



*Rapporto*  
**CEIS - Sanità 2005**  
*Sette parole chiave del SSN*

*a cura di*

V. Atella

A. Donia Sofio

M. Meneguzzo

F.S. Mennini

F. Spandonaro

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

**IEP**

ITALPROMO ESIS PUBLISHING



*Capitolo 2*  
**Efficienza**

## 2.1 L'efficienza dei sistemi sanitari regionali. L'assegnazione delle risorse per la sanità

Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F.<sup>1</sup>

### 2.1.1 Introduzione

Il presente contributo si propone di confrontare le politiche di distribuzione delle risorse, e in particolare di finanziamento/pagamento delle Aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche e private, impiegate a livello regionale, al fine di comprendere quali reali incentivi all'efficienza esse comportino, nonché le motivazioni economiche di alcune marcate differenze che si riscontrano in dette politiche.

Il lavoro si sostanzia nell'analisi dei criteri di riparto delle risorse finanziarie, delle forme di utilizzo di alcuni strumenti tesi a garantire l'equilibrio di bilancio (accordi contrattuali e tetti di spesa), nonché dei livelli di disavanzo che condizionano tale processo.

Come già evidenziato nel Rapporto CEIS Sanità 2004, il coesistere di approcci regionali profondamente diversi<sup>2</sup> può essere considerato come rappresentativo dell'elevata autonomia della Regione, ma anche delle diverse sensibilità a livello regionale rispetto alla possibilità di responsabilizzare le Aziende verso il raggiungimento di obiettivi di razionalizzazione. L'aggiornamento dell'analisi, per gli anni 2003 e 2004, ha permesso di confermare quanto anticipato lo scorso anno: un minor grado di autonomia finanziaria lasciata alle Aziende territoriali e una quota elevata di risorse a gestione diretta<sup>3</sup> della Regione sono certamente indicatori del (neo)centralismo regionale<sup>4</sup>, in quanto si accompagna a limitazioni o abolizioni di fatto del potere negoziale delle Aziende territoriali.

Le diverse sensibilità delle Regioni rispetto alla possibilità di responsabilizzare le Aziende verso il raggiungimento di obiettivi di razionalizzazione hanno portato all'individuazione di tre modelli di finanziamento: un primo modello che lascia la responsabilità di realizzare quanto previsto nei LEA alle Aziende (prevalentemente territoriali), con un eventuale controllo *ex post*; un secondo modello che vincola a priori le risorse per il livello, lasciando alle Aziende la responsabilità di declinare all'interno di esso le quote da destinare alle varie tipologie assistenziali; infine un terzo approccio che vincola le risorse a specifici utilizzi, in particolare nel campo della salute mentale e della prevenzione.

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

<sup>1</sup> CEIS Sanità – Facoltà di Economia, Università di Roma “Tor Vergata”.

<sup>2</sup> L'analisi è stata condotta per gli anni 2003 e 2004 in Basilicata, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Marche, Puglia, Toscana e la P.A. di Trento. Per le Regioni Campania, Sicilia, Umbria e Veneto, le informazioni riportate sono relative all'anno 2003. Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004).

<sup>3</sup> Tali somme, che hanno generalmente la natura di un accantonamento, possono in pratica essere utilizzate nel corso dell'esercizio finanziario per esigenze di carattere generale (maggiori costi, obiettivi strategici o spese impreviste).

<sup>4</sup> 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.

emergere come la Regione sia condizionata in sede di scelte istituzionali dall'esigenza di ottenere, a breve termine, risparmi sul versante finanziario.

### 2.1.2 Le politiche di allocazione delle risorse finanziarie a livello regionale

L'analisi *ex-ante* delle politiche di allocazione finanziaria regionale è strettamente collegata all'aumento della responsabilità delle Aziende Sanitarie sui risultati raggiunti, anche in termini economico finanziari. Ciò determina un diverso grado di accentramento/decentramento della gestione finanziaria della Regione che, in fase di copertura dei disavanzi, si tradurrà in un maggiore o minore trasferimento di responsabilità dalla Regione alle Aziende Sanitarie.

Le scelte regionali si differenziano già in sede di definizione dei criteri di attribuzione delle risorse disponibili per l'assistenza sanitaria, pertanto sono stati analizzati dapprima i criteri di riparto del Fondo Sanitario Regionale tra i livelli essenziali di assistenza.

**Tabella 1 - Criteri di riparto del Fondo Sanitario Regionale**

Regioni	Assistenza Ospedaliera	Assistenza Territoriale	Ass. sanitaria collettiva in ambiente vita e lavoro
Basilicata	Quota capitaria pesata per popolazione Correzioni in base al numero di strutture ospedaliere	Quota capitaria pesata per popolazione Correzioni	Quota capitaria pesata per popolazione
Campania*	Quota riequilibrio e perequazione Criterio tariffario	Quota capitaria pesata per anzianità popolazione	Quota capitaria pesata per popolazione residente
Emilia Romagna	Quota capitaria pesata per caratteristiche socio-demografiche	Quota capitaria pesata per caratteristiche socio-demografiche	Quota capitaria pesata per caratteristiche socio-demografiche
Lazio	Quota capitaria pesata per popolazione	Quota capitaria pesata per popolazione	Quota capitaria pesata per popolazione
Liguria	Quota capitaria pesata in base ai criteri riparto FSN 2001/2002	Quota capitaria pesata in base ai criteri riparto FSN 2001/2002	Quota capitaria pesata con criteri riparto FSN 2001/2002 + Correttivo
Marche	Quota capitaria pesata per popolazione Correzioni	Quota capitaria pesata per popolazione Correzioni	Quota capitaria pesata per popolazione Correzioni
Puglia	Quota capitaria pesata per popolazione Correzioni	Quota capitaria pesata per popolazione	Quota capitaria semplice
Sicilia*	Quota capitaria pesata per popolazione	Quota capitaria pesata per popolazione	Quota capitaria pesata per popolazione
Toscana	Quota capitaria pesata per popolazione Correzioni	Quota capitaria pesata per popolazione Correzioni	Quota capitaria pesata per popolazione
Umbria*	Quota per funzioni Finanziamento per volumi attività	Quota capitaria pesata per popolazione Quota per funzioni	
Veneto*	Quota capitaria + Quota per funzioni	Meccanismo di regressione tariffaria	
P.A. Trento	Regressione tariffaria per i pazienti in Provincia		

\* Tratto da Fioravanti L., Spandonaro F. (2004)

Fonte: nostra elaborazione su Deliberazioni Giunta Regionale

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 assistenza. 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.

Le risorse assegnate all'assistenza ospedaliera, ad esempio, variano nel 2004 dal 44,5% assegnato dalla Provincia Autonoma di Trento al 49,5% della Basilicata; ancora più variabili sono le risorse assegnate all'assistenza territoriale, che va dal 46,6% del Lazio al 54,0% in Emilia Romagna<sup>5</sup>.

La differenziazione 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) delle risorse disponibili e aderente alla programmazione delle risorse esistenti, ma sussiste il rischio che le quote vengano invece determinate ex post sulla base della spesa storica e quindi delle scelte (o "non scelte") fatte nel tempo in termini di programmazione sanitaria e in particolare di riqualificazione dell'offerta.

Ad esempio, nel caso dell'assistenza ospedaliera, un finanziamento legato ai posti letto esistenti capace di coprire i costi delle strutture, ma che non tenga conto della effettiva domanda appropriata di assistenza, 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 2004 un maggior numero di posti letto sia effettivamente associato ad un finanziamento maggiore dell'assistenza ospedaliera. La Regione Basilicata, rispetto alle altre Regioni osservate, destina la quota maggiore all'assistenza ospedaliera e presenta il maggior numero di posti letto<sup>6</sup> (0,74) per 10.000 abitanti.

