

The background of the top half of the page features a light blue gradient with faint, semi-transparent silhouettes of several people standing in a circle, suggesting a group or community. The silhouettes are dark blue and are positioned behind the main text.

Rapporto

CEIS - Sanità 2007

*Responsabilità, Autonomia, Sussidiarietà,
Integrazione, Valutazione e Empowerment:
6 “nuove” parole chiave per il futuro del SSN*

2.1 - Livelli essenziali di assistenza e modalità di riparto delle risorse per la sanità tra le Regioni

Giordani C.¹, Spandonaro F.¹

2.1.1 L'importanza dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) nell'ottica federalista

Con l'affermarsi dell'ipotesi di federalismo fiscale introdotta nel nostro Paese dal D.Lgs. n. 56/2000 e in seguito alla struttura di federalismo istituzionale di cui alla L. Cost. n. 3/2001 (che ha modificato il Titolo V della Carta costituzionale), la questione della determinazione dei LEA sembra assumere fondamentale importanza. Questo perché i contesti delle diverse Regioni, alle quali nell'ottica del federalismo vengono decentrati maggiori poteri, sono molto eterogenei, e le differenze potrebbero essere causa rilevante di disuguaglianze territoriali. Lo Stato deve peraltro garantire e salvaguardare i diritti fondamentali di assistenza sanitaria (ma anche extrasanitaria) di tutti i cittadini, indipendentemente dal luogo in cui si trovano: si deve quindi definire una modalità di analisi e intervento condivisa.

A riprova di ciò, il nuovo art. 117 della Costituzione lascia all'esclusiva competenza dello Stato la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale». Lo stesso articolo inserisce tra le materie a legislazione concorrente Stato-Regione la «tutela della salute». Si tratta di una previsione posta, evidentemente, a garanzia dell'effettiva tutela dei diritti sociali e del principio di uguaglianza sostanziale tra gli individui, tesa cioè a impedire che la nuova autonomia riconosciuta alle Regioni si traduca in forti disuguaglianze territoriali nelle prestazioni sociali, tra cui quelle di carattere sanitario.

Allo Stato spetta dunque il compito di definire con chiarezza quali siano i Livelli essenziali di assistenza sanitaria (ed extrasanitaria, i c.d. LIVEAS) che ciascuna Regione deve fornire; quantificarli, ovvero stabilire l'ammontare di risorse necessarie per offrire i servizi in modo efficiente, basando la quantificazione su analisi empiriche serie e sulla definizione di *best practice*. Occorre in definitiva finanziare le Regioni (o meglio creare meccanismi di solidarietà) in modo appropriato, ovvero in modo che ciascuna abbia risorse sufficienti a garantire i servizi.

Il DPCM 29 novembre 2001, oltre ad individuare tre macroaree di assistenza (assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera), riporta un elenco di prestazioni e attività che il SSN non fornisce, perché queste

¹ CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

prestazioni non hanno come fine diretto la tutela della salute o perché la loro efficacia non è sufficientemente provata in ambito scientifico o, ancora, perché il bilancio complessivo dei loro benefici in rapporto al costo risulta sfavorevole.

Infine, il DPCM elenca una serie di prestazioni che potranno essere fornite ai cittadini solo a condizione che venga rispettato il principio dell'appropriatezza clinica e organizzativa, vale a dire:

- che lo stato di salute del paziente sia tale per cui quella specifica prestazione può portare un effettivo beneficio (appropriatezza clinica);
- che il regime di erogazione della prestazione (ricovero ordinario, *day hospital*, *day surgery*, ambulatorio) sia quello che garantisce l'uso più efficiente delle risorse in rapporto alle caratteristiche dell'intervento e alle condizioni del paziente.

Sulla base di questi principi, il Decreto prevede che vengano individuate, con provvedimenti successivi del Ministero della Salute e/o delle Regioni, le condizioni e i casi particolari nei quali il Servizio Sanitario Nazionale continuerà ad assicurare alcune prestazioni.

Il Ministero della Salute deve farsi garante nei confronti dei cittadini perché i loro diritti siano rispettati e vigilare sull'effettiva applicazione del provvedimento. Per ottenere questo risultato, il Ministero ha a sua disposizione i dati rilevati dal Sistema informativo nazionale (sull'attività svolta, la diffusione dei servizi, le risorse impiegate, le spese sostenute, i risultati ottenuti) che, organizzati in un complesso sistema di indicatori, dovrebbero consentire di verificare che i livelli essenziali siano effettivamente garantiti a tutti i cittadini. Inoltre, il Ministero deve provvedere, insieme alle Regioni, all'aggiornamento periodico dei LEA valutando, da un lato, l'evolversi delle condizioni di salute della popolazione e dei relativi bisogni sanitari, dall'altro, il miglioramento delle conoscenze scientifiche e lo sviluppo tecnologico. In questa occasione si può procedere ad una ulteriore specificazione delle prestazioni in alcune aree, quali l'assistenza distrettuale, ancora poco esplorate e nelle quali i servizi potrebbero ancora presentare disomogeneità sul territorio nazionale per quanto attiene alle prestazioni garantite.

