.), in sostituzione dei contributi sanitari (al FSN spettava più che altro il compito di riequilibrare le differenze di gettito regionale). Per la determinazione del fabbisogno regionale, con la legge n. 662/96 si è tentato di superare il ricordato criterio della "spesa storica" attraverso l'individuazione di una formula capitaria calcolata secondo canoni che avrebbero dovuto tener conto dell'effettivo bisogno di salute dei cittadini di ciascuna regione, anticipando, così, il più moderno criterio di fabbisogno standard. Con il d.lgs. n. 56 del 2000, il legislatore ha inteso costituire il primo intervento organico di realizzazione di un sistema di fiscalità regionale, dando un'avanzata attuazione di quanto sarebbe stato in seguito stabilito nel 2001 dalla riforma del Titolo V, Parte II, della Costituzione, quale proseguimento del percorso avviato dal "federalismo a Costituzione invariata" oggetto delle "riforme Bassanini" del 1997. Al fine di creare quella maggiore "responsabilizzazione" delle regioni nelle proprie politiche di spesa, il citato decreto ha previsto l'abbandono del modello di finanzia derivata e "da trasferimento"; venivano così aboliti i trasferimenti erariali (e in particolare quelli a favore del FSN), in luogo dei quali si stabilivano nuove fonti di finanziamento delle spese regionali (I.r.a.p., addizionale I.r.p.e.f, compartecipazione al gettito dell'I.v.a., compartecipazione accresciuta all'accisa sulla benzina). Per evitare che il venir meno dei trasferimenti statali, con il conseguente reperimento delle risorse mediante tributi e compartecipazioni, comportasse squilibri territoriali, in virtù della diversa incidenza sul territorio nazionale delle indicate fonti di entrata, lo stesso decreto ha introdotto un fondo



perequativo nazionale teso a ridurre del 90% le differenze inter-regionali, secondo rigorosi criteri socio-demografici (popolazione residente, capacità fiscale, fabbisogno, ecc.). Tuttavia, le difficoltà attuative e le numerose deroghe, che hanno impedito la concreta realizzazione di un federalismo regionale, hanno dato origine, già nel 2001, a quella prassi di negoziazione stato-regioni (Patti per la salute); sistema che vede nella Conferenza Stato-Regioni l'organo deputato alla determinazione da un lato, del complessivo finanziamento del SSN, dall'altro, degli obblighi in capo alle regioni con cui si concorda il ripristino degli stanziamenti erariali. Il FSN, pertanto, ha fatto celermente la sua ricomparsa, sebbene con una funzione diversa, avendo lo stesso carattere aggiuntivo rispetto alle risorse previste dal d.lgs. n. 56 del 2000 e finendo per assumere, impropriamente, i connotati del mai realizzato fondo perequativo. Questa nuova compagine ha poi conosciuto un'ulteriore e fondamentale sviluppo con la legge finanziaria per il 2005 (l. n. 311 del 2004), con cui si sono introdotti i c.d. "Piani di rientro" per le regioni che nel periodo 2001-2004 hanno registrato un disavanzo medio annuo superiore al 5% del finanziamento. Con tali provvedimenti, più coercitivi che incentivanti, le regioni concordano con lo stato l'assunzione di particolari obblighi tesi al ripiano del disavanzo di bilancio in sanità. Neppure la legge delega sul federalismo fiscale del 2009 ha, di per sé, incrinato il modello costruito nel decennio passato ("Patto per la salute 2010" recante le misure per il triennio 2010-2012). In sintesi, si è passati da un sistema di "federalismo fiscale" delineato dal d.lgs. n. 56/2000 e poi sancito dal testo costituzionale revisionato, a un sistema di finanza derivata "negoziata" che ha contribuito a un ritorno del riaccostamento di governance del sistema, secondo un modello che vede lo Stato concordare con le regioni l'ammontare dei trasferimenti erariali. In attuazione della citata legge delega, è stato adottato il d.lgs. n. 68/2011 che disciplina l'autonomia d'entrata delle regioni a statuto ordinario nonché la determinazione dei costi e fabbisogni standard nel settore sanitario, di particolare interesse per l'oggetto della presente trattazione. In via generale viene ribadito il principio del finanziamento integrale della spesa sanitaria in coerenza con il quadro macroeconomico e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi a livello comunitario (art. 26) coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei LEA, a conferma che il finanziamento della sanità rimane, di fatto, un dato esogeno.



3. I livelli uniformi ed essenziali di assistenza

I LEA sono costituiti dall'insieme delle attività, dei servizi e delle prestazioni che il SSN eroga a tutti i cittadini gratuitamente, o con il pagamento di un ticket, indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza. Possono, pertanto, considerarsi la *"traduzione costituzionale dell'uguaglianza delle opportunità in un sistema decentrato"*³. Oltre all'art. 32 della Costituzione *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti"*, è la legge di istituzione del SSN del 1978 a introdurre per la prima volta il concetto di *"livelli di prestazioni sanitarie che devono essere garantiti a tutti i cittadini"*. Solo negli anni '90 inizia a farsi viva l'esigenza che un collegamento tra LEA e spesa sanitaria andasse sottolineato anche a livello legislativo, non potendo essere erogate tutte le prestazioni sanitarie indifferentemente, ma solo quelle necessarie tenuto conto delle risorse disponibili. La riforma del titolo V della Costituzione ha previsto per le regioni la possibilità di utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni aggiuntive (ma mai inferiori) a quelle incluse nei LEA. Questo comporta che i LEA possano essere diversi da regione a regione (fermo restando che quelli definiti a livello nazionale vengono garantiti in tutto il territorio nazionale). Successive elaborazioni normative hanno precisato ulteriormente contenuti e finalità dei livelli uniformi di assistenza sanitaria, che nel DPCM 29 novembre 2001 assumono l'attuale definizione di LEA; in base all'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 "Patto sulla salute", e alla Legge 296 del 27 dicembre 2006, i LEA sono stati ridefiniti con il DPCM del 23 aprile 2008, che sostituisce integralmente quello del 2001. L'attuale normativa prevede che i LEA vengano individuati in modo contestuale alle risorse destinate all'intero SSN nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel documento di programmazione economico-finanziaria⁴; a tal proposito, non può non osservarsi come la definizione degli stessi possa essere considerata a "geometria variabile" in ragione del fatto che il carattere "essenziale" delle prestazioni risulta irrimediabilmente condizionato dalle

³ Turati G., (2009), I Sistemi sanitari regionali in Italia –Verso l'identificazione dei fattori di differenziazione nell'erogazione dei servizi", Roma – SSEF, 9 marzo 2009

⁴ Deve essere dimostrato che quella cura sia efficace, utile per ridurre o eliminare la malattia, ed appropriata per quella determinata patologia. Se più metodi di cura soddisfano entrambe le condizioni, allora deve essere assicurata la cura più economica.

risorse disponibili di volta in volta; in altri termini, ciò che oggi appare sostenibile, domani potrebbe non esserlo (Guzzo, 2012).

Fermo restando che è prerogativa esclusiva dello Stato *“la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”* (articolo 117, comma 2, lettera m) della Costituzione), il nodo cruciale nell’impianto normativo, che dovrà disciplinare l’attuazione del federalismo fiscale, è la determinazione del fabbisogno e del costo standard per ciascuno dei macrolivelli LEA, indicati in Tabella 1.

Nel calcolo per il riparto del FSN alle regioni, il livello “prevenzione” rappresenta il 5% del fondo, ed il criterio di riparto è costituito dalla popolazione non pesata; il livello “distrettuale” corrisponde al 51% del FSN ed è a sua volta composto da quattro sottolivelli: la medicina di base, ripartita a popolazione grezza; la farmaceutica, la cui quota è tolta direttamente dal totale complessivo; la specialistica, ripartita a popolazione pesata, dove i pesi per età sono calcolati a partire dalla distribuzione dei consumi di prestazioni ambulatoriali riscontrati a livello nazionale. Il livello di assistenza “ospedaliera” rappresenta il 44% del fondo: metà di questa quota (22%) è ripartita a popolazione grezza e metà (22%) a popolazione pesata, dove i pesi per età sono calcolati a partire dalla distribuzione dei ricoveri riscontrati a livello nazionale. Le percentuali di riparto dei tre macrolivelli LEA (confermate anche dal recente decreto sui costi standard) rappresentano il primo indicatore dal quale le regioni devono partire per l’assegnazione del fondo sanitario alle proprie ASR. Il nocciolo della questione resta come fare a rilevare esattamente i “costi standard” per ogni macrolivello LEA. Se ogni livello essenziale racchiude un numero diverso di prestazioni (c.d. aggregato) che variano da zona a zona, per costi e contenuti, risulta abbastanza complicato stabilire cosa sia realmente un “costo standard” unitario e soprattutto determinarlo mediante la sommatoria dei costi delle singole prestazioni (il costo complessivo finisce per discendere non tanto dalla sommatoria delle prestazioni quanto, piuttosto, dal modo in cui queste vengono combinate).

