



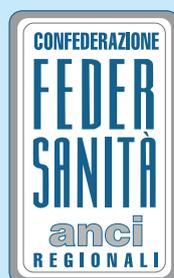
# Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale: dalla determinazione del Fabbisogno alle allocazioni sulle Aziende Sanitarie

*Executive Summary*

A cura di



con la collaborazione di



**SALUTE=QUITÀ**

# Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale: dalla determinazione del Fabbisogno alle allocazioni sulle Aziende Sanitarie

## *Executive Summary*

A cura di



con la collaborazione di



**SALUTE**  **QUITÀ**

---

## Credits

**TONINO ACETI**, Salutequità

**FABRIZIO D'ALBA**, Federsanità - Confederazione delle Federsanità Anci regionali

**CLAUDIO LO GIUDICE**, C.R.E.A. Sanità

**DANIELA D'ANGELA**, Università di Roma Tor Vergata e C.R.E.A. Sanità

**BARBARA POLISTENA**, Università di Roma Tor Vergata e C.R.E.A. Sanità

**FEDERICO SPANDONARO**, Università di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità

Si ringraziano Confindustria DM e Farmindustria per il supporto incondizionato fornito che ha permesso la realizzazione della ricerca.

## Obiettivi dello studio

Il processo di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha un ruolo cruciale nella *governance* del sistema sanitario.

In primo luogo, perché attraverso i meccanismi di finanziamento si realizzano le redistribuzioni che generano il meccanismo solidaristico che è alla base del nostro SSN.

Il finanziamento è condizione essenziale per garantire l'accesso alle prestazioni e, quindi, per realizzare le finalità equitative dell'intervento pubblico.

Ma il finanziamento ha un ruolo cruciale anche nella generazione dei corretti incentivi al perseguimento dell'efficienza nella realizzazione delle attività del SSN: ruolo che si è rafforzato con gli interventi costituzionali che, dal 2001, hanno introdotto e sviluppato il federalismo, in particolare quello fiscale, nell'ordinamento italiano.

L'importanza dell'analisi della regolamentazione del finanziamento del SSN (e conseguentemente dei SSR – Servizi Sanitari Regionali) è resa evidente dall'importanza che il settore ha rivestito nell'introduzione del Federalismo: basti pensare al fatto che le risorse dei bilanci regionali sono in larghissima misura destinate ai SSR; ma anche all'importanza che, nell'evoluzione dei rapporti fra livello centrale e regionale, ha avuto il principio della legislazione concorrente adottato per la Sanità; come anche l'esperienza dei cosiddetti piani di rientro e i commissariamenti delle Regioni, finalizzati ad una maggiore responsabilizzazione regionale, sia sul versante dell'equilibrio finanziario, sia della effettiva garanzia di erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); e questi ultimi, sono stati gli antesignani dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) che oggi sono alla base di una nuova fase del Federalismo, che tende al riconoscimento di forme di autonomia differenziate.

Si potrebbe continuare a lungo con gli esempi, ma gli argomenti citati dovrebbero essere sufficienti per

“giustificare” l'importanza dello studio dei processi di finanziamento.

Studio che, anche a causa di una elevata complessità regolatoria, almeno sul versante dei processi regionali appare piuttosto carente. Non di meno le scelte regionali in tema di allocazione delle risorse hanno un contenuto strategico molto rilevante: nuovamente tanto in termini di perseguimento di obiettivi di equità, quanto di perseguimento della efficienza allocativa e tecnica.

Nel 2015, C.R.E.A. Sanità aveva condotto con FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) una ricerca intitolata “*I sistemi di finanziamento regionali della Aziende Sanitarie e Ospedaliere*”: a conferma di quanto precedentemente argomentato, nella presentazione delle ragioni della ricerca si richiama proprio la centralità del sistema di finanziamento nell'analisi evolutiva del SSN, la necessità di colmare le carenze informative sui processi regionali, e l'importanza di scandagliare gli orientamenti strategici e le culture organizzative delle Aziende sanitarie pubbliche.