Le Regioni, responsabili in via esclusiva della localizzazione e dell'organizzazione delle strutture e dei servizi sanitari, sono direttamente impegnate ad assicurare l'effettiva erogazione delle prestazioni incluse nei LEA, sulla base delle esigenze specifiche del territorio regionale. In particolare, spetta alle Regioni adottare le misure organizzative e strutturali necessarie a far sì che le prestazioni siano erogate con le modalità e nei regimi appropriati e tali da garantire l'uso efficace delle risorse da parte delle Aziende sanitarie e ospedaliere. Inoltre, le Regioni che vogliono finanziare più servizi di quelli essenziali utilizzano risorse proprie, mentre le Regioni che riescono a offrire i servizi essenziali a costi inferiori di quelli standard trattengono la differenza.

Presso il Ministero della Salute è stato istituito un Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, che si avvale del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR). Il Comitato ha il compito di verifica e monitoraggio dell'erogazione dei LEA, mentre spetta al Tavolo di Manutenzione dei LEA il compito di modificarli.

Nella tabella 1 vengono riportati i principali riferimenti normativi riguardanti i Livelli essenziali di assistenza.

Tabella 1 – Principali fonti normative riguardanti i LEA

<p>D.Lgs. n. 502/1992, aggiornato dal D.Lgs. n. 229/1999 e dalla L. n. 405/2001 (attuata con DPCM 29 novembre 2001)</p>	<p>Definisce i LEA, all'art. 1, come l'insieme delle prestazioni che vengono garantite dal Servizio sanitario nazionale, a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, perché presentano, per specifiche condizioni cliniche, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate. Sono escluse dai LEA le prestazioni, i servizi e le attività che non rispondono a necessità assistenziali, le prestazioni di efficacia non dimostrabile o che sono utilizzate in modo inappropriato rispetto alle condizioni cliniche dei pazienti e le prestazioni che, a parità di beneficio per i pazienti, comportano un impiego di risorse superiore ad altre (sono più costose di altre). In attuazione della L. n. 405 è stato emanato il DPCM 29/11/2001 di "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" che elenca, negli allegati, le attività e le prestazioni incluse nei livelli, le prestazioni escluse, le prestazioni che possono essere fornite dal Servizio sanitario nazionale solo a particolari condizioni. In dettaglio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'allegato 1 riporta le prestazioni erogate dal SSN nelle tre grandi aree di offerta "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro", "Assistenza distrettuale" e "Assistenza ospedaliera" • l'allegato 2 A elenca le prestazioni escluse dai LEA, gli allegati 2 B e 2 C le prestazioni erogabili in particolari condizioni • l'allegato 3 fornisce indicazioni particolari per l'applicazione dei LEA • l'allegato 4 descrive il ruolo delle Regioni in materia di LEA • l'allegato 5 riporta gli impegni assunti dalle Regioni per la riduzione delle liste di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero.
<p>DM 12/12/2001 ("Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria")</p>	<p>Rappresenta uno strumento indispensabile per verificare l'effettiva applicazione dei livelli essenziali di assistenza. Il Decreto definisce un insieme di indicatori, riferiti ai diversi livelli di assistenza, attraverso i quali, partendo da dati di base, è possibile ottenere informazioni sintetiche sull'attività svolta dalle Aziende sanitarie locali, la diffusione dei servizi, le risorse impiegate, i costi, i risultati ottenuti. In dettaglio, oltre al testo del decreto, sono disponibili:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'elenco degli indicatori • le schede che riportano, per ciascun indicatore, la definizione, i dati di base per la costruzione dell'indicatore, la fonte dei dati, il parametro di riferimento • le definizioni metodologiche per individuare i dati di base.
<p>DPCM 16/04/2002</p>	<p>Inserisce nel DPCM 29/11/01 di "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", l'allegato 5 sulle liste di attesa.</p>
<p>DPCM 28/11/2003</p>	<p>Modifica il decreto sui LEA, inserendo nei livelli alcune certificazioni mediche precedentemente escluse.</p>
<p>L. n. 289/2002 (L. Finanziaria 2003)</p>	<p>Specifica la procedura per modificare i LEA.</p>
<p>L. n. 311/2004 (L. Finanziaria 2004)</p>	<p>Affida al Ministro della Salute il compito di fissare "gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi, di cui ai livelli essenziali di assistenza" anche al fine di garantire che le modalità di erogazione delle prestazioni incluse nei LEA siano uniformi sul territorio nazionale.</p>
<p>Intesa Stato-Regioni 23/03/2005</p>	<p>Prevede l'istituzione, presso il Ministero della Salute, del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, col compito di verificare l'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal SSN.</p>
<p>L. n. 296/2006 (L. Finanziaria 2007)</p>	<p>Prevede che entro il 31/11/2006 i LEA vengano modificati con l'inserimento nell'elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prestazioni finora erogate in regime di ricovero, rivedendo le soglie di appropriatezza delle prestazioni in day hospital.</p>

Di fatto, il sistema attuale dei LEA è focalizzato in prevalenza sul rispetto dei livelli di spesa per area assistenziale e su un elenco “negativo” di prestazioni che non devono essere erogate, in tutto o in parte. Infatti, come principale riferimento disponibile, in tema di LEA, rimangono le diverse quote assegnate alle macroaree, di cui nella tabella 2 si riporta l’evoluzione.