Tabella 1 – proposta ministeriale di riparto del Fondo sanitario

Livello e Sotto livello	Criterio adottato
Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro (5%)	Quota capitaria semplice
Assistenza distrettuale (51%): <ul style="list-style-type: none">• medicina generale e pediatria, guardia medica e alta assistenza (25%)• Assistenza farmaceutica territoriale (13%)• Assistenza specialistica ambulatoriale (13%)	Quota capitaria semplice In proporzione al 13% del totale del fabbisogno Quota capitarla ponderata in base ai consumi di prestazioni ambulatoriali per classi di età
Assistenza ospedaliera (44%)	Quota capitarla ponderata in base ai consumi di ricoveri per classi d'età per metà importo; quota capitarla semplice per l'altra metà

Fonte: Dipartimento della Qualità, Ministero della Salute.

Al fine di garantire l'uniformità dei LEA (detti "essenziali" in quanto racchiudono tutte le prestazioni e le attività che lo Stato ritiene così importanti da non poter essere negate ai cittadini) su tutto il territorio nazionale, la legge quadro sul federalismo fiscale del 2009, prevede un sistema di monitoraggio la cui mancata erogazione comporta delle sanzioni che possono interessare i trasferimenti perequativi⁵ da parte dello stato. Tali trasferimenti sono condizione essenziale per un federalismo "solidale" come quello italiano. In particolare, il fondo perequativo è alimentato dal gettito da compartecipazione all'IVA assegnata per le spese relative alle prestazioni essenziali ma anche da una quota del gettito derivante dall'aliquota media di equilibrio di addizionale regionale all'IRPEF assegnata per il finanziamento delle spese non riconducibili alle funzioni essenziali. Le quote vengono assegnate a ciascuna regione senza vincolo di destinazione, e serviranno per sostenere le regioni con minor capacità fiscale per abitanti, garantendo l'integrale copertura delle spese corrispondenti ai fabbisogni standard per i LEA. Mentre il d. lgs 56/2000 esigeva la perequazione delle capacità fiscali (perequazione orizzontale), con il riformato art. 119 Cost. si è di fatto tornati ad un modello di perequazione di tipo verticale riferito ai bisogni standard. Tale modello, se da un lato lascia poca autonomia alle regioni, in quanto lo stato

⁵ La perequazione, finalizzata ad assicurare il pieno finanziamento del fabbisogno corrispondente ai LEA, è condizione essenziale per un federalismo solidale come quello italiano. Rappresenta il naturale complemento del decentramento fiscale, quale strumento per l'equità del sistema tributario e per diminuire il *gap* tra regioni ricche e povere al fine di consentire l'erogazione dei servizi a livelli uniformi su tutto il territorio nazionale. In un modello perequativo verticale, tutte le regioni (ad eccezione di quello maggiormente dotato in termini di base imponibile pro capite) necessitano delle assegnazioni del fondo perequativo per coprire il divario tra entrate e fabbisogno da finanziare. È quindi compito dello Stato assegnare il fondo perequativo alle regioni non autosufficienti.



predetermina le risorse da spendere, dall'altro garantisce alle medesime il livello di risorse necessarie anche in presenza di una dinamica fiscale non favorevole

4. *Determinazione dei costi e dei fabbisogni standard*

In attuazione della legge delega del 2009, il d.lgs. n. 68 del 2011 "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 diretto a disciplinare, a decorrere dall'anno 2013, la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario per le regioni a statuto ordinario e le province autonome di Trento e Bolzano, al fine di assicurare un graduale e definitivo superamento dei criteri di riparto adottati ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 662/96. Il decreto in questione sottolinea che il fabbisogno sanitario nazionale standard debba essere 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. In attuazione della legge delega del 2009, la compartecipazione all'Iva, l'addizionale regionale Irpef, dall'Irap, le entrate proprie del settore sanitario (ad esempio i tickets) e le quote del fondo perequativo nazionale, costituiscono il perno del nuovo sistema di finanziamento del LEA che ogni regione è tenuta a garantire attraverso le ASR del proprio territorio.

A titolo esemplificativo, dati i componenti $LEA \times CS = FS$ e $P = FS - GS \rightarrow FS = P + GS$, si propone la seguente formula:

$$LEA \times CS = FS = P + GS$$

dove: *LEA* = Livelli essenziali di assistenza; *CS* = Costi standard; *FS* = Fabbisogno standard;
GS = Gettito standard; *P* = Perequazione

Per la parte relativa al finanziamento della spesa sanitaria, il provvedimento riprende in buona parte il sistema di governance che si è affermato su base pattizia tra stato e regioni. In linea con il d. lgs 229/99, la formulazione del decreto ribadisce che le risorse complessive destinate alla tutela della salute devono essere al contempo coerenti con i LEA, erogati in condizioni di efficienza e di appropriatezza e compatibili con il quadro macroeconomico

complessivo. Si ribadisce l'abbandono, dunque, del criterio della spesa storica, a vantaggio di un costo standard, che rappresenta quell'ideale quantum necessario a garantire le prestazioni essenziali, in rapporto a un fabbisogno, anch'esso standard; in altri termini, il criterio sul quale dovranno parametrarsi le risorse da stanziare per il finanziamento dei LEA. Il d. lgs 68/2011 su costi e fabbisogni standard in sanità introduce, rispetto al sistema di riparto fra le regioni delle risorse destinate ai LEA in vigore dagli anni '90, due innovazioni: il depotenziamento della ponderazione della quota capitaria per (sole) classi di età della popolazione e la individuazione di regioni benchmark. La prima innovazione aspira, senza successo, a stemperare il conflitto tra le regioni del nord e quelle del sud, la seconda è ininfluente sull'allocazione delle risorse, posto che il finanziamento complessivo è determinato esogeneamente. In sostanza, l'allocazione delle risorse resta guidata da una formula capitarla ponderata (Caruso, Dirindin, 2011). Peraltro, imponendo la pesatura per la sola classe d'età, l'attuale impianto normativo contraddice ogni evidenza scientifica dato che la stessa non costituisce l'unica determinante dei bisogni sanitari. D'altro canto, considerare alcuni parametri chiave come la frequenza dei consumi, la struttura demografica ed epidemiologica della popolazione è una soluzione più efficace, ma esattamente quella già sperimentata con la legge 662/96. Sulla determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali, calibrata sui modelli virtuosi e le esperienze virtuose nel panorama nazionale in materia di gestione della spesa sanitaria, è doveroso ricordare che sulla scelta di tali modelli, oltre a criteri come il raggiungimento dell'equilibrio finanziario, sarebbe stato più opportuno effettuare una reale misurazione dell'efficienza, valutando le risorse consumate (input) in relazione ai risultati ottenuti (output); non è infatti vero che le regioni che spendono meno sono anche le più efficienti (per una corretta valutazione dell'efficienza, la spesa deve essere valutata in relazione ai risultati ottenuti). In estrema sintesi, sulla base del decreto si definisce costo standard la spesa pro capite pesata di un pool di tre regioni ritenute migliori in base a condizioni finanziarie (equilibrio di bilancio), sociali (rispetto dell'erogazione dei LEA), di qualità dei servizi erogati. Ottenuto il costo standard, esso si applica poi alla popolazione pesata regionale, generando una distribuzione percentuale di risorse, definite fabbisogni standard regionali. (Abbafati, Spandonaro 2011). A titolo esemplificativo, definendo $Sp(P)$ la spesa pro capite pesata, Pop la popolazione nazionale, $Pop(P)$ la popolazione nazionale pesata e con F il fabbisogno nazionale, il costo standard (CS) e il fabbisogno standard (FS) risultano come di seguito determinati⁶:

⁶ Fonte: Abbafati C., Spandonaro F., (2011), "Costi standard e finanziamento del Servizio sanitario nazionale",



$$\text{Costo standard } CS = \frac{\sum Spi(P) Pop_i}{\sum Pop_i}$$

$$\text{Fabbisogno standard } FS_j = \frac{CS \times Pop_j(P)}{\sum CS \times Pop_j(P)} = \frac{Pop_j}{Pop}$$

Ove (FS_i) è la quota di finanziamento regionale che, a ben vedere, risulta, data la definizione di costo *standard*, uguale alla quota di finanziamento regionale basata sulla popolazione pesata ($Pop_i(P)$). Ne deriva che il

$$\text{Finanziamento regionale } F_j = FS_j F = \frac{Pop_j(P)}{Pop} X F$$

Fonte: Abbafati C., Spandonaro F., (2011), "Costi standard e finanziamento del Servizio sanitario nazionale", in *Politiche Sanitarie* Vol. 12, N. 2, Aprile-Giugno 2011, pagina 4.

