

**Eleonora De Luca**

**LE RISORSE FINANZIARIE  
ASSEGNATE AL SERVIZIO  
SANITARIO NAZIONALE  
E LA LORO RIPARTIZIONE**

**FrancoAngeli**

OPEN  ACCESS





Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

**FrancoAngeli Open Access** è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

[http://www.francoangeli.it/come\\_publicare/publicare\\_19.asp](http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

**Eleonora De Luca**

**LE RISORSE FINANZIARIE  
ASSEGNATE AL SERVIZIO  
SANITARIO NAZIONALE  
E LA LORO RIPARTIZIONE**

**FrancoAngeli**  
OPEN  ACCESS

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Publicato con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito*

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

# INDICE

<b>Introduzione</b>	Pag. 9
---------------------	--------

## **Capitolo I** **La tutela della salute**

1.1 La salute	» 11
1.2 Il diritto alla salute	» 12
1.3 L'istituzione del SSN	» 13
1.4 L'evoluzione del SSN	» 16
1.5 Gli organi e gli istituti del SSN	» 20
1.6 Le competenze del SSN e l'intesa Stato-Regioni	» 21
1.7 I LEA	» 24
1.8 L'erogazione dei LEA	» 27
1.9 Gli strumenti di monitoraggio e di valutazione	» 30

## **Capitolo II** **Il finanziamento nel settore sanitario**

2.1 L'evoluzione del finanziamento sanitario	» 41
2.2 Le fonti di finanziamento	» 45
2.3 La spesa Sanitaria	» 48
2.4 I componenti della spesa sanitaria	» 52
2.5 La spesa sanitaria privata	» 56
2.6 I fattori che aumentano la spesa sanitaria	» 60
2.7 Le misure di controllo della spesa	» 61
2.8 Un esempio di controllo della spesa sanitaria regionale: il Decreto Calabria	» 67

## **Capitolo III**

### **La ripartizione del finanziamento sanitario**

3.1	L'eterogeneità dei servizi sanitari regionali	»	73
3.2	La diversa organizzazione dei servizi sanitari regionali	»	77
3.3	La disciplina dei costi e il fabbisogno standard	»	78
3.4	Il Fondo sanitario regionale	»	80
3.5	La ripartizione del fondo sanitario regionale	»	86
3.6	Il calcolo del riparto regionale attraverso i costi standard	»	95
3.7	Il calcolo del riparto regionale attraverso la quota capitaria pesata	»	98
	<b>Conclusione</b>	»	103
	<b>Bibliografia</b>	»	105
	<b>Sitografia</b>	»	109

*A mia sorella e mio fratello,  
le colonne portanti della mia vita*





# INTRODUZIONE

La tutela della salute è un diritto fondamentale, da garantire a tutti gli individui in condizioni di equità, solidarietà e universalità. Proprio la Costituzione italiana sancisce, all'articolo 32, che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, garantendo cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge".

Con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, avvenuta mediante la L. n. 833/1978, l'intera disciplina della sanità muta forma e viene introdotto un sistema unitario all'interno del quale realizzare strategie di integrazione a tutela della salute sotto il profilo dell'informazione, della prevenzione, della diagnosi e della cura.

Nel corso degli anni le criticità che il Servizio Sanitario Nazionale ha incontrato sono state diverse, prima tra tutte il meccanismo di regolazione del finanziamento.

Ed infatti, sebbene inizialmente tale materia fosse di competenza esclusiva dello Stato, con la riforma del Titolo V della Costituzione, avvenuta nel 2001, si è passati ad una suddivisione delle competenze tra Stato e Regioni.

In particolare, lo Stato garantisce il finanziamento delle Regioni e decide quali trattamenti rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Invece, le Regioni gestiscono la quota di Fondo Sanitario Nazionale a loro assegnata in modo da poter assicurare una maggiore soddisfazione dei servizi.

Le singole Regioni, infatti, inviano alle aziende sanitarie le risorse finanziarie di cui hanno bisogno così da poter erogare le prestazioni di loro competenza incluse nei LEA.

Nello specifico, il Servizio Sanitario Nazionale reperisce le risorse finanziarie mediante diverse fonti: la fiscalità generale delle Regioni, le entrate proprie, la compartecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano e il Bilancio dello Stato. Tuttavia, le so-

le risorse del Fondo sanitario nazionale non permettono di finanziare l'erogazione dei servizi, ed infatti molto spesso le Regioni destinano parte delle proprie entrate alla copertura di tali servizi.

Nonostante il SSN si basi sui principi di equità e omogeneità di trattamento, innumerevoli sono state le differenze territoriali causate dal reperimento di queste risorse, che hanno portato, inevitabilmente, a una diversa incidenza sul territorio nazionale delle indicate fonti di entrata. Ancora oggi, infatti, questa disparità territoriale tra Regioni esiste e diventa sempre più marcata.

Il presente lavoro nasce, quindi, dalla volontà di approfondire le modalità con cui il Servizio Sanitario Nazionale si finanzia e comprendere le evidenti differenze tra le prestazioni sanitarie garantite sui diversi territori del Paese.

La pubblicazione, nello specifico, si compone di tre capitoli.

Nel primo capitolo, dopo una generale esposizione del concetto di salute e del diritto ad essa correlato, si esamina la nascita e l'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale analizzando i suoi organi, istituti e competenze. Viene, inoltre, indagato l'insieme delle attività, dei servizi e delle prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale eroga, ossia i Livelli Essenziali di Assistenza, e il modo in cui questi vengono gestiti, garantiti, monitorati e valutati.

Nel secondo capitolo viene trattato il sistema di finanziamento nel settore sanitario. L'attenzione è posta sulle fonti di finanziamento del SSN, sulla spesa sanitaria sostenuta, con particolare riguardo alla divisione tra spesa pubblica e spesa privata, nonché sui fattori che determinano un aumento della spesa stessa. Successivamente, vengono osservate le procedure per controllare e moderare la spesa sanitaria, trattando nello specifico le misure urgenti adottate per la Regione Calabria con il c.d. Decreto Calabria (D.L. n. 35/2019).

Infine, nell'ultimo capitolo si esaminano i Servizi sanitari regionali, il modo in cui sono organizzati e ripartiti, i criteri con cui le risorse finanziarie vengono destinate alle varie Regioni. Nella parte finale l'attenzione è posta sulla modalità di calcolo del riparto regionale attraverso i costi standard e la quota capitaria. Quest'ultima, più innovativa rispetto alla prima, permette un'equa soddisfazione dei bisogni ed una ripartizione corretta dei fondi disponibili a livello nazionale e regionale.

# 1. LA TUTELA DELLA SALUTE

## 1.1 La salute

La salute è un bene fondamentale e il suo concetto non corrisponde soltanto alla semplice assenza di malattie o fenomeni patologici, ma esprime nel suo insieme una totale efficienza psicofisica. Secondo l'interpretazione previdenziale, infatti, la malattia è riconducibile a qualsiasi cambiamento dello stato di salute, di durata superiore a tre giorni, che richieda l'assistenza medica o chirurgica o la somministrazione di mezzi terapeutici<sup>1</sup>.

La definizione di salute non deve, pertanto, essere concepita nella sua sola accezione negativa, ossia l'assenza di eventi morbosi, ma anche nel senso positivo di benessere biologico e psichico dell'individuo che deve essere preservato e promosso.

Ed infatti, così come dichiarato, all'art. 1 dello Statuto, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): “La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente un'assenza di malattia o infermità”.

In sostanza, tale assunto dichiara che la tutela della salute non avviene solo con la cura delle malattie e delle infermità, ma anche favorendo condizioni di benessere attuate mediante l'eliminazione di fattori che influiscono negativamente sulla salute collettiva.

Uno dei momenti importanti nell'evoluzione del concetto di salute è rappresentato dalla Carta di Ottawa<sup>2</sup> all'interno della quale si delinea il concetto della tutela della salute quale elemento essenziale per incrementare la quali-

<sup>1</sup> CINELLI M., Diritto della previdenza sociale: Dodicesima edizione interamente rivista e aggiornata, Giappichelli editore, 2015.

<sup>2</sup> Documento redatto durante la prima Conferenza internazionale per la promozione della salute il 21 novembre 1986.

tà della vita e, allo stesso tempo, ricchezza indispensabile per il progresso economico, sociale e individuale.

Il diritto alla salute mira a garantire non solo l'essere, vale a dire l'esistenza del soggetto, ma anche il suo benessere generale.

Successivamente, ulteriore importante passo è stato compiuto con la Dichiarazione di Jakarta<sup>3</sup>, dove all'interno del documento viene esplicitato l'obiettivo di aumentare la speranza di vita, favorendo la coesione e omogeneità tra i paesi e i diversi gruppi.

La conservazione e promozione della salute deve essere, quindi, pensata come un prezioso investimento per lo sviluppo umano e le strategie per garantirla possono sviluppare e modificare non solo gli stili di vita dei singoli individui, ma anche migliorare le condizioni sociali, economiche ed ambientali che determinano la salute stessa.

## 1.2 Il diritto alla salute

Alla base della nozione di salute si trova il diritto che ognuno ha a raggiungere la condizione di salute migliore possibile<sup>4</sup>.

La salute è un diritto dell'individuo e, per essere tale, è necessario che venga tutelato garantendo un ambiente salubre, ossia sano e non pericoloso per l'integrità psico-fisica della persona. Deve, inoltre, essere assicurato il diritto alle prestazioni sanitarie necessarie per prevenire e/o ristabilire il benessere globale psico-fisico della persona e, infine, garantire il diritto alla libertà di cura.

Infatti, la tutela della salute esige un'adesione libera e convinta, in altri termini un ruolo attivo e consapevole di chi viene considerato, in genere, soggetto passivo dell'intervento sanitario<sup>5</sup>.

In Italia, il diritto alla salute rappresenta il più importante tra i diritti sociali, la categoria di diritti che permette all'individuo di pretendere che lo Stato fornisca assistenza sanitaria. Lo Stato deve, infatti, garantire a tutti l'accesso a tale diritto, effettuando delle azioni necessarie a realizzarne l'effettiva fruizione<sup>6</sup>.

<sup>3</sup> Documento redatto durante la quarta Conferenza internazionale per la promozione della salute nel luglio 1997.

<sup>4</sup> BOBBIO G., MORINO M. (a cura di), *Lineamenti di Diritto Sanitario*, CEDAM, 2010.

<sup>5</sup> BENCIO LINI P., APRILE A., *Il diritto alla salute e coscienza sanitaria* (a cura di), MARTIN A. NACCARATO R., Cap. I., Cedam, 1989.

<sup>6</sup> BENCIO LINI P., APRILE A., *op.cit.*, (a cura di), Martin A., Naccarato R., Cedam (1989), pp. 2-4, cap. I.

Nell'ordinamento italiano, la fonte principale in materia di diritto alla salute è la Costituzione. In particolare, l'art. 32 recita "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, garantendo cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge".

Il diritto alla salute è direttamente collegato ai diritti inviolabili, di cui all'art. 2 della Costituzione, ove si garantisce e tutela l'integrità fisica e psichica della persona. Come tale, è un diritto inalienabile, intrasmissibile, indisponibile e irrinunciabile, valido *erga omnes*, vale a dire non solo per i cittadini italiani ma anche per gli stranieri. Il diritto alla salute deve essere, infatti, riconosciuto in condizioni di equità e universalità a tutti gli individui, indipendentemente dallo status socio-economico e del luogo di residenza.

Secondo la giurisprudenza, si tratta di un diritto primario e assoluto, protetto in modo pieno e immediatamente operante sia nel settore pubblico che privato<sup>7</sup>.

La sua inviolabilità deriva dal fatto che il Costituente ha riservato solo a questo diritto l'espressione di "fondamentale". La statuizione costituzionale, nello stabilire la tutela della salute quale "diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività", vincola lo Stato a promuovere ogni iniziativa e ad adottare programmi finalizzati alla migliore tutela possibile della salute<sup>8</sup>.

Il mantenimento di una condizione di totale benessere psico-fisico e sociale costituisce non solo un diritto essenziale dell'uomo, per i valori di cui lo stesso è portatore, ma anche un principale interesse della collettività per l'impegno ed il ruolo che l'individuo stesso è chiamato ad adempiere per lo sviluppo sociale e la crescita generale.

### 1.3 L'istituzione del SSN

La storia della tutela della salute in Italia, e le sue successive evoluzioni, può essere scomposta in tre momenti<sup>9</sup>, il primo dei quali si estende fino alla fine degli anni Trenta e si caratterizza per l'organizzazione del sistema di tutela della salute secondo il modello dell'assicurazione volontaria, unica forma di garanzia contro il rischio di malattia.

Gli strumenti inizialmente previsti erano le società di mutuo soccorso, associazioni no-profit alle quali era possibile iscriversi su base volontaria, a se-

<sup>7</sup> Sentenza Corte Cost. n. 88 /1979.

<sup>8</sup> BONOMI M.S., *Il diritto alla salute e il sistema sanitario nazionale*, in *federalismi.it*, 2014, pp. 1-2.

<sup>9</sup> TOTH F., *La sanità in Italia*, il Mulino, 2014, pp. 11-14.

guito del versamento di contributi. Questi contributi venivano successivamente utilizzati dalle stesse associazioni per corrispondere, solo ai propri associati, un'eventuale indennità in caso di malattia o infortunio<sup>10</sup>.

Le cure, in generale, venivano erogate da professionisti e da strutture di cura indipendenti rispetto alle compagnie di assicurazioni che ricevevano il rimborso da quest'ultime.

In tal caso, la tutela rispetto al rischio di malattia del lavoratore non poteva essere qualificata come un diritto riconosciuto all'individuo, ma dipendeva dall'interesse dei datori di lavoro e dalla realizzazione dell'obiettivo di un maggior sviluppo economico<sup>11</sup>.

Il limite principale dell'associazionismo mutualistico volontario si rinveniva nell'esiguo radicamento rappresentato da poco più del 5% della popolazione italiana<sup>12</sup>. Si comprese, quindi, l'inadeguatezza del sistema volontario e si pensò di introdurre delle forme di obbligo assicurativo.

In seguito, nel 1943, si introdusse il sistema mutualistico, mediante la Legge n.138, basato sull'istituto dell'assicurazione obbligatoria di malattia, con l'avvento di un sistema di tutela della salute fondato sull'assistenza pubblica e sulla previdenza sociale<sup>13</sup>.

In particolare, l'assistenza pubblica si riferiva alla protezione dei malati indigenti e alla cura delle cosiddette malattie sociali, ossia quelle patologie potenzialmente dannose per la salute e per la sicurezza collettiva. Diversamente, la previdenza sociale riguardava l'assistenza sanitaria dei lavoratori e dei loro familiari attraverso la sottoscrizione di assicurazioni obbligatorie contro il rischio di malattia<sup>14</sup>.

Anche in questo caso, il diritto alla tutela della salute era direttamente collegato non all'essere cittadino, ma all'essere lavoratore o un suo familiare con una conseguente totale disomogeneità di trattamento degli assistiti, in quanto le prestazioni assicurate dalle varie casse mutue erano diverse tra loro e non garantivano alcuna copertura a disoccupati e inoccupati.

A queste criticità si dovevano aggiungere, inoltre, la frammentazione istituzionale e organizzativa e il repentino declino finanziario del sistema, causato dagli elevati costi di gestione che portarono ad un sistema mutualistico non più in grado di garantire l'esercizio del diritto alla salute in condizioni di equità ed efficienza economico-finanziaria.

<sup>10</sup> TOTH F., *op.cit.* il Mulino, 2014, pp. 14-16.

<sup>11</sup> CONTICELLI M., *Privato e pubblico nel servizio sanitario*. Giuffrè Editore, 2012.

<sup>12</sup> CONTICELLI M., *op.cit.* Giuffrè Editore, 2012.

<sup>13</sup> PASQUINI M. e PASQUINI PERUZZI D., *Il Servizio Sanitario Nazionale. Profili funzionali e strutturali*, Jovene, Napoli, 1979, pp. 3-14.

<sup>14</sup> PASQUINI M. e PASQUINI PERUZZI D., *op.cit.*, pp. 1-23

Il terzo momento, infine, prese avvio nel 1978 con la Legge n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, conosciuta come la prima Riforma Sanitaria.

L'introduzione di una nuova idea di salute ha confermato la centralità del diritto alla salute come diritto che non sorge dall'appartenenza professionale ad una cassa mutua, ma quale diritto fondamentale riconosciuto dalla Costituzione<sup>15</sup>.

L'idea alla base della riforma risiede nella necessità di garantire una copertura sanitaria equa ed universale, "superando il concetto di una assistenza sanitaria differenziata per categorie sociali"<sup>16</sup>.

Dunque, emerge con chiarezza che l'obiettivo su cui si fonda la riforma è quello di creare un sistema unitario che permetta di realizzare politiche di integrazione a tutela della salute sotto diversi profili: quello dell'informazione, della prevenzione, della diagnosi e della cura.

In particolare, i principi su cui si basa il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono:

- universalità in quanto la tutela sanitaria deve essere garantita a tutti;
- unicità del soggetto istituzionale referente e garante delle prestazioni sanitarie;
- uguaglianza dei destinatari delle prestazioni in capo ai quali si configura un diritto pubblico soggettivo alla tutela della salute;
- globalità delle prestazioni secondo un sistema sinergico di assistenza;
- socialità per cui le prestazioni non sono relative alla sola cura, ma anche alla prevenzione e al controllo<sup>17</sup>.

Inoltre, deve essere garantito il rispetto della dignità e della libertà personale, da cui deriva il diritto alla libera scelta del medico e della struttura di cura nonché il pluralismo organizzativo, che deve essere interpretato come partecipazione dei diversi livelli amministrativi (statale, regionale e comunale) alla gestione del servizio<sup>18</sup>.

La più importante delle novità introdotte da questo momento in poi nella Sanità nazionale diviene l'idea di prevenzione, oltre che di cura delle malattie. Questo concetto doveva rappresentare il punto centrale di un sistema sanitario nazionale moderno capace di preservare il benessere di tutta la popolazione, a prescindere dalle singole condizioni individuali e sociali.

<sup>15</sup> JORIO E., *Diritto della sanità e dell'assistenza sociale*, Maggioli Editore, Rimini (2013).

<sup>16</sup> PASQUINI M. e PASQUINI PERUZZI D., *op.cit.*, pp. 12.

<sup>17</sup> Ed. Simone, *Legislazione sanitaria e sociale*, Napoli 2009 (1979), pp. 3-14.

<sup>18</sup> PASQUINI M. e PASQUINI PERUZZI D., *op.cit.*, pp. 111-124.



## 1.4 L'evoluzione del SSN

Dal punto di vista istituzionale, il SSN ha assunto un assetto decentrato<sup>19</sup>, assegnando all'amministrazione centrale, lo Stato, l'elaborazione della politica sanitaria nazionale da formalizzare in un documento di programmazione triennale, il Piano Sanitario Nazionale (PSN), che doveva essere approvato dal Parlamento. Inoltre, lo Stato stabiliva quali prestazioni sanitarie garantire agli individui e come erogarle grazie alla costituzione di un Fondo sanitario nazionale (FSN) alimentato da imposte generali e da contributi sociali, individuando così le risorse finanziarie necessarie per il perseguimento degli obiettivi preposti.

Alle Regioni era assegnato il compito di programmare sul territorio, con specifici interventi normativi regionali, l'assistenza sanitaria, che doveva avvenire tramite la predisposizione dei Piani Sanitari Regionali (PSR), in conformità con le indicazioni contenute nel Piano Sanitario Nazionale. Inoltre, ogni singola Regione doveva ripartire il Fondo sanitario regionale ricevuto dallo Stato tra le varie Unità Sanitarie Locali (USL) operanti sul territorio.

Invece, gli enti territoriali minori avevano il compito di garantire l'effettiva gestione ed erogazione del servizio mediante la gestione diretta delle Unità Sanitarie Locali<sup>20</sup>.

In questo caso, i Comuni rappresentavano le unità operative fondamentali del sistema sanitario nazionale in quanto amministravano i fondi provenienti dallo Stato<sup>21</sup>.

Nei casi in cui le USL non avevano strutture sufficienti per erogare i servizi, anziché creare nuove strutture o espandersi dimensionalmente, si avvalevano, oltre che degli operatori pubblici, anche dell'aiuto di operatori privati che si inserivano e operavano nel sistema sanitario mediante un rapporto di convenzioni.

Già negli anni ottanta, però, il SSN incontrò molte criticità ricollegabili principalmente all'erogazione di prestazioni di bassa qualità, alla smisurata burocratizzazione, alla presenza di sprechi e di corruzione causata dall'eccessiva intrusione dei partiti politici.

Le USL, infatti, guidate da un comitato di gestione (i cui membri erano

<sup>19</sup> TOTH F., *op.cit.*, pp. 48-51.

<sup>20</sup> L'art. 10 dalla legge di riforma le considera "Il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del Servizio Sanitario Nazionale".

<sup>21</sup> LAZZINI S., *Il finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale*, in L. Anselmi, *Percorsi aziendali per le pubbliche amministrazioni*, Giappichelli, 2014, p. 180

nominati dai consiglieri comunali), divennero immediatamente punto di sbocco per i partiti, che finirono per utilizzare le risorse destinate alla sanità per fini politico-clientelari.

Tuttavia, la maggiore difficoltà del modello si rivelò il sistema di finanziamento del SSN. Non potendo, infatti, quantificare le risorse finanziarie da erogare alle USL, il criterio utilizzato era quello della “spesa storica”, in base al quale alle USL venivano destinate le risorse percepite l’anno precedente, con l’aggiunta del tasso di inflazione. Fu così che iniziò a lievitare, consapevolmente, la spesa pubblica sanitaria, tant’è che ogni anno le USL sfioravano l’ammontare di risorse loro assegnate così da ricevere una cifra molto più grande l’anno successivo.

La necessità di riformare il SSN si fece sempre più chiara a seguito del processo di conversione verso l’euro e i vincoli di integrazione europea<sup>22</sup>, nonché con l’introduzione del processo di aziendalizzazione e la regionalizzazione.

Questo riordino del SSN venne definita la “Seconda Riforma Sanitaria”, costituita dal D.Lgs. n. 502 del 1992, il cosiddetto Decreto Amato-De Lorenzo, poi parzialmente modificato dal D.Lgs. n. 517/1993<sup>23</sup> e integrato dal D.Lgs. n. 229/1999 conosciuto come Decreto Bindi.

Nello specifico, è stata ampliata la libertà di scelta del luogo di cura da parte degli assistiti, permettendo l’accesso sia alle strutture pubbliche che private, e di conseguenza l’instaurazione di un regime di concorrenza amministrata dai fornitori che operano all’interno del SSN così da assicurare agli individui una migliore assistenza e libertà di scelta.

Furono previsti nuovi strumenti d’accesso, quali l’autorizzazione e l’accreditamento, con lo scopo di avere teoricamente un legame meno forte con la funzione di programmazione<sup>24</sup>.

La riforma ha cercato di rendere anche l’assistenza sanitaria economicamente più sostenibile nel medio-lungo periodo, permettendo un processo di spolticizzazione della sanità, in particolar modo nei confronti dei comuni grazie all’inserimento di elementi di mercato<sup>25</sup>.

Con il riordino della disciplina in materia sanitaria si introdusse, quindi, un sistema di mercato aperto che mirava essenzialmente a razionalizzare la

<sup>22</sup> LAZZINI S., *op.cit.*, Giappichelli, 2014, p. 25.

<sup>23</sup> Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, *Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.*

<sup>24</sup> CONTICELLI M., *Privato e pubblico nel servizio sanitario*. Giuffrè Editore, 2012

<sup>25</sup> CONTICELLI M., *op.cit.*

spesa per il SSN e a responsabilizzare le Regioni nella loro gestione del budget<sup>26</sup>.

Si modificò, quindi, l'assetto istituzionale con il passaggio da una struttura di governo articolata su tre livelli, Stato-Regione-Comune, ad una bipartizione di poteri, Stato-Regione.

Alle Regioni vennero conferiti importanti poteri di programmazione e controllo di gestione, mentre allo Stato lo svolgimento di funzioni di garanzia più che di indirizzo.

Infatti, le Regioni con la nuova normativa assumevano il ruolo di "capi-gruppo"<sup>27</sup>, vale a dire delle vere e proprie holding responsabili di organizzare i servizi e l'attività destinata alla tutela della salute, i criteri di finanziamento delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

Le Regioni sono così divenute le sedi privilegiate per assicurare un determinato livello quantitativo e qualitativo di servizi da erogare in modo da soddisfare il bisogno di salute dei cittadini.

Inoltre, il processo di aziendalizzazione che ha interessato la Pubblica Amministrazione ha coinciso con l'introduzione, nelle aziende sanitarie e ospedaliere, di logiche di tipo manageriale e gestionale tipiche delle aziende private, così da perseguire i criteri di economicità, oltre che di efficacia ed efficienza.

In particolare sono stati previsti strumenti fondamentali per il controllo di gestione quali: il piano programmatico, della medesima durata del Piano Sanitario Regionale, che definisce le linee strategiche dell'azienda sanitaria; il bilancio pluriennale di previsione, che traduce in termini economico patrimoniali le scelte operate nel piano programmatico dell'azienda sanitaria; il bilancio economico preventivo, ossia il budget; la contabilità analitica per centri di costo; un sistema di reporting<sup>28</sup>.

L'ultimo grande passo legislativo compiuto dal SSN è rappresentato dal decreto legislativo n. 229 del 1999, conosciuto come Decreto Bindi. Esso introduce la cosiddetta Riforma-ter, con cui termina il lungo processo di costruzione e razionalizzazione fondamentale per rendere efficiente ed efficace il servizio sanitario.

Il concetto riformatore alla base della Riforma Bindi è la ridefinizione dei principi guida in materia di sostenibilità finanziaria secondo appro-

<sup>26</sup> COPPOLA F. S., CAPASSO S., RUSSO L., *Profili evolutivi del Ssn italiano: analisi e sintesi della produzione normativa dal 1978 ad oggi*, Pavia 2011, p. 4.

<sup>27</sup> COPPOLA F. S., CAPASSO S., RUSSO L., *op.cit.*, Pavia 2011, p. 6.

<sup>28</sup> ANSELMI L., SAITA M., *La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie*, in *Il sole 24 Ore*, Milano, 2002.

priatezza, economicità ed evidenza scientifica nelle scelte d'uso delle risorse.

In particolare, sono stati ridefiniti quelli che sono i principi alla base della tutela della salute e delineati i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, ponendo particolare attenzione alla programmazione sanitaria.

Infatti, tale provvedimento riconsegna un ruolo importante allo strumento della programmazione nella regolazione dei rapporti fra pubblico e privato, soprattutto in riferimento al sistema d'accesso al mercato sanitario.

Nello specifico, le Regioni e le aziende sanitarie locali definiscono gli accordi con le strutture pubbliche ed equiparate e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche attraverso intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale<sup>29</sup>.

All'interno di questi accordi sono concordati e indicati: gli obiettivi di salute, il volume massimo delle prestazioni separato per tipologia e modalità di assistenza delle strutture, i requisiti dell'erogazione del servizio con riguardo all'accessibilità e all'appropriatezza clinica e organizzativa, nonché ai tempi di attesa e alla continuità assistenziale, gli obblighi di informazione delle strutture erogatrici necessari per assicurare il monitoraggio degli accordi ed eseguire i controlli esterni sull'appropriatezza delle prestazioni e il corrispettivo dovuto a fronte delle attività concordate<sup>30</sup>.

La distribuzione dei compiti ai soggetti erogatori non viene più determinata dalla scelta libera dell'individuo, ma dal potere del titolare del servizio e dalle successive contrattazioni realizzate tra questo e i gestori che ne determinano l'ambito di esercizio. Per questo motivo, vengono delineate contrattazioni di volumi preventivi e predefiniti di prestazioni erogabili in funzione della massima spesa prefissata, adatti alla disciplina dell'accredimento, riconosciuto sulla base del fabbisogno regionale e degli accordi contrattuali.

Con la Riforma-ter, però, il sistema di finanziamento del servizio sanitario non entra nel vivo e, infatti, il primo meccanismo di finanziamento è contenuto nelle "Disposizioni in materia di federalismo fiscale", D. Lgs. n. 56/2000<sup>31</sup>, con cui il sistema tocca il massimo grado di regionalizzazione<sup>32</sup>.

<sup>29</sup> Art. 8-*quinquies*, c. 2, del D. Lgs n. 502 del 1992

<sup>30</sup> CILIONE G., *Diritto Sanitario Profili costituzionali e amministrativi, ripartizione delle competenze, organizzazione, prestazioni, presidi sanitari privati, professioni*, Maggioli. 2013. p. 165.

<sup>31</sup> D.Lgs. 18 febbraio 2000, n. 56, Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133.

<sup>32</sup> CAPASSO S., *op.cit.*, p. 11.

Il Decreto prevede, infatti, un sistema di finanziamento basato sulla capacità fiscale regionale, anche se corretto da adeguate misure perequative, il cui scopo è quello di rendere le Regioni contemporaneamente sia finanziariamente autonome che responsabili della gestione dei singoli Sistemi Sanitari Regionali.

## 1.5 Gli organi e gli istituti del SSN

Il principale organo del Servizio Sanitario Nazionale è il Ministero della Salute, il quale stabilisce gli obiettivi generali da raggiungere per la salute pubblica, l'importo del fondo sanitario, il criterio di ripartizione di tale fondo alle Regioni attraverso il Piano Sanitario Nazionale approvato dal Parlamento. Tale Ministero definisce, inoltre, i criteri per l'erogazione dei servizi, le linee guida per la formazione e l'aggiornamento di medici, infermieri e tecnici, come anche i sistemi di controllo e verifica dei risultati ottenuti.

L'organizzazione del Ministero della Salute è di tipo accentrato e gli uffici si suddividono in tre principali dipartimenti, divisi successivamente anch'essi in direzioni generali.

I dipartimenti sono:

1. *Sanità pubblica e innovazione*: coordina, vigila e interviene direttamente in ambito di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, delle condizioni di vita delle persone, di promozione e sviluppo della ricerca;
2. *Programmazione e ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale*: coordina, vigila e interviene direttamente in materia di sviluppo, monitoraggio e programmazione di sistemi di garanzia della qualità del SSN, formazione del personale del SSN, assistenza sanitaria all'estero;
3. *Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e organi collegiali per la tutela della salute*: compete in materia di sanità pubblica veterinaria, valutazione del rischio in materia di sicurezza alimentare, funzionamento del Consiglio Superiore di Sanità, alimentazione animale.