Tabella 2 – Quote assegnate alle macroaree dei LEA

Livello di assistenza	2002	2003	2004	2005	2006
Collettiva (prevenzione)	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Distrettuale	49,5	49,5	49,5	49,5	51,0
Medicina di base e PLS	5,8	5,8	5,8	5,8	6,9
Farmaceutica	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0
Specialistica	10,7	10,7	10,7	10,7	13,0
Altra territoriale	20,0	20,0	20,0	20,0	18,1
Ospedaliera	45,5	45,5	45,5	45,5	44,0

Fonte: ASSR, Ministero Salute

Restano ancora piuttosto deboli, invece, l’esplicita definizione delle finalità dei LEA e la capacità di misurare i tassi di copertura dei bisogni o gli standard assistenziali o infrastrutturali. Resta da definire in maniera puntuale il progetto di *governance* per la fase di controllo dei LEA e per le azioni di intervento in caso di carenze di alcuni territori².

Rimane inoltre implicita nel contesto federalista, attualmente ancora oggetto di discussione, la definizione di due “annose” questioni di tipo economico-finanziario. Innanzitutto, è necessario procedere alla definizione dei cosiddetti “costi standard” direttamente connessi alla esatta e condivisa individuazione dei LEA, consolidando anche finanziariamente la loro reale esigibilità. Poi, non bisogna dimenticare il fondamentale aspetto della definizione delle quote di riparto dei finanziamenti fra le Regioni, di cui ci si occuperà nei paragrafi successivi.

2.1.2 I criteri di riparto delle risorse per il SSN tra le Regioni

Ancor prima della definizione dei LEA, sin dall’istituzione del SSN si è posto il problema di trovare un criterio per la determinazione e la redistribuzione delle risorse correnti per il SSN fra le Regioni. La Legge istitutiva del SSN, L. n. 833/1978, all’art. 51 ha affidato al CIPE il compito di ripartire le risorse necessarie al finanziamento del SSN su proposta del Ministero della Sanità (oggi Salute) e del Consiglio Sanitario Nazionale, tenuto conto anche del Piano Sanitario Nazionale. In particolare, secondo questa legge il riparto deve avvenire «sulla base di indici e di standard [...] che devono tendere a garantire i livelli di

² Anessi Pessina E, Cantù E (a cura di) (2006), “Rapporto OASI 2006”, Cergas, Egea, cap. 6.

prestazioni sanitarie [...] in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le Regioni» (art. 5).

Come si evince dall'osservazione delle delibere CIPE, le scelte fatte in tema di riparto delle risorse dal 1980 ad oggi non sono state affatto uniformi, anche in considerazione dell'incertezza nella definizione del principio di equità territoriale. La durata dei criteri di ripartizione non ha mai superato i 6-7 anni. In sintesi, cinque sono state le tappe fondamentali:

- 1) 1980-1981: criteri di riequilibrio a favore delle Regioni più svantaggiate, 70-85% secondo indicatori di rischio sanitario;
- 2) 1982-1984: 68-78% secondo la spesa storica;
- 3) 1985-1991: 85-97% secondo i consumi sanitari per classi di età;
- 4) 1992-1996: 96-98% secondo la popolazione residente;
- 5) 1997-2006: 64-70% secondo i consumi sanitari effettivi per classi di età e sesso, 28-33% per popolazione residente.

Sentita la necessità di superare la spesa storica, la ripartizione del primo biennio di vita del SSN (1980-81) venne effettuata secondo indicatori di rischio sanitario per i tre principali gruppi di età (mortalità infantile, incidenti sul lavoro e indice di invecchiamento), ma in molte Regioni del Centro e del Nord Italia si creò un diffuso malcontento, a causa dell'impossibilità di garantire ai cittadini i medesimi livelli di assistenza assicurati prima della riforma.

Nel triennio successivo (1982-84) si tornò di conseguenza ad adottare il criterio della spesa storica, mitigato dal criterio della quota capitaria semplice, cercando così in qualche modo di accelerare il processo di riequilibrio interregionale.

La Legge finanziaria 1985 (art. 17, L. n. 887/1984) introdusse criteri diversi da quelli usati fino a quel momento, in quanto maturò la convinzione che l'entità numerica della popolazione non fosse sufficiente, da sola, a spiegare la domanda sanitaria. I nuovi criteri trovarono applicazione nella ponderazione delle 12 funzioni di spesa per degli indici di consumo sanitario relativi alle tre principali fasce di età, introducendo quindi una "correzione" demografica. I pesi adottati nel periodo 1985-91 furono modificati più di una volta. Anticipando i decreti di riordino del SSN, la Legge finanziaria 1992 (art. 4, L. n. 412/91) introdusse i "livelli uniformi di assistenza" e la ripartizione dei fondi basata sulla quota capitaria semplice³, che sostituì definitivamente il finanziamento su base storica. Nel D.Lgs. n. 502/1992 vengono inoltre definite le nuove regole di attribuzione della quota capitaria, che viene determinata «sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, in relazione ai livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, con riferimento ad elementi quali: popolazione residente; mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare in sede di riparto sulla base di contabilità analitiche fornite da USL e AO; consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali».

³ Mapelli V (2007), *Una proposta di ripartizione del fondo sanitario tra le Regioni*, in "Politiche Sanitarie", Vol.8, n. 1, gennaio-marzo 2007.

Ancora, la Legge finanziaria 1997 (art. 1, comma 34, L. n. 662/1997) ritornò alla ponderazione secondo i consumi sanitari per età e per sesso, aggiungendovi indicatori epidemiologici (che non hanno mai avuto un ruolo fondamentale) e altri indicatori di bisogno. Si perse però il riferimento agli aspetti strutturali. Il criterio si è mantenuto fino ad oggi, ma negli ultimi anni si sono introdotti aggiustamenti per superare divergenze sorte tra le Regioni.