La conclusione è che il finanziamento regionale determinato sulla base dei costi standard è esattamente uguale a quello determinato con il criterio di riparto a popolazione pesata per cui, dato l'approccio definito, il risultato allocativo rimane legato unicamente alla determinazione dei pesi utilizzati per la stima della popolazione pesata (Abbafati, Spandonaro 2011).

Riassumendo, in fase di prima applicazione, i costi standard determineranno per ciascuna regione il limite di spesa ammesso e coperto dai meccanismi di autofinanziamento e di perequazione previsti. Tuttavia, concentrare l'attenzione solo sugli aspetti di micro-efficienza produttiva (ovvero sui costi di produzione delle prestazioni), senza affrontare anche quelli di efficacia, non appare una soluzione ideale per la sanità. La letteratura scientifica è unanime nel sottolineare come grandi risultati potrebbero essere raggiunti contenendo l'erogazione di prestazioni sanitarie non appropriate (o addirittura non efficaci) rispetto ai reali problemi di salute della popolazione, anziché con la semplice riduzione dei costi unitari di produzione. Ad esempio, un ricovero ospedaliero o un'indagine di laboratorio possono essere erogati

in *Politiche Sanitarie* Vol. 12, N. 2, Aprile-Giugno 2011, pagina 4.

nella migliore delle organizzazioni (a costi medi minimi), ma se trattano pazienti che non hanno bisogno di quella prestazione, producono il massimo dell'inefficienza complessiva; in tal caso, il semplice controllo del costo di produzione è del tutto inutile. Fermo restando che una corretta individuazione dei costi standard presuppone che gli outcome delle realtà osservate siano omogenei, con il criterio del "costo standard", così come inteso dal decreto, si rischia di definire il minimo costo a prescindere dai risultati, anziché "fare salute" con un uso diverso delle risorse. Per il momento, il riferimento ai costi standard può essere rilevante ai fini degli indicatori di efficienza ed appropriatezza e potrà incidere positivamente sul sistema di autovalutazione delle regioni e sulla conseguente adozione delle best practices.

5. *N.I.San: network per la condivisione dei costi standard*

Un esempio di come il riferimento ai costi standard può essere rilevante ai fini dell'adozione delle cosiddette "best practice", come accennato nel paragrafo precedente, è costituito dal network N.I.San realizzato nel 2009 (dagli Ospedali Galliera di Genova, Provincia Autonoma di Bolzano, Azienda Ussl 18 di Rovigo, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza di S. Giovanni Rotondo), come rete finalizzata allo scambio di informazioni relative ai costi standard delle attività sanitarie, degli indicatori e dei risultati ottenuti.



Ad oggi il network annovera ventuno componenti (tra i quali l'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo" di Alessandria) che gestiscono, in condivisione, i risultati relativi all'elaborazione dei costi standard delle attività sanitarie svolte da ciascuno, secondo uno strumento tecnico omogeneo di elaborazione dei costi basato sul metodo di analisi denominato Activity Based Costing (ABC)⁷; in estrema sintesi, l'analisi ABC permette di comprendere se una parte dell'input è improduttiva o non necessaria e quale parte sia.

⁷ E' nata come contabilità analitica basata sulle attività, anziché sui tradizionali centri di costo. In tal senso, l'ABC è il sistema informativo che produce ed elabora informazioni sulle attività e sui prodotti dell'azienda. Identifica le attività svolte per produrre i prodotti, attribuisce i costi a queste ultime (attraverso i resource driver) e successivamente utilizza diversi driver (espressione del consumo di attività) per imputare i costi delle attività ai prodotti.



Tale attività di rete ha prodotto i costi standard dei ricoveri per il 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011 basati sulla determinazione della media del costo per singolo episodio di ricovero, nonché convegni, pubblicazioni, workshop, attività formativa e informativa. L'obiettivo di passare dai costi storici ai costi standard è quello di comportare un salto di qualità per l'intero sistema sia in termini di un più corretto modello di allocazione delle risorse sia per l'introduzione del principio del benchmarking come stimolo a migliorare qualità ed efficienza del sistema sanitario. Con tale strumento, il costo standard non viene calcolato "a tavolino" ma deriva da una verifica reale sul campo. Nel momento in cui le aziende sanitarie sono in grado di utilizzare strumenti di gestione aziendale per calcolare quanto costa una prestazione (ad es.:ricoveri), hanno anche il bisogno di sapere se tale valore è alto o basso rispetto a uno standard: si sente cioè l'esigenza di un confronto con altre realtà. Secondo Adriano Lagostena, Direttore Generale dell'Ospedale Galliera di Genova e Coordinatore di N.I.San *"il vero valore di individuazione di costi standard è che esso consente di avviare una politica di benchmark tra aziende, in modo tale da sapere in che modo si colloca una singola azienda sanitaria rispetto ad uno standard. Questo diviene uno strumento fondamentale di gestione sia a livello di azienda che a livello regionale"*. In tal senso il costo standard rappresenta un obiettivo a cui tendere per aumentare l'efficienza di un'azienda sanitaria.

6. Costi standard vs concetto di efficienza

In termini generali, il "costo-standard" richiama il concetto di efficienza legato all'impiego senza sprechi delle scarse risorse disponibili. Partendo dall'assunto che, dal punto di vista microeconomico la spesa pubblica è l'input del processo di produzione, interrogarsi sull'efficienza impone di chiarire quali sono gli obiettivi che si vogliono perseguire utilizzando determinate risorse. Come già accennato, per misurare l'efficienza occorre sempre valutare le risorse consumate (input) in relazione ai risultati ottenuti (outcome).

Per identificare le inefficienze è necessario definire uno "standard" che consenta di confrontare le diverse realtà. Lo "standard" può essere definito attraverso diversi approcci:

- indicatori univariati o semplici, basati su una sola variabile (output/input: ad esempio: n. medio di ricoveri per medico);

- indicatori composti che richiedono una rappresentazione sintetica di più indicatori semplici; un esempio è il sistema innovativo denominato "Il Bersaglio" proposto dal Ministero della Salute.

Con tale approccio gli indicatori semplici vengono rappresentati graficamente in cerchi concentrici sulla base di 4 macroaree (assistenza farmaceutica, distrettuale, ospedaliera, sanitaria collettiva e prevenzione); l'efficienza viene valutata in base alla distanza dal centro;



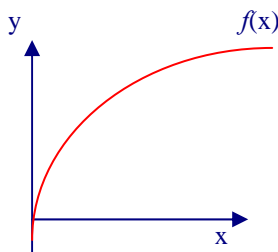
- indicatori multivariati, approccio che cerca di tener conto di tutti gli input e di tutti gli output del processo produttivo dei servizi sanitari.

Quest'ultimo metodo rappresenta, per gli economisti, lo strumento che sta dietro al modello di "funzione di produzione" e "funzione di costo", come di seguito indicate:

FUNZIONE DI PRODUZIONE: $Y = f(X)$

dove:

Y = output (salute); X = input (tutte le variabili per produrre Y)
e dove f consente di sintetizzare i diversi aspetti



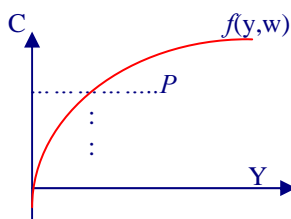
la curva **indica lo "standard"**
(ad esempio consente di conoscere il n. max di pazienti che si possono trattare con determinate risorse)

La misura in cui ci si discosta dalla frontiera (curva $f(x)$), indica il livello di inefficienza.

FUNZIONE DI COSTO: $C=f(Y,W)$

dove:

C =costo; Y =output; W =lavoro; e dove f consente di sintetizzare i diversi aspetti



Il costo totale cresce all'aumentare dell'input
(P è inefficiente in senso tecnico)

In base alla quantità di output ed al costo degli input, tale funzione consente di individuare il minimo costo per produrre un determinato livello di output: rappresenta il "costo standard".