<sup>5</sup> Cfr. Figure da 1 ad 8.

<sup>6</sup> I dati relativi ai posti letto sono tratti da [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)

**Tabella 2 - Finanziamento dei livelli essenziali di assistenza**

Regioni	Assistenza ospedaliera		Assistenza territoriale		Ass. san. collet. in ambienti vita e lavoro		altro	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Basilicata	49,5%	49,5%	45,5%	45,5%	5,0%	5,0%	-	-
Campania*	41,0%	n.d.	35,4%	n.d.	5,0%	n.d.	18,6%	
Emilia Romagna	45,5%	45,5%	50,0%	50,0%	4,5%	4,5%	-	-
Lazio	47,6%	48,5%	47,4%	46,6%	5,0%	4,9%	-	-
Liguria	49,1%	46,0%	50,9%	54,0%	-	-	-	-
Marche	47,6%	n.d.	46,9%	n.d.	5,5%	n.d.	-	-
Puglia	48,8%	47,2%	47,4%	48,4%	3,8%	4,4%	-	-
Sicilia*	47,0%	n.d.	52,3%	n.d.	0,7%	n.d.	-	-
Toscana	43,0%	n.d.	52,0%	n.d.	5,0%	n.d.	-	-
Umbria*	45,0%	n.d.	50,0%	n.d.	-	n.d.	5,0%	-
Veneto*	47,9%	n.d.	47,0%	n.d.	5,1%	n.d.	-	-
P.A. Trento	45,3%	44,6%	52,9%	53,4%	-	0,1%	1,7%	1,9%

\* Tratto da Fioravanti L., Spandonaro F. (2004).

Fonte: nostra elaborazione su Deliberazioni Giunta Regionale

L'autonomia e la responsabilizzazione delle Aziende Sanitarie è evidente osservando la destinazione delle risorse assegnate ai singoli livelli di assistenza e la variazione che è avvenuta negli anni 2003 e 2004. Con particolare riferimento al livello "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro", è possibile osservare che mentre in Regioni come la Liguria, ove non è prevista l'assegnazione di quote specifiche, le Aziende Sanitarie hanno completa autonomia e il controllo sarà effettuato ex post, in altre Regioni (ad esempio la Campania<sup>7</sup>) ai livelli essenziali tradizionalmente identificati, si aggiungono finanziamenti specifici per la "Salute Mentale" e "Altre funzioni". In questo caso, le Aziende hanno un'autonomia finanziaria limitata. In Puglia, Lazio e nella Regione Marche<sup>8</sup>, invece, l'intero ammontare di risorse disponibili per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro è destinata alla prevenzione. Ciò mostra un (neo)centralismo regionale ed una scarsa sensibilità regionale verso la responsabilizzazione delle Aziende Sanitarie.

Va, inoltre, osservato che quattro Regioni (Lazio, Liguria, Puglia e Provincia Autonoma di Trento) hanno modificato dal 2003 al 2004 le risorse assegnate ai livelli di assistenza; in particolare, Liguria, Puglia e Provincia Autonoma di Trento hanno ridotto le risorse destinate all'assistenza ospedaliera, avvicinandosi al valore di riferimento del 45,5% previsto, per il triennio 2001-2004, dal DPCM 29 novembre 2001. Ciò evidenzia il controllo della Regione nell'assegnazione delle risorse ai livelli di assistenza ed una minor autonomia delle Aziende Sanitarie passando dall'anno 2003 al 2004.

<sup>7</sup> Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004) *La ricerca dell'efficienza nel sistema regionale di assegnazione delle risorse per la sanità*, in *Rapporto CEIS Sanità 2004*.

<sup>8</sup> Per la Regione Marche l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro è destinata per il 90% ad obiettivi di prevenzione.

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

Mediante l'analisi delle deliberazioni di Giunta Regionale è stato possibile rappresentare sinteticamente le modalità adottate dalle singole Regioni per l'assegnazione delle risorse finanziarie<sup>9</sup> ad Aziende Sanitarie e ospedaliere per gli anni 2003 e 2004<sup>10</sup>. Tale rappresentazione permette di avere un'informazione immediata circa il grado di accentramento/decentramento finanziario regionale e dei meccanismi messi in atto per garantire la sostenibilità finanziaria del sistema.

Di seguito riportiamo per ogni Regione (in ordine alfabetico) una schematizzazione delle scelte regionali, al fine di permettere una confrontabilità tra di esse, tema che verrà ulteriormente approfondito nel paragrafo successivo.

L'aspetto più evidente è che la Regione Basilicata ha aumentato (dal 2,61% nel 2003 al 2,81% nel 2004) la quota di risorse gestite a livello accentrato e (dal 78,54% nel 2003 al 79,26% nel 2004) le risorse del FSR destinate alle Aziende Sanitarie regionali.

Il finanziamento alle aziende ospedaliere, che si è ridotto di circa un punto percentuale nel periodo considerato e che potrebbe essere interpretato come un orientamento della Regione verso una maggiore autonomia delle Aziende Sanitarie, proviene direttamente dalla Regione stessa.

La Regione Basilicata si poggia, quindi, sempre più sull'utilizzazione di vincoli finanziari e sempre meno sulla competizione tra gli erogatori, in particolare attraverso la fissazione di tetti di spesa e l'imposizione ai direttori generali delle Aziende Sanitarie, in caso di superamento, dell'obbligo di adottare provvedimenti specifici<sup>11</sup> con l'indicazione delle misure concrete da mettere in atto e delle modalità operative di rientro al fine del ripristino dell'equilibrio medesimo. In Emilia Romagna le Aziende Sanitarie territoriali sono le uniche titolari delle risorse finanziarie della Regione; esse ricevono il 92,5% nel 2003 e il 93,1% nel 2004 delle risorse del FSR sulla base dei parametri di ponderazione della popolazione e dei consumi sanitari per tipologia di prestazione/servizio, classe di età e sesso. Le Aziende Sanitarie sono inoltre sottoposte ad un vincolo di destinazione pari al 5,4% delle risorse loro assegnate, per esigenze di riparto successive.

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

Solo il 3,5% delle risorse finanziarie complessive viene mantenuto a livello accentrato nel 2003 e 2004, prevedendo una piccola quota (0,14%) a destinazione vincolata; la Regione, inoltre, destina il 3,4% nel 2003 e il 2,6% nel 2004 delle risorse complessive per altre finalità (per esempio l'Agenzia Regionale Prevenzione e Ambiente – ARPA).

<sup>9</sup> Si sottolinea che l'ammontare del FSR è stato considerato al netto delle Entrate Proprie e della Mobilità Extraregionale.

<sup>10</sup> Con specifico riferimento alla Regione Puglia, il confronto è stato effettuato per gli anni 2003 e 2005. Per la Regione Marche sono disponibili i dati relativi al solo anno 2003. Per quanto riguarda, invece, Campania, Sicilia, Umbria e Veneto, si consiglia di confrontare per approfondimenti Fioravanti L., Spandonaro F. (2004).

<sup>11</sup> I provvedimenti aziendali devono essere sottoposti all'approvazione della Regione.