Fino al 2000 (Accordo Stato-Regioni 8 agosto 2001), il continuo ripiano dei deficit da parte del Governo ha di fatto reso il riparto delle risorse tra le Regioni un mero finanziamento su base storica, che in qualche modo finiva per “premiare” le Regioni che non avevano rispettato i vincoli di spesa imposti, penalizzando invece gli sforzi di quelle che avevano cercato di tenerne conto.

Resta di fatto assente l'esplicitazione dei principi che hanno informato il riparto, come anche dei criteri operativi adottati, sulla scorta di quanto fatto nel *National Health System* inglese (*Department of Health, 2003*).

La formula di riparto utilizzata fino ad oggi, nella misura in cui non considera alcune variabili che (ad esempio nell'esperienza inglese) si sono dimostrate correlate ai fabbisogni di risorse, potrebbe in via di principio essere distorsiva, non garantendo l'equità di trattamento sul piano sostanziale a livello territoriale.

2.1.3 Il riparto regionale

In tema di riparto delle risorse e con riferimento all'ultimo quinquennio (2002-2006), possiamo analizzare le assegnazioni effettuate alle Regioni del nostro Paese. Nella tabella 3 vengono riportati (in termini di numeri indici) i valori di finanziamento regionale pro-capite: le differenze osservabili mostrano in prima istanza l'entità degli effetti derivanti dall'applicazione dei criteri di solidarietà, sia sul versante dei bisogni che su quello delle risorse proprie.

Così come evidenziato nel Rapporto CEIS Sanità 2006⁴, anche analizzando i dati a consuntivo diffusi dal Ministero della Salute nel 2007 e aggiungendo all'analisi anche l'anno 2006, dalla tabella 3 si evince come le Regioni settentrionali abbiano negli anni ottenuto un livello di finanziamento mediamente superiore rispetto alla media nazionale e alle Regioni meridionali, vuoi per una maggiore dotazione strutturale, vuoi (negli ultimi anni) per la popolazione più anziana. L'età infatti è attualmente la principale variabile di cui si tiene conto in sede di riparto delle risorse a livello regionale. In particolare, con la Legge 662/1996 sono stati sanciti i lineamenti fondamentali per la determinazione (stima) del fabbisogno sanitario regionale.

⁴ Giordani C, Spandonaro F (2006), *L'evoluzione del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali*, Rapporto CEIS Sanità 2006.

Tabella 3 – Riparto, numeri indici finanziamento regionale pro-capite

Regioni	1992	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2006 vs 2005	scarto 1992/2006
Italia	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
Piemonte	97,7	104,0	104,5	105,0	104,1	104,0	104,5	107,9	106,7	-1,2	+9,0
Valle d'Aosta	99,5	125,5	123,3	105,1	122,7	120,0	119,4	120,2	125,3	+5,2	+25,8
Lombardia	100,2	102,5	101,5	99,1	99,4	98,2	97,5	98,9	98,3	-0,6	-1,9
Trentino A.A.	98,6	130,8	125,5	102,5	122,7	127,3	126,5	123,2	122,5	-0,7	+23,9
Veneto	101,6	102,2	102,9	100,0	99,1	99,2	101,8	100,8	101,9	+1,1	+0,3
Friuli V.G.	105,3	109,6	106,2	104,5	106,1	104,8	107,8	107,1	108,1	+1,0	+2,7
Liguria	111,8	114,1	115,4	114,2	112,6	111,8	111,7	109,1	111,1	+1,9	-0,8
Emilia R.	110,9	110,1	110,4	107,0	105,5	104,7	102,6	105,6	103,3	-2,3	-7,6
Toscana	102,9	106,7	105,7	106,3	104,9	104,5	103,3	104,8	102,4	-2,3	-0,5
Umbria	103,7	108,5	108,8	105,2	103,6	103,0	102,1	102,8	100,2	-2,6	-3,4
Marche	106,9	99,5	115,4	100,8	100,3	99,6	98,8	100,8	100,1	-0,7	-6,8
Lazio	102,8	98,6	100,4	98,5	99,9	102,3	105,3	101,9	101,2	-0,8	-1,6
Abruzzo	95,7	99,4	99,6	100,5	99,0	98,2	97,6	98,6	98,0	-0,6	+2,3
Molise	95,8	99,9	98,5	102,6	100,7	100,3	100,8	101,2	98,6	-2,7	+2,8
Campania	96,1	90,8	88,6	93,6	93,6	93,7	92,9	90,3	93,1	+2,9	-3,0
Puglia	95,1	92,1	91,1	94,3	95,3	95,7	95,1	93,4	95,0	+1,6	-0,1
Basilicata	87,6	88,4	88,0	97,0	97,4	96,8	97,2	96,9	96,8	+0,0	+9,2
Calabria	91,5	89,0	88,8	96,4	95,6	96,8	96,4	95,1	98,1	+2,9	+6,6
Sicilia	95,6	90,1	89,8	95,5	94,7	94,7	94,6	95,3	94,4	-0,8	-1,1
Sardegna	94,8	92,6	91,3	98,4	95,1	95,3	93,5	93,9	95,6	+1,7	+0,8

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute e ISTAT

Ne fanno parte le seguenti variabili:

- popolazione residente;
- frequenza dei consumi sanitari per età e sesso;
- tassi di mortalità della popolazione;
- indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenute utili al fine di definire i bisogni sanitari;
- indicatori epidemiologici territoriali.