L'efficienza economica si compone quindi di un aspetto tecnico (legato alla funzione di produzione) e di uno allocativo (legato alla funzione di costo). Ad esempio un ospedale è inefficiente in senso tecnico se non riesce ad ottenere un output ottimale con le risorse consumate (input); è inefficiente in senso allocativo se, dati i prezzi degli input, non sceglie quelli che consentono di minimizzare i costi di produzione. Quanto sin qui esposto per ribadire che l'efficienza deve essere dimostrata; per misurare l'efficienza è necessario uno stimatore della "frontiera di produzione" e della "frontiera di costo" che rappresentano il benchmark efficiente; l'inefficienza è rappresentata dalla distanza tra ciò che si osserva e la frontiera⁸. A questo punto è doveroso aprire una piccola parentesi per ricordare che nella scelta delle regioni benchmark non si è tenuto conto delle loro efficienze di costo; ci si è basati solo sul fatto che avessero garantito i LEA e se avevano raggiunto l'equilibrio di bilancio. Tornando al concetto di efficienza, oltre che a livello macro (regioni), questa può e deve essere misurata a livello delle ASR, in quanto, il fatto che a parità di risorse vi sia una certa eterogeneità tra le regioni, lascerebbe pensare che non si tratta tanto di un problema di allocazione di risorse, quanto di come queste vengono gestite.

7. *Finanziamento ASR e gestione risorse*

A partire da ottobre 2009, l'erogazione dei SSR è organizzata attraverso una rete di Aziende Sanitarie Locali (ASL), enti pubblici con autonomia imprenditoriale per quanto attiene alla loro organizzazione, amministrazione, contabilità e gestione. I servizi sono erogati attraverso strutture pubbliche o private accreditate. Le strutture pubbliche includono gli ospedali direttamente gestiti dalle ASL, i cosiddetti "presidi ospedalieri", e le AO pubbliche (AO), strutture indipendenti, generalmente con un bacino di utenza regionale o interregionale, gestite autonomamente e dotate di potere d'acquisto, tra le quali rientrano gli ospedali di ricerca. Nel modello di finanziamento delle aziende sanitarie coesistono due distinti sistemi di finanziamento con funzioni ed obiettivi diversi:

⁸ Le tecniche più utilizzate per stimare le frontiere sono: la Data Envelopment Analysis (D.E.A.), approccio deterministico ma non parametrico; Stochastic Frontier Analysis (S.F.A.), approccio stocastico ed anche parametrico.



- il sistema di trasferimenti finanziari alle ASL (che provvede ad assicurare i LEA nel proprio ambito territoriale), basato su una *quota capitaria*⁹ (esplicita il valore pro capite medio regionale necessario per assicurare la copertura del fabbisogno finanziario dei LEA);
- il sistema di remunerazione a prestazione per le AO sulla base di tariffe fissate per i DRGs (Diagnosis Related Groups)¹⁰. .., da ciascuna regione; ovviamente le AO non hanno popolazione, quindi non hanno quota capitaria;
- il finanziamento diretto di particolari funzioni rappresenta un fattore di parziale "compensazione" dei criteri di assegnazione su base capitaria e, soprattutto, a tariffa per prestazione.

La quota capitaria e la remunerazione a tariffa rappresentano un "ricavo imposto" che induce le ASL a comportamenti diretti al contenimento dei costi. Per quanto concerne la prima modalità di finanziamento, tale processo ha dato origine al problema di determinare le formule allocative sulla base dei parametri prescelti per la pesatura della popolazione.

Attualmente, il finanziamento determinato sulla base dei costi standard risulta essere esattamente uguale a quello determinato con il criterio di riparto a popolazione pesata per cui, dato l'approccio definito dal d. lgs 68/11, il risultato allocativo rimane legato unicamente alla determinazione dei pesi utilizzati per la stima della popolazione pesata. La seconda modalità di allocazione delle risorse del fondo sanitario regionale è legata ai livelli di produzione, ovvero in relazione alle prestazioni sanitarie erogate (in funzione della scelta effettuata dal paziente), si ricevono degli introiti determinati sulla base di un sistema di tariffe stabilite dalla regione (D.R.G.), rappresentative del valore economico dei servizi erogati. Le tariffe sono determinate in funzione al costo standard di produzione, calcolato considerando il costo

⁹ L'insieme delle risorse che la regione attribuisce alla singola ASL mediante la quota capitaria, dovrebbe permetterle di erogare un pacchetto di servizi almeno corrispondente ai LEA definiti dal Piano Sanitario Nazionale (PSN). A tal fine, perciò, i fondi assegnati saranno utilizzati da ogni azienda ASL sia per produrre le prestazioni, avvalendosi di proprie strutture ospedaliere ed ambulatoriali, sia per provvedere al pagamento delle tariffe alle strutture esterne (AO e strutture private accreditate) che hanno erogato prestazioni ai suoi residenti. In questo secondo caso le ASL acquistano servizi da altre strutture sanitarie pagando le prestazioni sulla base di tariffe determinate dalla regione

¹⁰ Le prestazioni fornite in regime di ricovero (degenza ordinaria o di day hospital) fanno riferimento a tariffe specifiche basate sui DRG¹⁰. Si tratta di un sistema di classificazione dei pazienti trattati costruito sulla base di informazioni contenute nella SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) quali diagnosi principale e secondaria, intervento, età del paziente, stato alla dimissione. A ciascun DRG viene attribuita una "*tariffa forfetaria predeterminata*" che rappresenta la remunerazione per l'insieme delle prestazioni sanitarie erogate durante il ricovero per le patologie rientranti in quella classificazione. Si parla di "tariffa a forfait" perché essa è determinata sulla base del costo medio complessivo dell'assistenza per i pazienti associati ad un DRG determinato. I DRG, quindi, costituiscono un sistema di classificazione delle patologie fondato sul principio del consumo omogeneo di risorse per interventi clinici diversi.

del personale impiegato, dei materiali consumati, delle apparecchiature utilizzate ed i costi generali dell'unità produttiva della prestazione. L'introduzione di tali meccanismi tariffari può rappresentare un incentivo a comportamenti virtuosi, ma implica anche alcuni rischi (Tabella 2).

Tabella 2- Rischi ed opportunità del sistema DRG

Dimensioni assistenza	Rischi	Opportunità
Volumi	Aumento ricoveri impropri	Riduzione liste d'attesa
Accessibilità	Selezione pazienti	Specializzazione attività, aumento appropriatezza uso risorse ed efficienza operativa
Durata della degenza	Dimissioni precoci	Efficienza operativa
Profili di cura	Riduzione servizi necessari e dimissioni precoci	Aumento appropriatezza uso risorse, efficienza operativa
Livello di assistenza	Trasferimenti impropri - spostamento dell'attività verso livelli più remunerativi	Sviluppo di livelli alternativi di assistenza

Fonte: Taroni F., (2000), "I livelli essenziali di assistenza: sogno, miraggio o nemesi", in "I servizi sanitari in Italia", a cura di Gianluca Fiorentini, Bologna, Il Mulino.

Fondamentali diventano, dunque, i controlli sull'uso corretto delle risorse, prendendo a parametro valori standard relativi a qualità, appropriatezza, accessibilità e costi; controlli che pongono in primo piano l'importanza del sistema di controllo di gestione per contemperare l'esigenza di fornire prestazioni adeguate con quella di risolvere la questione dei ripetuti disavanzi generati dall'assistenza sanitaria; in tale quadro, le forme di controllo sono fondamentali per rinvenire dei comportamenti distorti nella qualificazione delle prestazioni erogate sulla base delle tariffe ad esse associate (con un conseguente incremento della spesa sanitaria).

Come accennato nel paragrafo precedente, il concetto di costo standard, così come indicato nella legge delega 42/2009 e ripreso dal d. lgs. 68/2011, richiama quello di efficienza. A livello di azienda sanitaria¹¹ il costo standard può essere utile per evidenziare le situazioni di inefficienza; è però evidente che non basta individuare una situazione di inefficienza, ma occorre anche individuarne le cause. Dal confronto tra costo standard e costo effettivo possono emergere scostamenti più o meno significativi che vanno sottoposti ad analisi

¹¹ Il processo del budgeting rappresenti per tutte le aziende (quindi anche quelle sanitarie) lo strumento manageriale di previsione annuale, che correla la "produzione" (espressa in termini quantitativi e qualitativi di prestazioni/servizi) con le risorse disponibili.