Al funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale concorrono, poi, altri istituti che sono alle dipendenze del Ministero<sup>33</sup>:

- **L'Istituto Superiore di Sanità(ISS)**: l'organo tecnico-scientifico che si occupa di preparare i piani sanitari nazionali, di sperimentare nuovi far-

<sup>33</sup> BAGGIO S., La responsabilità della struttura sanitaria, Giuffrè Editore, 2008; [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

maci o metodi di cura e di effettuare formazione attraverso convegni e dibattiti scientifici a carattere nazionale e internazionale.

- **Il Consiglio Superiore della Sanità:** formato da 50 membri non di diritto e da membri di diritto indicati dal ministero, tra cui il presidente dell'ISS e il direttore generale dell'AIFA. Il suo compito è quello di verificare gli interventi nel campo dell'igiene e della salute pubblica, dando il suo parere agli organi decisionali.
- **La Agenzia italiana del Farmaco(AIFA):** ha il compito di registrare in tempi brevi i medicinali necessari per la cura delle malattie rare e delle malattie che non hanno possibilità di cura alternative. Responsabilità dell'Agenzia è anche la comunicazione e il sistema di informazione sui farmaci alla popolazione, la vigilanza e il controllo delle officine di produzione farmaceutiche, la verifica sull'applicazione delle leggi in merito alla distribuzione, importazione, esportazione e buon funzionamento delle procedure di allerta e emergenza.
- **L'Istituto per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro(ISPESL):** organo tecnico-scientifico per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, in collaborazione diretta con enti pubblici e privati. Quest'organo è stato poi soppresso dalla Legge 122/2010 e oggi le sue funzioni sono svolte dall'*INAIL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro)*.
- **Gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali:** mezzo attraverso i quali le Regioni e le Province possono realizzare studi di ricerca sull'igiene e sulla conformità degli allevamenti e delle produzioni zootecniche e, quindi, sulla sanità veterinaria. Assicurano, inoltre, la formazione continua e il costante aggiornamento di veterinari e altri operatori del settore zootecnico.

## 1.6 Le competenze del SSN e l'intesa Stato-Regioni

Nell'ambito delle sue competenze il Servizio Sanitario Nazionale mira<sup>34</sup>:

- al superamento delle disomogeneità del territorio in riferimento alle condizioni socio-sanitarie del paese;
- alla sicurezza del lavoro in modo da prevenire ed eliminare condizioni che pregiudicano lo stato di salute e garantire nei luoghi di lavoro (quali fabbriche, industrie e altri ambienti) gli strumenti ed i servizi necessari;
- alla tutela della maternità e dell'infanzia, favorendo la diminuzione e eli-

<sup>34</sup> [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

minazione dei fattori di rischio collegati alla gravidanza e al parto, così da migliorare le condizioni di salute della madre e ridurre il tasso di patologia e di mortalità perinatale ed infantile;

- alla promozione della salute in età evolutiva, cercando di garantire il servizio medico negli istituti scolastici pubblici e privati di ogni ordine e grado e favorendo, con ogni mezzo, l'integrazione dei soggetti;
- alla tutela sanitaria delle attività sportive;
- alla salvaguardia della salute degli individui in età avanzata anche al fine di prevenire ed eliminare le condizioni potenziali di isolamento;
- alla tutela della salute psichica dell'individuo, privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione per incentivare il loro recupero ed il reinserimento sociale.

Originariamente l'art. 117 della Costituzione attribuiva potestà legislativa esclusiva allo Stato e alle Regioni a Statuto speciale per le materie indicate nei rispettivi statuti. I limiti di questo potere erano, oltre al rispetto della Costituzione, i principi generali dell'ordinamento giuridico dello Stato, le norme fondamentali delle riforme economiche e sociali, gli obblighi internazionali dello Stato.

Le singole Regioni non avevano una potestà legislativa autonoma, ma solo competenze in materia molto specifiche e limitate, come la polizia locale urbana e rurale, il turismo e la viabilità, la caccia, l'assistenza sanitaria ed ospedaliera, tutte le altre erano in capo allo Stato centrale<sup>35</sup>.

Successivamente, con la Legge costituzionale n. 3 del 2001, recante le modifiche al Titolo V della parte II della Costituzione, si tentò di ripartire le competenze legislative tra Stato, Regioni ed enti territoriali minori garantendo la partecipazione di tutta la popolazione.

Allo Stato spettava il compito di definire l'indirizzo e il coordinamento delle Regioni in materia sanitaria, i quali venivano esercitati attraverso delibere del Consiglio dei Ministri proposte a sua volta dal Ministero.

Le Regioni, invece, emanavano atti con efficacia legislativa in base alle loro competenze e nel rispetto dei principi legislativi statali, definendo i livelli essenziali regionali ed esercitavano, inoltre, le funzioni sanitarie proprie o a loro delegate.

Infine, erano attribuite ai comuni tutte le funzioni amministrative in ma-

<sup>35</sup> MARTINEZ T., RUGGERI A., SALAZAR C., Lineamenti di diritto regionale, IX edizione, Giuffrè, Milano, 2002.

teria di assistenza sanitaria ed ospedaliera che non erano espressamente riservate allo Stato ed alle Regioni.

L'innovazione più vistosa introdotta dalla riforma costituzionale è rappresentata dall'inversione del criterio finora utilizzato per individuare gli ambiti della potestà legislativa assegnati, rispettivamente, allo Stato e alle Regioni.

Per accordare le varie realtà sanitarie con l'universalità e l'equità del diritto alla salute era necessario, indipendentemente dal luogo di residenza, riconoscere anche il diritto di ogni assistito di scegliere dove curarsi. Tutto ciò ha dato la possibilità di scegliere di curarsi in strutture appartenenti al servizio sanitario di un'altra Regione, indipendentemente dal sistema sanitario di riferimento.

Nel corso del tempo il concetto di tutela della salute è stato decisamente ampliato rispetto alla precedente assistenza sanitaria ed ospedaliera definendolo, così, materia di competenza concorrente Stato-Regioni.

Ed infatti, lo Stato decide quali trattamenti rientrano nei LEA, con la suddivisione delle risorse tra le varie Regioni, e garantisce il loro finanziamento<sup>36</sup>, mentre le Regioni gestiscono la quota di Fondo Sanitario Nazionale che viene ad esse assegnata così da dare la possibilità agli utenti di fruire di un servizio più o meno soddisfacente.

Si nota, così, come, a livello operativo, il ruolo decisivo sia nelle mani delle Regioni, le quali hanno ampi spazi di autonomia nella configurazione del sistema organizzativo e funzionale dei propri servizi sanitari, vedendo loro attribuite, ad esempio, le decisioni in materia di accreditamento, sperimentazioni gestionali, assistenza indiretta e importanti competenze per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica<sup>37</sup>.

Tuttavia, dato che alla legislazione nazionale seguono norme regionali, si delineano delle differenze tra le Regioni, differenze causate anche dalle diverse concezioni politiche e prassi di gestione delle tematiche sanitarie, definite dalla combinazione di molteplici fattori.

Tutto ciò in quanto, in primis, i modelli regionali si diversificano sia per la realtà assistenziale di riferimento che per i bisogni degli abitanti: ed infatti, la domanda e l'offerta di servizi sanitari è diversa tra loro nei vari territori regionali.

<sup>36</sup> NUZZO A., CARLE F., ANESSIPESSINA E., *Processo di decentramento del SSN ed evoluzione dell'equità interregionale nell'assistenza sanitaria nel periodo 2001-2012*, Mecosan; FrancoAngeli, 2018.

<sup>37</sup> VITIELLO B., *La sanità pubblica: specchio della realtà dei rapporti Stato-Regioni (con riferimenti alla finanziaria 2007)*, in *Le istituzioni del federalismo*, n 6/2006, Maggioli Editore.



Poi, i modelli regionali possono essere concepiti come dei sistemi “aperti”, in cui viene riconosciuto ampio spazio alla concorrenza tra strutture pubbliche o private e alla libertà di scelta dell’utente. Ancora, sono concepibili anche come sistemi “programmati”, in cui è predominante il ruolo esercitato dall’amministrazione titolare del servizio nella predisposizione dell’offerta.

Un altro elemento di diversificazione dei vari modelli regionali è rappresentato dal rapporto tra Regione ed Asl più o meno dirigitico, ovvero caratterizzato da una maggiore autonomia, quindi decentrato.

Per concludere, i Servizi Sanitari Regionali si distinguono per il maggiore o minore coinvolgimento delle risorse private, sia in sede di erogazione dei servizi, sia durante lo svolgimento delle attività strumentali all’esercizio dei compiti istituzionali.

## 1.7 I LEA

All’interno del nostro SSN una funzione importante è assegnata ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ossia l’insieme delle attività, dei servizi e delle prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) eroga a tutti i cittadini. I LEA vengono erogati gratuitamente o dietro il pagamento di un ticket, indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale<sup>38</sup>.

L’espressione Livelli Essenziali di Assistenza non è nuova nel settore sanitario: infatti, già la legge che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale individuava varie disposizioni, senza fare espressamente riferimento ai LEA, che garantivano un limite al di sotto del quale non erano ammesse differenze territoriali nelle prestazioni sanitarie.

I LEA furono proposti per la prima volta, anche se solo in teoria, in occasione della promulgazione del D. Lgs. n. 502/1992, documento all’interno del quale i livelli vengono aggettivati come “uniformi”.

In particolare, l’art. 1 prevedeva che “i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale sono stabiliti con il Piano Sanitario Nazionale [...] in coerenza con l’entità del finanziamento assicurato al Servizio Sanitario Nazionale”.

Come già detto in precedenza, tra le altre innovazioni presenti nella riforma si trova la nascita delle aziende sanitarie e, non da meno, un federalismo fiscale a carico delle Regioni, soprattutto sotto il punto di vista della pro-

<sup>38</sup> [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

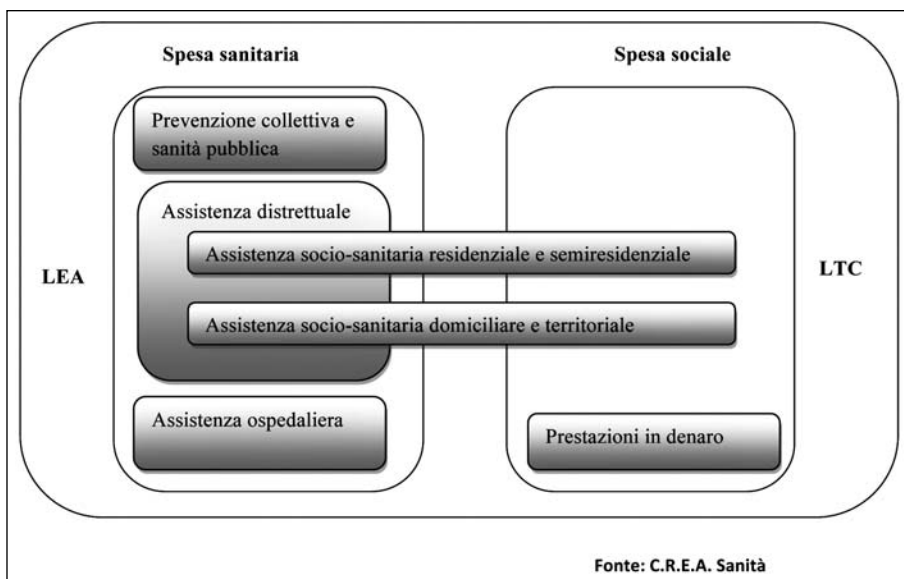
grammazione e pianificazione economico-sanitaria. Si assegna, così, alle Regioni la possibilità di garantire ulteriori prestazioni, rispetto a quelle incluse nell'elenco nazionale, utilizzando risorse proprie.

Tuttavia, è con il D. Lgs. n. 229 del 1999 che i LEA vengono specificati non più solo come “uniformi”, ma anche “essenziali” e viene modificato il rapporto tra determinazione dei livelli e risorse finanziarie.

Ciononostante, per diventare concreti e tangibili i livelli essenziali di assistenza dovranno attendere la pubblicazione del D.P.C.M. del 29 novembre 2001 in cui è contenuta la “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”.

Per quanto riguarda il finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, essi dovrebbero essere integralmente coperti dalla spesa pubblica e solo attraverso le compartecipazioni con la spesa privata. Tuttavia, due forme di assistenza, ossia socio-sanitaria domiciliare e territoriale e socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale, sono finanziate anche dalla spesa sociale di interesse sanitario. I servizi assistenziali destinati alla *long term care* (LTC), pertanto, escono dal perimetro della spesa sanitaria, sfuggendo a tutte le analisi che non prendono in considerazione la spesa sociale di interesse sanitario<sup>39</sup>.

Fig. 1.1 – Finanziamento pubblico dell'assistenza socio-sanitaria.



<sup>39</sup> 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018. Disponibile a: [www.crea-sanita.it/images/rapportosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf](http://www.crea-sanita.it/images/rapportosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf)

I LEA possono essere raggruppati in tre macro settori<sup>40</sup>:

- » *Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro*: comprende l'insieme delle attività e delle prestazioni svolte per la promozione della salute della popolazione. Tra queste si collocano la tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, la profilassi delle malattie infettive e la sanità pubblica veterinaria.
- » *Assistenza distrettuale*: comprende le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio. Tra questi si trovano la medicina di base, l'assistenza farmaceutica, i servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi, i servizi consultoriali, le strutture semiresidenziali e residenziali.
- » *Assistenza ospedaliera*: comprende i servizi di pronto soccorso, ricovero ordinario, day hospital, cioè gli esami medici in un giorno e day surgery, ossia le operazioni chirurgiche in un giorno, la lungo-degenza e la riabilitazione.

All'interno delle tre macro categorie è inclusa l'assistenza specifica rivolta a particolari tipologie di cittadini, quali possono essere: gli invalidi, i soggetti affetti da malattie rare, i soggetti affetti da fibrosi cistica, i nefropatici, i diabetici, i malati del Morbo di Hansen e gli individui residenti in Italia autorizzati alle cure all'estero.

Il provvedimento indica con attenzione ciò che deve essere assicurato a tutti, indipendentemente dalla Regione di residenza, indicando le prestazioni non dovute dal SSN, perché ritenute non collegate alla tutela della salute o perché troppo onerose rispetto ad altre cure.

Proprio nell'ambito dei LEA ci sono state importanti novità ad inizio 2017 con il nuovo D.P.C.M. del 12 gennaio<sup>41</sup> contenente i nuovi Livelli essenziali di assistenza (LEA). Il provvedimento, predisposto in attuazione della Legge di stabilità 2016, vincola 800 milioni di euro per l'aggiornamento dei LEA<sup>42</sup>.

L'obiettivo alla base del nuovo provvedimento è quello di creare un Servizio Sanitario Nazionale che sia sempre al passo con le innovazioni tecnologiche e scientifiche e che risponda a pieno alle esigenze dei cittadini.

<sup>40</sup> 4° Rapporto sulla Sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2019. Disponibile a: [www.rapportogimbe.it](http://www.rapportogimbe.it)

<sup>41</sup> Pubblicato in G.U. il 18 marzo 2017 (supplemento ordinario n. 65)

<sup>42</sup> Gli 800 milioni di euro stanziati dalla legge di stabilità vengono, quindi, allocati nei 3 livelli assistenziali, destinando: 600 milioni per l'assistenza distrettuale (così suddivisi: specialistica 380 milioni, protesi 153 milioni); 220 milioni di euro per la prevenzione sanitaria (vaccini); I 20 milioni di euro aggiuntivi derivano da un risparmio dovuto al trasferimento di prestazioni dall'assistenza ospedaliera ad altri ambiti assistenziali.

Le principali novità introdotte dal provvedimento sono<sup>43</sup>:

- Diffusione di procedure diagnostiche e terapeutiche entrate nella pratica clinica corrente e che possono essere erogate in ambito ambulatoriale.
- Innovazione del nomenclatore dell'assistenza protesica, introdotta grazie ad ausili protesici tecnologicamente avanzati eliminando ausili di scarsa qualità e con caratteristiche tecniche insufficienti.
- Aggiornamento degli elenchi delle malattie rare, croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dal ticket.
- Aggiornamento della lista delle prestazioni sanitarie che il Servizio Sanitario Nazionale offre gratuitamente, senza pagamento di alcun ticket, alle coppie e alle donne in età fertile e durante la gravidanza e in puerperio.
- Offerta di nuovi vaccini e individuazione di nuovi destinatari in accordo con il nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale.
- Introduzione dello screening neonatale per la sordità congenita e la cataratta congenita ed estensione a tutti i nuovi nati dello screening neonatale esteso per le malattie metaboliche ereditarie.
- Inserimento dell'endometriosi nell'elenco delle patologie croniche e invalidanti, negli stadi clinici moderato e grave.
- Trasferimento della celiachia dall'elenco delle malattie rare all'elenco delle malattie croniche.
- Aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza per la diagnosi precoce, la cura e il trattamento individualizzato dei disturbi dello spettro autistico.
- Inserimento nella specialistica ambulatoriale di tutte le prestazioni necessarie per la procreazione medicalmente assistita, omologa ed eterologa.

Inoltre, per garantire l'aggiornamento continuo, le valutazioni sull'eliminazione di prestazioni e servizi obsoleti e sui servizi a carico del SSN innovativi o efficaci per la cura dei pazienti, è stata istituita la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio Sanitario Nazionale, di cui si approfondirà nel prosieguo del capitolo.

## **1.8 L'erogazione dei LEA**

L'erogazione dei LEA viene gestita e garantita dal SSN attraverso l'intervento sia di soggetti pubblici(aziende sanitarie e ospedaliere, aziende ospeda-

<sup>43</sup> [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

liero-universitarie, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici), sia di soggetti privati equiparati (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico privati, ospedali classificati), sia anche di soggetti privati accreditati (strutture private con cui le varie Regioni stipulano contratti e accordi).

L'erogazione dell'assistenza sanitaria e sociale avviene in diversi ambienti che, anche se solitamente identificati in "ospedale" e "territorio", concretamente comprende varie articolazioni "ufficiali" (ambulatoriale, domiciliare, residenziale, semi-residenziale, etc.) e modelli organizzativi nuovi (ospedale di comunità, cure intermedie, etc.).

Ogni ambiente è contraddistinto da molteplici e diversi requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali, c.d. patrimonio STOP, capaci di influenzare la qualità dell'assistenza sanitaria, sia in termini di processi che esiti di salute.

L'erogazione dei LEA può avvenire in diversi modi:

- **singole prestazioni:** si distinguono in preventive, diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, assistenziali, educazionali, palliative, etc.;
- **episodi di cura:** è prevista l'erogazione di differenti prestazioni (es. ricovero per acuti, accesso domiciliare);
- **percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA):** l'iter può avvenire all'interno dello stesso ambiente oppure integrando ambienti differenti<sup>44</sup>.

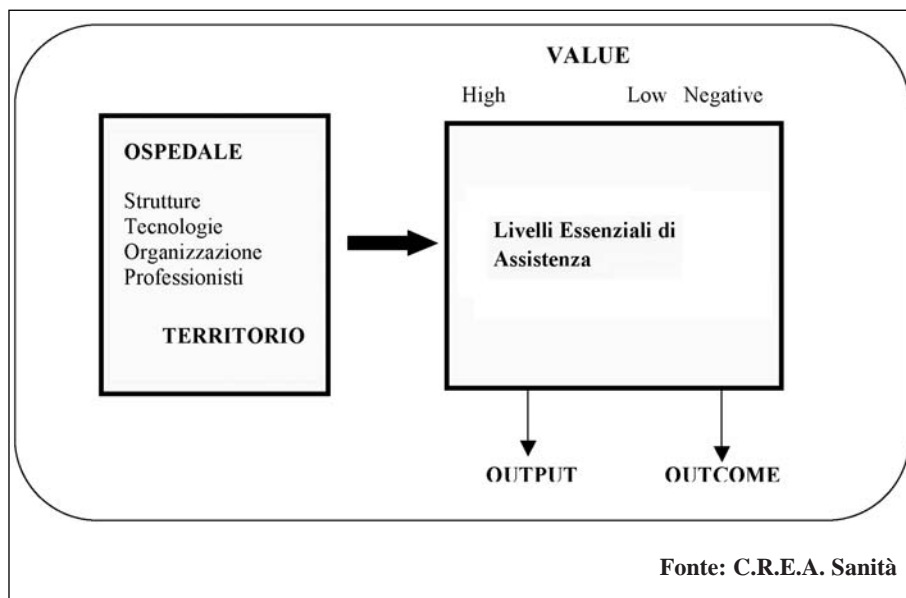
I risultati, a prescindere dal modo di erogazione dei processi clinico-assistenziali e organizzativi, possono essere esaminati in termini di:

- **Output:** quantificano la capacità dell'organizzazione di produrre in maniera efficiente servizi e prestazioni sanitarie;
- **Outcome:** presentano evidenze dal mondo reale sul miglioramento dello stato di salute e della qualità di vita<sup>45</sup>.

<sup>44</sup> 4° Rapporto sulla Sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2019. Disponibile a: [www.rapportogimbe.it](http://www.rapportogimbe.it)

<sup>45</sup> 4° Rapporto sulla Sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2019. Disponibile a: [www.rapportogimbe.it](http://www.rapportogimbe.it)

Fig. 1.2 – Modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria e sociale.



Ai servizi erogati si applicano le tariffe indicate dal D. Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992. L'intero sistema tariffario è stato sviluppato intorno al costo della singola prestazione fornita e prevede tre tipologie di tariffe:

- Tariffe nazionali: stabilite dal Ministero della Salute in accordo con il Ministero dell'Economia;
- Tariffe regionali: stabilite dalle singole Regioni;
- Tariffe utilizzate per la "compensazione della mobilità interregionale" (TUC, Tariffa Unica Convenzionale). Queste tariffe si riferiscono soltanto ai ricoveri.

Inoltre, con il D. L. n. 95/2012 è stato avviato un processo di razionalizzazione della spesa sanitaria, introducendo delle "disposizioni urgenti per l'equilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica", indicate nel Titolo V.

Nello specifico, il Decreto prevede che il Governo determini una tariffa massima rimborsabile a carico del SSN e che, in caso di superamento, la restante parte resti a carico della Regione che ha applicato una tariffa più elevata.

## 1.9 Gli strumenti di monitoraggio e di valutazione

La Commissione di monitoraggio<sup>46</sup> dell'attuazione del DPCM di definizione e aggiornamento dei LEA ha il compito di controllare l'attuazione del Decreto di definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Essa ne deve accertare l'uniformità di applicazione sul territorio nazionale e individuare gli strumenti finalizzati a garantire la piena e uniforme erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nel caso di errata, mancata o ritardata applicazione del Decreto da parte degli enti del SSN.

Altra novità introdotta è la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio Sanitario Nazionale<sup>47</sup>, nata sulla base delle indicazioni espresse dall'art. 1 della Legge 208/2015, "al fine di garantire l'efficacia e l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito dei LEA, anche in relazione all'evoluzione scientifica e tecnologica".

In riferimento, invece, al monitoraggio e alla verifica dei LEA, il Decreto Ministeriale del 12 dicembre 2001 ha individuato un gruppo di indicatori indirizzati alla raccolta di informazioni<sup>48</sup>. Queste informazioni, insieme ai dati di contesto e a quelli relativi lo stato di salute della popolazione, possono essere utili per costruire una valutazione a più dimensioni dell'assistenza sanitaria del Paese.

La Commissione è presieduta dal Ministro della Salute, con la partecipazione delle Regioni e il coinvolgimento dei soggetti con competenze tecnico-scientifiche disponibili a livello centrale e regionale.

A seguito dell'intesa Stato-Regioni, è stato affidato al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Comitato LEA)<sup>49</sup> il compito di verificare gli Adempimenti ai quali sono tenute le Regioni, così da poter accedere ad un maggior finanziamento del SSN.

<sup>46</sup> Istituita dal Decreto del Ministero della Salute del 12 gennaio 2017

<sup>47</sup> Richiamata dagli artt. 39, 41 e 43 del DPCM 2017

<sup>48</sup> Il Rapporto di monitoraggio dell'assistenza sanitaria è stato il primo strumento di monitoraggio, introdotto dal DM 12/12/2001 (emanato ai sensi del D. Lgs. N. 56/2000), e brevemente nominato "Sistema di garanzia"; esso era rappresentato da indicatori di monitoraggio che investivano tutti i livelli di assistenza e si esplicavano in termini di costo, di attività e di risorse. Per alcuni settori dell'assistenza sanitaria, consentivano anche valutazioni di appropriatezza, qualità e outcome. La pubblicazione dei risultati di questo monitoraggio avveniva attraverso un Rapporto nazionale ad ampia diffusione, a cadenza periodica. Attualmente, questo strumento è sostituito dall'Adempimento E.

<sup>49</sup> Il Comitato è composto da: quattro rappresentanti del Ministero della salute (di cui uno con funzioni di coordinatore); due rappresentanti del Ministero dell'Economia e delle Finanze; un rappresentante del Dipartimento per gli affari regionali della Presidenza del Consiglio dei Mi-

Il Comitato LEA, istituito con Decreto del Ministro della Sanità del 2005 sulla base dell'intesa Stato-Regione dello stesso anno, congiuntamente con il Tavolo di verifica degli adempimenti consente alle regioni coinvolte (sono escluse: la Valle d'Aosta, le due Province Autonome di Bolzano e Trento, il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna dal 2010) di accedere alla quota premiale del 3% delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario al netto delle entrate proprie.

Con il Patto per la salute 2010-2012, e quello successivo 2014-2016, i compiti e le funzioni attribuiti al Comitato sono stati ulteriormente integrati.

In particolare, il compito del Comitato è quello di controllare, nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, l'appropriatezza e l'efficacia ed il livello della qualità dell'utilizzo delle risorse<sup>50</sup>. Tutto deve avvenire assicurando un sufficiente grado di congruità tra le prestazioni erogate e le risorse disponibili messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale, in modo da promuovere e garantire l'effettiva erogazione e l'uniformità delle prestazioni sull'intero territorio<sup>51</sup>.

Questa funzione viene realizzata grazie ad un lavoro istruttorio preparato dagli uffici del Ministero, supportati dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S) e dell'Agenzia italiana per il farmaco (AIFA), in modo da poter procedere alla "Verifica degli Adempimenti"<sup>52</sup>.

È necessario, inoltre, avvalersi del patrimonio informativo afferente al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e dalle metodologie di supporto alla lettura dei dati ed alla comprensione dei fenomeni sanitari, consolidate nell'ambito del Sistema Nazionale di Verifica e Controllo dell'Assistenza Sanitaria (SiVeAS)<sup>53</sup>.

nistri; sette rappresentanti delle Regioni designati dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome".

<sup>50</sup> Atripaldi M., Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza, in *federalismi.it*, 15 novembre 2017.

<sup>51</sup> Ministero della Salute – Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, *Documento d'individuazione dei compiti del Comitato*, Roma, 14 febbraio 2006 su [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it).

<sup>52</sup> La certificazione annuale degli adempimenti regionali avviene attraverso l'invio alle Regioni di un Questionario formulato dal Comitato. Le informazioni ricevute vengono analizzate ed integrate e la documentazione prodotta diventa la base per lo svolgimento del lavoro istruttorio che deve trovare convalida da parte del Comitato. La certificazione finale è subordinata, oltre che all'approvazione del lavoro istruttorio, anche al confronto diretto con le Regioni. Il Comitato certifica l'adempienza o meno delle Regioni quale presupposto per la verifica finale degli adempimenti da parte del Tavolo tecnico presso il Ministero dell'economia e delle finanze, di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005.

<sup>53</sup> Istituito presso il Ministero della Salute in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge n. 266 del 23 dicembre 2005 ex. Art. 1, c. 288, 289, ha il compito di verificare che l'erogazione



In questa sfera è ricompresa anche la realizzazione del “mantenimento nell’erogazione dei LEA”, la cui certificazione si basa su di uno specifico gruppo di indicatori<sup>54</sup> ripartiti tra l’attività di prevenzione collettiva, l’assistenza distrettuale e l’assistenza ospedaliera<sup>55</sup>.

La metodologia di valutazione complessiva comprende un sistema di pesi che attribuisce ad ogni indicatore un peso di riferimento e assegna dei punteggi rispetto al livello raggiunto dalla Regione nei confronti di standard nazionali.

Lo strumento principale per il monitoraggio e la verifica dell’effettiva erogazione delle prestazioni sul territorio nazionale è rappresentata dalla “Griglia” LEA<sup>56</sup>. La realizzazione di questa sorta di schema riassuntivo consente una valutazione di sintesi dei punti di forza e delle criticità nell’erogazione dei servizi nelle singole Regioni<sup>57</sup> e determina, quindi, il livello raggiunto da ciascuna Regione in termini di performance dei sistemi sanitari regionali.

Per facilitare la lettura delle diverse situazioni regionali in termini di mantenimento nell’erogazione dei LEA, la “Griglia” si presenta con una rappresentazione grafica sintetica evocante un “Rosone”.

delle prestazioni sanitarie avvenga nel rispetto di criteri di appropriatezza, di qualità, di efficienza e di quanto previsto circa la garanzia dei LEA. Il SiVeAS stabilisce rapporti di collaborazione con esperti o altre strutture pubbliche o private, sia nazionali sia internazionali. Inoltre, affianca e controlla le Regioni che hanno stipulato l’accordo per il Piano di Rientro dai disavanzi. In generale, le attività che afferiscono al SiVeAS sono molteplici e forniscono un significativo supporto all’azione di sviluppo e diffusione di strumenti e *best practices* per il miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e delle organizzazioni sanitarie nel loro complesso, coinvolgendo una grande varietà di soggetti.

<sup>54</sup> Il set d’indicatori è soggetto a revisione e aggiornamento ad opera di un gruppo di esperti che lavorano all’individuazione di indicatori che siano dotati di un certo grado di affidabilità e rilevanza e che siano capaci di recepire le ultime indicazioni politiche programmatiche nazionali ed internazionali. Il panel di esperti, composto da tecnici operanti sui tre livelli di assistenza, valuta l’affidabilità, la significatività e la rilevanza dei singoli indicatori e ne propone al Comitato LEA l’eventuale conferma, modifica o sostituzione da un anno all’altro (Ministero della salute, op. cit.).