**Figura 1 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Basilicata**

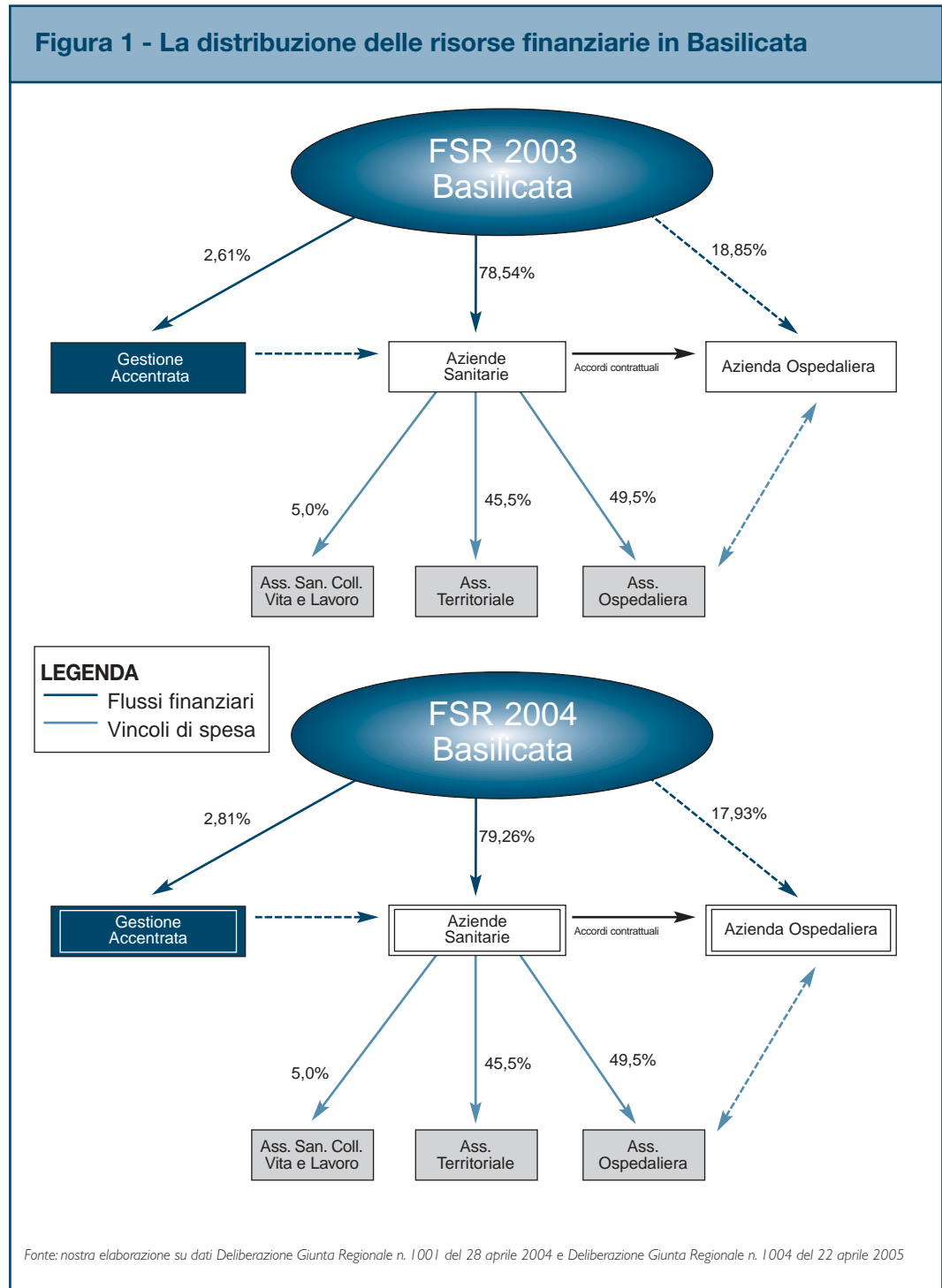
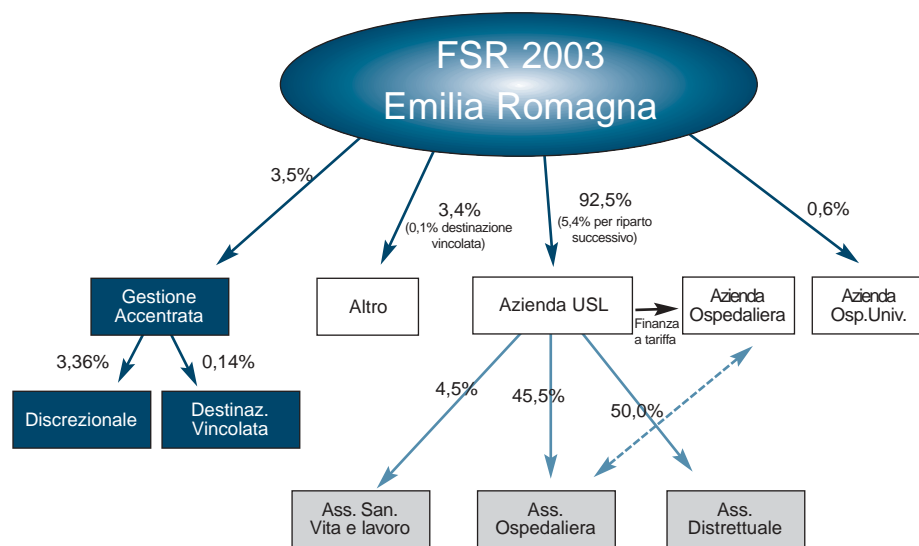
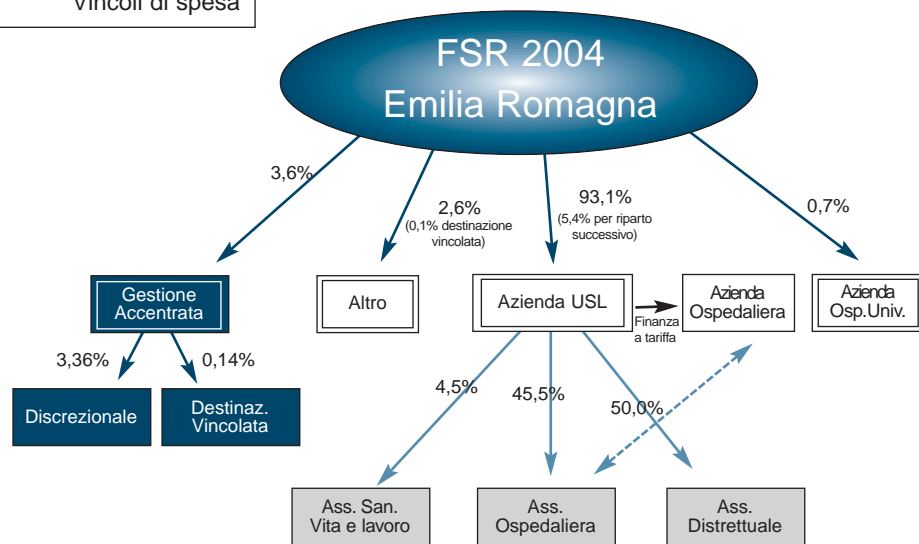




Figura 2 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Emilia Romagna



**LEGENDA**  
 — Flussi finanziari  
 — Vincoli di spesa



Fonte: nostra elaborazione su dati estratti da Deliberazione Giunta Regionale del 20 maggio 2003 n. 896 e Deliberazione Giunta Regionale del 28 giugno 2004 n. 1280

La Regione Lazio, che destina oltre il 95,0% delle risorse finanziarie disponibili sia nel 2003 che nel 2004 alle Aziende Sanitarie Locali, potrebbe essere considerata rappresentativa del modello che lascia la responsabilità di realizzare quanto previsto nei LEA alle Aziende (prevalentemente territoriali), con un eventuale controllo *ex-post* dei risultati.