Per quanto di nostra conoscenza, dopo la pubblicazione del lavoro citato, le cui elaborazioni peraltro si riferivano agli anni 2011 e 2012, non ci sono stati più approfondimenti sul tema con lo stesso livello di dettaglio ed estensione che, essendo passati oltre 10 anni, hanno “rigenerato” una carenza informativa, soprattutto a livello regionale.

Quanto precede sembra da solo poter giustificare la decisione di C.R.E.A. Sanità, Federsanità-ANCI e Salutequità, di replicare e aggiornare la ricerca del 2015, avvalendosi del contributo non condizionato di Confindustria Dispositivi Medici e Farmindustria.

Peraltro, anche alcune importanti modifiche normative, intervenute successivamente alla precedente ricerca, hanno reso opportuno replicare le analisi. In particolare, tra queste si citano la messa a regime

delle indicazioni del D.Lgs. n. 68/2011, che ha introdotto il concetto di Fabbisogno Sanitario, e la conseguente implementazione delle metodologie di calcolo dei costi *standard* dei LEA. Vanno anche citati gli effetti del D.Lgs. n. 118/2011, che ha introdotto la Gestione Sanitaria Accentrata (GSA): non è forse un caso che nella precedente ricerca si era evidenziato come fosse pratica comune di molte Regioni di accentrare risorse, oltre che per sostenere le funzioni regionali centralizzate, anche per avere un margine operativo per riequilibrare eventuali disavanzi finanziari intraregionali. Una pratica che non è stata superata, ma che ha cambiato modalità per effetto della “formalizzazione” della GSA.

Riteniamo che si possa anche aggiungere la novità introdotta in molte Regioni della presenza delle cosiddette “Aziende Zero” (con denominazioni regionali varie): aziende nuovamente deputate a gestire le funzioni centrali/trasversali, in alcuni casi anche con imputazione della GSA.

Questo spiega perché la nuova edizione della ricerca, pur confermando l’ambizione di ricostruire tutto il percorso fatto delle risorse per arrivare alle Aziende sanitarie di erogazione, dedica una attenzione rilevante anche al processo centrale di definizione dei fabbisogni e allocazione delle risorse individuate.

Per quanto concerne l’estensione dell’analisi, si è deciso di andare oltre il biennio, adottato come riferimento nella precedente ricerca, andando ad effettuare l’analisi di un quinquennio, ovvero sino al 2019, ultimo anno “pre-COVID”.

Si è fatta questa scelta anche in ossequio al fatto che negli anni della pandemia (2020 e 2021, ma con alcuni “strascichi” anche nel 2022) il finanziamento ha subito delle modifiche legate allo stato emergenziale: impatti certamente interessanti, ma che si è tentato di fare in modo non condizionassero i giudizi sul processo: in altri termini si è estesa l’analisi sino a prima del COVID e al primo anno (2023) in qualche modo “indenne” dagli effetti della pandemia.

In termini di metodo, la ricerca prima analizza e descrive qualitativamente il processo di finanziamento, poi quantifica i flussi di finanziamento, per arrivare infine a produrne una sintesi.

I processi/flussi sono stati analizzati sia a livello nazionale che a livello regionale.

In particolare, l’analisi del livello nazionale ha affrontato 1) il tema della determinazione del Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN), 2) il processo di integrazione del FSN e determinazione delle risorse ripartibili, 3) la suddivisione del FSN in base alla priorità del SSN 4) i criteri di riparto alle Regioni; a seguire l’analisi del livello regionale, dopo avere descritto la struttura dei SSR, ha affrontato 5) il tema dell’accertamento delle risorse disponibili a livello regionale, 6) dei criteri di riparto intra-regionali, 7) la definizione delle risorse ripartibili alle Aziende e Enti regionali, 8) il riparto fra le Aziende, 9) le tempistiche degli interventi normativi regionali.