(analisi degli scostamenti). E' di rilevanza fondamentale che le regioni, quindi, in qualità di capogruppo di indirizzo delle aziende sanitarie, controllino che quest'ultime riescano a perseguire l'equilibrio economico finanziario (o comprendere le cause che ne impediscono il raggiungimento) in quanto da questo dipende l'equilibrio finanziario delle stesse regioni. In termini economici, un'azienda è efficiente quando riesce ad ottimizzare il rapporto tra risultati conseguiti e risorse impiegate. Ai fini della valutazione; è necessario formulare non dei meri dati ma delle informazioni sui costi. Le informazioni sui costi, per essere veramente tali e utili alla direzione dell'azienda sanitaria, devono presentare tre caratteristiche: mettere in luce l'importo del consumo delle risorse impiegate e/o da impiegare per uno o più determinati processi produttivi ("quanto costa"); permettere di spiegare le ragioni di tale importo ("perché costa"); fornire gli elementi per arrivare a formulare un giudizio sulla convenienza economica circa l'impiego dei fattori produttivi utilizzati ("sapere se si sono utilizzate bene o male le risorse"). In termini teorici, quindi, il costo standard riguarda il costo di produzione di un bene o di un servizio in condizioni di efficienza ottimali, valutando come non ottimali i costi della produzione che man mano si discostano dal costo standard. In buona sostanza, il costo standard può essere considerato un po' quello che, in economia aziendale, viene definito come il "costo di produzione". Anche le aziende sanitarie, pur essendo organizzazioni non profit, sono di fatto inserite in un ambiente di riferimento dove acquisiscono fattori produttivi ed operano restituendo prestazioni; come rappresentato in Figura 1, trasformano, attraverso la produzione, gli input (fattori produttivi) in output (utilità).

Figura 1 – trasformazione input in output

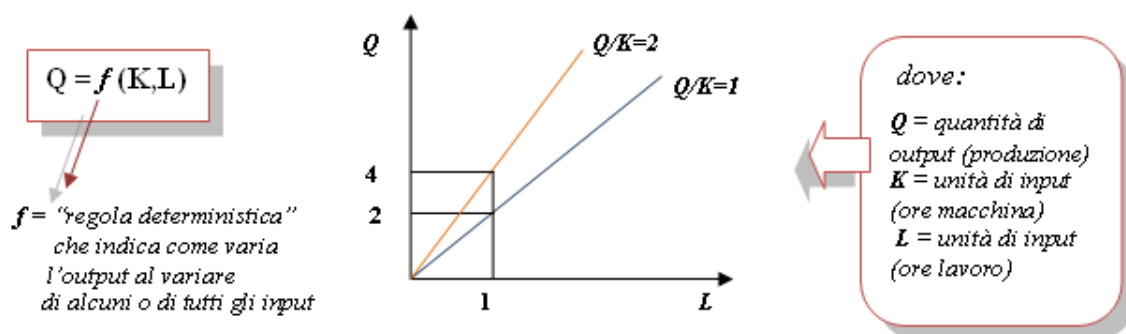


La relazione secondo cui si combinano gli input per generare l'output, è detta "funzione di produzione"¹². Anche per le aziende sanitarie, è pertanto possibile sviluppare una teoria del comportamento simile a quella delle imprese sui mercati concorrenziali in un contesto di scelta basata su due questioni fondamentali: la produzione (le alternative possibili); i costi e i benefici (le conseguenze). A titolo esemplificativo, un modo di esprimere la funzione di produzione è formularla attraverso un'equazione matematica; ad esempio, nell'ipotesi di un processo produttivo che impiega due input, capitale (K) e lavoro (L) per la produzione di una certa quantità di output (Q), la relazione tra K, L e Q si può esprimere nel seguente modo $Q=f(K,L)$ dove f è una funzione matematica che sintetizza il processo rappresentato in 4. Tale funzione indica quante unità di Q è possibile ottenere impiegando determinate quantità di K e di L; sintetizza, quindi, la relazione tra gli input e gli output.

Per semplicità, supponendo che la funzione di produzione sia data da $f(K,L)=2KL$, dove K è misurato in ore-macchina e L in ore-uomo, la relazione tra K, L e Q viene calcolata con l'equazione $Q=2KL$. A titolo esemplificativo, si rappresenta graficamente il seguente caso: (fig. 2)

- dato $K=1$, se si impiega 1 unità di L si ottiene $Q=2 \times 1 \times 1=2$ unità di output
- dato $K=2$, se si impiegano 2 unità di L si ottiene $Q=2 \times 2 \times 1=4$ unità di output

Figura 2 – funzione di produzione $Q=2KL$

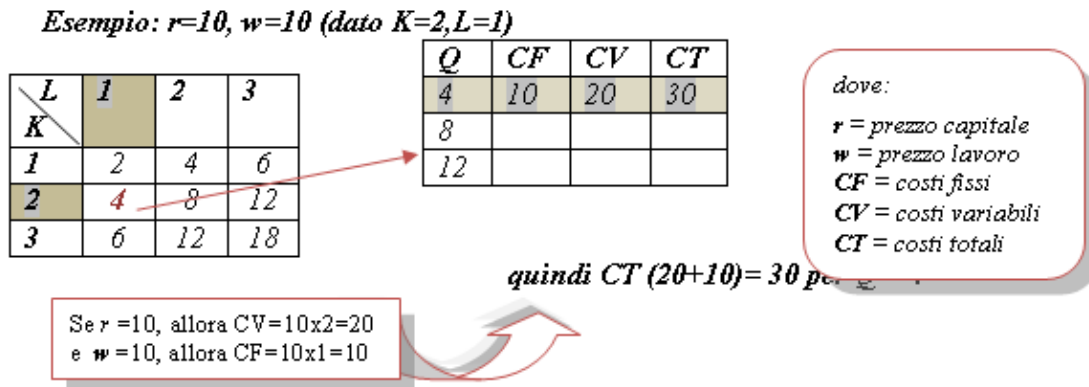


Fonte: mia elaborazione su riferimento Frank R.H., (2010), "Microeconomia", McGraw-Hill (V Edizione)

¹² Un processo produttivo sarà efficiente se non è possibile ottenere la stessa quantità di un output da esso prodotta utilizzando una quantità inferiore di input. L'insieme dei soli processi produttivi efficienti viene sintetizzato dalla funzione di produzione, che quindi viene ad indicare, per ogni quantità dei fattori produttivi, la quantità massima di prodotti ottenibile. La funzione di frontiera appare così come una frontiera tra ciò che è tecnicamente possibile e ciò che non lo è. Una delle tecniche più utilizzate per misurare le performance di unità organizzative è la DEA (Data Envelopment Analysis), tecnica di analisi dei dati basata sulla programmazione lineare. Lo scopo principale dell'analisi DEA è quello di individuare, in un determinato insieme, le aziende più efficienti delle altre rispetto agli input e agli output produttivi. Le aziende che, nell'insieme considerato, risulteranno più efficienti determineranno una frontiera di produzione usabile per quel settore e sarà così possibile calcolare indici di efficienza relativa anche per le altre aziende.

Di conseguenza, tale funzione consente di identificare i costi legati all'ottenimento di un determinato *output* (fig. 3)

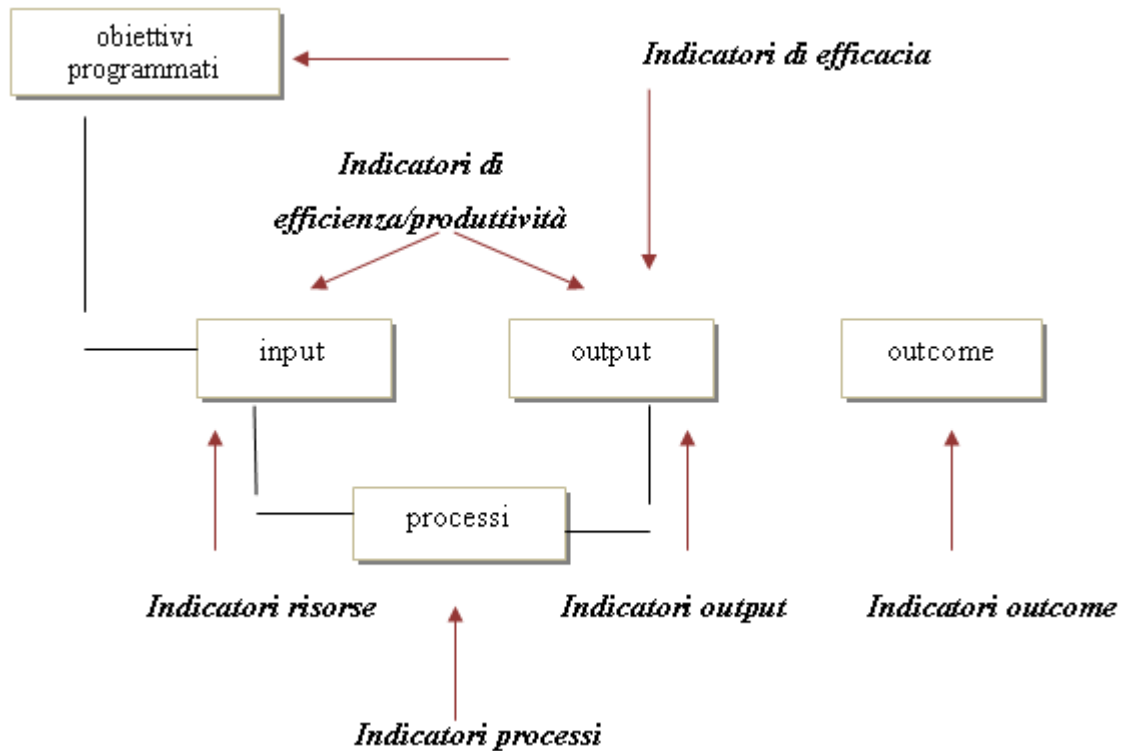
Figura 3 – costi di produzione (K,L)