Dall'osservazione dei dati finanziari emerge che la quota di risorse finanziarie a destinazione vincolata (diminuite nel periodo considerato dal 5,0% del FSR 2003 al 4,9% del FSR 2004) è interamente rivolta al finanziamento dell'attività di prevenzione, che a sua volta assorbe la totalità delle risorse destinate al livello di Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro.

Inoltre, per il finanziamento delle Aziende Ospedaliere è previsto un sistema di abbattimenti tariffari e la costituzione di un fondo regionale per l'assistenza ospedaliera da ripartire fra le Aziende Sanitarie Locali in base alla popolazione residente, pesata in relazione ai consumi per classi di età.

La presenza di vincoli di destinazione imposti dalla Regione e la fissazione di tetti di finanziamento determinano un "sostanziale" fallimento del principio competitivo che caratterizza il modello del Lazio, poiché di fatto veicolano le risorse finanziarie assegnate alle Aziende Sanitarie Locali.

Il sistema del Lazio, quindi, sembra più seguire logiche di programmazione, con conseguenti controlli accentrati, che principi di competizione tra erogatori.

La Regione Liguria assegna le risorse del FSR direttamente sia alle Aziende Sanitarie territoriali che a quelle ospedaliere, con un aumento dal 2003 al 2004 di risorse per le Aziende Sanitarie ed una riduzione di quelle destinate alle Aziende Ospedaliere. Ciò sembra evidenziare un forte accentramento di responsabilità a livello regionale, eliminando le ragioni di negoziazione bilaterale fra Aziende Sanitarie territoriali e ospedaliere. Le Aziende Sanitarie territoriali devono, inoltre, stabilire tetti di riferimento per l'assistenza ospedaliera da prestare ai cittadini liguri.

Infine, aumenta la quota di FSR che rimane accentrato a livello regionale, passando dal 2,4% nel 2003 ad oltre il 3,0% nel 2004. Tali risorse sono destinate a finalità specifiche, quali maggiori costi o obiettivi strategici.

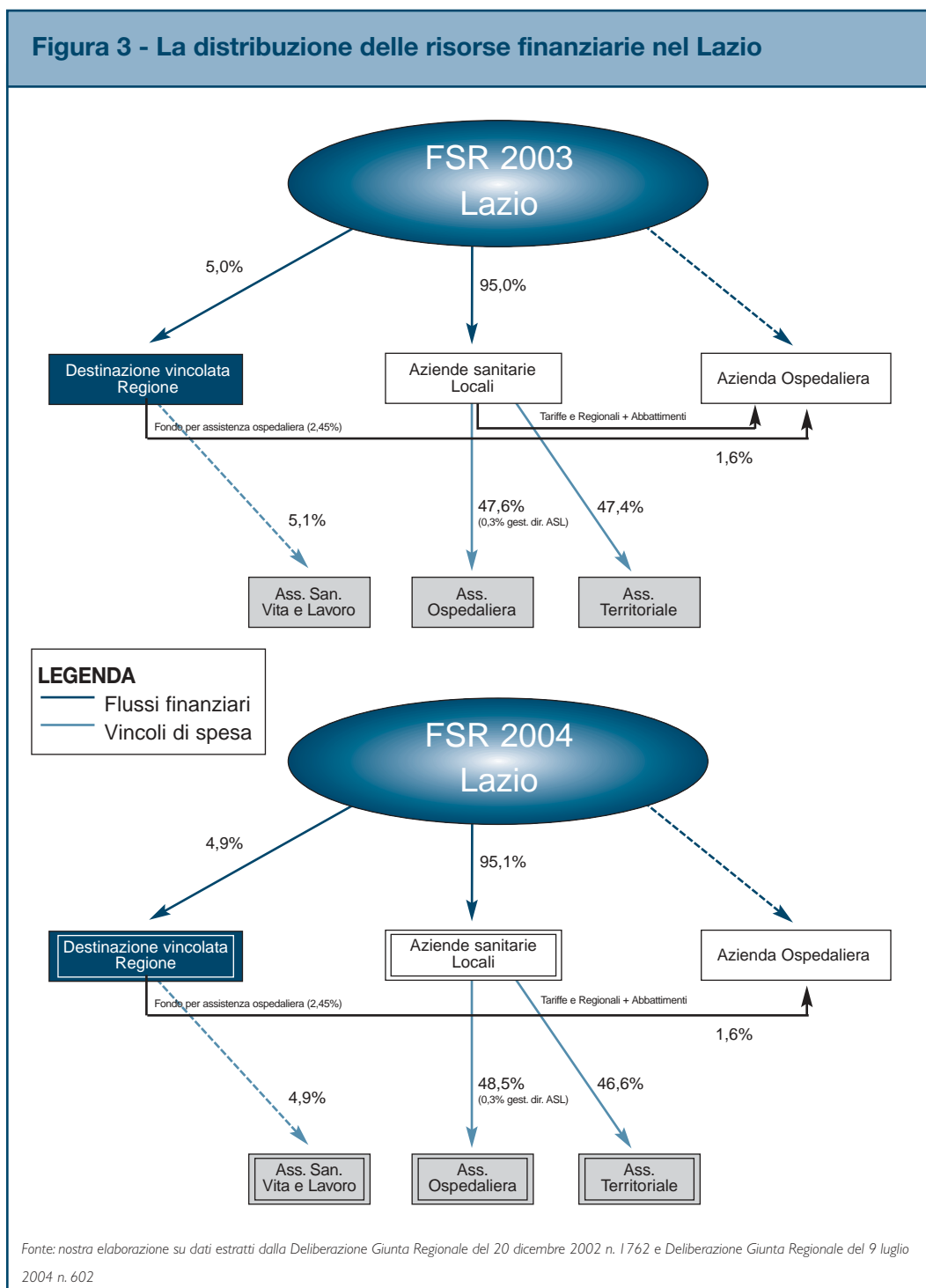
La Regione Marche<sup>12</sup> presenta un modello di finanziamento analogo a quello della Regione Lazio. Oltre il 93,0% del FSR è destinato al finanziamento delle Aziende territoriali attraverso l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), mentre il 6,7% che viene mantenuto a livello accentrato è a destinazione vincolata per il 50,0% circa.

Alcune differenze tra il modello del Lazio e quello della Regione Marche sta nella presenza di tetti di spesa, infatti mentre il Lazio fissa tetti di finanziamento rigidi, le Marche prevedono una destinazione "vincolata" delle quote mantenute a livello centrale; per esempio, per gestire carenze di fondi in conto capitale, per il ripiano di disavanzi, ecc.

La remunerazione a livello territoriale avviene in base a criteri che tengono conto della popolazione residente, con opportune ponderazioni riferite alle diverse categorie di bisogni e valutando le specifiche attività assistenziali aventi valenza sovra-zonale. Sono, inoltre, adottati criteri di riparto basati su indici di dispersione e di anzianità della popolazione, nonché sulla presenza di zone disagiate per la loro distanza dai capoluoghi di provincia e di Regione.

<sup>12</sup> Per la Regione Marche sono disponibili soltanto i dati di riparto del FSR 2003.