Prendendo come riferimento la ripartizione regionale delle risorse del 1999, anno in cui sono stati applicati i criteri “puri” della citata L. n. 662/1996, possiamo apprezzare di quanto negli anni successivi le negoziazioni fra Regioni abbiano discostato il finanziamento attuale da quello inizialmente previsto.

Osservando la tabella 4, si rileva immediatamente (colonna A) come molte Regioni settentrionali e centrali abbiano, col riparto effettivo del 2006, rinunciato ad una quota delle risorse che sarebbero loro spettate secondo i criteri della Legge 662/1996 (applicati di fatto nel 1999). Nella colonna B si vede invece come molte Regioni meridionali abbiano ricevuto nel

Tabella 4 – Variazioni % tra riparto effettivo 2006 e simulazioni utilizzando le quote dei riparti 1996 e 1999

Regioni	Confronti	
	2006 vs. 1999 ^{a)} A	2006 vs. 1996 ^{b)} B
Piemonte	-2,07%	-2,18%
Valle d'Aosta	7,71%	42,27%
Lombardia	-0,06%	-3,59%
Trentino A.A.	5,63%	39,64%
Veneto	1,02%	-3,13%
Friuli V.G.	-4,24%	15,63%
Liguria	-11,17%	-11,37%
Emilia R.	-3,64%	-1,54%
Toscana	-2,91%	-2,56%
Umbria	-3,31%	-2,12%
Marche	3,70%	0,59%
Lazio	0,51%	-6,98%
Abruzzo	1,20%	-3,27%
Molise	-2,59%	-3,90%
Campania	2,87%	-7,30%
Puglia	2,66%	-7,97%
Basilicata	8,02%	-1,20%
Calabria	4,44%	-5,55%
Sicilia	1,18%	45,85%
Sardegna	1,88%	24,84%

a) In questa colonna si riporta la % ottenuta in più o in meno col riparto effettivo 2006 (in base a delibere CIPE) rispetto al riparto delle risorse 2006 che si sarebbe avuto utilizzando le quote del riparto 1999, rispetto al quale è espressa la %. Ad esempio, il Piemonte con il riparto effettivo del 2006 ha avuto in meno il 2,07% delle risorse che avrebbe avuto usando per il riparto 2006 le quote del riparto 1999.

b) In questa colonna si riporta la % ottenuta in più o in meno col riparto effettivo 2006 (in base a delibere CIPE) rispetto al riparto delle risorse 2006 che si sarebbe avuto utilizzando le quote del riparto 1996, rispetto al quale è espressa la %. Ad esempio, il Piemonte con il riparto effettivo del 2006 ha avuto in meno il 2,18% delle risorse che avrebbe avuto usando per il riparto 2006 le quote del riparto 1999.

Fonte: nostra elaborazione su dati CIPE e Ministero Salute

2006 una quota inferiore di risorse rispetto a quella che avrebbero ricevuto ripartendo il fondo 2006 con i criteri applicati nel 1996. Bisogna comunque rilevare come alcune Regioni abbiano invece avuto risorse maggiori col riparto effettivo del 2006 rispetto agli altri due casi considerati. Ovviamente tutto questo potrebbe significare l'implicito riconoscimento

della necessità di rivedere i “pesi” (i bisogni relativi per età) inizialmente determinati. Nella tabella 5 si riportano i risultati dell’esercizio teso a valutare la sensibilità dei risultati finanziari ai livelli di assegnazione di risorse.

L’esercizio illustrato in questo paragrafo mostra come la determinazione delle risorse assegnate, in base ad un criterio piuttosto che ad un altro, abbia un effetto diretto, a volte di significativa entità, sugli eventuali avanzi/disavanzi e di conseguenza sulle valutazioni sui risultati economico-finanziari delle Regioni. Ad esempio, osservando i risultati ottenuti nella colonna B della tabella 5 si evince come il 70% delle Regioni avrebbe ottenuto disavanzi minori ripartendo il finanziamento 2006 con le quote del riparto 1996 anziché con quelle effettivamente utilizzate nel 2006. Nella colonna A si vede, invece, come ripartendo le risorse 2006 con le quote utilizzate nel riparto 1999 avrebbero tratto maggiore beneficio, in termini di minori disavanzi, soprattutto le Regioni settentrionali e alcune centrali.

Si consideri che le simulazioni effettuate non contengono giudizi di valore sulle quote di riparto: altra pretesa non hanno che quella di evidenziare la non neutralità dei sistemi di riparto sui risultati finanziari delle Regioni.