Fonte: mia elaborazione su riferimento Frank R.H., (2010), "Microeconomia", McGraw-Hill (V Edizione)

La rilevazione dei costi (riferiti ai "centri di responsabilità"), devono essere monitorati in fase di controllo di gestione. In generale, tenuto conto dei costi dei fattori produttivi (costo lavoro/n. addetti; costo farmaci/n. giornate di degenza, ecc) le scelte gestionali consistono nel decidere come allocare il proprio budget ponderando aspetti economici e qualitativi fra una pluralità di combinazioni alternative di input per produrre una data quantità di output, come, ad esempio, scegliere la migliore combinazione di medici/infermieri per produrre un certo numero di prestazioni sanitarie dato un certo obiettivo, oppure stimare la quantità di produzione che si otterrebbe dall'impiego di una unità addizionale di un infermiere a parità di posti-letto. In breve, la valutazione costo/opportunità consente di individuare i benefici che si possono produrre con usi alternativi delle risorse disponibili. In fase di programmazione, quindi, le scelte di policy, finalizzate ad ottenere il massimo risultato con il minor costo, devono necessariamente fare riferimento, come avviene per le imprese, a due questioni rilevanti: la produzione (le alternative possibili) e il rapporto costi/benefici (le conseguenze) al fine di allocare le scarse risorse in modo efficiente (combinazione ottimale di K e di L per produrre Q). Per il miglioramento continuo della performance è necessario applicare criteri di controllo che consentano di ridurre il costo del servizio offerto, garantendo l'obiettivo di qualità. Il momento di sintesi del controllo è rappresentato dal monitoraggio di tutte le variabili che caratterizzano il processo, attraverso la costruzione di un sistema di indicatori (fig. 4)

Figura 4 – Tipologie di indicatori



In tale quadro, l'efficacia (intesa quale grado di raggiungimento degli obiettivi), l'efficienza (valutata in termini di rapporto tra prodotti - "output" - e valore delle risorse impiegate - "input") e l'economicità (come scelta dei mezzi meno onerosi per il conseguimento degli obiettivi programmati) costituiscono condizioni necessarie per poter qualificare una gestione come sana e corretta. L'ottimizzazione dell'intero processo richiede, pertanto, che l'ottenimento dei risultati desiderati avvenga a partire dall'utilizzo efficiente delle risorse destinate all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità in un contesto che vede da una parte il problema delle scarse risorse e dall'altra l'aumentare delle aspettative dell'utenza, da soddisfare ponderando aspetti economici e qualitativi, la costruzione di un sistema di indicatori volto alla misurazione della performance ai fini dell'attuazione del principio dell'accountability, costituisce uno strumento di fondamentale importanza per ogni azienda sanitaria e per chi la dirige, affinché possa essere conseguito un miglioramento continuo e globale circa lo svolgimento delle attività che vengono poste in essere. Un sistema di indicatori volto alla misurazione della performance (fig. 5) costituisce, ormai, uno strumento sia di controllo direzionale interno all'azienda sanitaria, che uno strumento per rendere conto all'esterno dei risultati ottenuti: nel primo caso le misurazioni effettuate devono servire a segnalare, a chi sta al vertice, se l'organizzazione o parti importanti di essa si muovono nella

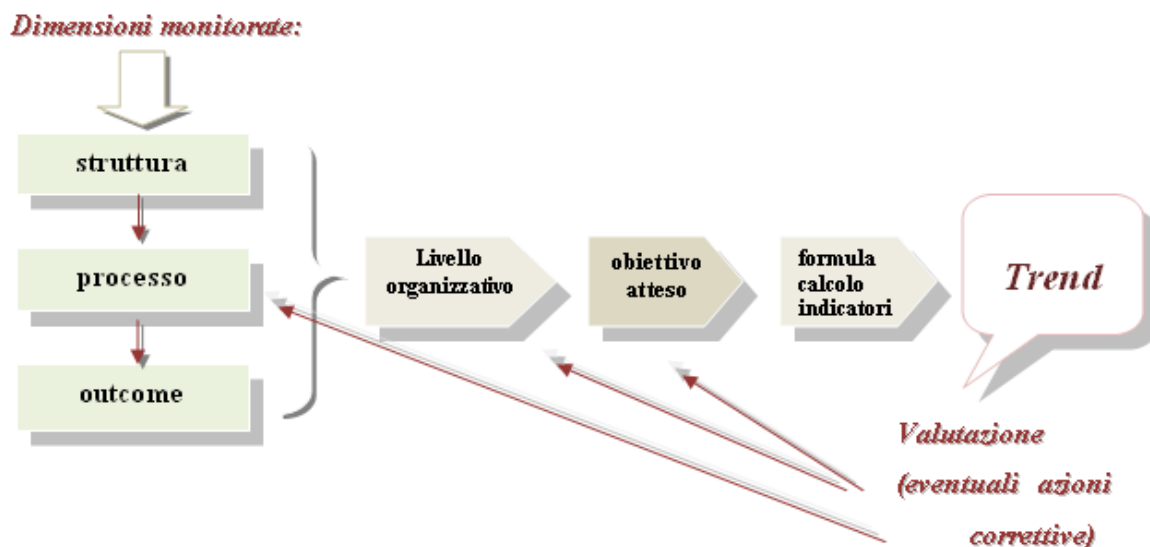
direzione desiderata (in termini di costi, di qualità delle prestazioni, di soddisfazione della domanda di servizi) in modo da poter intervenire con misure correttive appropriate; nel secondo caso le misurazioni effettuate servono invece a comunicare a soggetti esterni all'organizzazione informazioni relative alle stesse dimensioni.

Figura 5 – misurazione performance



Laddove la finalità della valutazione (fig. 6) è la formale rendicontazione interna, le implicazioni potranno essere forme di ricompensa o sanzione; qualora lo scopo della valutazione sia di stimolo al miglioramento continuo, le azioni conseguenti avranno la connotazione di indirizzo e supporto al cambiamento necessario ai fini dell'accountability

Figura 6 – finalità della valutazione



La valutazione deve riferirsi ad aspetti misurabili/quantificabili e quindi traducibili in indicatori che rappresentano la misura quali-quantitativa del grado di adesione ad un certo parametro, a loro volta distinti in indici di struttura, processo ed esito. La prima fase del monitoraggio è rappresentata, quindi, dall'individuazione di criteri di valutazione che devono rappresentare la misura di riferimento: criteri di struttura, riferiti alla disponibilità di risorse tecniche, organizzative, strutturali; criteri di processo, riferiti alle azioni o alle decisioni adottate; criteri di esito, riferiti tipicamente alla risposta ottenuta a seguito di un processo decisionale (intervento). Sono in particolare i criteri di processo e di esito ad avere rilevanza nella valutazione delle performance, potendo fare riferimento, a loro volta, a diverse dimensioni della qualità. Per gestire un qualsiasi fenomeno, infatti, è necessario misurarlo poiché l'elemento che non si misura, non si gestisce e non si migliora. A tal fine il ruolo che il sistema del Controllo di Gestione (CdG) svolge nell'ambito della gestione delle strutture sanitarie è rilevante tenuto conto che, in tale sistema, si individua la sede di verifica della capacità dell'organo esecutivo di determinare, attraverso la programmazione degli obiettivi gestionali, l'individuazione delle modalità di allocazione delle risorse, l'individuazione dei criteri valutativi specifici per l'attività gestionale e di autocorreggere la propria azione attraverso il c.d. feedback, o informazione di ritorno, sull'andamento della gestione in corso d'opera. (Foddis, 2014).