<sup>55</sup> Gli indicatori del primo livello valutano, tra l’altro, il grado di copertura vaccinale della popolazione residente, la partecipazione ai programmi di screening e i controlli sanitari per la sicurezza alimentare, quelli del secondo livello, l’assistenza domiciliare agli anziani e quella residenziale per i disabili, i malati terminali e le persone affette da disturbi mentali, mentre tra gli indicatori relativi al terzo livello (l’assistenza ospedaliera), due sono specificamente rivolti alla valutazione della qualità delle prestazioni ospedaliere (percentuale di pazienti, con età pari o superiore a 65 anni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario, e percentuale di parti cesarei primari), mentre gli altri sono centrati soprattutto su valutazioni di appropriatezza dell’assistenza erogata in ambito ospedaliero e quindi sull’uso efficiente delle risorse cliniche, oltreché dell’appropriato contesto terapeutico nel quale si eroga la prestazione sanitaria.

<sup>56</sup> Art. 10, co. 2, Intesa Stato-Regioni 3 dicembre 2009.

<sup>57</sup> Ministero della Salute, *op.cit.*, p. 564-627.

Di seguito viene riportata la legenda degli indicatori<sup>58</sup>, come classificati nella Griglia LEA:

Fig. 1.3 – Griglia LEA.

- 1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio,difterite, epatite B, pertosse, Hib)
- 1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
- 1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano ( $\geq 65$  anni)
2. Proporzioni di persone che ha effettuato il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervicite uterina, mammella, colon retto
3. Indicatore composito sugli stili di vita
4. Percentuali di unità locali controllate sul totale da controllare
5. MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO – Efficacia dei controlli per il contrasto di TUBERCOLOSI bovina – ( percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza; le regioni con status sanitario non omogeneo per territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni)
- 5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO – Efficacia dei controlli per il contrasto di BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina. OM 28 maggio 2015- ( percentuale di allevamenti controllati, trend della prevalenza e alimentazione dei sistemi informativi; Nota 1: le regioni con status sanitario non omogeneo, per specie e per territorio, vengono valutate con criteri previsti per le non ufficialmente indenni; Nota 2: se risultano inseriti in SANAN < 80% dei controlli sierologici, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore)
- 5.3 ANAGRAFI ANIMALI – Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06
- 6.1 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE- attuazione del Piano Nazionale per la ricerca dei Residui(PNR) di farmaci, sostanze illecite e contaminanti negli animali di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati
- 6.2 CONTROLLI SANITARI SVOLTI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI: con l'Accordo Stato-Regioni del 10 novembre 2016 è stata approvata una linea guida sui controlli ufficiali che modifica la base normativa di riferimento dell'indicatore 6.2 della Griglia LEA
- 6.3 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE – programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali ( tabelle 1 e 2 del DM 23/12/92); percentuali dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSa nei tempi previsti
- 7.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato ( per 100.000ab.) in età pediatrica (<18 anni) per : asma e gastroenterite
- 7.2 Tasso di ospedalizzazione standardizzato ( per 100.000ab.) in età adulta ( $\geq 18$  anni) per: complicanze ( a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco
8. Percentuale di anziani  $\geq 65$  anni trattati in ADI
- 9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani  $\geq 65$  anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti
- 9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani  $\geq 65$  anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti
- 10.1.1. Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti
- 10.1.2. Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti
- 10.2.1. Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti
- 10.2.2. Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti
11. posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore ( per 100)
12. Percentuale del consumo annuo ( espresso in DDD- Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT
13. Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica ogni 100 abitanti
14. Numero assistiti presso i Dipartimenti della salute mentale per 1.000 abitanti
- 15.1 Tasso di ospedalizzazione ( ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti
- 15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 abitanti
- 15.3 Tasso di accessi di tipo medico ( standardizzato per età) per 1.000 abitanti
17. rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di in appropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di in appropriatezza in regime ordinario
- 18.1.1. Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con  $\geq 1000$  parti
- 18.1.2. Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti
- 18.2 Percentuali di parti fortemente pre-termini avvenuti in punti nascita senza UTIN
19. Percentuale di pazienti ( età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario
21. Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)

Fonte: Elaborazione dati Ministero della Salute

<sup>58</sup> Ministero della Salute: Metodologia e Risultati dell'anno 2017, febbraio 2019, disponibile su [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2832\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2832_allegato.pdf)

Prendendo in analisi l'anno 2019, è stato effettuato il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e sono stati diffusi i dati, anche se provvisori. Nella tabella seguente sono resi noti i punteggi di tutte le Regioni, incluse quelle non sottoposte alla verifica degli adempimenti per l'accesso alla quota premiale.

Fig. 1.4 – Griglia Lea. Valutazione degli adempimenti.

	Valutazione Adempimenti-Punteggio complessivo									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Piemonte	174	167	186	201	200	205	207	221	218	188
Valle D'Aosta				n.d.				149	n.d.	n.d.
Lombardia	171	195	184	187	193	196	198	212	215	215
Liguria	137	169	176	187	194	194	196	195	211	206
Veneto	178	189	193	190	189	202	209	218	222	222
P.A. Trento				n.d.				185	n.d.	n.d.
P.A. Bolzano				n.d.				120	n.d.	n.d.
FVG				n.d.				193	n.d.	n.d.
Emilia Romagna	208	213	210	204	204	205	205	218	221	221
Toscana	185	177	193	214	217	212	208	216	220	222
Umbria	191	184	171	179	190	189	199	208	210	210
Marche	180	161	165	191	192	190	192	201	206	206
Lazio	132	152	167	152	168	176	175	180	190	203
Abruzzo	133	151	145	152	163	182	189	202	209	204
Molise	126	145	146	140	159	156	164	167	180	150
Campania	95	104	117	136	139	106	124	153	170	168
Puglia	74	123	140	134	162	155	169	179	189	193
Basilicata	164	167	169	146	177	170	173	189	191	172
Calabria	95	104	117	136	139	106	124	153	162	125
Sicilia	108	149	157	165	170	153	163	160	171	171
Sardegna				n.d.				140	n.d.	n.d.

Fonte: Ministero della Salute. "Monitoraggio LEA, metodologia e risultati dell'anno 2017", febbraio 2019, aggiornamento febbraio 2020

I punteggi finali vengono poi suddivisi in classi di valutazione:

Punteggio valutazione dei LEA	
Valutazione fino al 2014	Intervallo
adempiente	≥160
adempiente con impegno su alcuni indicatori critica	≥130 e < 160
	< 130
Valutazione dal 2015	Intervallo
adempiente	≥160 o compreso tra 140 e 160 e nessun indicatore critico
inadempiente	< 140 o compreso tra 140 e 160 con almeno un indicatore critico

In base all'indicatore complessivo, che riassume in modo aggregato lo stato di adempienza nei vari livelli di assistenza, si collocano oltre la soglia minima (160) cinque Regioni in Piano di rientro: al di sopra di 200 Abruzzo e Lazio, 193 la Puglia, stazionarie Campania, con punteggio 168, e Sicilia, con 173 punti.

In netto peggioramento la qualità dei servizi resi in Calabria e in Molise che, con un punteggio pari rispettivamente a 125 e 146 (162 e 180 nel 2018), risultano inadempienti secondo la "Griglia" LEA.

In riferimento alle Regioni fuori Piano, esse presentano un punteggio generale superiore alla soglia, con valori compresi tra i 172 punti della Basilicata (in peggioramento rispetto al 2018 in quanto aveva registrato 191) e i 222 di Veneto e Toscana e 221 dell'Emilia-Romagna<sup>59</sup>.

Complessivamente, i dati relativi alla rete ospedaliera e all'appropriatezza non segnano passi avanti significativi, anche se in leggero miglioramento. Questi sono tradizionalmente i punti critici dei livelli di assistenza, peraltro comuni a molte aree territoriali.

Riguardo alla prevenzione, i valori del numero di screening oncologici effettuati nelle Regioni in Piano sono estremamente contenuti, con eccezione del Lazio e dell'Abruzzo in linea con i valori richiesti. Arretrate, anche, in tutte le Regioni sono le vaccinazioni antinfluenzali per la popolazione anziana.

Tuttavia, grazie alle azioni intraprese con il Piano vaccinale 2017-19 si individua il miglioramento delle coperture vaccinali di bambini e adolescenti, pur restando forte in alcune Regioni la differenza rispetto alla soglia di riferimento.

Prendendo in esame, invece, la sicurezza e qualità delle cure, il ricorso ai parti cesarei resta esagerato in tutto il Paese, anche in strutture con un limitato numero di parti annuo. Inoltre, non è stato raggiunto in tutte le Regioni in Piano l'obiettivo di interventi tempestivi per alcune patologie per le quali gli esiti dell'operazione dipendono, in modo irreversibile, dalla velocità dei tempi necessari per il ricovero.

Si sottolineano, inoltre, le segnalazioni di inefficienti utilizzi delle risorse ospedaliere e di inadeguatezza della rete territoriale. Gli indicatori legati al tasso di ospedalizzazione degli *over75* risulta elevato soprattutto nelle Regioni del Centro-Nord, così come quelli relativi all'assistenza, domiciliare o presso strutture residenziali, di anziani e disabili, che risulta carente in tutte le Regioni in Piano.

<sup>59</sup> Rapporto 2021 sul Coordinamento della finanza pubblica della Corte dei Conti, su: <https://www.corteconti.it/Home/Documenti/RapportoCoordinamentoFP>

Tutte queste criticità si sono accentuate a causa della pandemia Covid19 e hanno portato, inevitabilmente, all'allungamento delle liste di attesa per le visite specialistiche, ma anche gravi ritardi per gli interventi programmati, nelle vaccinazioni di bambini e adolescenti, negli *screening* oncologici, ponendo a rischio i soggetti interessati.

È stata, inoltre, evidenziato come l'inadeguatezza della rete territoriale renda effettivamente gli ospedali il principale, e spesso l'unico, punto di riferimento per l'assistenza nella maggior parte del Paese.

Negli ultimi anni è stato introdotto il **Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)**, che permette di misurare, secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e della appropriatezza, le cure e i servizi rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) ricevuti, grazie anche all'ausilio delle numerose informazioni attualmente disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Tale misura di garanzia e monitoraggio, pubblicata il 14 giugno 2019 nella Gazzetta Ufficiale ed operativa a partire dal 1 gennaio 2020, rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA e aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000.

Nell'ambito del Comitato LEA è stato istituito un tavolo tecnico con l'obiettivo di sperimentare la metodologia di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza prevista dal decreto sul NSG.

Gli indicatori individuati nel Nuovo Sistema di Garanzia sono 88, di cui<sup>60</sup>:

- 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- 33 per l'assistenza distrettuale;
- 24 per l'assistenza ospedaliera;
- 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario;
- 1 indicatore di equità sociale;
- 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).

Nello specifico, il sottogruppo ha provveduto alla sperimentazione della metodologia di monitoraggio dei LEA prevista dal NSG sul sottoinsieme di indicatori valutativo che sostituirà la Griglia LEA a partire dall'anno di valutazione 2020.

Il sottoinsieme su cui si basa la sperimentazione è formato da 22 indicatori definiti "*CORE*", mentre i restanti 66 indicatori sono "*NO CORE*", all'interno dei quali si trovano 10 indicatori dedicati ai PDTA. Per ognuno dei

<sup>60</sup> Servizio Sanitario Nazionale i LEA in: [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

22 indicatori CORE è individuata una funzione di valorizzazione che calcola un punteggio su una scala da 0 a 100: il valore soglia di sufficienza dell'indicatore corrisponde a 60.

La funzione di valorizzazione è elaborata per ciascun indicatore per esaltare o penalizzare alcuni intervalli di valori assunti dall'indicatore e per definire una zona di valori obiettivo a cui attribuire il punteggio massimo<sup>61</sup>. In ogni caso, l'obiettivo centrale dell'uso di tale funzione è di permettere un confronto dei punteggi di tutti gli indicatori, compresi nell'intervallo 0-100.

I criteri per stabilire il premio o la pena per le Regioni sono individuati mediante l'esame della variabilità temporale e territoriale degli indicatori. Il punteggio totale assegnato all'area di assistenza è definito dalla media pesata dei punteggi degli indicatori *CORE* dell'area stessa, includendo tutti i premi/penalità. Affinché una Regione possa risultare adempiente, il punteggio di ciascuna area di assistenza dovrà collocarsi nell'intervallo di 60-100, mentre registrare un punteggio sotto la soglia di sufficienza (inferiore a 60), anche in una sola area, darà un esito negativo sull'intera valutazione.

Sulla base degli esiti della sperimentazione si possono distinguere, quindi, le Regioni che garantiscono i LEA da quelle che non li garantiscono.

Gli elementi che caratterizzano il Nuovo Sistema di Garanzia e lo rendono innovativo e rilevante sono<sup>62</sup>:

- le finalità del sistema: si tratta di un sistema descrittivo che permette la valutazione, il monitoraggio e la verifica dell'attività sanitaria erogata in tutte le Regioni
- le modalità d'integrazione con il sistema di verifica degli adempimenti: tutte le Regioni sono tenute ad aggiornare il sistema di verifica degli adempimenti per accedere alla quota integrativa.
- lo schema concettuale alla base del sistema degli indicatori: il sistema degli indicatori deve essere articolato in modo che a ciascun LEA si devono associare gli attributi rilevanti dei processi di erogazione delle prestazioni, quali efficienza e appropriatezza organizzativa, efficacia e appropriatezza clinica, sicurezza delle cure.

Nella Tabella che segue vengono riassunti i risultati della sperimentazione 2018 del monitoraggio dei LEA attraverso gli indicatori CORE.

<sup>61</sup> Servizio Sanitario Nazionale i LEA in :[www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

<sup>62</sup> Servizio Sanitario Nazionale i LEA in :[www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

Tab. 1.1 – I risultati della sperimentazione, per l'anno 2018, del monitoraggio dei LEA attraverso il CORE-NSG. Punteggio complessivo, per area di assistenza.

Regione	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Piemonte	93,04	88,31	85,59
Valle D'Aosta	72,3	36,7	71,54
Lombardia	89,94	83,44	79,93
Friuli Venezia Giulia	73,20	76,42	82,94
Liguria	83,5	86,84	75,84
Veneto	91,72	94,65	85,93
P.A. Trento	93,02	72,9	94,18
P.A. Bolzano	51,86	40,6	71,38
Emilia Romagna	93,26	94,32	90,7
Toscana	88,48	89,79	90,91
Umbria	93,92	67,48	87,33
Marche	82,03	76,7	77,04
Lazio	84,99	62,4	73,25
Abruzzo	86,24	74,05	68,54
Molise	79,55	44,49	44,74
Campania	74,67	64,3	58,07
Puglia	79,39	70,57	72,14
Basilicata	84,16	45,09	75,83
Calabria	64,03	58,44	47,22
Sicilia	50,76	75,64	n.c.
Sardegna	75,78	34,5	64,6

Fonte: Ministero della Salute. "Monitoraggio LEA CORE-NSG, per l'anno 2018".

Le celle in grigio contengono i punteggi inferiori a 60 (valore soglia).

A seguito della sperimentazione, è importante sottolineare come la metodologia di valutazione dei LEA, basata su un sottoinsieme di 22 indicatori del

NSG, si dimostri applicabile, discretamente flessibile, specifica e migliorativa rispetto all'attuale Griglia LEA: consente, infatti, la valutazione per LEA (prevenzione, distrettuale ed ospedaliera) ed è espressa con un punteggio compreso tra 0 e 100 e livello di garanzia stabilito al 60.

Al contrario della Griglia LEA, la nuova metodologia non sintetizza in un unico punteggio la valutazione dei tre livelli, ma misura in maniera indipendente la garanzia di ciascuno di essi. Infatti, all'interno di ciascun LEA è individuabile l'indicatore o gli indicatori che producono eventuali criticità, l'andamento nel tempo e la rilevanza significativa a livello territoriale.





## 2. IL FINANZIAMENTO NEL SETTORE SANITARIO

### 2.1 L'evoluzione del finanziamento sanitario

In Italia la prima modalità di finanziamento conosciuta fu quella delle casse mutue, vale a dire il sistema mutualistico basato sull'assicurazione obbligatoria contro i rischi di malattia, introdotta alla fine degli anni '30. Tale sistema di finanziamento ebbe origine con l'introduzione degli enti mutualistici provinciali per i lavoratori delle imprese artigiane e industriali, poi divenuti i principali enti quali l'Enpas (Ente nazionale di previdenza e assistenza per i dipendenti statali) e l'Inam (Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie).

Le prestazioni erogate dal sistema sanitario erano caratterizzate da due modelli differenti:

- **Economico**: si distingueva per il pagamento di un'indennità che veniva corrisposta all'assicurato in caso di maternità o malattia;
- **Prestazionale**: caratterizzata per il rimborso, diretto e indiretto, delle somme pagate a fronte delle attività rese in favore dell'assicurato dalle strutture sanitarie o dai professionisti convenzionati<sup>1</sup>.

Tuttavia, il sistema mutualistico limitava l'assistenza sanitaria all'essere lavoratore e, quindi, all'instaurarsi del rapporto di lavoro al termine del quale era esclusa qualsiasi forma di tutela della salute. In più, erogando ogni ente prestazioni diverse, sorgevano inevitabilmente importanti discriminazioni in termini di quantità e qualità delle prestazioni provocando disparità di trattamento assistenziale tra gli stessi lavoratori<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> JORIO E., *Diritto della sanità e dell'assistenza sociale*, Maggioli Editore, 2013.

<sup>2</sup> Un lavoratore iscritto all'Inam non riceveva lo stesso trattamento sanitario di un lavoratore iscritto all'Enpas comportando così una disomogeneità di trattamento tra gli stessi lavoratori.

Con l'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale, si passò da una logica contributiva/assicurativa al finanziamento diretto delle Regioni con diverse risorse finanziarie in modo da permettere il normale funzionamento del Servizio Sanitario Regionale.

Alla base dei meccanismi di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale c'è il Fondo Sanitario Nazionale (FSN), fissato anno per anno con la legge di approvazione del bilancio dello Stato. Questo Fondo è composto, in parte, da mezzi finanziari che lo stato raccoglie e, in parte, da risorse distribuite tra le varie Regioni, assegnate poi alle singole Unità sanitarie locali.

Originariamente, gli importi messi a disposizione annualmente dallo Stato confluivano, per la parte corrente e per quella in conto capitale, in due diversi capitoli<sup>3</sup>.

Le risorse, nel primo caso, erano orientate al soddisfacimento diretto dello scopo per cui è stato istituito il Servizio Sanitario Nazionale, cioè offrire salute. In questo modo, veniva garantito anche il funzionamento stesso del sistema, attraverso l'applicazione della quota capitaria "secca" nella collocazione delle risorse.

Invece, nel secondo caso, venivano assegnate le somme destinate agli investimenti essenziali per migliorare e perfezionare il patrimonio funzionale delle Unità sanitarie locali. Alle Regioni venivano assegnati i mezzi finanziari di cui avevano bisogno sulla base della c.d. "spesa storica", vale a dire le somme da stanziare non riguardavano i reali bisogni della popolazione e le domanda di salute, piuttosto erano funzionali alle esigenze di bilancio delle amministrazioni.

La necessità di pianificare e organizzare la spesa sanitaria ha portato alla famosa "riforma bis" del Servizio Sanitario Nazionale realizzata con il decreto legislativo n. 502/1992. L'innovazione riguardò principalmente l'introduzione di nuovi mezzi di finanziamento: infatti, oltre al Fondo sanitario nazionale, si aggiunsero come strumenti per il finanziamento i contributi sanitari delle Regioni, il prelievo erariale delle Regioni a statuto speciale, le entrate delle Unità sanitarie locali realizzate.

In termini di finanziamento sanitario, altre novità si ebbero nella seconda metà del XX secolo quando, con la "finanziaria" per l'anno 1997<sup>4</sup>, si modificò il modo di distribuire il Fondo Sanitario Nazionale favorendo le Regioni. Si passò dal criterio di finanziamento della salute fondato sulla spesa sto-

<sup>3</sup> VITIELLO B., *La sanità pubblica: specchio della realtà dei rapporti Stato-Regioni* (con riferimenti alla finanziaria 2007), in *Le istituzioni del federalismo*, n 6/2006, Maggioli Editore.

<sup>4</sup> Legge 23 dicembre 1996, n. 662

rica, dove lo strumento economico era rappresentato nella c.d. “quota capitaria secca ed uniforme”, all’introduzione di un nuovo modello di determinazione della “unità monetaria”, adatta a soddisfare i bisogni espressi dalla domanda di salute<sup>5</sup>.

Per giunta, con il decreto legislativo 446/1997 i contributi per il Servizio Sanitario Nazionale venivano rimpiazzati dall’imposta regionale sulle attività produttive (Irap) esercitata in ogni territorio regionale e individuata applicando al valore della produzione netta l’aliquota del 4,25%. Nello stesso decreto era anche data la possibilità alle Regioni di una maggiorazione dell’aliquota Irap, nonché dell’addizionale Irpef. Invece, relativamente al Fondo sanitario nazionale, la sua determinazione doveva considerare l’intera addizionale Irpef dello 0,5% e l’utilizzo del gettito Irap, non sfiorando il limite del 90%, in modo da bilanciare l’abolizione dei contributi sanitari<sup>6</sup>. Tuttavia, malgrado questi interventi la spesa sanitaria continuava a lievitare unitamente ai disavanzi.

Con la terza Riforma Sanitaria si diede la possibilità di siglare accordi tra il Ministero della Salute e le Regioni, specificamente con l’intento di realizzare programmi di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari regionali così da rispettare i parametri di efficienza, economicità e efficacia<sup>7</sup>.

Il metodo concordato, tutt’oggi usato, non è esente da critiche perché sottolinea come lo Stato continua a mantenere una posizione contrattuale predominante, dando minore spazio di manovra agli altri soggetti.

Con il D. Lgs. n. 56 del 2000 si fece uno sforzo per realizzare un sistema di fiscalità regionale in cui assicurare un aumento di autonomia nel finanziamento sanitario da collegare ad un sistema di perequazione utile a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza. Lo scopo principale era, infatti, quello di modificare il Fondo Sanitario utilizzando l’addizionale Irpef, la compartecipazione all’accisa sulle benzine e una compartecipazione IVA. Tutte queste imposte dovevano finanziare il comparto sanitario.

Tuttavia, furono numerose le disomogeneità territoriali causate dal reperimento di queste risorse e portarono alla diversa incidenza sul territorio nazionale delle indicate fonti di entrata<sup>8</sup>.

Il FSN ricomparve, in seguito, con la reintroduzione degli stanziamenti

<sup>5</sup> JORIO E., *op.cit.*

<sup>6</sup> VITIELLO B., *op.cit.*

<sup>7</sup> Art. 19 ter: «Federalismo sanitario, patto di stabilità e interventi a garanzia della Coesione e dell’efficienza del Servizio sanitario nazionale».

<sup>8</sup> VICECONTE N., *L’evoluzione del sistema di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale tra federalismo “promesso” ed esigenze di bilancio*, in [www.issirfa.cnr.it](http://www.issirfa.cnr.it)

statali mediante trasferimenti erariali utili a ripianare una parte dei disavanzi dei bilanci regionali e assumere i tratti del mai realizzato fondo perequativo.

Nell'evoluzione del finanziamento sanitario, una tappa importante è rappresentata, poi, dell'accordo raggiunto durante la Conferenza Stato-Regioni, passato alla storia come il "Patto di stabilità sanitario".

L'obiettivo alla base del Patto era quello di assicurare "un quadro stabile di evoluzione delle risorse pubbliche destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale che, tenendo conto degli impegni assunti con il patto di stabilità e crescita, consenta di migliorarne l'efficienza razionalizzando i costi, attraverso l'assunzione di responsabilità reciproche fra Governo e Regioni, tesa sia ad attivare comportamenti regionali virtuosi, finalizzati al controllo della spesa, sia ad impegnare il Governo a fornire una soluzione definitiva al problema del sottofinanziamento della sanità"<sup>9</sup>.

Con la legge finanziaria del 2003 vengono individuate una serie di adempimenti che permettono alle Regioni di accedere a risorse statali aggiuntive, stabilendo anche la decadenza automatica dei direttori generali delle aziende sanitarie nel caso in cui non si dovesse raggiungere l'equilibrio economico.

Nella Legge finanziaria del 2005, sono stati inseriti i c.d. "Piani di Rientro", ossia accordi tra Stato e amministrazioni regionali, con l'aggiunta di nuovi interventi riguardanti il sistema premiale e sanzionatorio.

In riferimento al regime premiale, esso stabiliva l'accesso ad ulteriori risorse statali rispetto a quelle concordate fra Stato e Regioni. Invece, i meccanismi sanzionatori riguardavano casi in cui le Regioni non procedevano al necessario controllo della spesa sanitaria.

Le disposizioni riguardanti il processo di attuazione del federalismo fiscale nel settore sanitario sono state introdotte, però, nel 2011 con il D. Lgs. n. 68 all'interno del quale si individuava il fabbisogno nazionale standard e come assicurare la compatibilità di tale scelta con i vincoli di finanza pubblica e gli obblighi comunitari assunti dall'Italia.

Infine, a partire dal 2013 si stabilì che la modalità di determinazione del fabbisogno nazionale standard deve avvenire tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza.

<sup>9</sup> VITIELLO B., *op.cit.*

## 2.2 Le fonti di finanziamento

I trasferimenti alle Regioni, a partire dal 2013, sono stati aboliti e le fonti di finanziamento del Servizio Sanitario sono attualmente composte da:

- **entrate proprie delle aziende del Servizio sanitario nazionale:** ticket e ricavi derivanti dall'attività *intramoenia* dei propri dipendenti. L'importo di queste entrate è stabilito dall'intesa Stato-Regioni;
- **fiscalità generale delle Regioni**<sup>10</sup>: imposta regionale sulle attività produttive (Irap)<sup>11</sup> e addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche (Irpef)<sup>12</sup>. Entrambe le imposte sono calcolate nella misura dei gettiti determinati dall'applicazione delle aliquote base nazionali, quindi non prendendo in considerazione le maggiori entrate derivanti dalle manovre fiscali regionali eventualmente attivati dalle singole Regioni;
- **compartecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano:** enti che partecipano al finanziamento sanitario fino a concorrenza del fabbisogno non soddisfatto dalle fonti prima indicati, tranne la Regione siciliana, per la quale l'aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario;

<sup>10</sup> Le risorse per la fiscalità generale sono individuate sulla base dei dati stimati dal Dipartimento delle finanze e rideterminati a seguito delle note di variazione al bilancio. Entrambe le imposte sono quantificate nella misura dei gettiti determinati dall'applicazione delle aliquote base nazionali, quindi non tenendo conto dei maggiori gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali eventualmente attivati dalle singole Regioni. Le risorse relative alla fiscalità generale, che transitano nei conti di Tesoreria, sono erogate alle Regioni ogni mese integralmente (art. 77-quater, D. Lgs. n. 112/2008).

<sup>11</sup> L'imposta regionale sulle attività produttive (Irap) è un'imposta a carattere reale, istituita e disciplinata dal D.Lgs. n. 446/1997; la quasi totalità del gettito ottenuto è attribuito alle Regioni con l'obiettivo di concorrere al finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Il presupposto d'imposta è l'esercizio abituale di una attività autonomamente organizzata, diretta alla produzione o allo scambio di beni ovvero alla prestazione di servizi. Soggetti passivi sono infatti le persone fisiche, le società e gli enti (privati e pubblici) che esercitano la suddetta attività. La base imponibile è il valore della produzione netta realizzato nel territorio di ciascuna Regione, che viene determinato secondo regole differenziate per tipi di attività e soggetti passivi.

<sup>12</sup> L'addizionale regionale all'Irpef, istituita dell'art. 50 del D.Lgs. n. 446/1998, dispone che tale tributo è determinato applicando l'aliquota, definita a livello regionale in cui il contribuente ha la residenza, al reddito complessivo determinato ai fini Irpef, al netto di eventuali oneri deducibili. L'aliquota di base dell'addizionale Irpef per l'anno 2012 è stata determinata in 1,23%. Ciascuna Regione e Provincia autonoma, con propria legge da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale non oltre il 31 dicembre dell'anno precedente a quello in cui l'addizionale si riferisce, può maggiorare l'aliquota di base entro i limiti fissati dalla legge statale.

- **bilancio dello Stato:** finanzia il fabbisogno sanitario non coperto dalle altre fonti di finanziamento con la compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto (l'IVA destinata alle Regioni a statuto ordinario), le accise sui carburanti e il Fondo sanitario nazionale. In tal caso, una quota è destinata alla Regione siciliana, mentre il resto sovvenziona anche altre spese sanitarie vincolate a specifici obiettivi<sup>13</sup>.

Il Ministero della Salute, in sede di Conferenza Stato-Regioni, designa la composizione del finanziamento del SSN suddividendolo in "riparti". Questi ultimi vengono successivamente recepiti dal Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE).

Le aziende sanitarie ricevono, poi, le risorse finanziarie di cui hanno bisogno dalle Regioni, che le utilizzano per erogare le prestazioni di loro competenza incluse nei LEA.

I requisiti presi in considerazione per l'erogazione delle risorse finanziarie sono:

1. la mobilità passiva: prestazioni erogate da ciascuna Regione per cittadini non residenti;
2. la mobilità attiva: prestazioni sanitarie erogate ai cittadini al di fuori della Regione di residenza.

Le aziende vengono in più sovvenzionate dalla Regione in base alle prestazioni erogate in regime di ricovero, attraverso il costo previsto dai DRG (diagnosis-related group), o negli ambulatori con il tariffario delle prestazioni specialistiche e diagnostiche.

Nel triennio 2019-21 il livello del fabbisogno sanitario nazionale è stato fissato a 114.439 milioni di euro nel 2019, successivamente rideterminato a 113.810 milioni. Come risulta confermato dalle delibere di riparto del CIPE, si sono verificati, a seguire, incrementi programmati pari a 2.000 milioni per il 2020 arrivando a 116.439 milioni e ulteriori 1.500 milioni per il 2021 per un valore complessivo di 117.939 milioni di euro.

A seguito dell'emergenza sanitaria legata alla pandemia da Covid-19, il Governo ha adottato delle misure di intervento che aumentano il fabbisogno sanitario standard a 119.556 milioni nel 2020.