Figura 3 - La distribuzione delle risorse finanziarie nel Lazio



**Figura 4 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Liguria**

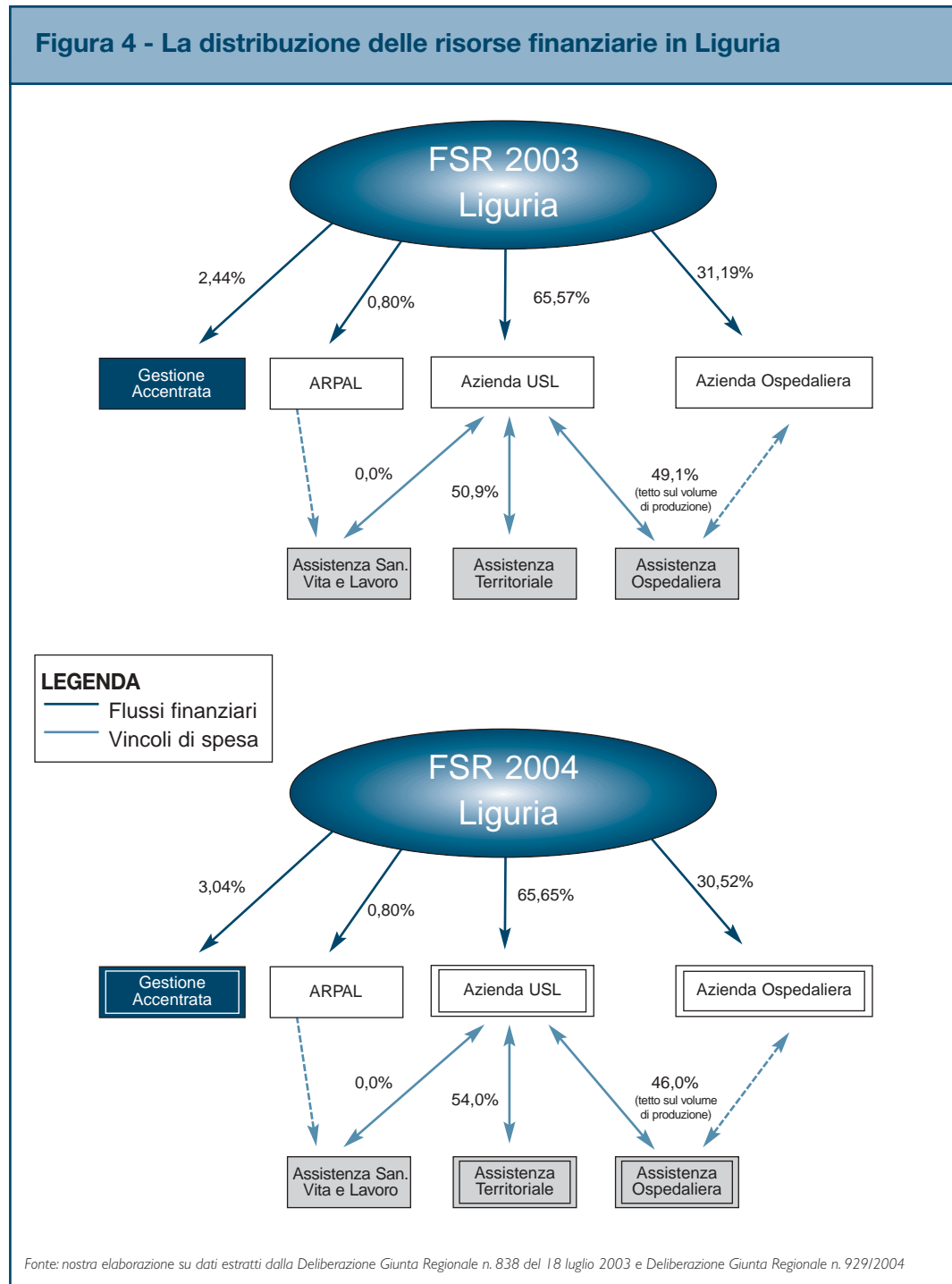
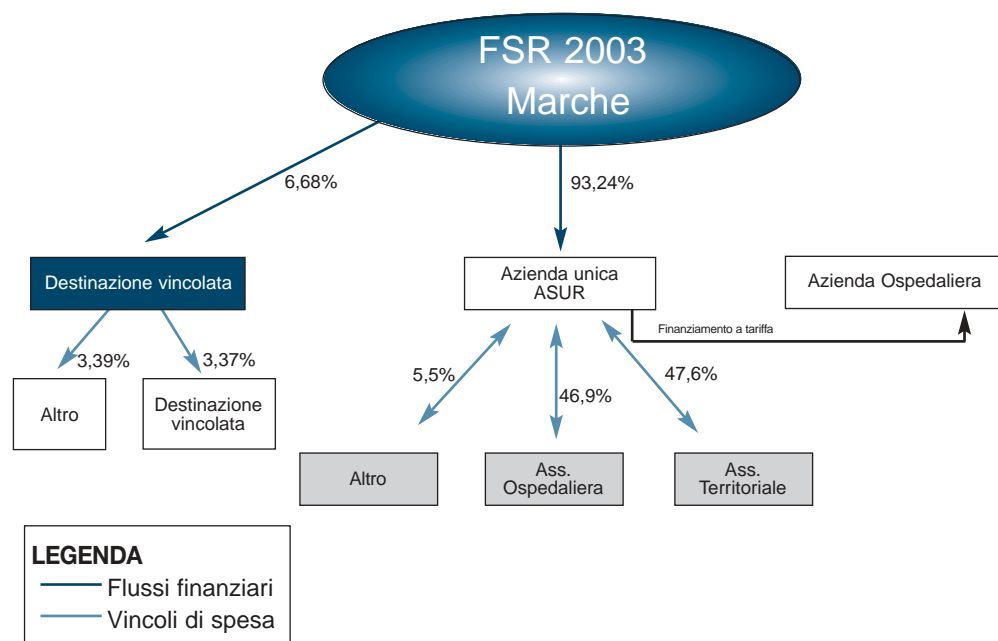
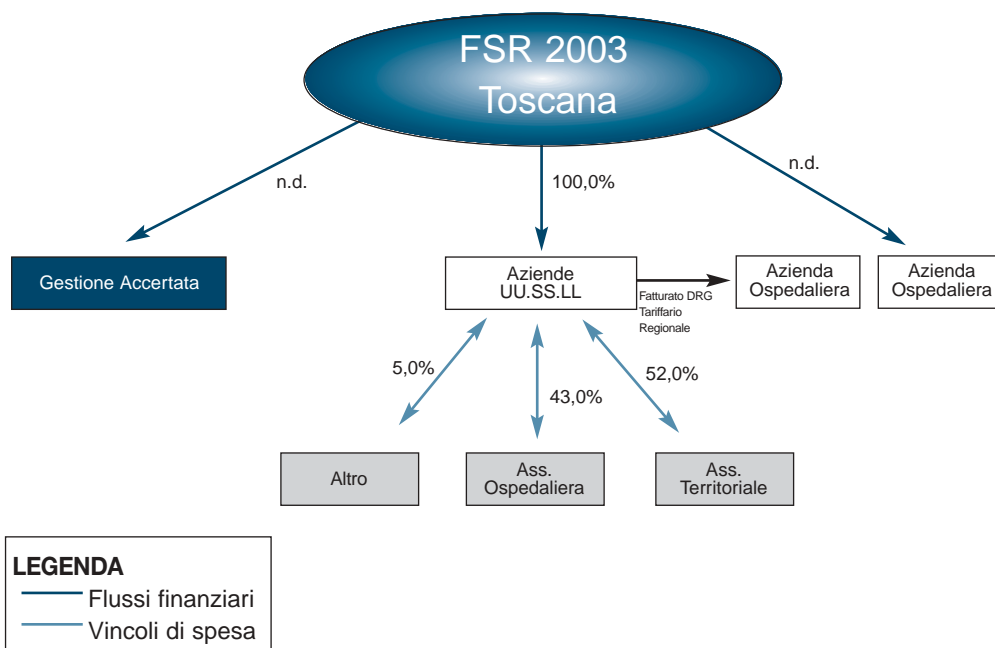