Tabella 5 – Simulazione: variazione % disavanzi calcolati ripartendo il fondo 2006 con quote 1999 e 1996 rispetto a disavanzi 2006

Regioni	Variatione % disavanzi calcolati ripartendo il fondo 2006 con quote 1999 rispetto a disavanzi 2006 A	Variatione % disavanzi calcolati ripartendo il fondo 2006 con quote 1996 rispetto a disavanzi 2006 B
Piemonte	-15,67%	-16,50%
Valle d’Aosta	+21,96%	+91,18%
Lombardia	-0,65%	-38,28%
Trentino A.A.	+16,04%	+85,41%
Veneto	+8,03%	-25,73%
Friuli V.G.	-31,45%	+95,97%
Liguria	-70,90%	-72,30%
Emilia R.	-24,28%	-10,03%
Toscana	-26,74%	-23,48%
Umbria	-32,90%	-20,86%
Marche	+65,25%	+10,71%
Lazio	+1,57%	-23,27%
Abruzzo	+9,50%	-27,02%
Molise	-14,37%	-21,94%
Campania	+32,38%	-91,45%
Puglia	+43,05%	-143,80%
Basilicata	+925,37%	-151,61%
Calabria	+116,62%	-161,28%
Sicilia	+10,09%	+272,22%
Sardegna	+28,66%	+309,38%

Fonte: le variazioni % sono state calcolate sui dati ottenuti confrontando le quote di riparto evinte dalle tabelle CIPE 2006, 1999 e 1996 e la spesa sanitaria pubblica totale 2006 (Ministero Salute)

2.1.4 Sistemi di riparto “alternativi”

Sulla scia di quanto evidenziato nel paragrafo precedente, si sono effettuate alcune simulazioni con un modello di riparto all'uopo predisposto, al fine di valutare quanto la distribuzione delle risorse sia sensibile ai fattori incorporati nella formula di *capitation*. Nel Caso 1, che prenderemo come “Caso base” (tabella 6), sono state in primo luogo utilizzate le percentuali (vincoli di assegnazione) assegnate ai LEA nel quadriennio 2002-2005, illustrate nel paragrafo 1.

Tabella 6 – Criteri di riparto alternativi, Caso 1 (Caso base)

Regioni	RIPARTO (quote %)
Italia	100,00%
Piemonte	7,67%
Valle d'Aosta	0,21%
Lombardia	16,14%
Bolzano	0,79%
Trento	0,85%
Veneto	8,04%
Friuli	2,14%
Liguria	2,97%
Emilia R.	7,41%
Toscana	6,44%
Umbria	1,54%
Marche	2,69%
Lazio	8,98%
Abruzzo	2,26%
Molise	0,56%
Campania	9,24%
Puglia	6,69%
Basilicata	1,01%
Calabria	3,33%
Sicilia	8,30%
Sardegna	2,76%

Fonte: nostra elaborazione su dati CIPE e Ministero Salute

Per l'assistenza collettiva, distrettuale di base e altra distrettuale è stato utilizzato il criterio della quota capitaria pura, mentre per la specialistica, la farmaceutica e l'ospedaliere sono stati applicati i pesi utilizzati dal Ministero della Salute in sede di riparto del finanziamento 1999. Il riparto ottenuto viene indicato nella tabella 6 sotto forma di quote assegnate a ciascuna Regione.

Tabella 7 – Criteri di riparto alternativi, Caso 2

Regioni	Variazioni % delle assegnazioni in valore assoluto rispetto al caso 1
Piemonte	-0,064%
Valle d'Aosta	-0,021%
Lombardia	+0,001%
Bolzano	+0,078%
Trento	+0,013%
Veneto	+0,004%
Friuli	-0,073%
Liguria	-0,142%
Emilia R.	-0,073%
Toscana	-0,082%
Umbria	-0,079%
Marche	-0,061%
Lazio	+0,012%
Abruzzo	-0,031%
Molise	-0,041%
Campania	+0,121%
Puglia	+0,067%
Basilicata	+0,014%
Calabria	+0,047%
Sicilia	+0,054%
Sardegna	+0,041%

Fonte: nostra elaborazione su dati CIPE e Ministero Salute

Nel Caso 2, si sono modificati i vincoli di assegnazione, utilizzando le percentuali assegnate ai LEA nell'anno 2006. Come si può osservare nella tabella 7, in cui sono riportate le variazioni percentuali delle assegnazioni (osservate in valore assoluto) ricavate nel Caso 2 rispetto a quelle del Caso base, non si realizzano sostanziali differenze.

Nel Caso 3, illustrato nella tabella 8, si sono utilizzate le percentuali assegnate ai LEA nel 2006 e, per tutte le macroaree di assistenza, la quota capitaria pura, ossia utilizzando come parametro per la ripartizione delle risorse solo ed esclusivamente la popolazione residente. Si tratta di un caso estremo, che non riconosce alcun peso a fattori socio-demografici e/o epidemiologici. In questo caso, le differenze nelle assegnazioni alle Regioni risulterebbero invece piuttosto rilevanti. In particolare, la Campania riceverebbe assegnazioni maggiori che, a risorse 2006, ammonterebbero a più di € 500 mln., mentre Puglia e Sicilia riceverebbero in più, rispetto al Caso 1, una somma superiore a € 200 mln. Anche il Lazio, che ogni anno è presente nella lista delle Regioni ad alto indebita-

Tabella 8 – Criteri di riparto alternativi, Caso 3

Regioni	Variazioni % delle assegnazioni in valore assoluto rispetto al caso 1
Piemonte	-3,650%
Valle d'Aosta	-1,100%
Lombardia	-0,059%
Bolzano	+4,446%
Trento	+1,080%
Veneto	+0,336%
Friuli	-3,921%
Liguria	-7,845%
Emilia R.	-3,774%
Toscana	-4,363%
Umbria	-4,180%
Marche	-3,205%
Lazio	+0,533%
Abruzzo	-1,569%
Molise	-2,132%
Campania	+6,659%
Puglia	+3,623%
Basilicata	+0,590%
Calabria	+2,513%
Sicilia	+2,924%
Sardegna	+2,130%

Fonte: nostra elaborazione su dati CIPE e Ministero Salute

mento, beneficerebbe di tale criterio di riparto, vedendosi assegnare in più rispetto al Caso base circa € 42 mln. Ammonta ad una somma compresa tra € 200 mln. e € 250 mln. quella che invece ricevono in meno nel Caso 3 rispetto al Caso 1 Regioni quali Piemonte, Liguria, Emilia Romagna, Toscana.