In base alle Delibere di riparto del CIPE lo Stato concorre ordinariamente l'ammontare del finanziamento del SSN. Per l'anno 2020 l'importo del riparto è pari a 117.407,2 milioni. Mentre, per il 2021 tale livello risulta incre-

<sup>13</sup> Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale in [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

mentato a 119.447,2 milioni, ante manovra di bilancio e cresce ulteriormente a 121.370,1 milioni di euro a seguito della manovra<sup>14</sup>.

Fig. 2.1 – Fabbisogno nazionale standard triennio 2019-21.

<b>Livello del finanziamento del fabbisogno nazionale standard per il triennio 2019-2021</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
<b>Previsioni effettuate prima dell'emergenza pandemica da COVID-19 ( art.1, co. 514-516 della L. n. 145 del 2018, legge di bilancio 2019</b>	114.439	116.439	117.939
<b>Rideterminazione Delibera CIPE 20 dicembre 2019 e avvenuto riparto 2019 alle Regioni</b>	113.810	-	-
<b>Rideterminazione Delibera CIPE 14 maggio 2020 per incrementi dati dell'emergenza COVID-19 (D.L. 18/2020 Cura Italia) e successivo riparto somme</b>	-	117.407,2	-
<b>Ulteriori risorse incrementate nel 2020 da ripartire (art. 29 del D.L. 104/2020 – cd. Agosto, L. 126/2020)</b>	-	117.885,2	-
<b>Livello 2021 a legislazione ante manovra di bilancio</b>	-	-	119.477,2
<b>Livello 2021 a legislazione post manovra di bilancio (L. n. 178 del 2020)</b>	-	-	121.370,1

L'accesso da parte delle Regioni agli incrementi del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario, rispettivamente di 2.000 e 3.500 milioni di euro per gli anni 2020 e 2021, è stato influenzato alla stipula dell'Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni dal Patto per la salute 2019-2021<sup>15</sup>. Quest'ultimo ha previsto delle misure di programmazione e di miglioramento della

<sup>14</sup> Camera dei Deputati Servizio Studi XVIII Legislatura, "Il Livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale", 24 giugno 2021 pag. 1 [https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1104197.pdf?\\_1591182412901](https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1104197.pdf?_1591182412901)

<sup>15</sup> Camera dei Deputati Servizio Studi XVIII Legislatura, "Il Livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale", 24 giugno 2021 pag. 3 [https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1104197.pdf?\\_1591182412901](https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1104197.pdf?_1591182412901)



qualità delle cure e dei servizi da garantire ai cittadini. Inoltre, si è cercato di rendere i costi più efficienti.

Tra le misure di efficientamento si trovano<sup>16</sup>:

- la revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti, al fine di promuovere maggiore equità nell’accesso alle cure;
- la valutazione dei fabbisogni del personale del SSN guardando anche alla programmazione della formazione di base e specialistica;
- l’implementazione di infrastrutture e modelli organizzativi finalizzati alla realizzazione del sistema di interconnessione dei sistemi informativi del SSN, tra questi il fascicolo sanitario elettronico (FSE);
- la promozione della ricerca in ambito sanitario;
- la valutazione del fabbisogno di interventi infrastrutturali di ammodernamento tecnologico, come quelli previsti dalla citata legge di bilancio 2019<sup>17</sup>. Tra gli interventi si trova l’ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche riferite ai sistemi di prenotazione elettronica per l’accesso alle strutture sanitarie. L’obiettivo alla base di questo intervento è ridurre le liste d’attesa delle visite specialistiche e, in genere, delle prestazioni sanitarie.

L’incremento del livello di finanziamento programmato per l’anno successivo è di 822,870 milioni di euro e, in seguito, per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025, di un ammontare pari a 527,070 milioni.

A partire dal 2026, l’incremento sarà di 417,870 milioni di euro annui, anche tenendo conto della razionalizzazione della spesa prevista a decorrere dall’anno 2023<sup>18</sup>.

## 2.3 La spesa sanitaria

Per favorire la sostenibilità della finanza pubblica, nel medio lungo termine, l’elemento da considerare è la spesa sanitaria. In particolare, la spesa sanitaria si compone di due macro-categorie, **spesa pubblica e spesa privata**,

<sup>16</sup> Monitoraggio della spesa sanitaria, Ministero dell’economia e delle finanze, VII rapporto, Roma 2020.

<sup>17</sup> Legge di bilancio 2019 art. 1, commi 510- 512

<sup>18</sup> Camera dei Deputati Servizio Studi XVIII Legislatura, “Il Livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale”, 24 giugno 2021 pag. 3 [https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1104197.pdf?\\_1591182412901](https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1104197.pdf?_1591182412901)

da cui dipende una terza categoria, vale a dire la spesa intermediata rappresentata da una parte di fondi sanitari e di polizze assicurative sostenuti direttamente dagli individui.

In base ai pilastri indicati nel Decreto Legge 502/92 per sostenere la sanità nel nostro Paese le prime tre componenti di spesa sono:

1. La sanità pubblica fondata sui principi fondamentali di universalità, solidarietà ed equità;
2. La sanità collettiva integrativa finanziata dai fondi sanitari;
3. La sanità individuale realizzata attraverso la stipula di polizze assicurative.

Grazie al finanziamento pubblico si assicurano i Livelli Essenziali di Assistenza, con la sanità collettiva integrativa si assicurano, invece, le prestazioni non essenziali; in più, ogni persona è libera di stipulare polizze assicurative individuali. Infatti, l'assicurato può acquistare in modo diretto beni e servizi sanitari, beneficiando delle previste detrazioni fiscali<sup>19</sup>.

L'emergenza sanitaria legata alla pandemia da Covid-19 per il 2020 ha portato ad un incremento significativo della spesa sanitaria e, infatti, in base all'analisi dei dati di contabilità nazionale (CN) si evidenzia una crescita delle spese necessarie ad affrontare la pandemia ancora maggiore di quella attesa.

A consuntivo, la spesa sanitaria ha toccato quota 123,5 miliardi con un incremento di quasi 7,8 miliardi superiore a quella prevista di oltre 2,6 miliardi, ossia +6,7% rispetto al 2019. Aumentata è, pertanto, la sua incidenza in termini di PIL arrivando al 7,5% rispetto al 6,5 del 2019 e non al 7,2% in base a quanto era stato previsto<sup>20</sup>.

Nell'ultimo anno di analisi si registra, quindi, una variazione molto evidente che blocca improvvisamente il processo di stabilizzazione della spesa registrato negli ultimi esercizi.

Per i redditi da lavoro, gli esborsi, che nel 2019 erano aumentati di un valore circa del 3,1%, registrano un ulteriore aumento, anche se contenuto, del +1,5%. Particolarmente evidente risulta l'aumento della spesa per consumi intermedi, +12,%, con una crescita di 4,2 miliardi per la produzione diretta di servizi, mentre è limitata quella dei servizi amministrativi.

<sup>19</sup> Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2019b)

<sup>20</sup> Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica, Corte dei Conti, Sezioni Riunite in sede di controllo, 2021.

I risultati evidenziati sono stati registrati anche a causa della brusca riduzione dei ricavi, quasi -1,3 miliardi, dovuta soprattutto alla flessione della domanda di servizi sanitari non Covid. Si è verificata, infatti, una sospensione delle normali visite specialistiche comportando una riduzione delle entrate per ticket intorno a 500 milioni, delle prestazioni di *intramoenia* di quasi 300 milioni e delle entrate per mobilità internazionale, ricavi dovuti alle cure di pazienti stranieri, di circa 200 milioni.

Tab. 2.1 – Spesa sanitaria. Anni 2017-2020.

	2017	2018	2019	2020	2018	2019	2020
<b>SANITA'</b>							
<b>Prestazioni sociali in natura</b>	104.868	107.184	108.551	115.994	2,21	1,28	6,81
<b>Corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market:</b>	39.301	40.121	40.403	41.611	2,09	0,70	2,99
- Farmaci	7.624	7.608	7.581	7.311	-0,21	-0,35	-3,56
- Assistenza medico - generica	6.672	6.818	6.656	7.501	2,19	-2,38	12,70
- Assistenza medico - specialistica	4.808	4.924	5.012	5.171	2,14	1,79	3,17
- Assistenza osp. in case di cura private	9.529	9.391	9.574	9.454	-1,45	1,95	-1,25
- Assistenza riabilitativa, integrativa e protesica	3.559	3.660	3.574	3.408	2,84	-2,35	-4,64
- Altra assistenza	7.109	7.720	8.006	8.766	8,59	3,70	9,49
<b>Corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori non market:</b>							
- Assistenza ospedaliera	65.567	67.063	68.148	74.333	2,28	1,62	9,08
- Altri servizi sanitari di cui redditi da lavoro dipendente	37.221	37.625	38.485	41.898	1,09	2,29	8,87
di cui consumi intermedi	28.346	29.438	29.663	32.435	3,85	0,76	9,34
di cui consumi intermedi	31.793	32.561	32.834	37.050	2,42	0,84	12,84
<b>Contribuzioni diverse</b>	1.782	1.606	1.638	1.754	-9,88	1,99	7,08
<b>Servizi amministrativi</b>	5.063	5.088	5.007	5.248	0,49	-1,59	4,81
di cui redditi da lavoro dipendente	2.493	2.528	2.528	2.511	1,40	0,00	-0,67
di cui consumi intermedi	2.487	2.498	2.429	2.684	0,44	-2,76	10,50
<b>Altre uscite</b>	472	440	514	528	-6,78	16,82	2,72
<b>TOTALE</b>	<b>112.185</b>	<b>114.318</b>	<b>115.710</b>	<b>123.474</b>	<b>1,90</b>	<b>1,22</b>	<b>6,71</b>
Spesa pro-capite	1.868	1.907	1.934	2.070			
In % della spesa primaria	14,4	14,5	14,3	13,9			
In % PIL	6,5	6,5	6,5	7,5			

Fonte: elaborazione Corte dei Conti su dati Istat

Aumentano con una percentuale del 3,4 le prestazioni specialistiche e del 12,7 le spese per l'assistenza medica generica provocando, oltre ad una maggiore spesa sostenuta per l'emergenza epidemiologica, anche il rinnovo delle convenzioni non sottoscritte nel 2019 e gravanti sul 2020<sup>21</sup>. Tuttavia, sono diminuite le spese per assistenza ospedaliera da privati con una percentuale dell'1,25 e, specialmente, quella per farmaci e per l'assistenza riabilitativa.

<sup>21</sup> Rapporto sul coordinamento delle finanze pubbliche, Corte dei Conti, Sezioni Riunite in sede di controllo, 2021.

In funzione ai risultati del 2020, illustrati nel Documento di Economia e Finanza (DEF) 2021, sono state definite le previsioni del settore sanitario per i successivi quattro anni.

Tab. 2.2 – Previsione spesa sanitaria.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>SANITA'</b>						
<b>Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market:</b>	40.403	41.611	41.932			
di cui Farmaci	7.581	7.311	7.415			
di cui Assistenza medico - generica	6.656	7.501	7.652			
di cui Assistenza ospedaliera, riabilitativa e altro	26.166	26.799	26.866			
Redditi da lavoro dipendente	36.696	37.206	38.924			
Consumi intermedi	35.263	39.734	42.265			
Altre componenti	3.348	4.923	4.017			
<b>TOTALE</b>	<b>115.710</b>	<b>123.474</b>	<b>127.138</b>	<b>123.662</b>	<b>126.231</b>	<b>124.410</b>
<b>Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market:</b>	0,70	2,99	0,77			
di cui Farmaci	-0,35	-3,56	1,42			
di cui Assistenza medico - generica	-2,38	12,70	2,01			
di cui Assistenza ospedaliera, riabilitativa e altro	1,83	2,42	0,25			
Redditi da lavoro dipendente	2,70	1,39	4,62			
Consumi intermedi	0,58	12,68	6,37			
Altre componenti	-1,76	47,04	-18,70			
<b>TOTALE</b>	<b>1,22</b>	<b>6,71</b>	<b>2,97</b>	<b>-2,73</b>	<b>2,08</b>	<b>-1,44</b>

Fonte: elaborazione Corte dei Conti su dati Istat

La crescita complessiva della spesa sanitaria per il 2021 è prevista del 3%. L'evoluzione dipende, principalmente, dalla spesa per consumi intermedi e per acquisti di beni e servizi da produttori non market in crescita del 4,6 e 6,4%. In particolare, i consumi intermedi aumentano a causa dell'elevata spesa per i farmaci, dell'acquisto e della somministrazione dei vaccini<sup>22</sup>.

Per i successivi tre anni la consistenza della spesa in termini di prodotto si è abbassata velocemente per collocarsi su valori inferiori al 2019 a fine pe-

<sup>22</sup> Rapporto sul coordinamento delle finanze pubbliche, Corte dei Conti, Sezioni Riunite in sede di controllo, 2021.

riodo e, infatti, come si evidenzia in tabella si prevede una percentuale del 6,3 per il 2024 rispetto al 6,5% del 2019.

## **2.4 Le componenti della spesa sanitaria**

Le diverse componenti della spesa sanitaria corrente di CN sono principalmente quattro:

- Redditi da lavoro dipendente;
- Consumi intermedi;
- Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market;
- Altre componenti di spesa<sup>23</sup>.

Le Prestazioni sociali in natura, per essere precisi, vengono ulteriormente suddivise in: Farmaceutica convenzionata, Assistenza medico-generica da convenzione e Altre prestazioni sociali in natura da privato. Questi ultimi aggregati, essendo caratterizzati da peculiarità e andamenti significativamente diversi fra loro, hanno bisogno di un'analisi distinta.

Di seguito sono analizzate le singole componenti della spesa sanitaria corrente.

### **Redditi da lavoro dipendente.**

La spesa per i redditi da lavoro dipendente negli anni compresi tra il 2015 e il 2019 si è affermata in media intorno ai 35.500 milioni di euro, equivalente ad una crescita dell'1,2% annuo. Non è corrisposta, però, a questo tasso di espansione una quota incrementale in ogni singola annualità. La variazione in termini percentuali registrata nel 2016 e nel 2017 risulta, infatti, essere negativa, rispettivamente -0,7% e -0,1%. La diminuzione in questo biennio è, in sostanza, legata al parziale blocco del turn-over attuato autonomamente dalle Regioni in vista di un limite al riconoscimento di aumenti del trattamento accessorio, ma anche al mancato perfezionamento dei contratti del personale dirigente e dei lavoratori di comparto avvenuti in seguito. Nel biennio 2018-2019 la variazione percentuale è risultata, invece, positiva grazie agli incrementi contrattuali e, infatti, hanno trovato applicazione le norme relative ai rinnovi contrattuali per il triennio 2016-2018. Nel quinquennio in esa-

<sup>23</sup> Monitoraggio della spesa sanitaria, Ministero dell'economia e delle finanze, VII rapporto, Roma 2020.

me il peso percentuale dell'aggregato sul totale della spesa sanitaria si è assestato intorno al 31-32%<sup>24</sup>.

### **Consumi intermedi**

Tra il 2015 e il 2019 si è registrata una spesa per i consumi intermedi intorno ai 33.800 milioni di euro, con un incremento annuo del 2,2%. La dinamica di crescita di tale fattore di costo si è ridotta nel corso del tempo, tant'è che si è passati dal 4,2% del 2016 per, poi, arrivare allo 0,3% nel 2019. Malgrado ciò, la percentuale pesata dell'aggregato della spesa sanitaria complessiva è salita dal 29% nel 2015 al 30,2% nel 2019<sup>25</sup>. L'importante diminuzione della dinamica dell'aggregato dipende dalle vigenti manovre di contenimento della spesa sanitaria per beni e servizi.

### **Farmaceutica convenzionata**

Il livello della spesa per la farmaceutica convenzionata, tra il 2015 e il 2019, si è attestata intorno ai 7.800 milioni di euro comportando un decremento annuo del 2,1%. La diminuzione della spesa è stata più evidente nel 2016 e nel 2017 quando si sono registrate le percentuali negative dell'1,8% e del 5,9%. Nell'ultimo biennio, invece, la diminuzione è stata più contenuta, rispettivamente - 0,6% e - 0,2%. Il peso percentuale dell'aggregato sul totale della spesa sanitaria è sceso dal 7,5% del 2015 al 6,5% del 2019<sup>26</sup>.

### **Assistenza medico-generica da convenzione**

Il costo per l'assistenza medico-generica da convenzione tra il 2015 e il 2019 si è affermata intorno a un livello di 6.700 milioni di euro, registrando un aumento dello 0,2% annuo. Il fattore in esame, nel biennio 2016-2017, ha evidenziato una sostanziale invarianza, rispettivamente +0,5% e - 0,3%. Ha mostrato, invece, nel 2018 una variazione positiva del 2,2% attribuibile all'imputazione a costo degli oneri per il rinnovo delle convenzioni per il triennio 2016-2018 che hanno previsto la sola corresponsione degli arretrati 2016-2017 e dell'indennità di vacanza contrattuale (IVC) 2010-2015<sup>27</sup>. La percen-

<sup>24</sup> Monitoraggio della spesa sanitaria, Ministero dell'economia e delle finanze, VII rapporto, Roma 2020. Pag. 25

<sup>25</sup> Monitoraggio della spesa sanitaria, Ministero dell'economia e delle finanze, VII rapporto, Roma 2020. Pag. 27

<sup>26</sup> Monitoraggio della spesa sanitaria, Ministero dell'economia e delle finanze, VII rapporto, Roma 2020. Pag. 28

<sup>27</sup> Monitoraggio della spesa sanitaria, Ministero dell'economia e delle finanze, VII rapporto, Roma 2020. Pag. 28

tuale pesata dell'aggregato sulla spesa sanitaria complessiva è scesa dal 6% del 2015 al 5,8% nel 2019.

### **Altre prestazioni sociali in natura da privato**

La spesa riferita alle altre prestazioni sociali in natura da privato include: gli acquisti di assistenza ospedaliera, specialistica, integrativa, riabilitativa, protesica come pure differenti tipologie di assistenza erogate dagli operatori non pubblici, ma privati accreditati con il SSN. In particolare, il costo per le altre prestazioni da privato tra il 2015 e il 2019 si è attestata mediamente sui 25.100 milioni di euro, che equivale ad un incremento del 2% annuo. La dinamica di tale componente di spesa ha mostrato un leggero aumento solo nel 2016 dello + 0,5%, successivamente gli incrementi annui dal 2017 al 2019 hanno superato il 2%. Il peso percentuale del fattore sulla spesa sanitaria totale è aumentata dal 22,1% del 2015 al 22,8% nel 2019<sup>28</sup>.

### **Altre componenti di spesa**

Tra le altre componenti di spesa si individuano le voci residuali che compongono la spesa sanitaria corrente di CN non considerate negli aggregati analizzati in precedenza. Sono incluse le imposte dirette, nello specifico, gli ammortamenti, le contribuzioni diverse, le altre uscite e, con segno opposto, la produzione per uso proprio, la produzione di servizi vendibili e le vendite residuali. Il costo per le altre componenti di spesa registrato negli anni compresi tra il 2015 e il 2019 si afferma intorno ai 3.500 milioni di euro, corrispondente ad una diminuzione annua del 4,3%. In questo caso, il peso dell'aggregato in termini percentuali sul complesso della spesa sanitaria scende dal 3,4% del 2015 al 2,7% nel 2019<sup>29</sup>.

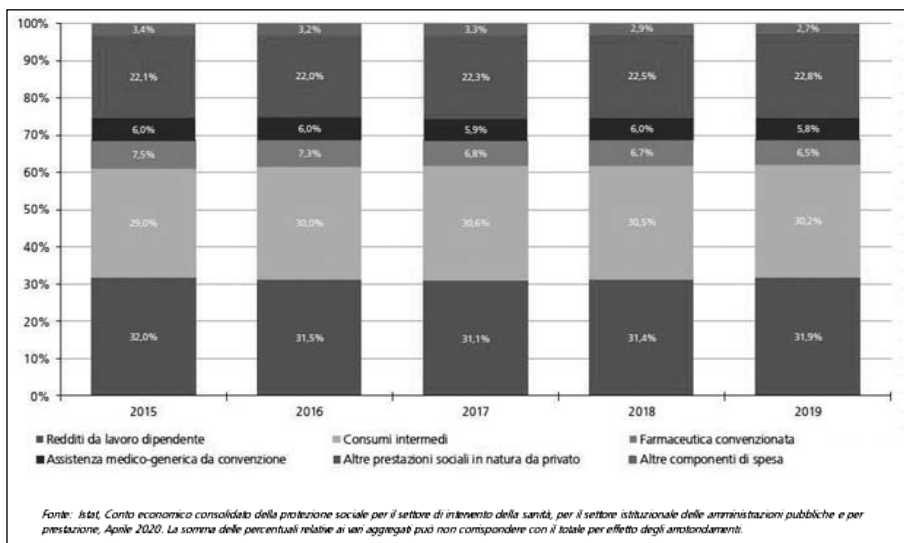
È possibile, inoltre, notare come la spesa sanitaria corrente di CN possa essere confrontata anche con il finanziamento del SSN cui lo Stato concorre ordinariamente. Mettere in relazione questi due aggregati è utile per comprendere, considerando una prospettiva intertemporale, i risultati della governance del settore sanitario in termini di copertura della dinamica della spesa.

Il finanziamento ordinario del SSN, come mostrato in figura 2.2, tra il 2015 e il 2019, ha mostrato un andamento pressoché simile a quello della spesa sanitaria corrente di CN. Il rapporto della spesa sanitaria corrente rispetto al finanziamento ordinario ha evidenziato una tendenziale stabilizza-

<sup>28</sup> Monitoraggio della spesa sanitaria, Ministero dell'economia e delle finanze, VII rapporto, Roma 2020. Pag.29

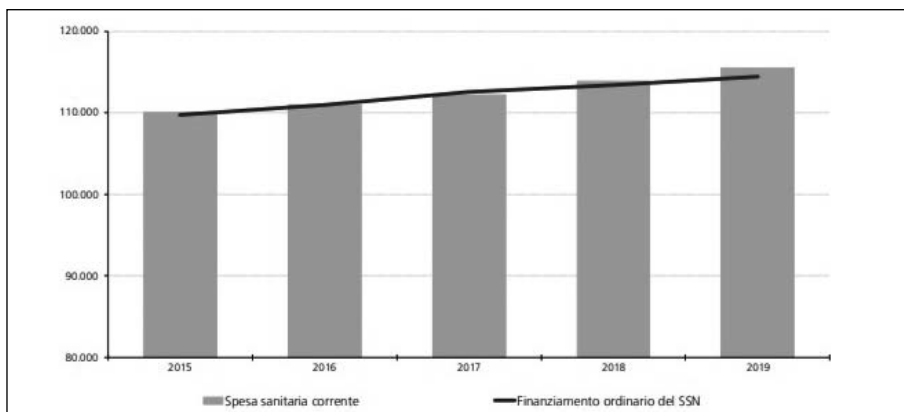
<sup>29</sup> Monitoraggio della spesa sanitaria, Ministero dell'economia e delle finanze, VII rapporto, Roma 2020. Pag. 30

Fig. 2.2 – Spesa sanitaria corrente di CN per gli anni 2015-2019 (composizioni percentuali).



zione intertemporale collocandosi intorno a 1. Tra le due grandezze le principali diversità si sono riscontrate nel 2017, ossia l'anno in cui il finanziamento ordinario è risultato superiore alla spesa sanitaria di quasi 400 milioni di euro, e nel 2019, l'anno in cui la spesa ha superato il finanziamento di circa 1.000 milioni di euro.

Fig. 2.3 – Spesa sanitaria corrente di CN e finanziamento ordinario del SSN per gli anni 2015-2019 (valori in milioni di euro).





## 2.5 La spesa sanitaria privata

La spesa sanitaria privata include quella sostenuta direttamente dalle famiglie (out-of-pocket) e quella intermediata da fondi sanitari, assicurazioni e altri “terzi paganti”.

I servizi sanitari gestiti da soggetti privati per conto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si chiamano servizi sanitari privati accreditati. Le strutture private accreditate hanno ampi spazi di autonomia, gestiscono prestazioni in tutti i campi da quello ospedaliero a quello ambulatoriale.

A causa della diversità delle singole prestazioni erogate risulta complicato analizzare la dimensione delle attività sanitarie gestite dai privati e, infatti, il solo fattore in grado di riassumere il peso dell’assistenza sanitaria privata accreditata è la percentuale di spesa privata confrontata alla spesa totale del Servizio sanitario nazionale.

Nello specifico, la parte di spesa del Servizio Sanitario Nazionale assorbita dalle strutture private accreditate, negli ultimi anni, è stata alquanto lineare e vicina al 19%, mentre nel 2018 è cresciuta in modo significativo e improvviso arrivando al 20,3%<sup>30</sup>.

Tab. 2.3 – Spesa SSN per assistenza sanitaria privata accreditata In Italia. Anni 2009-2018 (valori espressi in percentuali).

	2009	2012	2015	2016	2017	2018
%	19,0	19,0	18,9	18,8	18,8	20,3

Fonte: Il monitoraggio della spesa sanitaria (2020)

L’aumento della spesa privata si riferisce principalmente alla voce “altra assistenza accreditata” ed è rivolta ad una pluralità di voci anche molto diverse tra loro.

Attualmente la sanità privata gestisce il 31,3% dei posti letto ospedalieri a livello nazionale e, in particolare, l’area in cui predomina è il settore della riabilitazione ospedaliera, gestendo il 72,9% di tutti i posti letto.

In riferimento alla lungodegenza post acuzie la percentuale è del 51,7%;

<sup>30</sup> BOBINI M., RICCI, A., *Gli erogatori privati accreditati: Inquadramento e performance economiche dei grandi gruppi sanitari italiani*, In Rapporto OASI 2019 a cura di Cergas Bocconi, Egea Editore, Milano, 2019

invece, i posti letto per acuti gestiti dal privato accreditato costituiscono complessivamente il 23,5%<sup>31</sup>.

È nel settore dell'emergenza sanitaria che le strutture private accreditate sono molto meno presenti perché il ricovero non può essere pianificato e la gravità dei casi è più delicata. Difatti, solo il 9,7% degli ospedali privati accreditati sono in grado di gestire le emergenze perché non dotati di Pronto soccorso o di Dipartimento di emergenza.

A differenza di quanto si possa pensare, la crescita del settore degli enti accreditati riguarda non tanto le strutture ospedaliere quanto, piuttosto, le strutture extraospedaliere quali ambulatori, laboratori, strutture residenziali e semiresidenziali<sup>32</sup>.

La spesa sanitaria privata può suddividersi in tre parti:

1. spesa sanitaria delle famiglie (out of pocket);
2. spesa sanitaria delle imprese (per esempio per la medicina del lavoro), di solito abbastanza limitata;
3. spesa sanitaria intermediata da soggetti collettivi non pubblici, ad esempio le assicurazioni, le casse aziendali, i fondi sanitari integrativi e le società di mutuo soccorso.

Nel periodo tra il 2012 e il 2018 la spesa sanitaria pubblica è aumentata del 4,4%, mentre la spesa privata è passata da 34,5 miliardi a 39,9 miliardi di euro con un aumento del 15,6%. Si può osservare, quindi, che la quota complessiva di spesa sanitaria privata è cresciuta dal 23,9% al 25,8%<sup>33</sup>.

*Tab. 2.4 Spesa sanitaria pubblica e privata in Italia. Anni 2012-2018 (milioni di euro).*

	2012	2012	2014	2015	2016	2017	2018
Spesa complessiva	144,5	143,6	146,2	148,5	150,2	152,8	154,78
Spesa pubblica	110,0	109,3	110,6	110,8	112,0	112,8	114,9
% spesa pubblica	76,1	76,1	75,6	74,6	74,5	74,0	74,2
Spesa privata	34,5	34,4	35,6	37,7	38,1	39,9	39,9
% spesa privata	23,9	23,9	24,4	25,4	25,5	26,0	25,8

**Fonte: Del Vecchio et al. (2019)**

<sup>31</sup> Rapporto OASI, diverse annualità, Cergas Bocconi

<sup>32</sup> 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2019. Disponibile a: [www.rapportogimbe.it](http://www.rapportogimbe.it)

<sup>33</sup> Rapporto OASI, diverse annualità, Cergas Bocconi

La spesa sanitaria privata, quasi totalmente a carico delle famiglie, ricomprende le spese per i servizi dentistici, per i farmaci (esclusi quelli omeopatici ed integratori), per le visite mediche, per le attrezzature terapeutiche, per i servizi diagnostici, ecc.<sup>34</sup>.

Tab. 2.5 – Spesa sanitaria privata in Italia per voci di spesa. (2018).

Macro categorie di spesa	Micro voci di spesa	Valori (mln di euro)	% del Totale
<b>Servizi ospedalieri</b>	Ricoveri ospedalieri	2,2	5,5%
<b>Servizi residenziali</b>	Ricoveri in strutture residenziali a lungo termine	3,4	8,5%
<b>Servizi ambulatoriali</b>	- Servizi medici ( visite mediche specialistiche incluso il ticket)	5,4	13,5%
<b>51%</b>	- Servizi dentistici	8,4	21,1%
	- Servizi diagnostici	3,5	8,8%
	- Servizi professioni sanitarie e psicologi	3,1	7,8%
<b>Beni sanitari</b>	- Farmaci in senso stretto	8,4	21,1%
<b>34,9%</b>	- Altri prodotti medicali	1,9	4,8%
	- Attrezzature terapeutiche	3,6	9,0%
<b>Totale</b>		39,9	100,0%

**Fonte: Del Vecchio et. al. (2019)**

Facendo una breve analisi delle Regioni, dove la spesa privata risulta più elevata, al primo posto si colloca la Lombardia con 7 miliardi e 65 milioni, seguita con grande distacco dal Lazio con 3 miliardi e 53 milioni, passando al Veneto ove la spesa sanitaria è 3 miliardi e 26 milioni. Nelle ultime due po-

<sup>34</sup> DEL VECCHIO M., FENECH L., PRETI L.M., RAPPINI V., *I consumi privati in sanità*, in Cergas – Bocconi (a cura di), Rapporto OASI 2019, Egea, 2019.

sizioni si trovano l'Emilia Romagna con 3 miliardi e 9 milioni e il Piemonte con 2 miliardi e 62 milioni. Pertanto, si ribadisce la tendenza a spendere di più in termini di *out of pocket* nelle Regioni più ricche, in quanto dotate di un sistema sanitario pubblico più efficiente<sup>35</sup>.