Figura 5 - La distribuzione delle risorse finanziarie nelle Marche



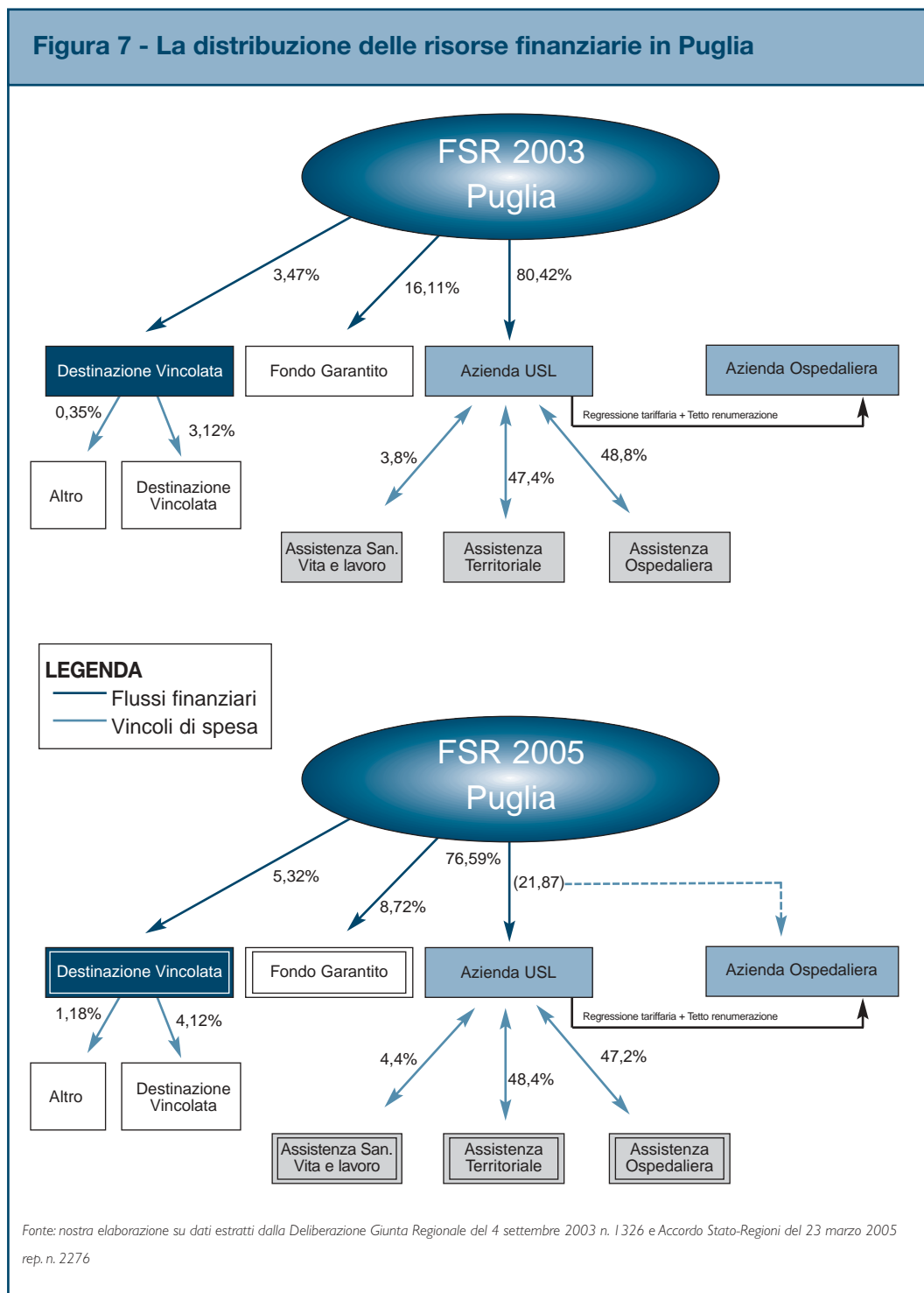
Fonte: nostra elaborazione su dati estratti dalla Deliberazione del Consiglio regionale n. 277 del 30 novembre 1999, Deliberazione Giunta Regionale n. 738 del 29 giugno 2004 e Legge Regionale n. 1 del 20 giugno 2003

Figura 6 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Toscana (anni 2003/04)

