

Rapporto **CEIS - Sanità 2006**

Il governo del sistema sanitario

Complessità e prospettive dei nuovi assetti istituzionali

a cura di

A. Donia Sofio
M. Meneguzzo
F.S. Mennini
F. Spandonaro

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

3.1 - L'efficienza dei Sistemi Sanitari Regionali

Le politiche regionali di allocazione delle risorse finanziarie per la sanità

Fioravanti L.¹, Spandonaro F.¹

3.1.1 Introduzione

Il presente contributo analizza i modelli di autonomia (decentramento/accentramento delle responsabilità finanziarie) adottati dalle Regioni nel 2005² ed evidenzia un tratto comune nelle scelte regionali, ossia far fronte alle condizioni di disavanzo esistenti.

Le scelte regionali sono generalmente legate alla situazione socio-economica e finanziaria locale, per cui sembra di poter confermare, come già evidenziato nelle edizioni passate del Rapporto CEIS Sanità, che sono i gradi di libertà, esercitabili in funzione del livello di disavanzo strutturale esistente, il driver delle diverse scelte di distribuzione delle risorse a livello regionale.

Anche nei modelli di finanziamento più decentrati, con risorse destinate direttamente alle aziende sanitarie territoriali, sono presenti diversi modelli negoziali tra aziende acquirenti e aziende erogatrici (ospedaliere), nonché vincoli di destinazione e di spesa, che tengono conto della struttura dell'offerta e dei livelli di costo locali. Tali situazioni hanno l'effetto di riportare anche i modelli più "decentrati" verso una situazione che è stata definita (neo)centralismo³.

3.1.2 Le scelte regionali

L'analisi è stata condotta partendo dalla quota di finanziamento indistinta per la sanità assegnata nell'anno 2005 a sette Regioni (Calabria, Campania, Lazio, Piemonte, Sicilia, Sardegna e Toscana) e analizzando le scelte regionali di assegnazione delle risorse alle aziende sanitarie.

Tali assegnazioni, non più soggette a vincoli di destinazione come previsto dal D.Lgs. 56/2000⁴, comportano un onere tutto a carico delle Regioni nella copertura degli even-

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

² Come per gli anni 2003 e 2004, Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004); Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).

³ Il (neo)centralismo regionale può essere considerato come il segnale della percezione a livello regionale della inadeguatezza degli attuali strumenti competitivi al fine di perseguire una razionalizzazione del sistema. Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).

⁴ Le disponibilità finanziarie assegnate sono soggette a due limiti generali: la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e il raggiungimento di obiettivi di efficienza a livello regionale.

Tabella 1 - Fabbisogno Sanitario Regionale nel 2005 (euro)

REGIONI	FABBISOGNO SANITARIO
Piemonte	6.622.600.757
Toscana	5.594.453.637
Lazio	7.764.490.374
Campania	7.962.288.536
Calabria	2.917.739.679
Sicilia	7.217.363.396
Sardegna	2.357.013.787

Fonte: Ministero della Salute, 2006

tuali disavanzi di gestione finanziaria. Tutte le Regioni analizzate hanno adottato un sistema di assegnazione delle risorse alle aziende sanitarie prevalentemente basato sulla quota capitaria pesata, differenziato per livelli di assistenza⁵. In sostanza, ciascuna Regione segue i criteri previsti dal sistema di riparto nazionale, ma spesso assegna ai livelli di assistenza sanitaria quote di risorse finanziarie differenziate rispetto agli obiettivi fissati nel DPCM 29 novembre 2001, a riprova della propria autonomia. Ad esempio, un indicatore dell'autonomia regionale è rappresentato dalle risorse assegnate all'assistenza territoriale e all'assistenza ospedaliera. I dati mostrano una elevata variabilità regionale: la quota di FSR assegnata all'assistenza ospedaliera nel 2005 varia dal 41,0% della Campania e della Sardegna al 48,0% della Sicilia; la variabilità (nominale) è ancora maggiore per l'assistenza territoriale, si passa dal 28,6% della Campania al 52,0% della Toscana⁶. Ciò può essere in parte spiegato dalle modalità di riparto regionali: in alcune Regioni (es. la Campania) la voce "Altro" spesso racchiude risorse di "natura territoriale" destinate all'ARPA (Agenzia Regionale per l'Ambiente), alla Salute Mentale, ad Osservatori epidemiologici, ecc.