Il ricorso alle strutture private accreditate spesso dipende dai tempi di attesa delle prestazioni sanitarie e i relativi costi. I tempi di attesa nelle strutture pubbliche risultano significativamente più lunghi, in alcuni casi anche dieci volte superiori, rispetto a quelli delle strutture private e rispetto a quelli delle prestazioni fornite nel pubblico in regime di *intramoenia*. Le divergenze in termini di spesa tra ticket e costo della prestazione private o in *intramoenia* sono molto meno accentuate<sup>36</sup>.

La spesa privata, molto spesso, non è intermediata da soggetti terzi, vale a dire compagnie assicurative e fondi sanitari, pertanto risulta soggetta a un rischio particolarmente elevato in termini di mancata appropriatezza e di consumismo sanitario autogestito.

A causa della situazione di emergenza sanitaria vissuta, nel nostro Paese negli ultimi anni sembrano essere aumentate le difficoltà all'accesso dei servizi sanitari e, infatti, si è registrato un indebolimento della capacità di tutela e di redistribuzione del servizio sanitario nazionale con un incremento della spesa sanitaria privata che penalizza l'accesso ai servizi sanitari, soprattutto alle fasce economicamente più vulnerabili.

È possibile sostenere, quindi, che nel corso degli ultimi anni si è proceduto, in modo lento ma graduale, verso la privatizzazione della sanità con un conseguente aumento della spesa sanitaria privata a carico delle famiglie.

Sono state adottate delle misure di abbattimento dei costi a carico dell'utente e al contempo di aumento dell'offerta dei servizi quali l'abolizione del superticket dal 1° settembre 2020 e l'aumento di 2,2 miliardi del Fondo sanitario nazionale<sup>37</sup>. Tuttavia, si tratta di misure momentaneamente insufficienti, perché scarse sono le risorse, e infatti, per divenire efficaci, è necessario inserirle anche nelle prossime leggi di bilancio<sup>38</sup>.

<sup>35</sup> COLLICELLI C., *Quando la salute si paga di tasca propria*, Lavoce.info, 11/2/2020. <https://www.lavoce.info/archives/63434/troppa-spesa-privata-nella-sanita/>

<sup>36</sup> Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali, CREA Sanità, II annualità, Roma 2019

<sup>37</sup> Legge di Bilancio 2020 (ex "legge di stabilità", prima ancora "legge finanziaria") è stata pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 30 dicembre 2019.

<sup>38</sup> COLLICELLI C., *Quando la salute si paga di tasca propria*, Lavoce.info, 11/2/2020. <https://www.lavoce.info/archives/63434/troppa-spesa-privata-nella-sanita/>

## 2.6 I fattori che aumentano la spesa sanitaria

Secondo recenti rilevazioni e analisi di dati è stato evidenziato come un incremento razionale della spesa sanitaria comporti una crescita della speranza di vita degli individui, vale a dire che, se si spende di più in sanità, le persone vivranno di più e, conseguentemente, meglio. Quanto detto, combinato al calo demografico e all'invecchiamento della popolazione sempre crescente, si traduce in un problema per la sanità pubblica in tutto il mondo, ancor di più accentuato durante l'emergenza pandemica da Covid-19.

In particolare, tre sono i fattori che fanno aumentare la spesa sanitaria<sup>39</sup>:

- l'invecchiamento della popolazione;
- la crescita dei costi;
- le inefficienze della pubblica amministrazione.

In particolare, l'aumento della durata della vita media e la contestuale diminuzione delle nascite, ha comportato un'elevata percentuale di soggetti inattivi con una diminuzione dei soggetti produttivi<sup>40</sup>. Tali fattori hanno causato l'aumento delle spese dello Stato per pensioni e assistenza medica: infatti, maggiori sono i bisogni di salute maggiori saranno le prestazioni sanitarie da dover erogare. Anche in base alle future dinamiche demografiche si evidenzia un potenziale aumento della domanda di prodotti e servizi sanitari causato, appunto, dal continuo aumento dell'età media della popolazione<sup>41</sup>.

Anche l'aumento generalizzato dei prezzi ha causato un incremento della spesa pubblica, con l'aumento dei costi dei fattori produttivi acquistati dall'operatore pubblico per fornire i beni e servizi pubblici.

Infine, gli sprechi e la corruzione della pubblica amministrazione hanno determinato e continuano a determinare un considerevole aumento della spesa pubblica.

Nello specifico, i determinanti della spesa sanitaria sono:

1. incapacità di controllo sugli ordinatori di spesa;
2. assenza di acquisti centralizzati e/o attraverso commercio elettronico;

<sup>39</sup> Secondo quanto affermato da Carlo Cottarelli, Direttore del nuovo Osservatorio sui Conti Pubblici dell'Università Cattolica di Milano ed ex direttore esecutivo al Fondo Monetario Internazionale (FMI).

<sup>40</sup> Il monitoraggio della spesa sanitaria 2017, rapporto n. 4, Dipartimento della ragioneria generale dello Stato, Ministero dell'economia e delle finanze; Raitano M., Invecchiamento e crescita dei consumi sanitari, in [www.rivista.ssef.it](http://www.rivista.ssef.it)

<sup>41</sup> Istat 2017.

3. mancanza di collegamento tra il reale fabbisogno e le quantità acquistate, ossia scorte non controllate, quantità di medicinali/presidi scaduti;
4. inappropriata nell'uso delle risorse a disposizione.

Analizzando ogni tipologia di spreco, si riporta una stima complessiva delle risorse erose, nello specifico: 6,45 miliardi di euro per il sovra-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci o inappropriate; 4,73 miliardi per frodi e abusi; 2,15 miliardi per costi eccessivi negli acquisti; 3,22 miliardi per il sotto-utilizzo di servizi e prestazioni opportune ed efficaci; 2,36 miliardi per le inefficienze amministrative; infine 2,58 miliardi per l'inadeguata assistenza coordinata.

Per rendere i sistemi sanitari più efficaci e resilienti si è individuata come metodologia utile la riduzione e circoscrizione degli sprechi e delle inefficienze. Esistono, però, dei fattori limitanti la crescita della spesa sanitaria e si è mostrato come un tasso molto alto del totale dei consumi sanitari nella vita di un soggetto si concentra durante il periodo antecedente alla sua morte, in quanto la spesa sanitaria in questa fase non è più di tanto condizionata dall'aumento degli anni di vita guadagnati.

Per il futuro, si auspica che l'aumento della speranza di vita sia seguito da un miglioramento delle condizioni di salute e da una diminuzione dell'incidenza della disabilità a parità di età.

## **2.7 Le misure di controllo della spesa**

In Italia, all'inizio degli anni 2000 la governance della sanità è stata a poco a poco riorganizzata verso una maggiore responsabilizzazione finanziaria delle Regioni, con l'avvento della stagione dei "Patti per la salute", individuati dal Ministero della Salute come accordi finanziari e programmatici a base triennale tra il Governo e le varie Regioni con oggetto la spesa e la programmazione del SSN<sup>42</sup>.

È stata stabilita, poi, l'attribuzione alle Regioni di una parte del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, ossia la quota premiale, a condizione che avessero compiuto una serie di adempimenti e coperto i disavanzi da realizzare, eventualmente, con l'aumento delle aliquote di imposte (IRAP e addizionale regionale all'IRPEF).

Importante è stata l'introduzione dei Piani di rientro, vale a dire quei pro-

<sup>42</sup> Programmazione Sanitaria e Lea <http://www.salute.gov.it>

grammi di ristrutturazione industriale che le varie Regioni devono organizzare in caso di squilibrio sul totale del finanziamento superiore al 5%<sup>43</sup>, alla cui base si trovano gli obiettivi di contenimento dei fattori di spesa critici, le azioni da realizzare e l'impatto finanziario provocato.

Inoltre, per un migliore controllo della spesa sanitaria è stato intensificato il monitoraggio delle Regioni<sup>44</sup>, attuato mediante il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, presso il Ministero dell'Economia e delle finanze, e il Comitato permanente per l'erogazione dei LEA, presso il Ministero della Salute.

Con i piani di rientro si è registrato un progressivo aumento delle sanzioni e un abbassamento dell'autonomia regionale al continuare delle inadempienze, fino ad arrivare alla nomina di un commissario governativo<sup>45</sup> e all'aumento delle imposte gravanti su famiglie e imprese. Sono state numerose le misure intraprese dalle singole Regioni per contenere l'espansione della spesa e, infatti, i piani di rientro si sono rivelati degli ottimi strumenti per riportare in equilibrio i conti dei Servizi Sanitari Regionali.

Il risultato positivo dei Piani di rientro sui disavanzi sanitari è dovuto, innanzitutto, a una notevole compressione della spesa sanitaria, che riflette anche l'aumento dei livelli delle compartecipazioni richieste ai cittadini e delle aliquote di imposta. Mentre, a livello generale, gli esiti dipendono dallo sforzo di massimizzazione dei risparmi immediati e dal processo di totale riorganizzazione dell'offerta sanitaria. Tutto ciò con lo scopo di consolidare i servizi alternativi all'ospedale e la risoluzione della disgregazione della rete, nonché favorire un maggiore ricorso a strutture private accreditate di dimensioni limitate, caratteristiche delle Regioni con servizi sanitari più vulnerabili<sup>46</sup>.

<sup>43</sup> Circa metà delle Regioni è stata sottoposta a piano di rientro: nel 2007 Lazio, Liguria, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna; nel 2009 la Calabria; nel 2010 sono uscite Liguria e Sardegna (la seconda grazie alla propria natura di Regione a statuto speciale, non per il raggiungimento degli obiettivi) e sono entrate Puglia e Piemonte, con piani di rientro "leggeri" (volti al recupero delle quote premiali pregresse, anche in assenza di disavanzi eccessivi), dunque meno dettagliati e soggetti a verifiche meno frequenti e a sanzioni più leggere (non vi è l'obbligo di aumentare le aliquote fiscali). Il Piemonte è uscito dal piano di rientro nel 2017.

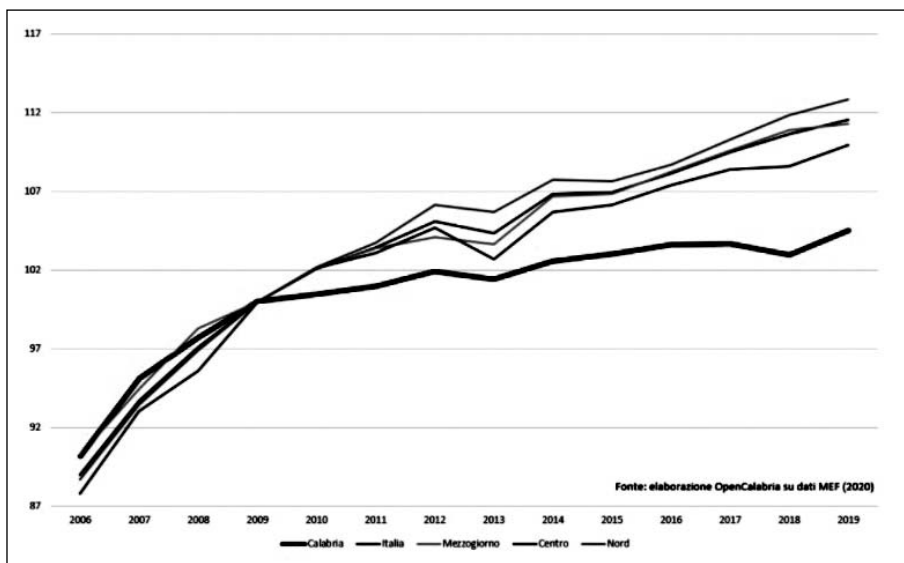
<sup>44</sup> Con il coinvolgimento dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA)

<sup>45</sup> Sono state sottoposte a commissariamento le Regioni Lazio, Abruzzo, Campania, Molise e Calabria. La Regione Abruzzo è uscita dalla condizione di commissariamento nel 2016.

<sup>46</sup> AIMONE G., L., ALAMPI, D., CAMUSSI, S., CIACCIO, G., GUATINI, P., LOZZI, M., MANCINI, A. L., PANICARA, E. e PAOLICELLI, M. (2018), "La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle Regioni in piano di rientro", Banca d'Italia, Questioni di Economia e Finanza, n. 427

La figura 2.4 mostra l'andamento del finanziamento effettivo della sanità in Calabria e nelle macro-aree del paese (il dato del Mezzogiorno è al netto della Calabria).

Fig. 2.4 – Finanziamento effettivo della spesa sanitaria in Calabria e in Italia. Anno 2006-2019.



Come si vede<sup>47</sup>:

- Dal 2006 al 2019, le risorse per la sanità sono cresciute stabilmente in tutto il paese. Il finanziamento nazionale del 2019 è aumentato del 12% rispetto al 2009.
- Dal 2009 al 2019, nelle aree chiave del paese, il finanziamento della sanità ha registrato un aumento del 13% a Nord, +11% nel Mezzogiorno e +10% nel Centro.
- In Calabria la variazione tra il 2009 e il 2019 è pari al 4,5%. Le risorse sono aumentate, ma ad un tasso inferiore rispetto a quello nazionale e delle macro-Regioni.
- Le variazioni percentuali delle risorse più alte rispetto alla media nazionale si hanno in Trentino Adige (+21.7% nella provincia autonoma di Tren-

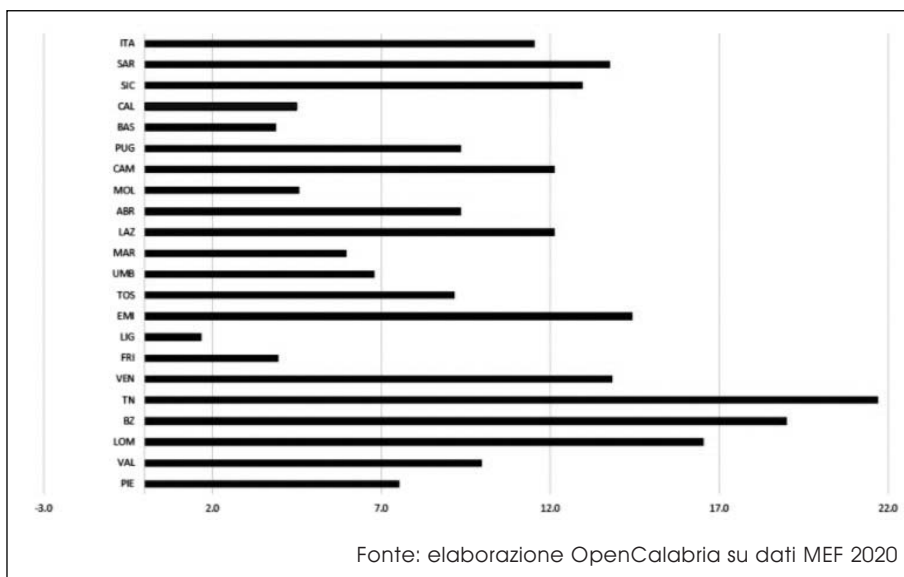
<sup>47</sup> Finanziamento della sanità in Calabria e in Italia, OpenCalabria, Novembre 2020. Disponibile su: <https://www.opencalabria.com/finanziamento-della-sanita-in-calabria-e-in-italia/>



to e +19% nelle provincia autonoma di Bolzano), Lombardia (+16%), Emilia Romagna (+14,3%), Veneto (+13,8%), Sardegna (13,7%), Sicilia (+12,9%), Campania (+12,1%) e Lazio (+12,2%)

- Le percentuali più basse in termini di variazioni si hanno in Friuli Venezia Giulia (+3,9%), Basilicata (+3,89%) e Liguria (1,69%).

Fig. 2.5 – Finanziamento effettivo della spesa sanitaria nelle singole Regioni.



Le Regioni sottoposte a piano di rientro, in generale, oltre agli squilibri economici presentano tradizionalmente elevata mobilità passiva e livelli delle prestazioni non soddisfacenti. A seguito della diffusione dell'allarme sui rischi di peggioramento della qualità dei servizi causato dall'applicazione dei piani di rientro, il potenziamento delle prestazioni è stato enfatizzato a partire dal secondo ciclo di programmazione<sup>48</sup> (triennio 2010-12) in poi.

Le politiche di governo della spesa sanitaria, in base agli ultimi aggiornamenti, hanno focalizzato l'attenzione non tanto più sui disavanzi regionali, ormai in via di riassorbimento, quanto sulla riqualificazione della spesa e sui risultati finanziari delle singole aziende sanitarie e le relative performance<sup>49</sup>.

<sup>48</sup> AIMONE G. et AL. (2018), *op.cit.*.

<sup>49</sup> Si ricorda che la legge di bilancio per il 2017 prevedeva che ogni Regione avrebbe potuto proporre al Comitato LEA un programma annuale di miglioramento e riqualificazione di de-

Durante la fase di crisi, oltre ai meccanismi premiali e ai piani di rientro, la spesa sanitaria può essere controllata da una serie di misure e regolamentazioni rivolte a tutte le Regioni e mirate a contenere la dinamica delle uscite. Tra i provvedimenti si trovano: imposizione di standard, budget e vincoli sulle diverse voci o di procedure gestionali più efficienti.

In particolare, gli interventi riguardano:

misure per contrastare l'incremento della spesa di personale: oltre al blocco del turn-over, della contrattazione per il personale dipendente e i medici in convenzione in vigore dal 2010 al 2015, si individua il tetto alla spesa di personale ridotto dell'1,4%. Quest'ultimo viene istituito nel 2007 e in seguito riconfermato, così da permettere il suo raggiungimento nel 2020 mediante un percorso progressivo in cui si fissa nella legge di bilancio del 2018 una diminuzione almeno dello 0,1% annuo. Si stabilisce, inoltre, di ridurre il trattamento complessivo per gli anni 2011-14 attribuendogli un importo pari all'ammontare del trattamento corrisposto nel 2010 al netto dell'indennità di vacanza contrattuale. Si è cercato, per di più, di mantenere contenuto il trattamento accessorio e congelare i livelli retributivi anche del personale in convenzione

limitazione delle dotazioni strutturali degli ospedali: si stabilisce il numero di posti letto standard, inclusi quelli di riabilitazione e di lungodegenza. Come indicato anche nel Regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi all'inizio i posti messi a disposizione erano uguale a 4,5 ogni 1.000 abitanti, passati poi a 4 e successivamente a 3,7. Alla base di questo provvedimento vi è l'obiettivo di rafforzare il day-hospital e le altre forme di ricovero alternative<sup>50</sup>;

riduzione dei consumi intermedi: diminuisce la spesa complessiva annua in termini percentuali fisse e crescenti così da limitare l'importo e i volumi delle prestazioni acquistate da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera. Tra le riduzioni si individuano anche: le misure di abbattimento del 10% degli importi e delle prestazio-

terminate aree del SSR, con la possibilità di accedere a una quota premiale sperimentale aggiuntiva per il 2017 (indicata nello 0,1 per cento del finanziamento). I programmi presentati sono rivolti essenzialmente al miglioramento dell'assistenza territoriale, degli interventi di emergenza-urgenza e della prevenzione (vaccini e screening) (si veda Corte dei Conti (2018), "Rapporto 2018 sul coordinamento della finanza pubblica").

<sup>50</sup> Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2015. Il Regolamento ha anche disposto che dal 2015 avrebbero potuto essere accreditate solamente le strutture con almeno 60 posti letto per acuti (80 dal 2017), con previsione di misure per favorire riconversioni o fusioni delle strutture già accreditate con posti letto compresi tra 40 e 60, a eccezione delle strutture mono-specialistiche.

ni relative a contratti di appalto e di fornitura di beni e servizi, escluso i farmaci; la ridefinizione dei contratti in caso di un prezzo superiore del 20% a quello di riferimento e le norme per la progressiva centralizzazione degli acquisti e la revisione delle procedure di gara;

aumento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate: si introducono nel campo della specialistica ambulatoriale le regole per accrescere l'adeguatezza delle prestazioni<sup>51</sup> con l'imposizione di un "superticket" fisso di 10 euro a ricetta<sup>52</sup>;

interventi sulla governance del settore farmaceutico (gestita dall'AIFA dal 2003 in poi): si stabiliscono dei tetti di spesa farmaceutica, il ripiano parzialmente delle aziende (pay-back)<sup>53</sup>, gli sconti e i rimborsi da richiedere alla filiera del farmaco, le norme per incentivare la distribuzione diretta dei medicinali e l'uso dei generici, l'introduzione del prezzo di rimborso per i farmaci equivalenti con la differenza a carico dei cittadini ove non ricompresa tra questi, il monitoraggio delle prescrizioni e dei consumi e l'incremento delle compartecipazioni.

Negli ultimi tempi, la riduzione della spesa sanitaria è avvenuta mediante la richiesta di un contributo finanziario alle Regioni in modo da permettere il riequilibrio della finanza pubblica, senza dover individuare ex ante i settori da colpire e le specifiche misure di risparmio da attuare. Nello specifico, è stato stabilito che la quota relativa alla sanità e il riparto tra le Regioni deve avvenire attraverso accordo in Conferenza Stato-Regioni<sup>54</sup>.

Si ricorda, tuttavia, che sono emersi degli ostacoli con riguardo alle Regioni a statuto speciale, che non hanno sottoscritto l'accordo sul contributo

<sup>51</sup> Si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2016), "L'intervento per l'appropriatezza della specialistica ambulatoriale", Focus n. 4.

<sup>52</sup> La legge di bilancio per il 2018 ha istituito un limitato fondo (60 milioni) volto a ridurne l'impatto su alcuni soggetti vulnerabili e il DDL di bilancio per il 2020 ne prevede la soppressione.

<sup>53</sup> Si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2017), "Il governo della spesa farmaceutica tra massimali e pay-back", Focus n. 5, per un approfondimento sulle difficoltà incontrate nell'applicazione del pay-back e più in generale sulla regolazione del settore farmaceutico. Il meccanismo del pay-back è stato modificato più volte, ancora con la legge di bilancio per il 2018 e con quella per il 2019 e con successivi provvedimenti, cercando di semplificare e migliorare i meccanismi di monitoraggio della spesa farmaceutica e di superare il contenzioso con le imprese (si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2019), "Rapporto sulla politica di bilancio 2019"). Si ricorda che il pagamento complessivo per gli anni 2013-17, utile a chiudere il contenzioso, è stato determinato in 2,378 miliardi di euro, una cifra inferiore a quanto precedentemente calcolato da AIFA, che le imprese hanno finito di versare nel 2019.

<sup>54</sup> Si tenga presente che le uscite degli Enti sanitari locali rappresentano circa il 70% di quelle delle Regioni

previsto dalla legge di stabilità per il 2016, andato pertanto a carico delle altre Regioni.

## **2.8 Un esempio di controllo della spesa sanitaria regionale: il Decreto Calabria**

Con il Decreto-legge n. 35 del 2019, c.d. “Decreto Calabria”, sono stati previsti per il Servizio sanitario della Regione Calabria interventi urgenti ed altre misure in materia sanitaria che hanno interessato gli ospedali e il personale, l’assistenza farmaceutica, la prevenzione e, comprensibilmente, la nomina dei manager sanitari che dovranno portare avanti le direttive governative.

Il Decreto Calabria, in particolare, ha conferito nuovi poteri di controllo da esercitare sui dirigenti del Servizio Sanitario Regionale, l’istituzione di un Commissario *ad acta* così da permettere l’attuazione del Piano di rientro, nonché la nomina di sub-commissari non più sotto le direttive del presidente della Regione Calabria poiché inadempiente agli impegni assunti in precedenza.

L’effetto che il provvedimento ha prodotto immediatamente è stata la dichiarazione di decadenza di tutti i commissari e dirigenti di Asl e ospedali nominati dalla Regione<sup>55</sup>, con l’intento di non limitarsi al solo commissariamento *tout-court* della sanità calabrese, ma di realizzare l’interesse nazionale a partire dalla spesa per il personale del SSN alla formazione medica.

Guardando alla struttura compositiva del Decreto Legge n. 35/19, esso si compone di III Capi all’interno dei quali sono contenuti 16 articoli. Nello specifico, il Capo I è composto da 10 articoli dedicati alle disposizioni necessarie per il ripristino dei livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario<sup>56</sup> e il raggiungimento degli obiettivi del Piano di rientro dei disavanzi, secondo i relativi programmi operativi.

Tutte le misure offerte si configurano come provvedimenti normativi straordinari, assunti per un periodo di tempo circoscritto a 18 mesi<sup>57</sup> durante i quali si intende portare la sanità calabrese verso situazioni amministrative “normali”.

<sup>55</sup> All’articolo 3 è previsto che il giorno successivo alla pubblicazione in Gazzetta decadranno tutti i commissari, dirigenti delle aziende sanitarie e ospedaliere calabresi nominati dalla Regione.

<sup>56</sup> Art. 117, secondo comma, lettera *m* della Costituzione.

<sup>57</sup> Ai sensi del successivo articolo 15, comma 1 del presente decreto.

A tal proposito, il soggetto designato come Commissario *ad acta*, ogni sei mesi, deve effettuare una verifica<sup>58</sup> straordinaria sull'attività dei direttori generali delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere nonché delle aziende ospedaliere universitarie.

Il Commissario, in caso di valutazione negativa del direttore generale, entro quindici giorni dall'avvio del procedimento e su motivazione, può dichiarare immediatamente decaduto il direttore generale, risolvere il relativo contratto e nominare un Commissario straordinario.

Entro sei mesi dalla nomina e, poi, almeno ogni sei mesi, il Commissario *ad acta* deve provvedere alla verifica delle attività svolte dal Commissario straordinario. Anche in questo caso il Commissario *ad acta* può disporre la decadenza immediata dall'incarico e provvedere alla relativa sostituzione, in caso di valutazione negativa.

Il commissario straordinario resta in carica per 18 mesi dalla data di entrata in vigore del decreto, può essere designato un unico soggetto che opera per più Enti del Servizio Sanitario Regionale oppure possono essere nominati tanti commissari straordinari quanti sono gli Enti del servizio sanitario calabrese.

Tra i compiti del Commissario straordinario vi è l'adozione di un nuovo atto aziendale<sup>59</sup> e la riorganizzazione e ridefinizione delle procedure di controllo interno così da garantire la coerenza con i Piani di Rientro dai disavanzi nel settore sanitario e con i relativi programmi operativi.

Inoltre i Commissari straordinari sono tenuti a verificare l'attività dei direttori amministrativi e sanitari delle rispettive aziende, in modo periodico, sulla base dei criteri stabiliti dalla normativa vigente. Anche in questo caso, un'eventuale valutazione negativa dei soggetti verificati dispone la decadenza dall'incarico e la successiva nomina dei sostituti, attingendo dagli elenchi di idonei di quelle Regioni che hanno provveduto ad effettuare, ai fini dell'iscrizione in tali elenchi, la selezione per titoli e colloquio.

<sup>58</sup> L'art. 2 disciplina e rafforza le procedure di verifica dei direttori generali degli enti del Servizio Sanitario Regionale (attualmente regolamentate dall'art. 2 del D. Lgs. 171/2016 e di pertinenza delle Regioni).

<sup>59</sup> L'art. 3 prevede, inoltre, che nel corso dell'esame in sede referente è stata inserita la previsione secondo la quale, ai fini dell'adozione dell'atto aziendale, viene istituita con decreto ministeriale un'Unità di crisi speciale per la Regione, con il compito di effettuare visite ispettive straordinarie presso le aziende sanitarie. L'Unità, composta da dirigenti del Ministero della salute e da un numero massimo di cinque esperti, trasmette al commissario straordinario e al commissario *adacta* una relazione sullo stato dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, evidenziando, sia gli eventuali scostamenti dagli standard necessari a garantire i livelli essenziali di assistenza, che le misure organizzative necessarie al loro ripristino. Ai componenti dell'Unità non appartenenti ai ruoli del Ministero spetta il rimborso delle spese documentate.

Inoltre, spetta al Commissario straordinario entro novanta giorni dalla nomina, con l'ausilio dell'Age.na.s e della Guardia di Finanza, il compito di effettuare una verifica della gestione dell'ente a cui è preposto e, ove registri gravi e continue irregolarità nella gestione dei bilanci, il Commissario *ad acta* dispone la gestione straordinaria dell'ente.

Alla gestione straordinaria provvede un Commissario straordinario di liquidazione, nominato dal Commissario *ad acta* in accordo con il Ragioniere generale dello Stato, scelto tra i funzionari o i dirigenti del Ministero dell'Economia e delle Finanze e di altre amministrazioni dello Stato, in servizio o in quiescenza, dotati di idonea esperienza nel campo finanziario e contabile ovvero fra gli iscritti nel registro dei revisori contabili, nell'albo dei dottori commercialisti e nell'albo dei ragionieri.

Il Commissario straordinario di liquidazione presenta al commissario *ad acta*, entro un mese dalla sua nomina, il piano di rientro aziendale che deve essere approvato.

All'interno del decreto sono stabiliti, inoltre, vincoli stringenti su acquisti e forniture che il Servizio sanitario calabrese ha l'obbligo di effettuare per il futuro, attraverso la centrale nazionale per gli acquisti della Pubblica Amministrazione (Consip) o attraverso le centrali di committenza di altre regioni.

Nuove disposizioni si riferiscono, invece, alle procedure di appalti di lavori, servizi e forniture inferiori alle soglie di rilevanza comunitaria da effettuarsi con il coordinamento dell'Autorità nazionale anticorruzione (Anac)<sup>60</sup>, dietro stipula di un protocollo d'intesa con il Commissario *ad acta*.

Relativamente alla programmazione degli interventi del Piano triennale di edilizia sanitaria e all'adeguamento tecnologico della rete di emergenza si è previsto di procedere mediante Invitalia S.p.A.<sup>61</sup>, quale centrale di committenza e non più a livello regionale.

Si prevede, inoltre, che l'attuazione di quanto previsto dal decreto sia garantita anche grazie al supporto tecnico e operativo di Age.na.s, vale a dire l'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Per di più, i Commissari possono avvalersi del Corpo della Guardia di Finanza per lo svolgimento di attività dirette al contrasto delle violazioni in danno degli interessi economi-

<sup>60</sup> Ai sensi dell'articolo 213, comma 3, lettera h), del citato D.Lgs. n.50La suddetta lettera h) prevede che l'ANAC, per affidamenti di particolare interesse, svolga attività di vigilanza collaborativa, attuata previa stipula di protocolli di intesa con le stazioni appaltanti richiedenti, volta a supportare le medesime nella predisposizione degli atti e nell'attività di gestione dell'intera procedura di gara.