Nel Caso 4, illustrato nella tabella 9, si analizza il riparto del finanziamento tra le Regioni utilizzando gli stessi criteri del Caso base, tranne che per i pesi utilizzati per l'assistenza ospedaliera: sono stati utilizzati qui infatti, come pesi, i tassi di ospedalizzazione per acuti della Regione Piemonte (esclusi neonati sani, al netto dei 43 DRG inappropriati, valori pro-capite) dell'anno 2004 (ultimo anno di cui si ha disponibilità dei dati per età), applicati alla popolazione 2006.

È stata scelta la Regione Piemonte in quanto è quella che ha registrato il tasso di ospedalizzazione più basso (considerato convenzionalmente nelle nostre simulazioni quale

Tabella 9 – Criteri di riparto alternativi, Caso 4

Regioni	Variazioni % delle assegnazioni in valore assoluto rispetto al caso 1
Piemonte	-0,960%
Valle d'Aosta	-0,213%
Lombardia	-0,037%
Bolzano	+1,319%
Trento	+0,500%
Veneto	+0,209%
Friuli	-0,771%
Liguria	-1,776%
Emilia R.	-0,484%
Toscana	-0,777%
Umbria	-0,664%
Marche	-0,554%
Lazio	-0,052%
Abruzzo	-0,365%
Molise	-0,675%
Campania	+1,502%
Puglia	+0,711%
Basilicata	-0,245%
Calabria	+0,349%
Sicilia	+0,596%
Sardegna	+0,027%

Fonte: nostra elaborazione su dati CIPE e Ministero Salute

best performance). In questo caso, pochissime Regioni hanno raggiunto una variazione superiore a 1%. In ogni caso si osserva che incorporare criteri di efficienza/efficacia nei parametri di riparto non è neutrale.

Nel Caso 5, è stata ripartita in base alla popolazione pesata del Caso 1 solo una quota pari all'80% del totale da ripartire per l'anno 2006, assegnando il restante 20% in base alla quota capitaria pura; l'idea è quella di riconoscere l'esistenza di una quota di costi fissi che una Regione deve comunque sostenere, indipendentemente dalle caratteristiche e dai bisogni della popolazione. I risultati di siffatta ripartizione sono illustrati nella tabella 10. Anche qui, facendo il confronto con i dati della tabella 6, si evince come quasi tutte le Regioni del Sud ne avrebbero comunque beneficiato.

Tabella 10 – Criteri di riparto alternativi, Caso 5

Regioni	Variazioni % delle assegnazioni in valore assoluto rispetto al caso 1
Piemonte	-0,730%
Valle d'Aosta	-0,218%
Lombardia	-0,012%
Bolzano	+0,890%
Trento	+0,216%
Veneto	+0,067%
Friuli	-0,784%
Liguria	-1,569%
Emilia R.	-0,755%
Toscana	-0,873%
Umbria	-0,836%
Marche	-0,641%
Lazio	+0,107%
Abruzzo	-0,314%
Molise	-0,427%
Campania	+1,332%
Puglia	+0,725%
Basilicata	+0,118%
Calabria	+0,503%
Sicilia	+0,585%
Sardegna	+0,426%

Fonte: nostra elaborazione su dati CIPE e Ministero Salute

2.1.5 Conclusioni

Come argomentato nel presente contributo, il federalismo sanitario e fiscale necessitano di un attento monitoraggio dei bisogni e dei fabbisogni della popolazione, al fine di scongiurare che alle differenze regionali portatrici di maggiore efficienza e personalizzazione dell'assistenza si sommino differenze portatrici di iniquità e/o carenze di tutela.

Allo stato attuale manca una chiara indicazione di come garantire il rispetto sostanziale dei LEA, ovvero dell'equo accesso alle prestazioni assistenziali ritenute essenziali. Il monitoraggio di fatto si basa sui livelli di costo (o più spesso spesa), messi a confronto vuoi con le percentuali destinate alle varie tipologie assistenziali (vincoli di destinazione), vuoi sulle assegnazioni di risorse, assunte implicitamente quali "costi standard" dei LEA. Le simulazioni effettuate dimostrano che mentre l'evoluzione dei vincoli di destinazione ha effetti finanziariamente poco rilevanti (a meno evidentemente di stravolgimenti radicali), i criteri di riparto adottati possono cambiare significativamente il quadro. Da un punto di vista finanziario, le modifiche intervenute nel tempo nei criteri di assegnazione sono abbastanza significative e spesso modificano anche sensibilmente i risultati finali (avanzi/disavanzi).