8. *I sistemi sanitari regionali: il caso della Regione Piemonte*

Nell'attuale assetto federalista, la sostenibilità economica dei SSR risulta direttamente collegata ad azioni di governance volte al recupero di efficienza e di appropriatezza nell'erogazione degli attuali LEA, nel rispetto degli indirizzi nazionali di politica sanitaria con il quadro delle risorse economiche rese disponibili. In sanità il termine "appropriatezza" sta ad indicare la misura di quanto una scelta o un intervento diagnostico o terapeutico sia adeguato rispetto alle esigenze del paziente e al contesto sanitario. Le regioni e le ASR sono chiamate ad attivare specifiche azioni di monitoraggio delle attività rispetto ad appropriatezza, qualità e accessibilità, col fine di "operare controlli sull'uso corretto ed efficace delle risorse" (legge n. 449/97). Anche il d. lgs n. 229/99 richiama la promozione ed il controllo dell'appropriatezza in tutti gli ambiti dell'organizzazione sanitaria, mentre il DPCM del 2001, nel definire i LEA fornisce le prime indicazioni operative per la valutazione



dell'inappropriatezza in ambito ospedaliero, indicando come “ (...) inappropriati i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse.”, ponendo quindi l'accento sull'aspetto organizzativo dei sistemi sanitari regionali. Successivamente, il Piano sanitario nazionale 1998-2000 ha introdotto la distinzione fra “Appropriatezza clinica” e “Appropriatezza organizzativa”; come noto, la prima si riferisce all'erogazione di cure mediche ed interventi di comprovata efficacia in contesti caratterizzati da un profilo beneficio-rischio favorevole per il paziente, mentre la seconda concerne la scelta delle modalità di erogazione più idonee ai fini di massimizzare la sicurezza ed il benessere del paziente e di ottimizzare l'efficienza produttiva ed il consumo di risorse. Il Patto per la Salute 2010-2012, infine, nel ribadire la necessità di perseguire l'efficienza, la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza sanitaria, anche ai fini del raggiungimento dell'equilibrio economico, introduce un ampio set di indicatori, fra cui alcuni specificamente destinati al monitoraggio dell'appropriatezza organizzativa. Gli indicatori di domanda riguardano la disponibilità di servizi e la dimensione della domanda espressa (n. posti letto/n. popolazione, tasso di ospedalizzazione, liste d'attesa); gli indicatori di risorse misurano l'intensità delle risorse impiegate nelle varie attività (appropriatezza del ricovero, costo del personale medico e infermieristico, n. posti letto DH/n. posti letto totale); gli indicatori di attività riguardano quantitativamente l'attività svolta (tasso utilizzo posti letto, degenza media, ore utilizzo apparecchiature, fatturato D.R.G.¹³. e prestazioni ambulatoriali); gli indicatori di risultato riguardano i risultati conseguiti (rapporto tra n. pazienti con più ricoveri/totale ricoveri, n. parti cesarei/n. dei parti, n. pazienti trasferiti/totale dimessi); gli indicatori di qualità riguardano i vari aspetti della qualità (accessibilità, personalizzazione, umanizzazione, comfort alberghiero). A completamento di quanto sin qui esposto, si propone il caso della Regione Piemonte.

Il sistema sanitario piemontese, pur essendo in grado di garantire un buon livello di tutela della salute e di qualità complessiva delle prestazioni, soffre di criticità comuni a molte altre regioni del Paese, quali la non appropriatezza di alcune prestazioni, ad esempio l'utilizzo improprio del pronto soccorso, le lunghe liste di attesa per alcune prestazioni, il non sempre

¹³ Il sistema DRG è un sistema di classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali per acuti, che ha origine negli Stati Uniti. I DRG consentono di mettere in relazione tra loro, nell'ambito dell'ospedale visto come struttura produttiva, i seguenti elementi: gli input, cioè le risorse impiegate (uomini, materiali, attrezzature), gli output, cioè i servizi diagnostici, terapeutici ed alberghieri prestati ai pazienti, l'outcome, cioè il risultato conseguito dai pazienti in termini di miglioramento del loro stato di salute e la qualità, cioè la validità tecnico-scientifica dei procedimenti utilizzati.



corretto uso del day hospital, il ricorso a strutture di altre regioni. Ad esse si aggiungono alcune situazioni che rendono la spesa sanitaria poco flessibile alle congiunture economiche strutturali: da un lato l'invecchiamento della popolazione con il conseguente incremento delle patologie croniche e, dall'altro, i progressi tecnologici della medicina che generano migliori cure ma, nel contempo, contribuiscono all'innalzamento dei costi. Inoltre, la maggior consapevolezza dei cittadini rispetto ai propri bisogni di salute e la maggior diffusione della pratica preventiva hanno contribuito alla crescita della domanda di prestazioni di carattere prettamente diagnostico. In tale contesto, il difficile compromesso tra tenuta dei conti e il mantenimento di livelli standard di assistenza è reso ancora più difficile dal Piano di Rientro al quale, come è noto la regione è sottoposta¹⁴. Nel 2010, la Regione ha ritenuto di adottare un "Addendum", coerente con il Piano di rientro che prevede nuovi obiettivi dettagliati in 19 Programmi Operativi in vigore fino al 2015. Con tali provvedimenti, sulla base della ricognizione delle cause che hanno determinato strutturalmente eccessivi oneri di gestione, sono state individuate e affrontate selettivamente le diverse problematiche emerse, incidendo sui diversi fattori di spesa e specificando gli obiettivi di contenimento, le singole azioni concretamente realizzabili per il raggiungimento degli obiettivi medesimi e l'impatto finanziario correlato. Il Programma Operativo 2013-2015 intende proseguire e rafforzare tale azione di controllo della spesa sanitaria, continuando a garantire i LEA, attraverso tre "categorie" di interventi, tra loro fortemente correlati: dotare il SSR di strumenti in grado di garantirne il governo complessivo, semplificando la "catena di comando"; implementare le azioni "strutturali" nei confronti del SSR, in grado di assicurare nel tempo la sua sostenibilità; proseguire il percorso già avviato e relativo allo sviluppo di azioni di efficientamento del sistema, con la finalità di contenere i costi attraverso meccanismi di razionalizzazione nell'uso delle risorse. In conformità al Programma n. 3, La Regione Piemonte, nel rispetto di quanto previsto dal Decreto Interministeriale dell'01.03.2013, ha attivato un sistema di monitoraggio relativo alle azioni poste in essere dalle ASR e ai risultati conseguiti, in relazione alle tempistiche previste nel Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) trasmesso e approvato dai Ministeri competenti. L'intervento si prefigge di creare un output comune regionale su: flussi operativi e contabilità analitica, integrati nell'ottica di rilevazione dei punti elementari di erogazione delle prestazioni sanitarie; programmazione degli acquisti e dei pagamenti e, quindi, informatizzazione degli ordini e delle fatture, programmazione

¹⁴ Con DGR 1-415 del 2 agosto 2010 è stato approvato l'Accordo fra la Regione Piemonte, il Ministero dell'Economia e delle Finanze ed il Ministero della Salute inerente il Piano di rientro di riqualificazione e



finanziaria e relativo budget e reporting; flusso dei dati operativi e di contabilità analitica riguardanti il fattore lavoro (dipendente, ecc.); elaborazioni di contabilità puntuali, attendibili e uniformi a livello di singola ASR. Oltre, quindi, all'opportunità di avvio del percorso per addivenire alla certificazione del bilancio, è necessario disporre sia di dati economici e di produzione sanitaria corretti e tempestivi, sia di un sistema di controllo di gestione e di contabilità analitica adeguato ed affidabile da approvarsi a livello regionale di interventi da attivare per migliorare il governo del SSR attraverso lo sviluppo delle funzioni gestionali e contabili sia a livello centrale che a livello locale. Sono inoltre previsti "progetti di appropriatezza", che riguardano l'area dei ricoveri ospedalieri per acuti, l'area della post-acuzie, l'area delle prestazioni specialistiche, l'area della farmaceutica. Tali progetti, tradotti in obiettivi assegnati ai direttori generali delle ASR, vengono valutati e monitorati al fine di individuare le differenze che sussistono fra le realtà territoriali e consentire di intervenire con azioni correttive e raggiungere così un maggiore stato di efficienza come previsto dal Piano di rientro. Le regole e procedure di verifica e controllo degli obiettivi economici-finanziari assegnati alle ASR sono individuati nel Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2015. Quello che ci si augura è che l'esperienza del Piano di rientro, oltre ai vincoli che comporta, sia anche un'opportunità per il recupero di efficacia e dell'appropriatezza nell'erogazione dei LEA in maniera coerente con l'analisi dei bisogni e delle risorse disponibili, poiché da ciò molto dipende la sostenibilità del servizio sanitario regionale piemontese.