<sup>61</sup> Invitalia S.p.A. è l'Agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa; l'intero capitale della società è posseduto dal Ministero dell'economia e delle finanze.

ci e finanziari connessi all'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario nella Regione Calabria. Infine, quanto previsto dal decreto si applica anche alle Aziende sanitarie sciolte per infiltrazioni mafiose.

Il Capo II è composto dagli articoli 11, 12 e 13 all'interno dei quali sono contenuti interventi urgenti che riguardano specifiche tematiche del settore sanitario, ovverosia il contenimento della spesa del personale SSN, il blocco del *turnover* e modalità di assunzione del personale medico.

Già con le leggi di bilancio 2018 e 2019 si era posta l'attenzione su questi argomenti e il Decreto Calabria ha sottolineato e riconfermato la necessità di proseguire con la *spending review* in sanità, iniziata nel 2011, con lo scopo di recuperare le inefficienze organizzative e gestionali.

Lo sblocco del tetto di spesa per il personale SSN ha eliminato, così, quello fissato per il 2010 in cui la spesa del personale del SSN era fissata uguale a quella del 2004.

È stato previsto che, a partire dal 2019, la spesa per il personale degli enti di ciascuna Regione e Provincia autonoma del Servizio Sanitario Nazionale non possa superare il tetto di spesa del 2018, o, se superiore, debba corrispondere all'ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%. Valori questi incrementabili successivamente anno per anno, a livello regionale, di un importo pari al 5% dell'incremento del Fondo sanitario regionale, sulla base dell'anno precedente. A partire dallo scorso anno, l'incremento di spesa del 5% dipende dall'applicazione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN, ma permane sempre il divieto di effettuare spese non obbligatorie e le maggiorazioni Irpef e Irap.

Il Decreto ha, inoltre, prorogato al 2021 l'entrata in vigore del nuovo esame di abilitazione per l'esercizio della professione medica<sup>62</sup> al fine di permettere alle università una organizzazione degli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo più efficiente.

E' stato poi disposto che, a causa della mancanza di personale, fino al 31 dicembre 2021 ai laureati in medicina e chirurgia idonei al corso triennale di formazione specifica in medicina generale, con precedente incarico di almeno 24 mesi anche non continuativo negli ultimi 10 anni dall'entrata in vigore del presente decreto, è consentito l'accesso al corso stesso tramite graduatoria riservata, senza borsa di studio e nei limiti di spesa previsti.

Vengono temporaneamente bloccate, tramite provvedimento da parte dell'AIFA prima notificato al Ministero della Salute, le esportazioni di farmaci nel caso in cui sia necessario per prevenire o limitare stati di carenza o indi-

<sup>62</sup> Disposto dal DM 9 maggio 2018, n. 58, art. 7, co. 2, del decreto ministeriale 9 maggio 2018, n. 58.

sponibilità, in modo da garantire l'adempimento dell'obbligo di servizio pubblico dei grossisti farmaceutici di fornire permanentemente un assortimento adeguato di medicinali. Inoltre, viene esteso il termine, non più due ma quattro mesi, entro cui il titolare dell'Aic<sup>63</sup> del medicinale deve comunicare l'interruzione temporanea o definitiva della commercializzazione del medicinale. Questo consente all'AIFA di avviare dei controlli per scongiurare possibili criticità connesse alla potenziale carenza dei medicinali. Il monitoraggio sul territorio nazionale è reso possibile grazie al rafforzamento della struttura di supporto del direttore generale dell'AIFA, mediante le figure del direttore amministrativo e del direttore tecnico-scientifico.

Per concludere, nel Capo III del decreto sono inclusi gli articoli dal 14 al 16, all'interno dei quali sono contenute le disposizioni finanziarie, transitorie e finali che disciplinano l'entrata in vigore del decreto.

Prosecuzione naturale del decreto 35/2019 è il decreto legge 150/2020 recante "Misure urgenti per il rilancio del servizio sanitario della Regione Calabria e per il rinnovo degli organi elettivi delle Regioni a statuto ordinario", approvato a seguito del permanere delle criticità in ambito economico e finanziario per il mancato raggiungimento dell'equilibrio e della necessità di procedere al rinnovo degli organi elettivi con deroga<sup>64</sup>. Il testo si compone di due capi e 10 articoli con il compito di riorganizzare e rafforzare la struttura della rete ospedaliera e procedere con un piano di assunzioni straordinarie di personale medico, sanitario e socio-sanitario, anche a fronte della grave emergenza Covid-19.

<sup>63</sup> Autorizzazione all'immissione in commercio.

<sup>64</sup> <https://temi.camera.it/leg18/provvedimento/misure-urgenti-per-il-rilancio-del-servizio-sanitario-della-regione-calabria-e-per-il-rinnovo-degli-organi-elettivi-delle-regioni-a-statuto-ordinario.html>





### 3. LA RIPARTIZIONE DEL FINANZIAMENTO SANITARIO

#### 3.1. L'eterogeneità dei servizi sanitari regionali

Come detto nei precedenti capitoli, la Legge n. 833 del 1978 istituisce il Servizio Sanitario Nazionale, strumento che permette di dare attuazione al dettato costituzionale. Il SSN fornisce allo Stato i mezzi necessari per assicurare la tutela di un bene primario quale è la salute, grazie all'erogazione di prestazioni sanitarie e assistenza alla cittadinanza<sup>1</sup>.

Il complesso funzionamento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale è stato oggetto, nel corso degli anni, di numerosi interventi di riforma che hanno determinato un divario evidente dei modelli di organizzazione e di *governance* adottati dalle Regioni nell'erogazione dei servizi sanitari<sup>2</sup>.

Già negli anni '80 e '90, quando ancora il SSN era quello definito dalla L. n. 833/78, molti studi avevano sottolineato una crescente diversificazione dei sistemi organizzativi e gestionali tra i vari territori regionali. Infatti, le Regioni capaci di affrontare la sfida federalista del 2001 hanno maggiormente intensificato e rafforzato, nell'ultimo decennio, la propria capacità di *governance*, mentre quelle Regioni che hanno sfruttato l'autonomia affidata per eludere le decisioni del governo centrale sono state e sono commissariate e vicariate, perché incapaci di interpretare quella propria funzione di regia.

Una recente ricerca della Fondazione Res ha sottolineato che gli attuali livelli di *performance* delle diverse Regioni sono associati ai livelli di *performance* registrati negli anni precedenti.

In particolare, l'analisi si è concentrata su un indice di funzionamento dei

<sup>1</sup> ZAMOLO D., "Diritto alla salute ed accreditamento all'eccellenza. Un approccio sistemico orientato al Total Quality Management" in Tigor: rivista di scienze della comunicazione e di argomentazione giuridica, n.2, 2015, p. 73.

<sup>2</sup> MAPELLI V., BONI S., "I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali", in Quaderni Formez, n. 57, Roma, p 18.

Sistemi Sanitari Regionali basato su una serie di indicatori correlati all'andamento nel tempo di alcune variabili.

Le variabili da considerare sono<sup>3</sup>:

- **il risultato economico:** i risultati di esercizio consolidati a livello regionale;
- **la capacità gestionale:** gli indicatori di degenza media ospedaliera pre-operatoria, le case mix, il tasso di utilizzo dei posti letto per acuti;
- **risultati di processo:** l'appropriatezza degli interventi, la qualità percepita dai cittadini e al livello di mobilità sanitaria, la diffusione di servizi socio-sanitari territoriali e le attività di prevenzione;
- **risultati finali:** gli indicatori di mortalità e gli indicatori di disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari.

Dall'analisi è possibile comprendere un grande divario tra le Regioni del Centro-Nord e le Regioni del Sud, risultate le peggiori in assoluto la Calabria e la Campania. Oggi le Regioni in ritardo nello sviluppo di processi e sistemi di governo raramente recuperano in tempi brevi la differenza presente con le Regioni più "mature". Anzi, spesso capita che questo gap si allarghi a causa degli elevati disavanzi regionali. Questi ultimi sono espressione di un deficit di capacità gestionale fortemente diffuso in molti settori dell'amministrazione, perché incapaci di utilizzare gli strumenti di programmazione e controllo manageriale introdotti con le riforme avviate nel corso degli anni '90.

In trent'anni, ci si sarebbe aspettato una funzione di programmazione sanitaria del tutto consolidata nelle Regioni, invece la differenza tra capacità di programmazione e di governo della spesa tra Regioni non è stata più colmata.

Grazie all'introduzione di un nuovo sistema di accordi, tuttavia, è possibile garantire la definizione di regole comuni e condivise, tra le più significativi trova l'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ove al governo si affiancarono le Regioni nel caso in cui il loro disavanzo superasse il 7%. È stata introdotta, inoltre, l'obbligatorietà per queste Regioni del rispetto dei vincoli e la predisporre un Piano di rientro, sino alla nomina di un Commissario Straordinario per l'attuazione dello stesso Piano. Il successivo Patto per la Salute del 5 ottobre 2006 ha stabilito l'impossibilità definitiva di ripiano dei

<sup>3</sup> Fondazione Res, "Il sistema sanitario siciliano in trasformazione in un'ottica comparata", ricerca condotta dal Prof. Emmanuele Pavolini in collaborazione con la Prof.ssa Laura Azzolina, i cui primi risultati sono stati pubblicamente presentati a Palermo il 27 ottobre 2010.

disavanzi con i fondi dello Stato per quelle Regioni che presentano dei deficit strutturali<sup>4</sup>.

Nel IX Rapporto Censis<sup>5</sup> si mostra un trend divergente collegato alla forte eterogeneità territoriale, la differenza tra Nord e Sud è sempre più marcata. Anche gli indicatori Bes<sup>6</sup> ed Eurostat presentati nel Documento di economia e finanza 2018 (DEF) sottolineano queste diversità tra le Regioni.

Le statistiche Eurostat che si riferiscono all'assistenza ospedaliera territoriale basate sulla disponibilità di letti ospedalieri per pazienti affetti da patologie croniche e sul numero di posti letto ospedalieri destinati alle cure riabilitative, sottolineano valori più che doppi nelle Regioni del Nord rispetto al Meridione.

I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari nelle aree del Centro-Nord sono superiori alla media nazionale. Nello specifico, nel Nord-Est se ne segnalano 28,6 rispetto ai 21,1 presidi nazionali ogni 100.000 abitanti; nel Nord-Ovest 22,2; nel Centro 21,8 e nelle Isole 23,1; molto inferiori, invece, al Sud 12,3.

Di fronte a dati relativi all'indice di buona salute e della speranza di vita alla nascita, al tasso di mortalità infantile così differenziati risulta difficile parlare ancora di uguaglianza e pensare di continuare a sostenere lo sviluppo di un sistema sanitario profondamente diseguale che, in molti casi, costringe i cittadini alla migrazione sanitaria (Fig. 3.1).

Come riportato, per alcune Regioni, il saldo della mobilità rappresenta una quota significativa della spesa, ad esempio per la Calabria con valori negativi e per il Molise, la Lombardia e l'Emilia-Romagna, invece, con valori positivi. Inoltre, si può notare un incremento del saldo negativo della mobilità internazionale rispetto al periodo 2015-2018, passando da circa 88 milioni di euro registrati nel 2018 a 97 milioni nel 2019. Tuttavia, il Ministero della Salute non specifica quanta parte di questo aumento si riferisca ad un maggior ricorso ai servizi sanitari offerti da altri Paesi e quanta, invece, ad una minore mobilità in entrata<sup>7</sup>.

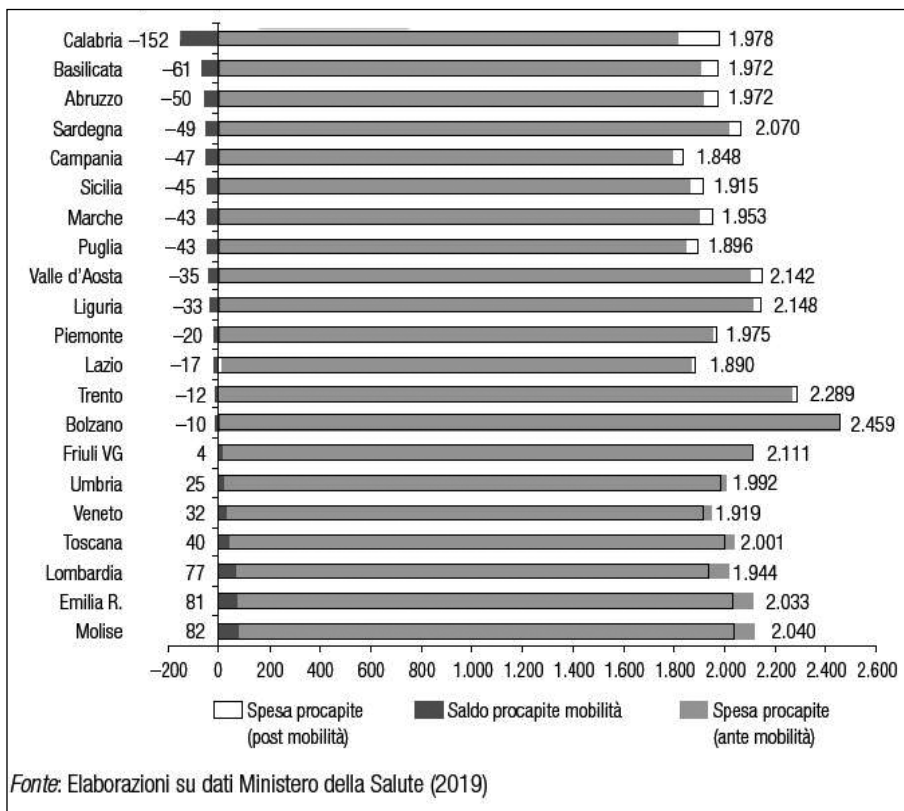
<sup>4</sup> Legge n. 311 del 2004.

<sup>5</sup> L'indagine, effettuata dal 23 aprile al 2 maggio 2018 da RBM-Censis in collaborazione con la società Demetra, è stata realizzata attraverso la somministrazione di un questionario strutturato ad un campione rappresentativo di 10.000 adulti (18 anni e oltre) residenti in Italia.

<sup>6</sup> Indicatori di Benessere equo e sostenibile (Bes), illustrati per ripartizioni geografiche sono: indicatore della speranza di vita media in buona salute alla nascita; indicatore della speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni; l'indicatore di mortalità per tumore nella fascia di età 20-64 (a fronte di una media nazionale di 8,928 morti per 10.000 residenti); indicatore di adeguata alimentazione; indicatore di povertà assoluta.

<sup>7</sup> Rapporto OASI 2020, Cergas- Bocconi, Egea Editore

Fig. 3.1 – Spesa sanitaria pubblica pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo e al netto della mobilità e saldo della mobilità interregionale pro-capite (2019).



Negli ultimi decenni, l’evoluzione della normativa ha certamente favorito, a livello regionale, quelle realtà territoriali più agiate, che presentano una capacità contributiva più alta, una *governance* politica stabile e un Servizio Sanitario Regionale meno impegnato da degenerazioni politico-clientelari.

Le Regioni con una bassa capacità contributiva occupano, certamente, una posizione di svantaggio a discapito anche della loro situazione economica; risulta, pertanto, impossibile poter rimediare a questo gap senza aver ricercato quelle nuove competenze e capacità gestionali che permettano la riqualificare del sistema e la programmazione dei servizi sanitari<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> <https://politicasemplice.it/capire-politica/sanita-diritto-salute>

In particolare, si deve tentare di rafforzare lo sviluppo dei servizi e della professionalità, investendo sulla formazione e ricerca e ponendosi come obiettivi l'incremento della produzione, della qualità assistenziale e di una coerente riduzione delle fughe del personale sanitario<sup>9</sup>.

Inoltre, sembra chiaro che un *benchmark* quale indicatore delle *best practices* non basta per valutare l'efficienza di gestione: risulta, infatti, difficile misurare gli esiti delle singole amministrazioni. Il *benchmarking*<sup>10</sup> di cui c'è bisogno non è quello semplicistico, dovrebbe piuttosto essere un *modus governandi*, in cui una base dati diffusa, affidabile e organizzata serva da guida per il coordinamento delle azioni di politica economica e per la verifica dei risultati<sup>11</sup>.

### 3.2 La diversa organizzazione dei servizi sanitari regionali

Il concetto di adeguamento tra la tutela della salute e le esigenze economiche ha prodotto il passaggio dal vecchio modello di gestione, contraddistinto da procedure rigide e dalla deresponsabilizzazione degli organi gestionali, ad una "amministrazione che governa per risultati", caratterizzata dall'autonomia dei processi di gestione e dalla responsabilizzazione riguardante la qualità e quantità dei servizi sanitari erogati agli individui<sup>12</sup>.

Le criticità legate al SSN possono essere rinvenute nella complessa compatibilità tra un'organizzazione decentrata e la garanzia sostanziale del diritto alla salute, la mancanza di risorse per gli investimenti nel settore della ricerca clinica e biomedica, la governance del SSN rispettosa degli obblighi e doveri presi in sede comunitaria, quali il vincolo del pareggio di bilancio<sup>13</sup>.

Il peggioramento della situazione economica ha amplificato la tensione finanziaria del Paese, portando le aziende sanitarie ad avere ancora più limita-

<sup>9</sup> TUBERTINI C., *op.cit.*, p. 10, disponibile su [www.spisa.unibo.it](http://www.spisa.unibo.it)

<sup>10</sup> Nel contesto sanitario lo strumento del benchmarking è essenziale: in un ambito in cui si tendono ad attivare strategie collaborative e non competitive tra gli attori del sistema, il benchmarking, ossia il processo sistematico di confronto delle performance, rappresenta lo strumento fondamentale per attivare processi di apprendimento dalle *best practice*.

<sup>11</sup> PAMOLLI F., SALERNO C., *Tra federalismo, regolazione dei mercati e sostenibilità delle finanze pubbliche* in edizioni Cerm, p. 39 disponibile su <http://www.cermlab.it/wp-content/uploads/cerm/wp/wpcerm-2008-03.pdf>

<sup>12</sup> BUCCOLIERO L., CACCIA C., NASI G., e-he@lth. *Percorsi di implementazione dei sistemi informativi in sanità*, McGraw – Hill, Milano, 2005.

<sup>13</sup> BOTTARI C., FOGLIETTA F., VANDELLI L., *Welfare e servizio sanitario. Quali strategie per superare la crisi*, in *Quaderni di sanità pubblica*, Maggioli Editore, 2013.

zioni. Infatti, le Regioni operano nel tentativo di ridurre i disavanzi ed evitare un aumento esagerato della pressione tributaria e tariffaria, non ponendo la necessaria attenzione sulle conseguenze di queste azioni sulla salute pubblica.

Nel processo di accentramento regionale, gli strumenti utilizzati hanno condotto a varie soluzioni organizzative e gestionali dei servizi sanitari regionali.

In linea generale esistono tre modelli:

1. *Il modello caratterizzato dalla competizione tra le organizzazioni sanitarie*: basato sull'efficacia ed efficienza (costi, prezzi, qualità). La Regione che utilizza questo modello è la Lombardia;
2. *Il modello caratterizzato dalla cooperazione e integrazione tra le varie organizzazioni sanitarie*: utilizzato dalle Regioni centro-settentrionali e del Nord-Est;
3. *Il modello caratterizzato dall'uso dei tradizionali metodi burocratici di governi*: utilizzato dalle regioni meridionali<sup>14</sup>.

Secondo un'attenta analisi, negli ultimi tempi i Sistemi sanitari regionali, in particolare di Toscana ed Emilia Romagna, sono orientati verso il modello caratterizzato dalla cooperazione e integrazione tra le varie organizzazioni sanitarie, con la formazione delle c.d. Aree-Vaste. Nel settore finanziario dei Servizi Sanitari Regionali le principali diversità riscontrabili dipendono dalle scelte sull'organizzazione adottate dalle singole Regioni, le quali, pur avendo all'inizio un finanziamento pro-capite simile, successivamente, grazie alle diverse capacità governative a livello locale del sistema sanitario e alle politiche di acquisto di beni e servizi necessari per l'erogazione dei servizi sanitari, cambieranno l'intera organizzazione dei servizi sanitari.

### **3.3 La disciplina dei costi e il fabbisogno standard**

Il Decreto Legislativo n. 68 del 6 maggio 2011 presenta, rispetto al sistema di riparto regionale delle risorse da destinare ai Livelli Essenziali di Assistenza in vigore dagli anni novanta, due importanti novità:

- il depotenziamento della ponderazione della quota capitaria per le sole classi di età della popolazione;
- l'individuazione di Regioni benchmark.

<sup>14</sup> BOTTARI C., FOGLIETTA F., VANDELLI L., *op.cit.* Inoltre si rinvia alla lettura di Gianfrate F., Il federalismo in sanità: opportunità e rischi tra finanziamento, equità ed assistenza, *Farmeconomia e percorsi terapeutici*, 6(3), 2005.

Anche se priva di successo, la prima innovazione intende mitigare il conflitto Nord-Sud; la seconda novità, invece, riferita all'identificazione del benchmarking, è stata del tutto insignificante per la distribuzione delle risorse, perché il finanziamento complessivo doveva essere determinato preventivamente<sup>15</sup>.

In base al decreto in analisi, il fabbisogno complessivo della sanità è un dato “determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria”. Si parte così da un livello programmato di finanziamento complessivo “che costituisce il valore di risorse destinabile al finanziamento del Servizio sanitario nazionale che il Paese è nella condizione di assicurare per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza”<sup>16</sup>.

La definizione del livello di finanziamento non viene determinata dalla somma del costo delle varie prestazioni, LEA, ma specificata a monte da una decisione politica presa in fase di formazione del bilancio pubblico, con un metodo usato già nella formulazione dei c.d. Patti per la salute tra Governo e Regioni.

Il provvedimento riconferma le tre macro categorie dell'assistenza tradizionale:

1. assistenza sanitaria collettiva (5%),
2. assistenza distrettuale (51%),
3. assistenza ospedaliera (44%).

Attualmente, l'assegnazione del finanziamento è elaborata prendendo a riferimento tre Regioni, che rappresentano il benchmark, scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, perché in possesso di bilancio finanziario in equilibrio<sup>17</sup>. Oltre agli indicatori finanziari sono necessari degli indicatori di valutazione dell'appropriatezza, dell'efficienza e della qualità dei servizi e della rappresentatività in termini di appartenenza all'area geografica del Nord, Centro e Sud, con almeno una Regione di piccola dimensione geografica. L'ingresso in questo set non è permesso alle Regioni che registrano dei pareggi di bilancio.

<sup>15</sup> CARUSO E., e DIRINDIN N., *Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011*. In: *Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa*, 2011.

<sup>16</sup> Art. 26 comma 1 D. Lgs. 68/2011

<sup>17</sup> PISAURO G., *I fabbisogni standard nel settore sanitario. Commento allo schema di decreto legislativo*. In: NENS - Nuova economia nuova società (2010).



Ad esclusione delle Regioni sottoposte ai piani di rientro, nelle Regioni benchmark indicate la spesa sanitaria è stata pari alle risorse ordinarie attribuite al finanziamento dei LEA.

A partire dal 2013 in poi, il fabbisogno standard delle singole Regioni a statuto ordinario è ottenuto applicando a tutte le Regioni costi standard rilevati nelle tre Regioni benchmark. Nello specifico, la standardizzazione del costo è espressa per ciascun macrolivello dalla media della spesa pro-capite pesata registrata a livello aggregato nelle tre Regioni benchmark, da applicare alla popolazione pesata di tutte le Regioni<sup>18</sup>. Da questi costi standard le Regioni di riferimento possono, quindi, ricostruire il fabbisogno standard regionale che, rapportato al fabbisogno standard nazionale, definisce la quota d'accesso al finanziamento precedentemente determinato<sup>19</sup>.

Un periodo transitorio di cinque anni permette alle Regioni di convergere verso le percentuali di costo e fabbisogno identificate nella programmazione nazionale, cioè il 5% per l'assistenza collettiva, il 51% per quella distrettuale e il 44% per quella ospedaliera. La novità di vincolo al rispetto di quote per macrolivelli potrebbe favorire il recupero di efficacia e efficienza, soprattutto in quelle Regioni in cui perdurano dei servizi sanitari fondati su una costosa assistenza ospedaliera<sup>20</sup>.

### 3.4 Fondo sanitario regionale

Come già si è visto in precedenza, con la conversione delle USL in Aziende sanitarie l'obiettivo delle riforme del 1992-'93 era di trasformare enti pubblici in unità operative, il cui funzionamento prendesse spunto dall'efficienza ed efficacia delle aziende private.

Prima di questo nuovo assetto proposto dalle riforme, le strutture sanitarie erano finanziate secondo la spesa storica, cioè ad esse era garantito il rimborso dei costi indipendentemente dalla qualità e la quantità dei servizi offerti.

<sup>18</sup> Le pesature sono effettuate con pesi per classi di età considerati ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento, art 27 comma 7.

<sup>9</sup> CARUSO E., E DIRINDIN N., *Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011*. In: *Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa*, 2011.

<sup>20</sup> CARUSO E., E DIRINDIN N., *Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011*. In: *Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa*, 2011.

Successivamente, è stato introdotto a livello nazionale un tariffario per le prestazioni di ricovero, che rappresentava la remunerazione che le Regioni potevano adottare. Con queste nuove riforme si passò, quindi, a finanziare le prestazioni effettivamente erogate e non i costi sostenuti per erogarle. Questa modalità venne definita il sistema DRG (Diagnostic Related Group), che nella versione italiana divenne ROD (Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi). Si trattava di un insieme di 489 possibili diagnosi accompagnate dal costo per curare e dimettere un paziente, corrispondente al costo che una struttura ospedaliera efficiente mediamente sosteneva per tale diagnosi<sup>21</sup>.

A livello nazionale, le Regioni, dopo aver stabilito le tariffe DRG, potevano:

- adottare le tariffe indicate dal Ministero della salute con possibili modifiche (in eccesso o in difetto) di specifiche percentuali;
- stabilire le proprie tariffe regionali, mantenendo i pesi nazionali e variando unicamente il valore per punto DRG (metodo dei pesi);
- determinare le proprie tariffe regionali in base ad analisi di costo svolte sulle strutture del proprio territorio di riferimento, vale a dire attraverso la stima dei costi standard di produzione (metodo analitico).

Nello specifico, otto regioni su ventuno definirono un proprio sistema tariffario:

- sistema dei pesi: adottato da Piemonte e Sicilia;
- metodo analitico: utilizzato da Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Umbria
- le restanti Regioni basarono il proprio tariffario su quello nazionale con variazioni in aumento o in diminuzione in base ai contesti regionali<sup>22</sup>.

In tal modo, la regionalizzazione introdotta con la riforma del '92 ha permesso alle Regioni di adottare gradi di libertà così ampi da consentire la scelta tra diversi modelli teorici, i quali contenevano delle opzioni di fondo profondamente diverse tra loro. Questo ha permesso alle singole Regioni di strutturare, come meglio credevano, l'architettura del proprio Sistema Sanitario Regionale<sup>23</sup>.

In particolare le Regioni dovevano legiferare localmente sul meccanismo

<sup>21</sup> *I sistemi di finanziamento: strumenti per governare i comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie?*, CERGAS Bocconi, 2011.

<sup>22</sup> *I sistemi di finanziamento: strumenti per governare i comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie?*, CERGAS Bocconi, 2011.

<sup>23</sup> ZOCCHETTI C., *Il riparto del fondo sanitario tra le regioni*, Statistica & Società, 2012.

di finanziamento regionale delle Aziende sanitarie (ASL,AO, strutture private accreditate); sull'assetto istituzionale, ossia il numero e le dimensioni delle Aziende pubbliche e sull'assetto organizzativo ed i principali meccanismi operativi delle Aziende.

Attualmente, i diversi schemi istituzionali riguardanti il finanziamento dei Sistemi Sanitari Regionali possono essere suddivisi in quattro modelli:

- Modello tradizionale: le Regioni continuano a pagare a piè di lista senza aver ancora definito un piano per il Servizio Sanitario Regionale;
- Modello a centralità ASL: l'Azienda sanitaria viene finanziata a quota capitolaria e mantiene il possesso diretto della maggior parte delle strutture d'offerta, ma è sua responsabilità il pagamento della mobilità finanziaria passiva. Questo riguarda, in particolare, gli ospedali;
- Modello a centralità regionale: tutte le strutture sanitarie sono finanziate dalla Regione con meccanismi tariffari, definendo volumi finanziari per ogni azienda;
- Modello acquirente-produttore con libertà di scelta: le ASL sono finanziate a quota capitolaria ad eccezione degli ospedali e delle strutture specialistiche che devono essere eliminate dal calcolo. Nello specifico, le ASL devono pagare le prestazioni erogate dai produttori esterni, ossia AO e strutture private accreditate dalla Regione, cercando di governare e indirizzare la domanda che, invece, resta formalmente libera<sup>24</sup>.

Si analizzano, in dettaglio, i modelli di finanziamento del Servizio Sanitario Regionale.

Il **modello tradizionale** interessa le Regioni che, dopo aver istituito le ASL e le AO, non sono capaci di modificare il modello di finanziamento perché privi di necessari strumenti di supporto gestionale.