L'autonomia finanziaria delle Regioni permette poi di assegnare fondi ad attività specifiche non incluse "in maniera specifica" nei livelli di assistenza: ad esempio Campania, Lazio, Sicilia e Sardegna destinano una parte delle loro disponibilità specificamente e in maniera vincolata ad Aziende Sanitarie e Ospedaliere, per un ammontare pari al 5,5% del Fondo Sanitario Regionale (FSR) in Sardegna, al 7,8% nel Lazio e al 2,9% in Sicilia.

La differenziazione osservata nelle quote assegnate da ciascuna Regione ai livelli di assistenza dovrebbe essere imputabile, nella logica federalista, al raggiungimento di un obiettivo di aumento dell'efficienza interna, che si dovrebbe tradurre in una allocazione più aderente alle specificità regionali (ad esempio la struttura per età della popolazione). Sussiste peraltro il rischio che le quote vengano invece determinate *ex-post* sulla base della spesa storica e, quindi, delle scelte (o "non scelte") fatte nel tempo in termini di programmazione sanitaria e in particolare di riqualificazione dell'offerta.

⁵ Cfr. Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).

⁶ Questi dati confermano i risultati di variabilità riportati per gli anni 2003 e 2004 nel Rapporto CEIS Sanità 2005.

Tabella 2 - Il finanziamento dei LEA

REGIONI	ASSISTENZA OSPEDALIERA			ASSISTENZA TERRITORIALE			ASS. SANITARIA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO			ALTRO		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Calabria	n.d.	n.d.	44,0%	n.d.	n.d.	51,0%	n.d.	n.d.	5,0%	n.d.	n.d.	-
Campania	41,0%	n.d.	41,0%	35,4%	n.d.	28,6%	5,0%	n.d.	-	18,6%	n.d.	30,4%
Lazio	47,6%	48,5%	44,7%	47,4%	46,6%	42,9%	5,0%	4,9%	4,6%	-	-	7,8%
Piemonte	n.d.	n.d.	46,0%	n.d.	n.d.	49,2%	n.d.	n.d.	4,8%	n.d.	n.d.	-
Sardegna	n.d.	n.d.	40,9%	n.d.	n.d.	48,6%	n.d.	n.d.	5,0%	n.d.	n.d.	5,5%
Sicilia	47,0%	n.d.	48,0%	52,3%	n.d.	48,0%	0,7%	n.d.	5,0%	-	n.d.	2,9%
Toscana	43,0%	43,0%	43,0%	52,0%	52,0%	52,0%	5,0%	5,0%	5,0%	-	-	-

Fonte: nostre elaborazioni su dati contenuti nelle Deliberazioni Giunta Regionale

Per esempio, riguardo l'assistenza ospedaliera, un finanziamento legato ai posti letto esistenti capace di coprire i costi delle strutture, ma che non tenga conto dell'effettiva domanda appropriata di assistenza, potrebbe determinare il perpetuarsi di una situazione di inefficienza piuttosto che configurare un incentivo verso la razionalizzazione del sistema di offerta. L'analisi delle determinazioni regionali in tale ambito sembra far emergere che anche per il 2005⁷ un maggior numero di posti letto sia effettivamente associato ad un finanziamento maggiore dell'assistenza ospedaliera. Il Lazio, rispetto al gruppo di Regioni osservato, destina la maggior quota di risorse all'assistenza ospedaliera (52,5%, suddiviso nel 44,7% "libero" e 7,8% vincolato per finalità specifiche di Aziende Ospedaliere) e presenta contemporaneamente il maggior numero di posti letto (5,2 posti letto per 1.000 abitanti). L'autonomia e la responsabilizzazione delle aziende sanitarie è ancora più evidente analizzando la destinazione delle risorse assegnate ai singoli livelli di assistenza e la variazione che è avvenuta nel 2005 rispetto agli anni 2003 e 2004. Con particolare riferimento al livello "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro"⁸, è possibile osservare che mentre in Regioni come la Sardegna, ove l'assegnazione è vincolata solo in minima parte per finalità di prevenzione, le aziende sanitarie hanno completa autonomia e il controllo sarà effettuato *ex-post*, in altre Regioni (es. Campania⁹) dove ai livelli essenziali tradizionalmente identificati si aggiungono finanziamenti specifici inclusi nella voce "Altro", destinati di fatto a finalità territoriali specifiche ("Salute Mentale" e ad "Altre funzioni"), si determina un'autonomia programmatoria aziendale limitata.

⁷ La stessa relazione si è mostrata vera nell'analisi presentata nel Rapporto CEIS Sanità 2005 per la Regione Basilicata. Cfr. Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).