Come anticipato, la complessità dei processi retrostanti il finanziamento a livello nazionale e regionale sono tali da non permettere di considerare esaustiva la ricerca: il principale limite del lavoro svolto rimane l’incapacità di reperire, per alcune Regioni, parte delle informazioni sopra elencate.

Non di meno la ricerca conferma che la trasparenza del processo rimane insufficiente, e che l’*accountability* delle Regioni in tema di finanziamento è da ritenersi fortemente variabile: questa ultima nota indica la direzione per futuri approfondimenti e, principalmente, evidenzia l’importanza di superare le analisi estemporanee, passando ad un monitoraggio (quindi continuo) dei processi oggetto della ricerca.

Un’ultima nota per il lettore riguarda la parte regionale: si è cercato, per ogni fase, di costruire una scheda per ogni Regione; le schede non sono di fatto materiale di lettura, rappresentando essenzialmente il materiale di riferimento sul quale sono state costruite le riflessioni critiche

## Risultati principali

L'analisi condotta sul processo di finanziamento e dei flussi finanziari generati, riteniamo abbia generato nuove e rilevanti evidenze, pur nella consapevolezza di non aver potuto esaurire le tematiche degne di interesse a causa della complessità del processo di finanziamento, che meriterebbe ulteriori approfondimenti.

Volendo estrapolare dal lavoro le questioni di maggiore rilevanza, ci sembra che esse afferiscano: 1) all'analisi macroeconomica del finanziamento a livello nazionale, 2) ai vincoli di destinazione sui LEA, 3) agli andamenti della composizione del finanziamento nazionale, 4) alle conseguenze sul riparto Regionale, 5) alla definizione delle quote accentrate regionalmente, 6) all'analisi dei flussi di allocazione sulle Aziende Sanitarie.

Su primo tema si segnala come il *trade-off* fra stima dei fabbisogni e compatibilità macro-economiche non sembra ancora aver trovato una sua modalità di coniugazione, "tradendo" nei fatti lo spirito del D.lgs. 68/2011.

Lo studio ha cercato di capire in che misura possa essere stata effettivamente garantita la "coerenza" fra due obiettivi che, in via di principio, rischiano di essere in conflitto fra loro, concludendo che i dati disponibili sembrano far propendere, ancorché sia "indimostrabile", per la tesi per cui il vincolo finanziario, negli anni 2019-2023, abbia prevalso su quello del fabbisogno per i LEA. Con la conseguenza che, se le risorse non seguono il reale incremento dei fabbisogni, di fatto si scarica sul *management* regionale e delle Aziende Sanitarie il compito di trovare una "coerenza" fra finanziamento e diritto di accesso ai LEA: responsabilità probabilmente scaricata impropriamente sul *management*, e sempre più onerosa, in quanto la ricerca di ulteriori efficientamenti, è sempre più difficile da realizzarsi dato l'enorme *gap* di spesa fra l'Italia e gli altri Paesi europei.

In tema di meccanismi di riparto, lo studio evidenzia

il rischio di una progressiva perdita della loro coerenza, come anche della loro funzione equitativa.

Risultano, infatti, sempre più oggetto di negoziazione fra le Regioni e sempre meno il frutto di evidenze oggettive.

Lo studio ha evidenziato una tendenza a prioritizzare i bisogni sulla base della forza delle rivendicazioni di specifici settori di interesse, e non di un piano strategico sulle necessità di integrazione dei LEA, come evidenziato dalla crescita delle quote finalizzate, i cui avanzi non sono di fatto vincolati.

Inoltre, anche gli accantonamenti, nati come "*quota premiale*" destinata a incentivare comportamenti regionali virtuosi, hanno negli anni perso questa caratteristica, divenendo oggetto di mediazione "politica" fra le Regioni, come si evidenzia dalla loro effettiva attribuzione.