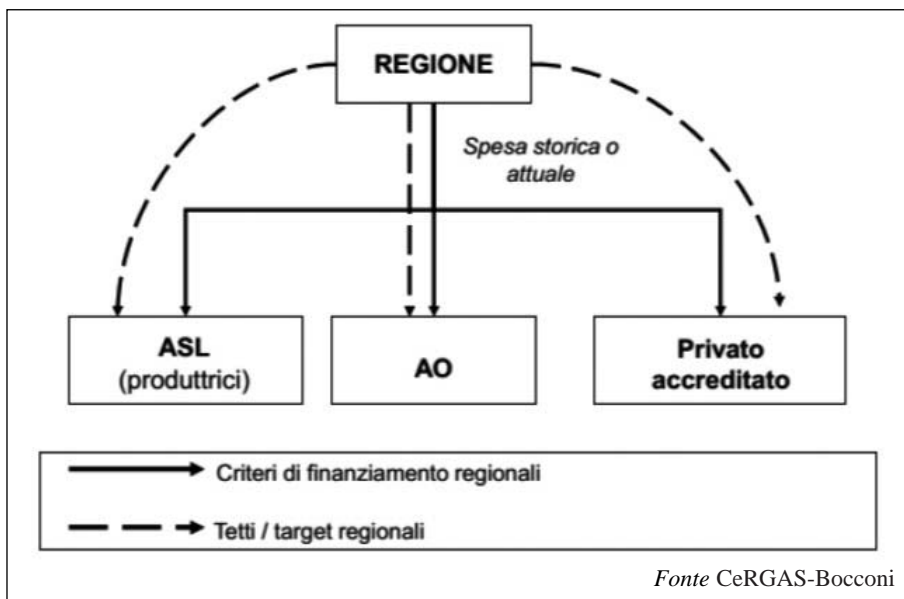
In questo caso, il finanziamento risulta fermo alla spesa storica e il controllo della spesa avviene attraverso lo strumento tradizionale dei tetti per fattori della produzione<sup>25</sup> (Fig. 3.2).

In questo modello, come si può vedere dalla figura, la Regione si occupa del finanziamento e del controllo delle ASL (produttrici), AO e Privati accreditati.

<sup>24</sup> CRIVELLINI M., GALLI M., *Sanità e salute: due storie diverse*. Francoangeli/Sanità Ed., 2011.

<sup>25</sup> LONGO F., VENRDAMINI E. e CERGAS-BOCCONI. *Analisi dello scenario strategico per il governo della domanda. Logiche e strumenti possibili per le aziende USL*. In: IV Workshop di economia sanitaria. 1998.

Fig. 3.2 – Schema modello tradizionale.



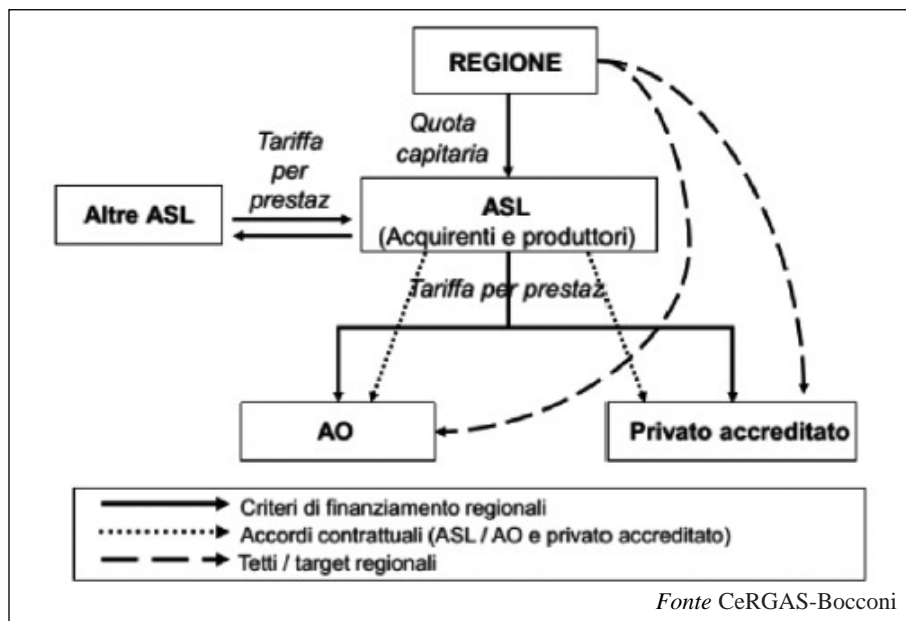
Nel **modello a centralità ASL** l'azienda sanitaria viene finanziata dalla Regione per quota capitaria, pesata in base all'età della popolazione ed eventualmente per altri indicatori.

In questo modello l'Azienda sanitaria gestisce direttamente la grande maggioranza dei servizi, compresi quelli ospedalieri, che rimangono integrati nell'azienda. Gli ospedali sono considerati "stabilimenti" di produzione e risultano a gestione diretta dell'Azienda territoriale, insieme agli altri servizi extra-ospedalieri, quali sono i poliambulatori, i consultori e i servizi psichiatrici<sup>26</sup> (Fig. 3.3).

In questo sistema il ruolo dell'ASL diventa centrale, mentre il ruolo della Regione è più moderato. L'ASL, attingendo alla propria quota capitaria, ha il dovere di pagare a tariffa a prestazione la mobilità sanitaria passiva, vale a dire quelle prestazioni rese dagli altri produttori ai cittadini residenti. L'azienda ASL ha, quindi, la doppia funzione di erogatore diretto di prestazioni (Produttore) e di finanziatore di prestazioni per conto dei propri cittadini (Acquirente).

<sup>26</sup> LONGO F., VENRDAMINI E. e CER GAS-BOC CONI. *op.cit.* In: IV Workshop di economia sanitaria. 1998.

Fig. 3.3 – Schema modello centralità ASL.



Nel **modello a centralità regionale** tutte le Aziende (ASL, AO, Privati accreditati) sono semplici produttori e la Regione è l'unico acquirente del sistema.

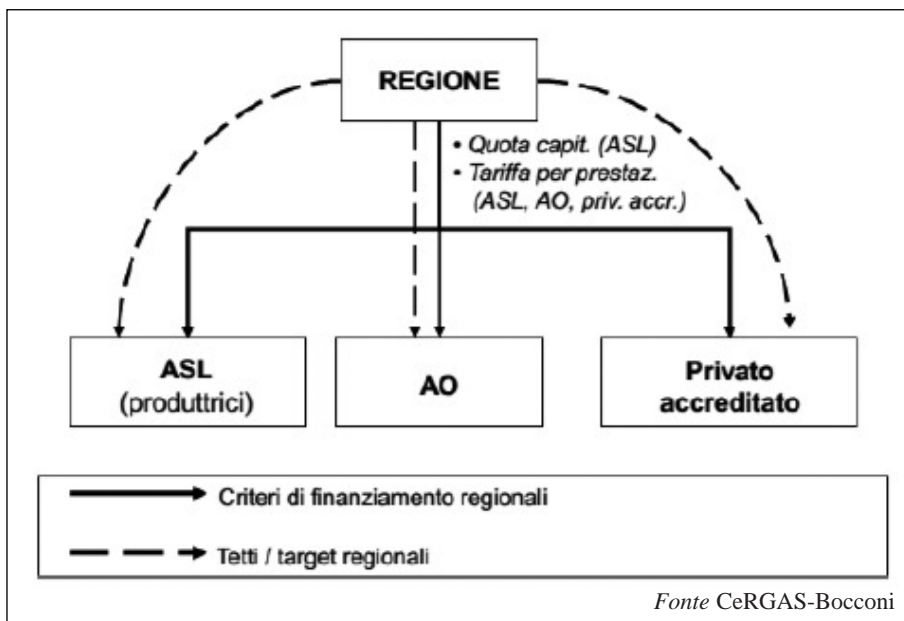
Le aziende produttrici sono finanziate con il meccanismo tariffa per prestazioni, invece per le Aziende sanitarie è possibile usare due i meccanismi di finanziamento: nel primo, le Aziende sono finanziate a quota capitaria, da cui però devono essere sottratte le risorse destinate ad AO a Aziende private accreditate; nel secondo, sono finanziate a tariffa per prestazione<sup>27</sup> (Fig. 3.4).

Il governo della spesa per funzioni tariffate è direttamente realizzato dalla Regione, tramite l'utilizzo di tetti di spesa (complessivi o per singolo erogatore).

Il **modello di separazione tra acquirenti e produttori** prevede la separazione totale, o quasi, degli ospedali dalle ASL, così da realizzare la separazione tra la funzione di produzione e quella di finanziamento, condizione ne-

<sup>27</sup> LONGO F., VENRDAMINI E. e CER GAS-BOCCONI. *op.cit.* In: IV Workshop di economia sanitaria. 1998.

Fig. 3.4 – Schema modello centralità regionale.



cessaria, ma non sufficiente, per creare un sistema di concorrenza tra ospedali pubblici e privati accreditati.

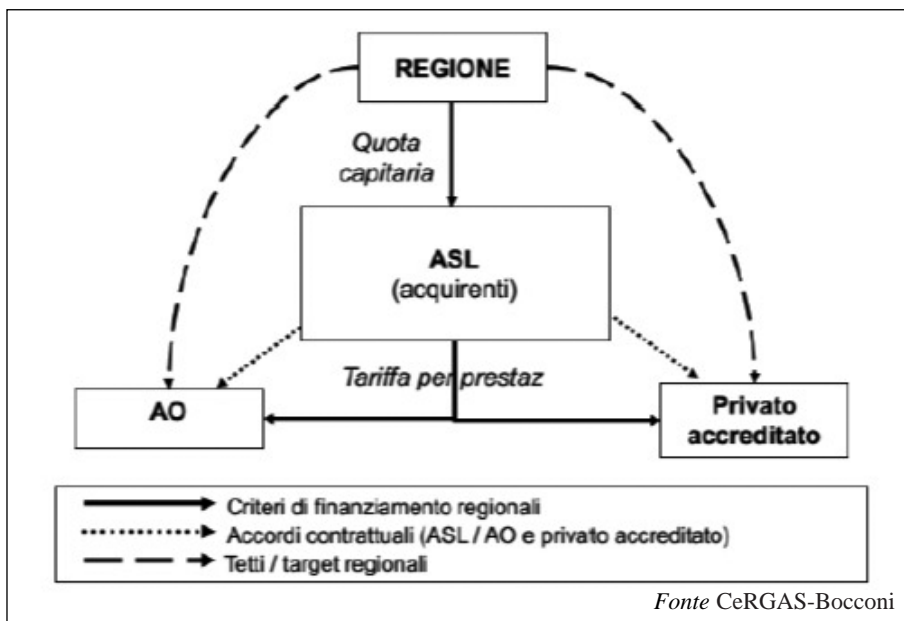
Fanno riferimento alle AO tutte le strutture sanitarie, ad eccezione dei servizi di igiene e sanità pubblica, mentre alle ASL sono state attribuite le funzioni di acquisto, programmazione e controllo<sup>28</sup> (Fig. 3.5).

In questo caso l'azienda ASL è finanziata a quota capitaria dalla Regione e finanzia a tariffa tutte le prestazioni che i propri residenti ricevono da aziende di produzione pubbliche e private accreditate.

L'ASL non ha, in modo formale, alcun potere di comando sui contratti d'acquisto e la domanda è libera di rivolgersi presso le strutture sanitarie che preferisce. Per l'ASL risulta, quindi, decisivo sviluppare logiche negoziali che rendano conveniente la sottoscrizione di contratti ai produttori per riuscire ad adempiere la funzione d'acquisto.

<sup>28</sup> Longo F., Venrdamini E. e CeRGAS-Bocconi. *op.cit.* In: IV Workshop di economia sanitaria. 1998.

Fig. 3.5 – Schema modello di separazione tra acquirenti e produttori.



### 3.5 Ripartizione del fondo sanitario nazionale

L'ammontare della quota del Fondo Sanitario Nazionale da ripartire tra le varie Regioni viene stabilito sulla base dei LEA. A questo importo possono, eventualmente, sommarsi altre risorse stanziate dalle Regioni per il finanziamento di prestazioni aggiuntive<sup>29</sup>.

Annualmente, la legge finanziaria determina quello che è il fabbisogno sanitario nazionale, ossia quella parte di risorse necessarie per garantire i livelli essenziali di assistenza “in condizioni di efficienza e appropriatezza”<sup>30</sup> sull'intero territorio nazionale.

La Legge delega n. 42/2009 sul federalismo fiscale e il Decreto Legislativo n. 216/2010 sui costi e fabbisogni standard hanno previsto il superamen-

<sup>29</sup> TOTI F., *op.cit.*, pp. 44-45.

<sup>30</sup> D.Lgs. 18 febbraio 2000, n.56, Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133.

to del criterio della spesa storica<sup>31</sup> per il finanziamento dei LEA e l'affermazione del fabbisogno standard con il rispetto dei costi standard nella determinazione delle spese.

In base agli ultimi aggiornamenti, il riparto del fabbisogno sanitario nazionale è determinando in base alla popolazione residente e alla distribuzione della stessa popolazione per classi di età e per sesso, in relazione alla diversa incidenza sui consumi sanitari di ciascun assistito<sup>32</sup>.

Sono state introdotte importanti modifiche alla determinazione del fabbisogno sanitario nazionale standard e alla determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali con il D.Lgs. n. 68/2011<sup>33</sup>. Infatti, a partire dal 2013, la definizione del fabbisogno sanitario nazionale standard avviene in conformità con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno che discende dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza<sup>34</sup>. Inoltre, è prevista la procedimentalizzazione del meccanismo per stabilire i fabbisogni regionali confrontando i servizi sanitari delle singole Regioni<sup>35</sup>.

La composizione del finanziamento del SSN è individuata dal c.d. riparto, dove viene racchiusa la suddivisione del fabbisogno alle singole Regioni e vengono determinate le fonti di finanziamento.

Il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, delinea ogni anno i costi e i fabbisogni standard regionali<sup>36</sup> e pre-

<sup>31</sup> Tale metodo applica la stessa aliquota di ripartizione tra le Regioni utilizzate nei precedenti esercizi, corretta per i disavanzi manifestatesi – eventuali disavanzi venivano ripianati successivamente a carico dello Stato, mentre gli avanzi di gestione rimangono a disposizione delle Regioni – senza tenere conto dell'attività svolta in termini di efficienza, efficacia ed economicità.

<sup>32</sup> MEF-RGS, Circolare Vademecum per le attività di controllo e vigilanza del Collegio sindacale negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2018, pag. 65.

<sup>33</sup> D.Lgs. n.68 del 6 maggio 2011: “Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario”.

<sup>34</sup> Art. 26, co. 1, D.Lgs. n. 68/2011 prevede inoltre che in sede di determinazione, sono distinte la quota destinata complessivamente alle Regioni a statuto ordinario, comprensiva delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale (ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34-bis, della legge n. 662/1996), e le quote destinate ad enti diversi dalle Regioni.

<sup>35</sup> L'obiettivo del meccanismo comparativo è quello di incentivare le migliori performance.

<sup>36</sup> Per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali si fa riferimento agli elementi informativi presenti nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute (art. 27, co. 2, D.Lgs. n. 68/2011).



senta alle Regioni una proposta di riparto suddividendo le risorse in fabbisogno indistinto e fabbisogno vincolato<sup>37</sup>, sulla quale proposta si raggiunge un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Il fabbisogno indistinto è distribuito tra le Regioni per assicurare l'erogazione dei LEA, mentre il fabbisogno vincolato è, generalmente, definito per via legislativa. L'intesa raggiunta in Conferenza viene, successivamente, recepita con propria delibera dal Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE)<sup>38</sup>.

Il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, per l'anno 2019, è pari a 114.474,00 milioni ridotto al netto dei rimborsi alle Regioni per l'acquisto dei farmaci innovativi e quelli oncologici innovativi a 113.810,00 milioni, di cui 111.079,47 mln per il fabbisogno indistinto e 1.814,72 mln relativi al fabbisogno vincolato<sup>39</sup>.

Per poter effettuare il riparto regionale si considera il fabbisogno sanitario standard delle singole Regioni a statuto ordinario determinato applicando a tutte le Regioni i valori di costo standard rilevati nelle Regioni benchmark. Il valore del fabbisogno standard è così rapportato all'importo dei costi standard, ossia la spesa pro-capite pesata delle tre Regioni di riferimento, ritenute migliori in base a condizioni finanziarie, sociali e qualitative.

Per ciascuno delle tre macro-categorie di assistenza (prevenzione collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera) i costi standard, a livello aggregato, sono calcolati dalla media pro-capite pesata del costo registrato dalle Regioni di riferimento<sup>40</sup>.

<sup>37</sup> Il fabbisogno vincolato comprende le risorse destinate a: 1. Obiettivi sanitari di carattere prioritario, individuati annualmente dal Ministero della salute; 2. Interventi in materia sanitaria previsti da specifiche norme nazionali e attuati dalle Regioni; 3. Altri enti diversi dalle Regioni.

<sup>38</sup> Il provvedimento definitivo del CIPE, inerente alla ripartizione tra le Regioni e le Province autonome della quota indistinta del Fondo sanitario nazionale (FSN), viene deliberato con notevole ritardo; ciò si riflette in negativo nella programmazione del servizio da parte delle Regioni e Province autonome comportando varie conseguenze negative sia sulla quantità e qualità del servizio, sia sotto il profilo contabile.

<sup>39</sup> La Legge 30 dicembre 2018, n. 145, Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021 (G.U. – S.O. n. 62 del 31 dicembre 2018), ha previsto (all'art.1 co. 514) un incremento delle risorse da destinare al fabbisogno sanitario di 4,5 miliardi nei prossimi tre anni: 114,4 miliardi di euro per il 2019 (+1 miliardi rispetto al 2018), 116,4 miliardi di euro per il 2020 (+2 miliardi rispetto al 2019) e 117,9 miliardi per il 2021 (+1,5 miliardi rispetto al 2020). Per gli anni 2020 e 2021, l'accesso delle Regioni all'incremento del livello del finanziamento rispetto al valore stabilito per l'anno 2019 è subordinato alla stipula, entro il 31 marzo 2019, dell'Intesa Stato-Regioni per il Patto per la salute 2019-2021 che contempra misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi (co. 515).

<sup>40</sup> Il livello della spesa delle tre macroaree delle Regioni di riferimento è computato: a) al lor-

Una volta ottenuto il costo medio standard<sup>41</sup> pro-capite delle tre Regioni benchmark riferito alla popolazione pesata al 1° gennaio dell'anno precedente, si procede moltiplicando il costo per la popolazione pesata di ciascuna Regione. Successivamente, si suddividono i risultati per i singoli macrolivelli di assistenza, fornendo una distribuzione percentuale di risorse, denominati fabbisogni standard regionali. Infine, questi valori ottenuti si moltiplicano per il fabbisogno nazionale, stabilito in base alle compatibilità macroeconomiche<sup>42-43</sup>.

Per poter procedere al riparto si tiene presente, anche, della quota percentuale assicurata alla migliore Regione di riferimento che non può essere inferiore alla quota percentuale già assegnata alla stessa, in sede di riparto dell'anno precedente, al netto delle variazioni di popolazione<sup>44</sup>.

Lo Stato ha istituito un Fondo perequativo nazionale, nel caso in cui le Regioni in modo autonomo non dovessero riuscire a finanziare interamente il proprio fabbisogno, utilizzato per compensare la differenza tra i costi standard e le entrate proprie, in modo da garantire la copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza anche per le Regioni che possiedono una capacità fiscale minore<sup>45</sup>.

In rapporto ai macrolivelli di assistenza<sup>46</sup>, essi rappresentano degli indicatori per la programmazione nazionale.

do della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva extraregionale; è depurato della quota di spesa finanziata dalle maggiori entrate proprie rispetto alle entrate proprie considerate ai fini della determinazione del finanziamento nazionale. La riduzione è operata proporzionalmente sulle tre macroaree; c) depurato della quota di spesa che finanzia livelli di assistenza superiori ai livelli essenziali; d) depurato delle quote di ammortamento che trovano copertura ulteriore rispetto al finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale, nei termini convenuti presso i Tavoli tecnici di verifica; e) applicato, per ciascuna Regione, alla relativa popolazione pesata regionale.

<sup>41</sup> La determinazione del costo medio standard rappresenta il costo a cui dovrebbero tendere tutte le Regioni. Esso è rappresentato dal costo medio registrato nelle tre Regioni di riferimento per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza sanitaria: prevenzione, assistenza territoriale e assistenza ospedaliera.

<sup>42</sup> Abbafati C., Spandonaro F., Costi standard e finanziamento del Servizio sanitario nazionale, in *Politiche sanitarie*, Vol. 12, N. 2, Aprile-Giugno 2011, pp.47-48.

<sup>43</sup> La conclusione è che il finanziamento regionale determinato sulla base dei costi standard è esattamente uguale a quello determinato con il criterio di riparto a popolazione pesata. La conclusione è stata condivisa in numerosi contributi da Dirindin, 2010; Mapelli, 2010; Pisaurò, 2010; Spandonaro, 2010. Sullo stesso argomento si sono espressi Pammolli e Salerno, 2010 e Petretto, 2011.

<sup>44</sup> Art. 27, co. 10, D.Lgs. n. 68/2011.

<sup>45</sup> Rosen H. S., Gayer T., *Scienza delle finanze. Terza edizione*, edizione italiana, (a cura di), C. Rapallini, McGraw-Hill, Milano, 2010, pp. 168-171.

<sup>46</sup> Definiti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di individuazione dei livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario del 29 novembre 2001.

I livelli percentuali di finanziamento della spesa sanitaria sono: il 5% per la prevenzione; il 51% per l'assistenza distrettuale e il 44% per l'assistenza ospedaliera.

Tab. 3.1 – Ripartizione dei livelli percentuali relativi al finanziamento della spesa sanitaria.

Macro livello di assistenza	Sotto livello		Dati disponibili da NSIS	Criteri di riparto	
<b>Prevenzione</b>	5%		No	Popolazione non pesata	
<b>Distrettuale</b>	51%	Medicina di base	7%	No	Popolazione non pesata
		Farmaceutica	11,64% del fabbisogno indistinto	Si	Tetto imposto sul fabbisogno complessivo comprensivo delle somme vincolate
		Specialistica	13,30%	Si	Popolazione pesata <sup>46</sup>
		Territoriale	19,06%	Si (Tessera sanitaria)	Popolazione non pesata
<b>Ospedaliera</b>	44%		Si (Anagrafica SDO)	50% popolazione non pesata 50% popolazione pesata (v. nota sopra)	

Fonte: Proposta di riparto del FSN 2018 del Ministero della Salute.

Queste percentuali hanno subito una modificazione rispetto all'anno precedente soltanto per i sub-livelli "farmaceutica" e "territoriale". Nello specifico, la farmaceutica distrettuale passa dall'11,64% del 2018 all'11,63% del 2019, mentre la territoriale subisce un leggero incremento dal 19,06% nel 2018 al 19,07% nel 2019<sup>47</sup>.

A partire dal 2016 il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, individua<sup>48</sup> le cinque Regioni considerate migliori<sup>49</sup>, tra le quali la Conferenza Stato-Regioni stabilisce le tre che saranno le Regioni bench-

<sup>47</sup> Rapporto OASI 2020, Cergas- Bocconi, Egea Editore

<sup>48</sup> L'indicazione deve essere effettuata entro il termine del 15 settembre dell'anno precedente a quello di riferimento.

<sup>49</sup> Ai sensi del c.5, art. 27, D.Lgs. n. 68/2011, le migliori cinque Regioni sono quelle che, avendo garantito l'erogazione dei LEA in condizione di equilibrio economico, comunque non essendo assoggettate a Piano di rientro e risultando adempienti, come verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'art. 12 dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005, sono individuate in base a criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, previa intesa della Conferenza Stato-Regioni, sentita la struttura tecnica di supporto di cui all'articolo 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, sulla base degli indicatori di cui agli allegati 1, 2 e 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009. Nella individuazione delle Regioni si dovrà tenere conto dell'esigenza di garantire una rappresentatività in termini di appartenenza geografica al nord, al centro e al sud, con almeno una Regione di piccola dimensione geografica. Le Regioni sono individuate sulla base di un set di indicatori di efficienza, appropriatezza e qualità dei servizi erogati.

mark per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard del settore sanitario.

La Conferenza Stato Regioni nell'intesa del 13 febbraio 2019 ha individuato come regioni di riferimento il Piemonte, l'Emilia-Romagna e il Veneto.

I metodi di ripartizione regionale adottati da ciascuna realtà territoriale risultano essere non omogenei e non facilmente raggruppabili in schemi standardizzati. Attualmente, lo schema di ripartizione tra le Regioni delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale genera controversie tra Regioni, alcune delle quali sottolineano la necessità di tener conto anche di altri fattori, quali la deprivazione sociale. Tuttavia, bisogna considerare che uno schema che includa la deprivazione sociale richiede una conoscenza dettagliata delle realtà territoriali e una coordinazione tra i diversi ambiti di assistenza, che svolgono attività complementari ma che hanno canali di finanziamento separati (ad esempio l'assistenza sociale) evitando così sovrapposizioni.

Volendo delineare un criterio di generale applicazione nella ripartizione, le Regioni assegnano, su indicazione del D. Lgs. n. 502/1992 in cui si prevede l'istituzione delle ASL e delle AO, le risorse finanziarie alle aziende sanitarie. Queste ultime utilizzano le risorse finanziarie per assicurare alla popolazione l'erogazione delle prestazioni sanitarie di loro competenza previste dai Livelli Essenziali di Assistenza. Le Regioni distribuiscono le risorse alle ASL, generalmente finanziate a quota capitaria, per assicurare l'omogeneità nell'accesso ai servizi a parità di bisogno e per controllare la spesa sanitaria.

È fondamentale ricordare che la suddivisione delle risorse alle aziende tiene conto della mobilità passiva, vale a dire i residenti che si curano in strutture di altre aziende sanitarie o Regioni, e della mobilità attiva, ossia persone provenienti dall'esterno che vengono curate dall'azienda. Le ASL, in seguito, finanziano le prestazioni che fornitori interni erogano ai propri assistiti, mediante un sistema tariffario. Tra i fornitori interni si trovano i presidi ospedalieri posti sotto la gestione dell'ASL, tra quelli esterni si includono le AO e le cliniche private accreditate.

Sulla base delle tariffe regionali di remunerazione delle prestazioni erogate si finanziano, in genere, le AO in funzione dell'attività effettivamente svolta. Queste tariffe si basano sui DRG per favorire una maggiore efficienza operativa e il miglioramento nella qualità dei servizi.

Per determinare le tariffe, i criteri<sup>50</sup> indicati alle Regioni sono i seguenti:

<sup>50</sup> DM. 15 aprile 1994, Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa e ospedaliera.

- Regionalizzazione: viene data responsabilità alle Regioni nel fissare il valore delle tariffe;
- Flessibilità: si ridisegnano le tariffe verso l'alto e verso il basso, a seconda della complessità e della gamma dei servizi offerti da ASL e AO;
- Costi standard di produzione;
- Uniformità delle prestazioni finanziate;
- Sistema dei Diagnosis Related Groups (DRG) per il pagamento delle prestazioni ospedaliere<sup>51</sup>.

Le Regioni, quindi, escludendo il sistema di tariffazione delle prestazioni delle AO basato sui DRG, sono responsabili della fissazione delle proprie tariffe sul territorio, tenendo conto della standardizzazione dei costi sostenuti dagli erogatori<sup>52</sup> e di un tariffario di indirizzo stabilito a livello nazionale.

Tuttavia, permane la possibilità di rimodellare le “condizioni di scambio” con ogni singolo fornitore, comprese le tariffe di pagamento delle prestazioni. Pertanto, in base al principio di flessibilità, nella stessa Regione possiamo imbatterci in tariffe differenti da ASL ad ASL e da AO ad AO.

Le sole risorse del Fondo sanitario nazionale non finanziano l'erogazione dei servizi, infatti molto spesso le Regioni destinano parte delle proprie entrate alla copertura di tali servizi. Al fine di costruire un indice che tenga conto di tutte le variabili, l'esame dovrebbe tenere conto anche dei disavanzi generati dal sistema sanitario regionale e delle risorse complessive adoperate per finanziare l'erogazione dei LEA.

In linea generale, si può ritenere che il sistema sanitario stia tendendo verso un miglioramento generale e ciò sia per la riduzione dei disavanzi, sia per il raggiungimento degli obiettivi nell'erogazione dei LEA<sup>53</sup>, pur se permangono differenze a livello regionale nell'erogazione dei servizi.

Guardando nei dettagli la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale, tra il 2020 e il 2021 la proposta di riparto delle Regioni è aumentata di 2.764.316.570 euro con una variazione del 2,44%.

Per il diritto alla salute, lo Stato investirà nel 2021 per un abitante della Regione 1.861 euro, rispetto ai 1.982 euro riservati all'Emilia Romagna e 1.935 euro per il Veneto. La Lombardia, che conta 10 milioni di residenti, riceve 19,42 miliardi rispetto ai 18,8 miliardi del 2020 e una quota pro capite

<sup>51</sup> G. France, *op. cit.*, pp. 101-104.

<sup>52</sup> Per ulteriori approfondimenti sulla regionalizzazione delle tariffe di pagamento si veda I. Morandi, *Prestazioni specialistiche ambulatoriali-Confronto tra le tariffe nazionali ex DM 18.10.2012 e le tariffe regionali vigenti al 31.10.2014*, AGENAS, Roma, 2014.

<sup>53</sup> Il riferimento è all'incremento delle Regioni adempienti.

pari 1.942 euro. La Campania solo 1.877 euro pro capite e la Calabria, che conta quasi due milioni di abitanti, riceve nella ripartizione del fondo sanitario nazionale solamente 3,67 miliardi, circa 70 milioni in più rispetto al 2020 e 1.837 euro pro capite.

La Regione Friuli Venezia Giulia con 1,2 milioni di residenti, ottiene 2,39 miliardi, ossia per ogni suo cittadino 1.992 euro. Il Piemonte, che pure negli ultimi anni, come certificato dalla Corte dei Conti, non ha brillato nell'obiettivo di tenere sotto controllo la spesa sanitaria, incassa dallo Stato 8,53 miliardi e 1.961 euro pro capite. Terminiamo con la Toscana che, con 3,73 milioni di abitanti, riceve 200 milioni in più aggiudicandosi 7,3 miliardi e 1.957 euro pro capite.

Tab. 3.2 – Riparto del Fondo Sanitario Nazionale tra Regioni 2020.