Si evidenzia come sia importante, nella scelta del criterio di riparto, fermarsi all'osservazione dell'utilizzo (ai sensi della L. n. 662/1996), ovvero "ripulire" quanto più possibile le osservazioni dall'inefficienza, ad esempio utilizzando le *best performance* (es. più basso tasso di ospedalizzazione). Sembra anche difficile non riconoscere che, data la prevalenza di strutture erogatrici pubbliche, non si riconosca l'esigenza di considerare una quota di costi fissi.

Purtroppo, in assenza di basi informative affidabili, non siamo in grado di apprezzare l'impatto di variabili escluse dal sistema di riparto, quali i fattori socio-economici (deprivazione, etc.).

Le frequenti modifiche nei criteri adottati sembrano comunque dimostrare che manca un approccio esplicito e razionale alla *capitation*, con rischi non indifferenti di distorsioni.

L'esperienza del NHS inglese suggerisce che vadano prima esplicitati gli obiettivi da perseguire e quindi i criteri e la metodologia per la loro determinazione; sarebbe quindi auspicabile uno sforzo in tal senso, che darebbe maggiore trasparenza al processo di allocazione delle risorse e garantirebbe maggiore oggettività nella valutazione dei risultati sia finanziari, che in termini di garanzia sostanziale dei LEA.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV., Common Services Agency/Crown (2002), *Allocation of Resources to English Areas Report*, ISD Consultancy Service.
- AIFA (2007), *L'uso dei farmaci in Italia, Rapporto nazionale 2006*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Anessi Pessina E, Cantù E (a cura di) (2006), *Rapporto OASI 2006*, Cergas, Egea, cap. 6.
- Gazzaniga P, Guglieri A e Veronesi E (a cura di) (2001), *Manovra finanziaria 2001, legge di bilancio di previsione 2001 2003 e avvio del federalismo fiscale*, in *Analisi* n°6, febbraio 2001.
- Il Sole24Ore (2007), articoli vari.
- ISTAT (1998-2006), *Dati demografici e indicatori economici* (su www.istat.it).
- Mapelli V (2007), *Una proposta di ripartizione del fondo sanitario tra le Regioni*, in "Politiche Sanitarie", Vol. 8, n. 1, gennaio-marzo 2007.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (1998-2006), *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese* (su www.tesoro.it).
- Ministero della Salute (2006), *Piano Sanitario Nazionale 2006-2008*.
- Ministero della Salute (1998-2006), *Dati sul finanziamento del SSN: esercizi 1982-2006*. D.G. della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema.
- Pammolli F, Salerno N (2004), *I LEA sanitari, la riforma della Costituzione e la regolazione del "mercato" sanitario*, in *Care* n° 5.
- Parlamento italiano (2006), *Legislazione varia* (su www.parlamento.it).
- Pellegrini L (2005), ASSR, *Appropriatezza nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza fra compatibilità economica e garanzie per i cittadini*, presentazione al Forum P.A. 2005.
- Rapporto CEIS Sanità 2006, *Il governo del sistema sanitario*, Health Communication, Roma.

2.2 - L'offerta sanitaria nazionale: risorse impiegate e disuguaglianze assistenziali

Francia L.¹

La struttura della rete di offerta di servizi sanitari, considerata un elemento chiave per il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie, sin dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale è stata oggetto di attenzione normativa. Già nella L. n. 833/1978, appare evidente il ruolo delle Regioni, chiamate a unificare l'organizzazione sanitaria su base territoriale e funzionale, adeguando la normativa nazionale alle esigenze delle singole realtà locali, con lo scopo di garantire a tutti i cittadini un uguale accesso all'assistenza sanitaria su tutto il territorio nazionale. Ruolo che diventa ancora più autonomo e rilevante con l'introduzione del federalismo fiscale (D.Lgs n. 56/2000) e istituzionale (L. Cost. n. 3/2001), dove le singole Regioni diventano responsabili dell'ubicazione e dell'organizzazione delle strutture e dei servizi sanitari locali².

Il tema del superamento del divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali rappresenta un asse prioritario nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Divario prevalentemente registrabile tra le Regioni meridionali e quelle del Centro-Nord, superabile solo con una integrazione dei diversi livelli di assistenza, che garantisca anche la continuità del percorso assistenziale del paziente. Oggetto di approfondimento del presente capitolo è soprattutto quella parte di offerta che assorbe la più ingente quota di risorse: in particolare assistenza ospedaliera e personale.

2.2.1 Le strutture e i posti letto

Il SSN, per erogare l'assistenza ospedaliera, nel 2005 (ultimo anno disponibile) si è avvalso di 1.222 istituti di cura, di cui circa il 55,0% pubblici e la parte restante privati accreditati (tabella 1).

Risulta confermato, anche se si registra un rallentamento della tendenza, il trend decrescente degli istituti complessivamente intesi (-7,5% dal 2000 al 2005) già evidenziatosi negli anni precedenti, effetto della riconversione e dell'accorpamento di molte strutture³. Più nel dettaglio, tale fenomeno ha riguardato solo le strutture pubbliche (-14,8% dal

¹ CEIS Sanità, *Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"*.

² *Queste ultime, ispirandosi alle esigenze specifiche presenti sul proprio territorio, sono chiamate ad adeguare le proprie risorse strutturali e organizzative per far sì che le prestazioni siano erogate nel regime e con le modalità più appropriate, rispettando anche requisiti di accessibilità e di equità, e perseguendo l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili.*

³ *Vedi: Ministero della Salute, Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle Aziende Ospedaliere – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Anni 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 e 2005.*