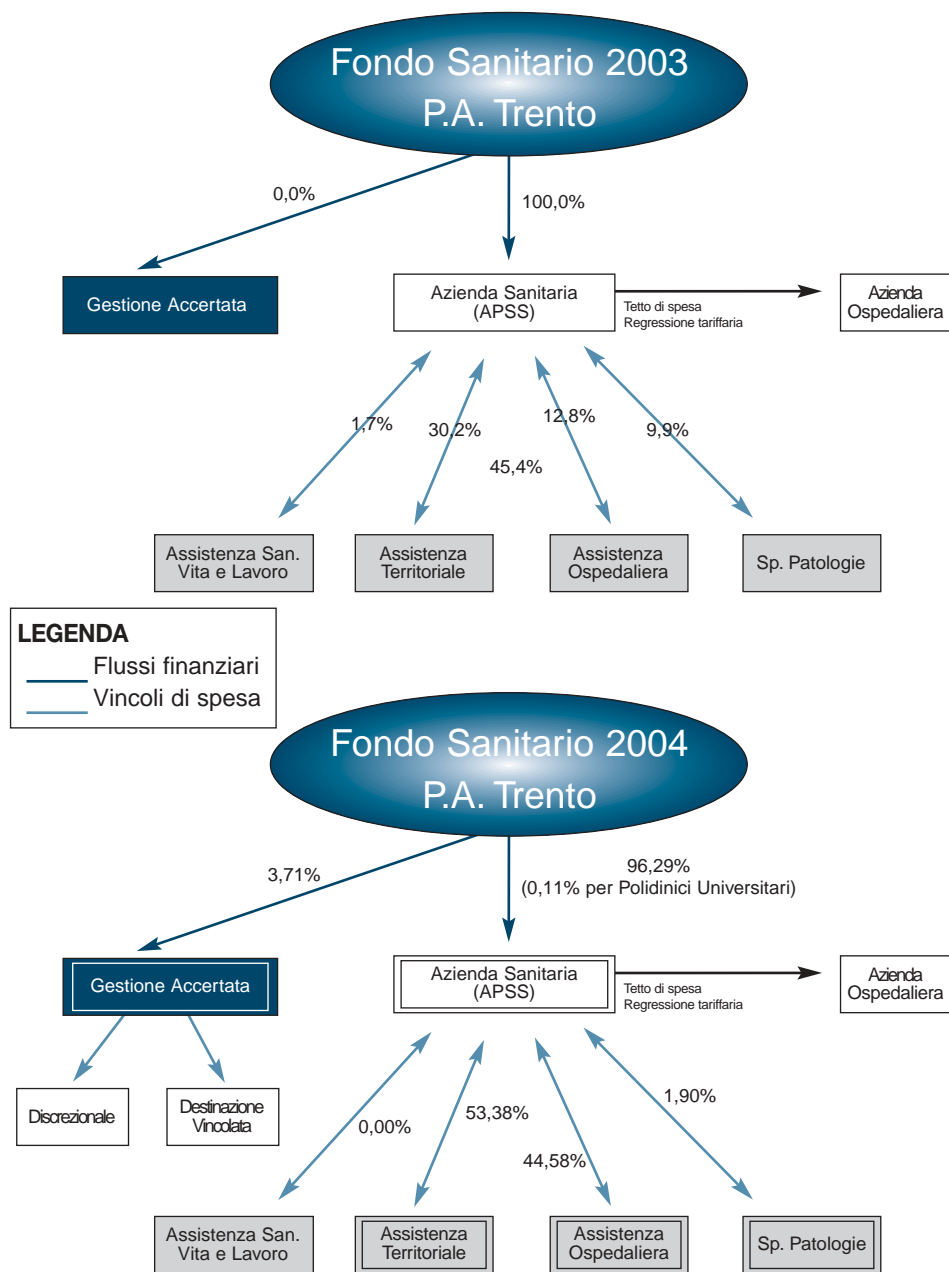


Fonte: nostra elaborazione su dati estratti dal Piano Sanitario Regionale 2002-2004 e dal Piano Sanitario Regionale 2005-2007

**Figura 7 - La distribuzione delle risorse finanziarie in Puglia**



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



Fonte: nostra elaborazione su dati estratti dalla Deliberazione Giunta Provinciale del 13 dicembre 2002 n. 2123, Deliberazione Giunta Provinciale dell'8 novembre 2002 n. 2760 e Delibera Giunta Provinciale del 28 giugno 2004 n. 1734/S128

Le Aziende Ospedaliere sono, invece, remunerate sulla base di un sistema tariffario regionale delle prestazioni e dei programmi assistenziali, nell'ambito di accordi stipulati con il direttore generale dell'ASUR coadiuvato a tal fine dai direttori di zona.

La Regione Toscana, sulla base dei dati disponibili, sembra essere la Regione che rappresenta meglio il modello di autonomia; il 100% delle risorse finanziarie per la sanità è destinato a finanziare direttamente le Aziende Unità Sanitarie Locali, con l'unico vincolo di spesa di rispettare i livelli di assistenza sanitaria previsti nel Piano Sanitario Regionale.

Le Aziende Ospedaliere sono remunerate tramite le Aziende Unità Sanitarie Locali sulla base dei tariffari regionali, in base alle prestazioni erogate. Le Aziende Ospedaliere Universitarie, invece, ricevono dei fondi per lo sviluppo dei servizi ad integrazione di quanto previsto nei tariffari regionali.

La Regione Puglia<sup>13</sup>, a fronte dell'80,4% nel 2003 e del 76,6% nel 2005 di risorse finanziarie destinate alle Aziende Sanitarie, accantona un ingente ammontare di risorse per finalità regionali, circa il 14,0% nel 2004. Tra le finalità "centralizzate" è prevista la destinazione in misura specifica ad un fondo di garanzia pari al 16,1% nel 2003 e all'8,7% nel 2004, che viene successivamente ripartito tra le Aziende Sanitarie in misura prefissata.

Per le prestazioni sanitarie delle Aziende Ospedaliere, la Regione impone un vincolo di destinazione superiore al 21,0% delle risorse delle Aziende Sanitarie e delinea un sistema di regressione tariffaria e di tetti invalicabili di remunerazione, applicabili anche alle Aziende Ospedaliere universitarie e agli IRCCS pubblici.

Con specifico riferimento alle Aziende Ospedaliere, in caso di superamento del tetto di remunerazione fissato, si prevede il finanziamento delle prestazioni eccedenti con il metodo della regressione tariffaria, fino al raggiungimento del limite massimo globale di spesa fissato dalla Regione. Sono inoltre previsti accordi contrattuali con l'AIOF (Associazione Italiana Ospedalità Privata) in materia di assistenza ospedaliera.

La Provincia Autonoma di Trento, che destinava nel 2003 tutte le risorse all'Azienda Sanitaria territoriale, ha mantenuto nel 2004 il 3,7% delle risorse del fondo sanitario provinciale a livello accentrato.

Per l'Azienda Ospedaliera di Trento, la remunerazione avviene attraverso l'Azienda Sanitaria della Provincia (APSS) sulla base della spesa storica. Sono inoltre previsti tetti di spesa negoziati e meccanismi di copertura basati su criteri di regressione tariffaria<sup>14</sup>.

Sintetizzando, quindi, un minore grado di autonomia finanziaria lasciata alle Aziende territoriali e una quota di risorse sanitarie a gestione diretta della Regione (destinazione discrezionale o vincolata) sono certamente indicatori di (neo)centralismo regionale.

<sup>13</sup> Per la Regione Puglia sono stati confrontati i dati di riparto del FSR negli anni 2003 e 2005. I dati di riparto 2004 non sono disponibili.

<sup>14</sup> Deliberazione Giunta Provinciale del 13 dicembre 2002 n. 2123, Deliberazione Giunta Provinciale dell'8 novembre 2002 n. 2760.



**Tabella 3 - Accentramento/decentramento della responsabilità finanziaria regionale**

Regioni	Quota FSR ripartita alle Az. Sanitarie Territoriali (2003)	Quota FSR ripartita alle Az. Sanitarie Territoriali (2004)	Quota regionale di risorse a gestione diretta (2003)	Quota regionale di risorse a gestione diretta (2004)
Basilicata	78,5%	79,3%	2,6%	2,8%
Campania*	88,4%	n.d.	6,7%	n.d.
Emilia Romagna	92,5%	93,1%	6,9%	6,1%
Lazio	95,0%	95,1%	5,0%	4,9%
Liguria	65,6%	65,6%	3,2%	3,8%
Marche	93,3%	n.d.	6,7%	n.d.
Puglia	80,4%	76,6%	19,5%	14,0%
Sicilia*	97,1%	n.d.	2,9%	n.d.
Toscana	100,0%	100,0%	-	-
Umbria*	96,9%	n.d.	0,5%	n.d.
Veneto*	95,7%	n.d.	2,7%	n.d.
P.A. Trento	100,0%	96,3%	-	3,7%

\* Tratto da Fioravanti L., Spandonaro F. (2004).

Fonte: nostra elaborazione su Deliberazioni Giunta Regionale

Le risorse finanziarie a gestione diretta della Regione spesso rappresentano il “polmone” finanziario per garantire un allineamento delle risorse alle spese storicamente determinatesi a livello locale, infatti sono generalmente utilizzate nel corso dell’esercizio finanziario per esigenze di carattere generale (maggiori costi, obiettivi strategici o spese impreviste). Le Regioni osservate “trattengono” un ammontare di risorse, variabile a seconda delle specificità regionali, che oscilla tra il 2,6-2,8% in Basilicata e il 19,5-14,0% in Puglia, ma con profonde differenze nei meccanismi negoziali adottati.

In particolare, la Regione Puglia presenta il maggior grado di accentramento regionale, ma anche il Lazio e le Marche appartengono al modello in base al quale è la programmazione regionale che regola i rapporti tra gli erogatori. Le Marche, nello specifico, hanno adottato anche delle scelte di natura organizzativa che tendono a confermare questa interpretazione: la creazione di una Azienda Sanitaria unica, sulla quale la Regione può esercitare un controllo massimo.

Le Regioni, di contro, che attribuiscono una maggiore autonomia alle Aziende Sanitarie territoriali adottano (tipicamente) tetti di spesa e lasciano alla negoziazione con gli erogatori il compito di allocare (apparentemente) la spesa fra territorio e ospedale. Unica eccezione sembra essere l’Emilia Romagna, che non pone limiti se non quelli impliciti nella regressione tariffaria.