⁸ Il livello essenziale di assistenza "Assistenza Sanitaria Collettiva in ambiente di vita e di lavoro" in alcune Regioni, come il Lazio, è sostituito dal termine di prevenzione.

⁹ Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004).

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

Le risorse finanziarie a gestione diretta della Regione spesso rappresentano il “polmone” finanziario per garantire un allineamento delle risorse alle spese storicamente determinate a livello locale e sono generalmente utilizzate nel corso dell’esercizio finanziario per esigenze di carattere generale (maggiori costi, obiettivi strategici o spese impreviste). Di conseguenza un basso grado di autonomia finanziaria assegnato alle aziende locali ed una quota di risorse direttamente controllate e gestite dalla Regione sono la risposta alla necessità di far fronte al finanziamento dei servizi, indipendentemente dalla loro efficacia.

Tabella 3 - Centralizzazione/Decentralizzazione delle risorse finanziarie regionali per la sanità

Regioni	FSR QUOTA ASSEGNATA ALLE ASL			FINANZIAMENTO DIRETTO DELLA REGIONE		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Calabria	n.d.	n.d.	95,4%	n.d.	n.d.	4,6%
Campania	88,4%	n.d.	89,5%	6,7%	n.d.	10,5%
Lazio	95,0%	95,1%	95,4%	5,0%	4,9%	4,5%
Sardegna	n.d.	n.d.	95,6%	n.d.	n.d.	4,4%
Sicilia	97,1%	n.d.	97,1%	2,9%	n.d.	2,9%
Toscana	100,0%	100,0%	100,0%	-	-	-

Fonte: nostre elaborazioni su dati contenuti nelle Deliberazioni Giunta Regionale

La Regione Campania presenta il più elevato grado di centralismo regionale, infatti il 10,5% delle risorse totali è direttamente gestito a livello centrale¹⁰. In generale si osserva una forte variabilità regionale, si passa dal 2,9% in Sicilia al 10,5% in Campania.

Di contro, la quota parte di risorse del FSR destinate direttamente alle aziende presenta i valori maggiori in Toscana (100%) e in Sicilia (97,1%), nel 2005; in questo modo si lascia alla negoziazione l’allocazione delle risorse tra assistenza territoriale e assistenza ospedaliera. Anche la Calabria attribuisce una elevata autonomia alle ASL (95,4% del FSR), ma impone dei limiti: tetti alla produzione, come ad esempio il tetto alla spesa farmaceutica, alla spesa territoriale e alla produzione. Il sistema dei tetti può limitare l’autonomia delle ASL, ma in alcune Regioni (es. Toscana) non ha un ruolo centrale, quanto quello di scoraggiare gli incrementi di attività (o di spesa). Di conseguenza, ancora una volta, sembra che prevalgano le preoccupazioni di ordine finanziario sulle aspettative di razionalizzazione del sistema attraverso una concorrenza, sebbene amministrata, fra erogatori¹¹.

¹⁰ Cfr. Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).

¹¹ Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004); Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).

3.1.4 Conclusioni

L'analisi (un'estensione degli studi riportati nel Rapporto CEIS Sanità 2004 e 2005¹²) dimostra che non è possibile definire un modello di finanziamento regionale ottimale.

Sembra quindi possibile affermare che l'analisi congiunta delle politiche messe in atto *ex-ante* e dei risultati (*ex-post*), in termini di efficienza finanziaria di ciascuna Regione, faccia emergere come la Regione sia condizionata in sede di scelte istituzionali dall'esigenza di ottenere, a breve termine, risparmi sul versante finanziario.

Tabella 4 - Disavanzi regionali (% del FSR)

Regioni	2005
Calabria	(5,38%)
Campania	14,73%
Lazio	18,54%
Piemonte	(0,28%)
Sardegna	8,71%
Sicilia	4,44%
Toscana	1,52%

Fonte: Nostra elaborazione su dati Ministero della Salute

Incrociando le informazioni relative alle decisioni regionali e i risultati finanziari (disavanzi/avanzi sanitari) sembra sia confermato che un alto disavanzo determini un maggiore (neo)centralismo regionale.

I risultati riportati nella Tabella 4 sembrano confermare le nostre considerazioni, infatti la Regione Campania presenta un elevato disavanzo sanitario (14,73% del FSR) e concentra le risorse disponibili.

Il Lazio, anch'esso caratterizzato da un elevato disavanzo (18,54% del FSR), presenta una autonomia finanziaria "formale" a favore delle ASL, nel senso che mantiene il controllo delle risorse finanziarie assegnate ad ASL e Aziende Ospedaliere.