Regioni	Quota Fondo (Fabb. Standard+premierità)	Popolazione	Quota pro capite
Liguria	3.122.384.590	1.543.127	2.023
Molise	590.062.340	302.265	1.952
Basilicata	1.076.498.317	556.934	1.933
Friuli Venezia Giulia	2.334.228.019	1.211.357	1.927
Umbria	1.690.048.378	880.285	1.920
Piemonte	8.333.077.908	4.341.375	1.919
Toscana	7.128.253.638	3.722.729	1.915
Marche	2.900.688.437	1.518.400	1.910
Sardegna	3.102.538.456	1.630.474	1.903
Abruzzo	2.477.332.038	1.305.770	1.897
Valle D'Aosta	237.495.569	125.501	1.892
Emilia Romagna	8.440.063.814	4.467.118	1.889
Calabria	3.614.024.973	1.924.701	1.878
Veneto	9.212.997.881	4.907.704	1.877
Puglia	7.490.311.963	4.008.296	1.869
Lazio	10.947.710.355	5.865.544	1.866
Lombardia	18.826.752.911	10.103.969	1.863
Sicilia	9.228.051.830	4.968.410	1.857
Trento	1.006.577.050	542.739	1.855
Campania	10.631.183.187	5.785.861	1.837
Bolzano	970.366.347	532.080	1.824
<b>Totale</b>	<b>113.360.648.000</b>	<b>60.244.639</b>	<b>-</b>
<b>MEDIA</b>	<b>5.398.126.095</b>	<b>2.868.792</b>	<b>1.896</b>

Fonte: elaborazione Osservatorio CPI su dati Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e Istat

Le risorse finanziarie si concentrano prevalentemente nelle Regioni del Nord (42% del totale), mentre le Regioni del Centro rappresentano il 20%, quelle del Sud il 23% e le Regioni a Statuto Speciale il 15%.

La Conferenza Stato-Regioni del 15 aprile 2021 ha dato il via libera al riparto del Fondo Sanitario Nazionale alle singole Regioni per un importo di +2,7 miliardi.

Fino al 2021, come negli ultimi 20 anni, non ci sono cambiamenti in termini di ripartizione e suddivisione del Fondo sanitario nazionale.

Nel complesso si ci riferisce alle risorse indistinte e alla quota premiale con oltre 116 miliardi e l'abolizione del cosiddetto superticket per un valore che supera i 554 milioni.

*Tab. 3.3 – Ripartizione alle Regioni del Fondo sanitario nazionale.*

Regioni	Quota indistinta 2021 + Quota premiale	Riparto abolizione c.d Superticket 2021
Piemonte	8.531.014.525	53.373.798
Valle D'Aosta	244.438.260	1.837.803
Lombardia	19.427.367.650	108.267.736
Friuli Venezia Giulia	2.391.056.506	13.677.936
Liguria	3.174.296.257	19.328.949
Veneto	9.484.437.162	58.438.148
P.A. Trento	1.051.817.830	8.305.154
P.A. Bolzano	1.011.177.921	7.008.822
Emilia Romagna	8.723.657.124	69.481.248
Toscana	7.301.412.991	43.698.648
Umbria	1.730.073.966	12.375.259
Marche	2.977.981.856	13.381.321
Lazio	11.146.791.803	46.266.724
Abruzzo	2.530.757.146	10.791.519
Molise	599.912.172	1.680.343
Campania	10.888.203.239	24.610.602
Puglia	7.633.491.182	17.493.198
Basilicata	1.094.610.574	5.944.835
Calabria	3.675.204.245	6.316.847
Sicilia	9.350.779.479	19.256.614
Sardegna	3.159.297.231	12.464.496
<b>TOTALE</b>	<b>116.127.779.120</b>	<b>554.000.000</b>

Fonte Osservatorio CPI e ISTAT

Come è evidente anche dalla tabella, esistono forti differenze tra le Regioni in termini pro-capite.

Infatti, se si guarda alla ripartizione iniziale del Fondo Sanitario Nazionale per il 2020, la Liguria ha percepito 127 euro pro capite sopra la media nazionale, il Molise 56 euro, la Basilicata 37 euro. Sotto la media si trovano invece la Sicilia, ricevendo meno 39 euro, la provincia di Trento meno 41 euro, quella di Bolzano meno 72 euro e la Campania meno 59 euro<sup>54</sup>.

In particolare, alla Puglia, con più di 4 milioni di abitanti, sono stati riservati 7,63 miliardi, +140 milioni rispetto all'anno precedente. L'Emilia Romagna quasi a parità di popolazione, 4,4 milioni di residenti, riceve 8,72 miliardi, non solo 1,1 miliardi in più rispetto alla Puglia, ma può godere di un incremento rispetto all'anno precedente di 280 milioni, il doppio rispetto a quello ottenuto dalla Regione Puglia.

Passando all'analisi del Veneto, incassa 9,48 miliardi avendo un numero di abitanti di 4,9 milioni. In questo caso, la differenza resta molto evidente perché riceve 1,8 miliardi in più della Puglia e 280 milioni in più rispetto all'anno scorso. Insomma, l'iniqua ripartizione non solo prosegue ma, in qualche modo, si amplifica.

Infine, analizzando la situazione della Campania con 5,8 milioni di residenti, riceve 10,8 miliardi, 200 milioni in più dello scorso anno.

Si può concludere che, anche se il riparto del 2021 garantisce un incremento di finanziamento alle Regioni a statuto ordinario almeno pari al +1,7% rispetto al 2020, tale aumento avrebbe dovuto avvantaggiare le Regioni del Sud che, da sempre, ricevono meno<sup>55</sup>.

### **3.6 Calcolo del riparto regionale attraverso i costi standard**

Il riparto regionale, attualmente, avviene sulla base di un criterio misto in cui si tiene conto della popolazione assoluta e della popolazione pesata.

Nello specifico, come accennato in precedenza, se si considerano le tre macro-aree avremo:

- per l'assistenza collettiva (5%), come criterio si usa la popolazione assoluta;
- per l'assistenza distrettuale (51%), solo per la componente assistenza spe-

<sup>54</sup><https://www.quotidianodelsud.it/la-travoce-dellitalia/le-due-italie/salute-e-assistenza/2021/04/27/fondo-sanitario-nazionale-stessa-musica-anche-nel-2021-restano-le-due-italie/>

<sup>55</sup><https://www.quotidianodelsud.it/la-travoce-dellitalia/le-due-italie/salute-e-assistenza/2021/04/27/fondo-sanitario-nazionale-stessa-musica-anche-nel-2021-restano-le-due-italie/>



cialistica (13,30%) si utilizza il metodo della popolazione pesata; per la farmaceutica (11,78%) il riparto avviene con l'applicazione di tetti di spesa; per le altre componenti, ossia medicina di base (7%) e territoriale (18,92%), si usa il criterio di popolazione assoluta;

- per l'assistenza ospedaliera (44%) si usa il criterio della popolazione pesata per ripartire la metà del finanziamento, per l'altra metà si considera la popolazione assoluta<sup>56</sup>.

In conclusione, si utilizza il criterio della popolazione pesata per ripartire il 35,3% del finanziamento, il criterio della popolazione assoluta per il 52,92% del finanziamento e il criterio dei tetti di spesa per il restante 11,78%<sup>57</sup>.

Tab. 3.4 – Criterio di ripartizione in percentuale dei livelli essenziale.

Livello di assistenza	Sotto livello	Criterio di riparto
Prevenzione	5%	Popolazione non pesata
Distrettuale	Medicina di base	7% Popolazione non pesata
	Farmaceutica	11,78% Tetto imposto sul fabbisogno complessivo comprensivo delle somme vincolate
	Specialistica	13,30% Popolazione non pesata
	Territoriale	18,92% Popolazione non pesata
Ospedaliera		50% Popolazione pesata
		50% Popolazione non pesata
<b>Fonte: Presidenza del Consiglio dei Ministri</b>		

<sup>56</sup> PISAURO G., *I fabbisogni standard nel settore sanitario. Commento allo schema di decreto legislativo*. In: NENS - Nuova economia nuova società (2010).

<sup>57</sup> Presidenza del Consiglio dei Ministri. Rep. Atti n. 237/CSR del 23 Dicembre 2015. 2015.

Ora, prendendo in esame uno solo dei tre macro-livelli, si indica con  $G$  il livello prestabilito del finanziamento nazionale per il macrolivello scelto. Il livello  $G$  è dato dalla somma del finanziamento che affluisce alle Regioni e alle Province autonome:

$$G = \sum_{i=1}^{21} Gi \quad (3.1)$$

La spesa pro capite pesata per ogni singola Regione benchmark è:

$$g_j = \frac{G_j}{\bar{P}_j} \quad (3.2)$$

Dove  $G_j$  è la spesa coincidente col finanziamento della Regione  $j$ -iesima nel macro livello considerato  $\bar{P}_j$  è la popolazione pesata per struttura d'età.

$$\bar{P}_j = \sum_{c=1}^C P_{jc} \pi_c = 1 \quad (3.3)$$

Dove  $P_{jc}$  è la popolazione della Regione  $j$  nella classe d'età  $c$  e  $\pi_c$  è il peso assegnato alla classe d'età  $c$ .

Nel Decreto legislativo è stato previsto che i pesi per classi d'età sono quelli calcolati per la determinazione del fabbisogno sanitario relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento.

In particolare, il costo standardizzato è pari alla media delle tre Regioni benchmark:

$$\bar{g} = \sum_{j=1}^3 g_j \frac{\bar{P}_j}{\sum_{j=1}^3 \bar{P}_j} = \frac{\sum_{j=1}^3 G_j}{\sum_{j=1}^3 \bar{P}_j} \quad (3.4)$$

Il costo standard è semplicemente la spesa pro capite pesata per il complesso delle tre Regioni benchmark.

Il costo standard viene poi applicato alla popolazione pesata delle restanti  $21 - 3 = 18$  in questo caso il fabbisogno standard è uguale a:

$$F_i = \bar{g} \bar{P}_i \quad (3.5)$$

Dunque il fabbisogno standard nazionale sarà:

$$F = \sum_{i=1}^{21} F_i = \bar{g} \sum_{i=1}^{21} \bar{P}_i \quad (3.6)$$

Nel caso in cui la spesa pro-capite pesata media delle Regioni di riferimento è inferiore a quella nazionale si avrà complessivamente che  $F < G$ . Viceversa, nel caso in cui le Regioni presentino una media della spesa procapite pesata superiore a quella nazionale allora si avrà  $F > G$ .

La quota della Regione  $i$  diventa criterio di riparo del finanziamento totale prefissato  $G$ . La formula che si ottiene è:

$$y_i = \frac{F_i}{F} = \frac{\overline{gP}_i}{g \sum_{i=1}^{21} \overline{P}_i} = \frac{\overline{P}_i}{g \sum_{i=1}^{21} \overline{P}_i} \quad (3.7)$$

Il finanziamento per la Regione  $i$  si ottiene applicando la sua quota al finanziamento totale  $G$ :

$$G_i = \gamma G = G \frac{\overline{P}_i}{\sum_{i=1}^{21} \overline{P}_i} \quad (3.8)$$

Per ogni Regione, quindi, la quota di finanziamento è pari alla sua quota di popolazione pesata.

È possibile concludere che, se da un lato il costo standard influisce sul valore assoluto del fabbisogno per le singole Regioni, quindi sul fabbisogno totale, dall'altro esso è marginale ai fini della quota d'accesso, che dipende esclusivamente dalle quote di popolazione pesata. Per questo motivo il risultato allocativo rimane legato soltanto alla determinazione dei pesi utilizzati per la stima della popolazione pesata. Inoltre, tenendo presente che la scelta delle Regioni di riferimento è basata sulla spesa pesata, è possibile affermare che i pesi finiscono per determinare tanto l'aspetto equitativo, il riparto percentuale, quanto quello di efficienza, ossia la scelta delle Regioni benchmark<sup>58</sup>.

### 3.7 Calcolo del riparto regionale attraverso la quota capitaria pesata.

Il sistema di riparto del finanziamento regionale si basa, ad oggi, solo sulla popolazione pesata. Il metodo che permette l'individuazione delle Regioni di riferimento e i costi standardizzati non mostra alcun cambiamento, in-

<sup>58</sup> PISAURO G., *I fabbisogni standard nel settore sanitario. Commento allo schema di decreto legislativo*, In: NENS - Nuova economia nuova società (2010).

fatti il tutto è per lo più una enunciazione politica che non ha di fatto conseguenze.

È stata presentata una nuova proposta per dare efficacia operativa al criterio dei costi standard. Infatti, la suddivisione del Fondo Sanitario venne proposta da Vittorio Mapelli<sup>59</sup> per l'Alta commissione per il federalismo fiscale, però non venne mai discussa a causa della chiusura preventiva dei lavori e riproposta all'interno della rivista Monitor n. 36 dell'AGENAS nel 2014.

Con il Patto per la Salute 2014-2016 si introducono nuovi indicatori e pesi, anche se viene confermato il metodo dei costi standard per il calcolo del fabbisogno finanziario regionale, in uso fin dal 1985.

Nell'esposizione del nuovo criterio su come potrebbe avvenire la ripartizione si sottolinea che alla base si trova un'interpretazione "autentica" di costo standard<sup>60</sup>.

I propositi del nuovo metodo possono essere raggruppati come segue:

- individuazione dei differenti bisogni sanitari tra le varie Regioni;
- riduzione o cancellazione delle inefficienze produttive;
- promozione dell'uso efficace e appropriato delle prestazioni;
- disincentivazione dell'eccessivo consumo di prestazioni sanitarie;
- concessione di risorse addizionali per i bisogni non soddisfatti.

Questa proposta si ispira al principio di equità definita come "eguale uso dei servizi per eguali bisogni", superando l'approccio della quota capitaria e includendo anche i bisogni inespressi da parte degli assistiti di alcune aree geografiche o classi sociali<sup>61</sup>.

Alla base dell'analisi del nuovo criterio di riparto vi è il risk adjustment presente a livello internazionale, dove si usano basi di dati individuali per calcolare la quota capitaria; tuttavia, la differenza con questo approccio è che vengono introdotte alcune variabili strumentali, come la quantità e i costi standard delle prestazioni, per indurre le Regioni a garantire ai cittadini uguaglianza di trattamento di fronte alla malattia<sup>62</sup>.

La difficoltà dell'applicazione di questo criterio è molto simile a quella del calcolo di un premio assicurativo equo. Infatti, la quota capitaria rappre-

<sup>59</sup> Docente presso l'Università degli studi di Milano nel 2005.

<sup>60</sup> MAPELLI V., *Dentro il Patto per la salute: riflessioni e proposte per definire la quota capitaria*. In: Monitor 36 (2014).

<sup>61</sup> MAPELLI V., *Una proposta di ripartizione del fondo sanitario tra le regioni*. In: Politiche Sanitarie (2007).

<sup>62</sup> MAPELLI V., *op.cit.* In: Politiche Sanitarie (2007).

senta le risorse che in genere servono per assistere e curare una persona in caso di malattia, la differenza sostanziale invece con l'approccio assicurativo è riscontrabile nel caso in cui vi siano bisogni inespressi o si abbia il fondato timore che il consumo di alcune prestazioni sia indotto dal sistema di offerta o risulti eccessivi a causa della gratuità delle prestazioni. Essa dovrebbe, inoltre, assegnare le risorse secondo i principi di efficienza allocativa e di equità territoriale<sup>63</sup>.

La formula per il calcolo della seguente quota capitaria è:

$$F = \text{Pop} * \pi * (q * p) \quad (3.9)$$

F rappresenta il fabbisogno finanziario regionale, Pop la popolazione, la probabilità dell'evento-malattia in una data popolazione regionale; mentre il prodotto tra il numero (q) e il prezzo o tariffa (p) delle prestazioni sanitarie è il costo di trattamento della malattia, che è differente per ogni condizione morbosa.

Le probabilità che si verifichino eventi morbosi cambia da Regione a Regione in base alla struttura demografica, agli stili di vita, alle condizioni socio-economiche, all'ambiente e ad altri fattori.

Le quantità di prestazioni sanitarie (q) si riferiscono a determinate tipologie di malattia che si diversifica da medico a medico. Nella formula di calcolo della quota capitaria questa variabile dovrebbe essere specifica per ogni malattia, ma identica tra Regioni per la stessa malattia.

Il prezzo in media per il trattamento di ogni malattia può cambiare in base alla diversa combinazione di prestazioni o farmaci impiegati e ai costi di produzione delle prestazioni, legati all'efficienza delle strutture pubbliche.

Se il costo (p) è rappresentato dalla tariffa, per esempio, i DiagnosisRelatedGrup (DRG) per l'ospedale ed il tariffario per la specialistica ambulatoriale, si introduce un costo standard di riferimento. Data la variabilità dei tariffari regionali, si tratterà di individuare dei valori medi, mediani o dei benchmark con intervalli di accettabilità.

Una variabile che potrebbe influenzare la formula è rappresentata dalla propensione o frequenza d'uso (f) di determinate prestazioni come i ricoveri.

Il numero di prestazioni necessarie al trattamento della malattia (q) è collegato, difatti, alla frequenza (f) con cui il malato si rivolge alle strutture sanitarie e dal numero di prestazioni specifiche richieste per ogni evento di malattia.

<sup>63</sup> MAPELLI V., *op.cit.* In: Politiche Sanitarie (2007).

Quindi, la formula diventa:

$$F = \text{Pop} * (\pi * f) * (q * p) \quad (3.10)$$

Il primo prodotto  $\pi * f$  esprime la percentuale di malati che usano un determinato servizio ed il secondo rapporto  $q * p$  rappresenta il costo del trattamento associato ad uno specifico servizio. La variabile  $f$  è essenziale per il calcolo del fabbisogno ospedaliero, dove i tassi di ricovero possono variare sensibilmente a parità di patologia.

Secondo la teoria della yard stick competition, il costo standard dei ricoveri gioca un ruolo simile al prezzo in un sistema concorrenziale, costringendo le imprese a contenere i costi al livello del valore tariffario e a migliorare la qualità dei servizi offerti, non potendo agire sui prezzi<sup>64</sup>.

Questo approccio analitico offre notevoli potenzialità per applicare quelle metodologie di analisi e di intervento sull'efficacia ed appropriatezza delle prestazioni. All'interno di questa teoria vi sono tre variabili strumentali che possono essere stabilite o variate volontariamente. La frequenza ed il numero dei ricoveri ospedalieri possono ad esempio essere valutati in relazione alla loro appropriatezza oppure i consumi farmaceutici in relazione al consumo delle DDD (dosi definite die) ogni 1000 abitanti.

In riferimento alla standardizzazione dei costi, in modo particolare dei ricoveri ospedalieri, si possono applicare le tariffe nazionali massime dei DRG ai casi di ricovero regionali, e la stessa cosa può essere fatta per le prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Essendo non tutti i servizi collegati alla domanda individuale, per questo esistono tre tipi di servizi sanitari che è opportuno finanziare con criteri diversi:

- servizi di sanità pubblica e prevenzione, sia primaria che secondaria, rivolti alla collettività;
- servizi a domanda opzionale, che garantiscono ai cittadini la continuità d'intervento ed i servizi amministrativi per funzioni di programmazione, coordinamento, controllo. Tali servizi sono generalmente svolti dalle Aziende sanitarie locali.

Data la loro natura, questi servizi andrebbero finanziati a quota capitaria semplice o a costi standard, in analogia alle funzioni assistenziali degli ospedali<sup>65</sup>.

<sup>64</sup> MAPELLI V., *Una proposta di ripartizione del fondo sanitario tra le Regioni*. In: Politiche Sanitarie (2007).

<sup>65</sup> MAPELLI V., *op.cit.* In: Politiche Sanitarie (2007).



## CONCLUSIONE

L'istituzione del Servizio Sanitario nazionale ha trasformato il sistema di finanziamento del comparto sanitario passando da una logica contributiva / assicurativa al finanziamento diretto delle Regioni con diverse risorse finanziarie. Il Servizio Sanitario Nazionale fornisce allo Stato i mezzi necessari per assicurare la tutela del bene primario quale è la salute e permette, quindi, il normale funzionamento del Servizio Sanitario Regionale.

È con il D. Lgs. n. 56/2000 che il sistema di finanziamento entra nel vivo e tocca il massimo grado di regionalizzazione ed, infatti, è stato previsto che il finanziamento sanitario avvenga in base alla capacità fiscale di ogni Regione corretto da adeguate misure perequative, con lo scopo di rendere le Regioni sia finanziariamente autonome che responsabili della gestione dei singoli Sistemi Sanitari Regionali.

Tuttavia, la presenza di diversi sistemi organizzativi e gestionali delle Regioni ha causato un divario evidente tra i territori regionali. Oggi le Regioni in ritardo nello sviluppo di processi e sistemi di governo raramente recuperano in tempi brevi la differenza presente con le Regioni più “mature”. Infatti, il progresso normativo negli ultimi decenni ha favorito a livello regionale le realtà territoriali più solide, che presentano una capacità contributiva più alta, una *governance* politica stabile e un Servizio Sanitario Regionale meno impregnato da degenerazioni politico-clientelari.

Per concludere, prendendo in considerazione la situazione pandemica che affligge il Paese da più di un anno, nel realizzare il lavoro si è voluto analizzare la ripartizione del finanziamento sanitario regionale e sottolineare come ancora oggi, dopo oltre 30 anni dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, esiste una disomogeneità nell'assegnazione delle risorse finanziarie alle Regioni necessarie per l'erogazione dei Livelli Essenziali di assistenza. Basti pensare che, le risorse finanziarie si concentrano prevalentemente nelle Regioni del Nord (42% del totale), mentre le Regioni del Centro rappresentano il 20%, quelle del Sud il 23% e le Regioni a Statuto Speciale il 15%.



Il percorso verso un sistema sanitario universale ed equo, che garantisca su tutto il territorio nazionale l'erogazione di servizi sanitari appropriati ed efficienti, è ancora lungo e richiede un notevole sforzo da parte di tutti, istituzioni e non.

## BIBLIOGRAFIA

- Abbafati C., Spandonaro F., *Costi standard e finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, in Politiche sanitarie, Vol. 12, N. 2, Aprile-Giugno 2011
- Aimone Gigio, L., Alampi, D., Camussi, S., Ciaccio, G., Guatini, P., Lozzi, M., Mancini, A. L., Panicara, E. e Paolicelli, M. (2018), “*La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle Regioni in piano di rientro*”, Banca d’Italia, Questioni di Economia e Finanza, n. 427
- Anselmi L., Saita M., *La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie*, in *Il sole 24 Ore*, Milano, 2002.
- Atripaldi M., Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza, in *federalismi.it*, 15 novembre 2017.
- Baggio S., *La responsabilità della struttura sanitaria*, Giuffrè Editore, 2008
- Benciolini P., Aprile A., *op.cit.*, (a cura di), Martin A., Naccarato R., Cedam, 1989.
- Bobini M., Ricci, A., *Gli erogatori privati accreditati: Inquadramento e performance economiche dei grandi gruppi sanitari italiani*, In Rapporto OASI 2019 a cura di Cergas Bocconi, Egea Editore, Milano, 2019
- Bobbio G., Morino M. (a cura di), *Lineamenti di Diritto Sanitario*, CEDAM, 2010.
- Bonomi M. S., *Il diritto alla salute e il sistema sanitario nazionale*, in *federalismi.it*, 2014.
- Bottari C., Foglietta F., Vandelli L., *Welfare e servizio sanitario. Quali strategie per superare la crisi*, in *Quaderni di sanità pubblica*, Maggioli Editore, 2013.
- Buccoliero L. - Caccia C. - Nasi G., e-he@lth. *Percorsi di implementazione dei sistemi informativi in sanità*, McGraw – Hill, Milano, 2005.
- Caruso E., e Dirindin N., *Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011*. In: Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa, 2011.
- Cilione G., *Diritto Sanitario Profili costituzionali e amministrativi, ripartizione delle competenze, organizzazione, prestazioni, presidi sanitari privati, professioni*, Maggioli. 2013
- Cinelli M., *Diritto della previdenza sociale: Dodicesima edizione interamente rivista e aggiornata*, Giappichelli editore, 2015.
- Circolare Vademecum per le attività di controllo e vigilanza del Collegio sindacale negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, MEF-RGS, 2018
- Collicelli C., *Quando la salute si paga di tasca propria*, Lavoce.info, 11/2/2020.
- Coppola F. S., Capasso S., Russo L., *Profili evolutivi del Ssn italiano: analisi e sintesi della produzione normativa dal 1978 ad oggi*, Pavia 2011
- Conticelli M., *Privato e pubblico nel servizio sanitario*. Giuffrè Editore, 2012.

- Crivellini M., Galli M., *Sanità e salute: due storie diverse*. Francoangeli/Sanità Ed., 2011.
- Documento d'individuazione dei compiti del Comitato*, Roma, 14 febbraio 2006, Ministero della Salute.
- Del Vecchio M., Fenech L., Preti L.M., Rappini V., *I consumi privati in sanità*, in Cergas – Bocconi (a cura di), Rapporto OASI 2019, Egea, 2019.
- Ed. Simone, *Legislazione sanitaria e sociale*, Napoli 2009 (1979).
- Fondazione Res, *“Il sistema sanitario siciliano in trasformazione in un’ottica comparata”*, ricerca condotta dal Prof. Emmanuele Pavolini in collaborazione con la Prof.ssa Laura Azzolina, Palermo, 2010.
- Il monitoraggio della spesa sanitaria 2017, rapporto n. 4, Dipartimento della ragioneria generale dello Stato, Ministero dell’economia e delle finanze; Raitano M., Invecchiamento e crescita dei consumi sanitari.
- I sistemi di finanziamento: strumenti per governare i comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie?*, CERGAS Bocconi, 2011.
- Jorio E., *Diritto della sanità e dell’assistenza sociale*, Maggioli Editore, Rimini (2013).
- Lazzini S., *Il finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale*, in L. Anselmi, *Percorsi aziendali per le pubbliche amministrazioni*, Giappichelli, 2014.
- Longo F., Venrdamini E. e CeRGAS-Bocconi. *Analisi dello scenario strategico per il governo della domanda. Logiche e strumenti possibili per le aziende USL*. In: IV Workshop di economia sanitaria. 1998.
- Martinez T., Ruggeri A., Salazar C., *Lineamenti di diritto regionale*, IX edizione, Giuffrè, Milano, 2002.
- Mapelli V., Boni S., “I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali”, in Quaderni Formez, n.57, Roma.
- Mapelli V., *Dentro il Patto per la salute: riflessioni e proposte per definire la quota capitaria*. In: Monitor 36 (2014).
- Mapelli V., *Una proposta di ripartizione del fondo sanitario tra le regioni*. In: Politiche Sanitarie (2007).
- Monitoraggio della spesa sanitaria, Ministero dell’economia e delle finanze, VII rapporto, Roma 2020.
- Nuzzo A., Carle F., AnessiPessina E., *Processo di decentramento del SSN ed evoluzione dell’equità interregionale nell’assistenza sanitaria nel periodo 2001-2012*, Mecosan; FrancoAngeli, 2018.
- Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali, CREA Sanità, II annualità, Roma 2019.
- Pamolli F., Salerno C., *Tra federalismo, regolazione dei mercati e sostenibilità delle finanze pubbliche* in edizioni Cerm, 2008.
- Pasquini M. e Pasquini Peruzzi D., *Il Servizio Sanitario Nazionale. Profili funzionali e strutturali*, Jovene, Napoli, 1979.
- Pisauro G., *I fabbisogni standard nel settore sanitario. Commento allo schema di decreto legislativo*. In: NENS - Nuova economia nuova società (2010).
- Rapporto 2021 sul Coordinamento della finanza pubblica della Corte dei Conti.
- Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE Bologna, giugno 2019.

- Rapporto OASI, diverse annualità, Cergas Bocconi.
- Rosen H. S., Gayer T, *Scienza delle finanze. Terza edizione*, edizione italiana, (a cura di), C. Rapallini, McGraw-Hill, Milano, 2010.
- Toth F., *La sanità in Italia*, il Mulino, 2014.
- Vitiello B., *La sanità pubblica: specchio della realtà dei rapporti Stato-Regioni* (con riferimenti alla finanziaria 2007), in *Le istituzioni del federalismo*, n 6/2006, Maggioli Editore.
- Zamolo D., “*Diritto alla salute ed accreditamento all’eccellenza. Un approccio sistemico orientato al Total Quality Management*” in *Tigor: rivista di scienze della comunicazione e di argomentazione giuridica*, n.2, 2015
- Zocchetti C., *Il riparto del fondo sanitario tra le Regioni*, Statistica & Società, 2012



## SITOGRAFIA

<http://www.agenas.it>  
<https://www.camera.it>  
<https://www.censis.it/>  
<http://www.cermlab.it>  
<http://www.cergas.unibocconi.it>  
<https://www.corteconti.it>  
<https://www.federalismi.it>  
<https://gimbe.org/>  
<http://www.issirfa.cnr.it>  
<https://www.lavoce.info>  
<http://www.ministerosalute.it>  
<http://www.opencalabria.com>  
<http://www.politichesanitarie.it/>  
<http://www.quotidianosanità.it>  
[www.quotidianodelsud.it/](http://www.quotidianodelsud.it/)  
<http://www.regioni.it>  
<http://www.sanita24.ilsole24ore.com>  
<http://www.salute.gov.it>  
<http://www.spisa.unibo.it>  
<https://temi.camera.it>

La tutela della salute è un diritto fondamentale, da garantire a tutti gli individui in condizioni di equità, solidarietà e universalità. Proprio la Costituzione italiana sancisce all'articolo 32 che: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, garantendo cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge".

Il settore sanitario è stato sempre uno dei settori più importanti nell'ambito dell'economia di un paese, e oggi lo è diventato ancora di più visto il periodo pandemico che abbiamo vissuto e dal quale (almeno si spera!) faticosamente stiamo uscendo.

Come per ogni attività, anche quella sanitaria non può essere svolta in maniera efficiente ed efficace senza adeguate risorse finanziarie.

Il presente lavoro vuole analizzare quelle che sono le fonti di finanziamento del SSN italiano e la loro distribuzione alle varie regioni. Nel primo capitolo, dopo aver definito il concetto di salute e il diritto ad esso correlato, l'attenzione è stata posta sull'istituzione del SSN e le sue caratteristiche. Nel secondo capitolo sono state esaminate le fonti di finanziamento e i meccanismi di spesa del comparto sanitario, indagando sulle procedure di controllo della spesa e nello specifico le misure urgenti adottate per la Regione Calabria con il c.d. "Decreto Calabria". Nel terzo capitolo, infine, è stata delineata in generale l'organizzazione del servizio sanitario delle regioni e i criteri con cui le risorse finanziarie vengono ad essere ripartite tra di esse.

**Eleonora De Luca** si è laureata con lode in Economia aziendale presso l'Università della Calabria e collabora attualmente alla cattedra di Economia aziendale. I suoi interessi di ricerca si concentrano sull'azienda pubblica e, in particolare, sulle aziende sanitarie.