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

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

Ancora una volta sembra che prevalgano le preoccupazioni di ordine finanziario sulle aspettative di razionalizzazione del sistema attraverso una concorrenza, sebbene amministrata, fra erogatori<sup>15</sup>.

#### 2.1.4 Conclusioni

Dall'analisi precedente emerge che le scelte finanziarie delle Regioni sono "apparentemente" associabili ai modelli di autonomia decentramento/accentramento precedentemente descritti, ma di fatto si tratta di modelli sovrapponibili caratterizzati da un tratto comune: anche nei modelli di finanziamento più decentrati, con risorse destinate direttamente alle Aziende Sanitarie territoriali, la presenza di diversi modelli negoziali tra Aziende territoriali acquirenti e Aziende erogatrici (Ospedaliere) e l'imposizione di vincoli di destinazione e di spesa, che tengono conto della struttura dell'offerta e dei livelli di costo locali, riportano ad una situazione di (neo)centralismo.

Se consideriamo che le scelte regionali sono generalmente legate alla situazione socio-economica e finanziaria che caratterizza il servizio sanitario regionale, sembra di poter notare una relazione fra livelli di disavanzo delle Regioni considerate e livelli di accentramento (sia a livello di quote di risorse che rimangono a vari livelli nella discrezione delle Regioni, sia a livello di imposizioni di vincoli di destinazione e di tetti di spesa), che riteniamo essere il *driver* delle differenze nelle scelte di distribuzione delle risorse a livello regionale.

**Tabella 4 - Disavanzi regionali (in percentuale dei FSR)**

Regioni	2003
Basilicata	5,3%
Campania	6,4%
Emilia Romagna	0,7%
Lazio	7,2%
Liguria	2,0%
Marche	3,2%
Puglia	1,5%
Sicilia	2,8%
Toscana	0,9%
Umbria	1,3%
Veneto	2,6%
P.A. Trento	0,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute.

<sup>15</sup> Fioravanti L., Spandonaro F. (2004) *La ricerca dell'efficienza nel sistema regionale di assegnazione delle risorse per la sanità*, in *Rapporto CEIS Sanità 2004*.

Il centralismo finanziario che caratterizza la Basilicata, come descritto dagli indicatori “quota del FSR a destinazione vincolata” e “quota del FSR trasferita alle Aziende territoriali”, è confermato dal dato di disavanzo, che risulta pari per l’anno 2003 al 5,3% delle risorse finanziarie della Regione.

Il valore più basso di disavanzo in percentuale del FSR si registra, invece, in Emilia Romagna (0,7%), che destina una quota limitata (meno del 3,0%) alla gestione vincolata regionale; tale risultato potrebbe far pensare che il minor (neo)centralismo regionale possa portare a buoni risultati in termini di efficienza.

La Regione Lazio, invece, presenta un elevato disavanzo sanitario nel 2003 ed una “formale” autonomia finanziaria delle Aziende Sanitarie. Tale situazione potrebbe sembrare contraddire le conclusioni precedenti, ma si deve tener conto che il Lazio esercita un controllo attivo su tutte le risorse finanziarie destinate ad Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

Di fatto, quindi, non sembra essere operativo nel Lazio il modello di competizione fra erogatori che dovrebbe innescarsi quando aumenta l’autonomia economico-finanziaria delle Aziende.

Inoltre, il meccanismo competitivo ancorché possa premiare le Aziende più efficienti, non sembra in grado nel contesto italiano di razionalizzare il sistema sul versante dei costi. La Regione Marche, ad esempio, che destina oltre il 93,0% delle risorse del FSR a favore delle Aziende Sanitarie territoriali, presenta un valore del disavanzo pari al 3,2% del FSR. Le ragioni possono essere in primo luogo ricondotte alla 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 inappropriatazza.

Analogamente a quanto osservato dai dati di disavanzo, che dovrebbe essere inteso come un indicatore di inefficienza delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, piuttosto che la conseguenza di una “cattiva programmazione”, gli scostamenti a livello regionale dalle indicazioni nazionali di riparto sui LEA, possono essere letti tanto in una logica di maggiore efficienza allocativa derivante da adattamenti ai contesti socio-demografici locali, quanto in quella di adattamento (magari parziale) alla spesa storica che impone ripiani e riequilibri.

Non è evidentemente possibile individuare un modello ottimale di riferimento, mentre ci sembra di poter affermare che, sulla base dell’analisi congiunta delle politiche messe in atto *ex-ante* e dei risultati (*ex-post*) in termini di efficienza finanziaria di ciascuna Regione, emerge come le Regioni siano condizionate nelle loro scelte istituzionali dall’esigenza di ottenere a breve termine risparmi sul versante finanziario.

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

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

**Bibliografia**

- Arachi G., Zanardi A. (1999), Sanità alle Regioni, il rischio di due velocità. Restano insufficienti i meccanismi perequativi, Il Sole 24 Ore.
- Atella V., Mennini F.S., Spandonaro F. (2004), Criteri per l'allocazione regionale delle risorse per la sanità: riflessioni sul caso italiano, Politiche Sanitarie, anno V, n. 1, gennaio-marzo 2004, Pensiero Scientifico Editore.
- 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, Italtel.
- 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.
- DPCM 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.
- Jommi C. (2000), I meccanismi regionali di finanziamento delle Aziende Sanitarie, in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), L'Aziendalizzazione della sanità in Italia – Rapporto Oasi 2000, Milano, Egea.
- Jommi C. (2004), Il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie pubbliche, Milano, Egea.
- Legge 23 dicembre 1996, n. 662.
- Ministero della Salute, Dati economico finanziari del SSN, Programmazione sanitaria e qualità.
- Petretto A. (2001), Il futuro del finanziamento pubblico in sanità, Fondazione Smith Kline.
- Provincia Autonoma di Trento, Deliberazione Giunta Provinciale del 13 dicembre 2002 n. 2123.
- Provincia Autonoma di Trento, Deliberazione Giunta Provinciale dell'8 novembre 2002 n. 2760.
- Provincia Autonoma di Trento, Delibera Giunta Provinciale del 28 giugno 2004 n. 1734/S128.
- Regione Basilicata, Deliberazione Giunta Regionale del 28 aprile 2004 n. 1001.
- Regione Basilicata, Deliberazione Giunta Regionale del 22 aprile 2005 n. 1004.
- Regione Emilia Romagna, Deliberazione Giunta Regionale del 20 maggio 2003 n. 896.
- Regione Emilia Romagna, Deliberazione Giunta Regionale del 28 giugno 2004 n. 1280.
- Regione Lazio, Deliberazione Giunta Regionale del 20 dicembre 2002 n. 1762.
- Regione Lazio, Deliberazione Giunta Regionale del 9 luglio 2004 n. 602.
- Regione Liguria, Deliberazione Giunta Regionale del 16 marzo 2001 n. 319.
- Regione Liguria, Deliberazione Giunta Regionale del 18 luglio 2003 n. 838.
- Regione Liguria, Deliberazione Giunta Regionale n. 929/2004.
- Regione Marche, Deliberazione del Consiglio regionale del 30 novembre 1999 n. 277.
- Regione Marche, Deliberazione Giunta Regionale del 29 giugno 2004 n. 738.
- Regione Marche, Legge Regionale del 20 giugno 2003 n. 1.
- Regione Puglia, Deliberazione Giunta Regionale n. 1326 del 4 settembre 2003.
- Regione Puglia, Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 rep. n. 2276.