La Regione che presenta la minore incidenza di deficit rispetto al FSR è la Toscana (1,52%) ed è anche quella che assegna il maggior ammontare di risorse alle ASL.

Concludendo, si può ipotizzare che le inefficienze regionali dipendano da tre aspetti principali:

- primo, dal fatto che i meccanismi di mercato possono avere un ruolo importante nel medio-lungo periodo, ma condizione necessaria per esplicitare la loro funzione è quella di un'effettiva separazione dei ruoli e dell'assetto proprietario fra acquirenti ed erogatori;
- secondo, la mancata separazione di ruolo fra acquirenti ed erogatori che, oltre ad impedire di trasformare i "segnali" di mercato (ad esempio perdita di clienti o disavanzo strutturale) in sanzioni efficaci, come ad esempio la fuoriuscita dal mercato degli erogatori meno efficienti, determina un aumento della produzione con evidenti rischi di inappro-

¹² Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004); Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).

priatezza;

- terzo, gli scostamenti dalle indicazioni nazionali sui LEA possono essere interpretati in due modi: come il perseguimento di una maggiore efficienza allocativa derivante da adattamenti ai contesti socio-demografici locali, oppure come un adattamento (magari parziale) alla spesa storica che impone ripiani e riequilibri.

Quindi, in assenza di un piano straordinario che sani le situazioni di disavanzo patologico, si perde la possibilità di utilizzare la leva competitiva per razionalizzare il mercato.

Riferimenti bibliografici

- Arachi G, Zanardi A (1999), "Sanità alle Regioni, il rischio di due velocità. Restano insufficienti i meccanismi perequativi" Il Sole 24 Ore.
- Atella V, Mennini FS, Spandonaro F (2004), "Criteri per l'allocazione regionale delle risorse per la sanità: riflessioni sul caso italiano", Politiche Sanitarie, anno V, n. 1, gennaio-marzo 2004, Pensiero Scientifico Editore.
- Carbone C et al. (2005), "Rapporto OASI 2005", Milano EGEA.
- Cuccurullo C, Meneguzzo M (2003), "Ricentralizzazione delle Regioni e autonomia delle aziende sanitarie. Le tendenze in atto nell'area del federalismo", Rapporto CEIS Sanità 2003, Italtpromo.
- Del Vecchio M (2004), "Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche: un'interpretazione", in Jommi C. (2004), Il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie pubbliche, Milano, Egea.
- Dirindin N (1996), "Chi paga per la salute degli italiani?", Il Mulino, Bologna.
- D.P.C.M. 29 novembre 2001.
- Fioravanti L, Spandonaro F (2004), "La ricerca dell'efficienza nel sistema regionale di assegnazione delle risorse per la sanità", in Rapporto CEIS Sanità 2004.
- Fioravanti L, Ratti M, Spandonaro F (2005), "L'efficienza dei sistemi sanitari regionali. L'assegnazione delle risorse per la sanità", in Rapporto CEIS Sanità 2004.
- Jommi C (2000), "I meccanismi regionali di finanziamento delle Aziende Sanitarie", in Anessi Pessina E e Cantù E (a cura di), L'Aziendalizzazione della sanità in Italia – Rapporto Oasi 2000, Milano, Egea.
- Jommi C (2004), "Il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie pubbliche", Milano, Egea.
- Ministero della Salute. "Dati economico-finanziari del SSN", Programmazione sanitaria e qualità.
- Petretto A (2001), "Il futuro del finanziamento pubblico in sanità", Fondazione Smith Kline.

Fonti normative regionali

- Regione Calabria, Deliberazione Giunta Regionale del 6 maggio 2006 n. 334.
- Regione Campania, Deliberazione Giunta Regionale del 23 settembre 2005 n. 1215.
- Regione Lazio, Deliberazione Giunta Regionale del 20 dicembre 2002 n. 1762.
- Regione Lazio, Deliberazione Giunta Regionale del 9 luglio 2004 n. 602.
- Regione Lazio, Deliberazione Giunta Regionale del 22 marzo 2006 n. 43.

- Regione Sardegna, Deliberazione Giunta Regionale del 13 luglio 2005 n. 32/3.
- Regione Sicilia, Decreto Assessore Sanità del 30 dicembre 2005 n. 9.
- Regione Toscana, Piano Sanitario Regionale 200s2-2004.
- Regione Toscana, Piano Sanitario Regionale 2005-2007.