9. *Considerazioni conclusive*

A fronte della congiuntura economica, l'autonomia legislativa concorrente delle regioni può incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa. Spetta così al legislatore statale effettuare un bilanciamento tra l'esigenza di garantire egualmente a tutti i cittadini i LEA con la limitatezza della disponibilità finanziaria ad essi destinata. La risposta a queste due priorità converge verso un'allocazione delle risorse fondata sui bisogni della popolazione: in altre parole, una quota capitarla ponderata. L'individuazione di quali fattori siano da considerare nella definizione della formula capitaria (e con quali pesi) e per quali obiettivi appare più problematica. I criteri individuati dalla legge n. 662/96 sono stati sostituiti dal recente decreto sui costi standard, quale attuale parametro di riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico (Piano di



riferimento cui rapportare il fabbisogno sanitario. Tuttavia, mancano tutt'ora informazioni supportate da evidenze empiriche su cui basare la scelta dei determinanti di salute che possa rendere la distribuzione delle risorse alle regioni il più possibile esente dalla negoziazione politica. Solo attraverso l'utilizzo di indicatori e parametri il più possibile analitici si potrà tener conto delle effettive necessità dei territori, arrivando ad una collocazione di risorse che tenga adeguatamente conto del loro impiego. Infine, non bisogna ignorare il fatto che tra i fattori condizionanti, oltre alle caratteristiche demografiche della popolazione, le caratteristiche sociali e gli stili di vita, lo stato di salute; si annoverano lo stato dell'offerta dei servizi, sia in termini quantitativi che qualitativi, e la variabilità dei comportamenti professionali. Mentre i primi tre fattori sono connessi a elementi (oggettivi) esterni al sistema sanitario, che influenzano il bisogno di assistenza, gli ultimi due (soggettivi) sono legati a peculiarità organizzative e prassi professionali proprie del sistema sanitario in una data realtà territoriale. Un diverso stato dell'offerta sia in termini quantitativi che qualitativi, causato da una diversa conduzione manageriale di una determinata organizzazione sanitaria, infatti, può essere causa di un differente utilizzo di risorse, determinato da diversi livelli di efficienza ed efficacia raggiunti dal sistema organizzativo. Alla luce di quanto esaminato, il dato più evidente che emerge risiede nella forte ri-centralizzazione della governance del sistema sanitario; se da una parte ha comportato una maggiore responsabilizzazione e autonomia delle regioni, dall'altra ha accresciuto il potere di condizionamento finanziario da parte dello stato. In altri termini, sembrerebbe essersi realizzata un'anomalia strutturale nel senso di un avviamento dell'impianto federalista solo a metà; sul lato delle funzioni amministrative (riforma Bassanini) e di quelle legislative (riforma costituzionale del Titolo V), rimanendo invece fermo sul fronte del finanziamento affossato in un modello di sostanziale "finanza derivata negoziata" (Patto per la Salute). Un'ulteriore considerazione è legata al contenuto dell'art. 27 del d. lgs 68/2011 che sembrerebbe confondere "costo" con "spesa" e "standard" con "effettivo", facendo venir meno la possibilità di utilizzare i costi standard come strumento di programmazione e controllo. Più che la demonizzazione del criterio della spesa storica, pertanto, avrebbero dovuto essere dettagliatamente individuate tutte le inefficienze del sistema sanitario e rintracciati gli elementi disarmonici rispetto all'idealtipo tratteggiato dalla teoria del federalismo fiscale, specialmente attraverso un utilizzo più appropriato della leva dei controlli. Anche per quanto concerne il concetto di efficienza, oltre che a livello macro (regioni), questa può e deve essere misurata a livello delle ASR, in quanto, il fatto che

rientro) 2010-2012.



a parità di risorse vi sia una certa eterogeneità tra le regioni, lascerebbe pensare che non si tratta tanto di un problema di allocazione di risorse, quanto di come queste vengono gestite. Per il momento, il governo continua ad esprimere posizioni, proposte e iniziative che, indipendentemente dal merito, non sembrano in linea con il dichiarato intendimento di devolvere la sanità alla competenza esclusiva delle regioni.



Bibliografia

- Abbafati C., Spandonaro F., (2011), "Costi standard e finanziamento del Servizio sanitario nazionale", in *Politiche Sanitarie* Vol. 12, N. 2, Aprile-Giugno 2011.
- Bordignon M., Cerniglia F., (2004), "I nuovi rapporti finanziari fra Stato ed autonomie locali alla luce della riforma del Titolo V della Costituzione", in *Rivista di Politica Economica*, 9-10
- Bordignon M., Turati G. (2009), "Bailing Out Expectations and Public Health Expenditure", *Journal of Health Economics*.
- Canta C., Piacenza M., Turati G. (2006), "Riforme del Servizio Sanitario Nazionale e dinamica dell'efficienza ospedaliera in Piemonte", *Politica Economica* n. 2.
- Caroppo M.S., Turati G. (2007), "I sistemi regionali in Italia. Riflessioni in una prospettiva di lungo periodo", Milano, Vita e Pensiero.
- Caruso E., Dirindin N. (2010), "Sanità un decennio di contraddizioni e prove tecniche di stabilità", in *La Finanza Pubblica Italiana. Rapporto 2010*, a cura di M.C. Guerra e A. Zanardi, Il Mulino.
- 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.
- Centro Studi Assiobiomedica, (2012), "Il federalismo sanitario: la gestione del SSN nel nuovo assetto di federalismo fiscale", numero 13, aprile 2012, a cura di Bussone M.C., Cincotti F.
- Dirindin N., (2010), "Fabbisogni e costi standard in sanità: limiti e meriti di una proposta conservativa", in *Politiche Sanitarie*, n. 4, pp. 222-223.
- Foddis A., (2014), "La rilevanza degli indicatori e della dimensione della performance ai fini dell'accountability", Working Paper of Public Health (WP) n. 08/2014 (pubblicazioni on line ed Open Access in Public Health -ISSN: 2279-9761 - dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria).
- Formez, "I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali", Quaderni Formez n.57, Roma, 2007.
- Frank R.H., (2010), "Microeconomia", McGraw-Hill (V Edizione).



- Galmarini, U., Turati, G. (2007). "La lunga marcia del federalismo fiscale: il nuovo disegno di legge., Istituzioni e Federalismo", . www.lavoce.info
- Giarda, D. P. (2005), *Perequazione dei fabbisogni e della capacità fiscale: una rivisitazione del d.lgs.56/2000*, Il Mulino
- Guzzo G. (2012), "I livelli essenziali di assistenza (LEA) nella prospettiva federale di tutela della salute", intervento in Convegno nazionale "La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale con particolare riferimento alle Regioni in piani di rientro" , Maratea, 28, 29, 30 giugno 2012.
- Mapelli V., (1999), "L'allocazione delle risorse nel Servizio sanitario nazionale", Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica
- Piacenza M., Turati G., (2010), "Does Fiscal Discipline towards sub-national governments affect Citizens' well being? Evidence on health", Università di Torino, Department of Economics and Public Finance «G.Prato» Working Paper Series, n. 12.
- Pisauro G., (2010), "I fabbisogni standard nel settore sanitario: commento allo schema di decreto legislativo", . http://www.nens.it/_public-file/FEDERALISMO.%20SANITA.%208.10.10.pdf
- Quaderni di Astrid, (2010), "La Sanità in Italia- Organizzazione,governo, regolazione, mercato" , a cura di De Vincenti C, Finocchi Ghersi R., Tardiola A., Il Mulino, Bologna
- Reviglio, F. (2007),. "La spesa pubblica. Conoscerla e riformarla". Marsilio. 135-145.
- Scheggi M., (2009), "Costi standard e livelli essenziali di assistenza: problemi applicativi del federalismo nel settore sanitario", Health Management – Istituto di Management Sanitario, Firenze, agosto2009, pp. 13, 19
- Taroni F., (2000), " I livelli essenziali di assistenza: sogno, miraggio o nemesi", in "I servizi sanitari in Italia", a cura di Gianluca Fiorentini, Bologna, Il Mulino.
- Turati G., (2009), "I Sistemi sanitari regionali in Italia –Verso l'identificazione dei fattori di differenziazione nell'erogazione dei servizi", Roma – SSEF, 9 marzo 2009