Negli anni considerati si assiste, quindi, all'espressione di una forza centrifuga che tende ad aumentare le quote di riparto regionale attribuite fuori dai criteri rigidi adottati per il riparto delle quote indistinte, adottando invece logiche di distribuzione legate ad accordi politici.

Va, altresì, sottolineato come i criteri di riparto siano rimasti immutati nel tempo, rimanendo sostanzialmente congelati alle indicazioni del D.Lgs. n. 68/2011. Staticità che si rileva tanto nei vincoli di destinazione quanto nei criteri di allocazione, dimostrando un effettivo scollegamento fra l'evoluzione dei processi di erogazione, condizionati dall'invecchiamento e impattati dall'innovazione tecnologica e organizzativa, e la destinazione delle risorse.

L'esito finale del riparto appare discutibile: solo per citare un dato di sintesi, confrontando le attuali differenze nella spesa privata regionale con quelle indotte dal riparto nel finanziamento, emerge come i processi di perequazione adottati "spostino" meno del 40% di quanto sarebbe necessario per annullare

le differenze indotte dai comportamenti di spesa dei cittadini che esitano in spese private.

Si conferma, quindi, che sarebbe ormai giunto il momento di ripensare completamente gli algoritmi del riparto, non solo adottando metodi di stima più corretti di tipo statistico, ma anche introducendo fattori di correzione, quali le differenze di oneri regionali derivanti dalla spesa privata, che hanno una dimensione quantitativa ben maggiore dei fattori di pesatura fin qui utilizzati (e anche delle correzioni, quali la deprivazione, adottate di recente).

Molto netto è anche lo scostamento fra programmazione centrale e regionale: varie Regioni hanno adottato un *set* di criteri per definire le allocazioni molto più dettagliato di quello nazionale: a titolo di esempio, a fronte delle sei quote di allocazione nazionali delle risorse, il Piemonte ne adotta 11 per la Prevenzione, 5 per l'Ospedaliera, 11 per la Distrettuale, per un totale di 27, l'Emilia-Romagna ne adotta 3 per la Prevenzione, 1 per l'Ospedaliera, 9 per la Distrettuale, per un totale di 13.

Ancor più variabile è l'applicazione dei criteri per il riparto interno delle risorse: per il Piemonte si contano 16 criteri aggiuntivi oltre quelli adottati a livello nazionale, per l'Emilia-Romagna 14, per la Campania 5 e per la Basilicata 4 in più.

A livello regionale, va poi registrata una scarsa trasparenza sui criteri di allocazione e persino di accerciamento delle risorse ripartibili localmente: ad esempio, solo poche Regioni esplicitamente considerano i saldi di mobilità, come anche le risorse provenienti dai Fondi per i farmaci innovativi, nel processo di determinazione delle risorse regionali.

Analogamente, solo poche Regioni esplicitano i propri criteri di riparto fra le Aziende e, quelle che lo fanno, si discostano sensibilmente dalle indicazioni nazionali, sia in termini di vincoli di destinazione, quanto di criteri di allocazione.

Anche l'istituzione della GSA, e lo sviluppo delle cosiddette "Aziende Zero", presenta criticità in termini di trasparenza dei flussi effettivi di finanziamento: in particolare, in termini di destinazione degli avanzi

delle risorse accentrate e di logiche che muovono queste scelte.

L'introduzione della GSA rende complesso verificare l'utilizzo finale delle risorse accentrate: infatti, i Conti Economici della GSA riportano le uscite per natura e non per Ente/Azienda destinataria, impedendo la ricostruzione della loro destinazione, in particolare in che misura gli avanzi possano essere dedicati al ripiano delle perdite di esercizio o ad altre funzioni (peraltro, alcune Regioni registrano accantonamenti per il ripiano di disavanzi programmati).

La difficoltà di reperire informazioni sull'utilizzo delle risorse accentrate per garantire l'equilibrio finanziario delle Aziende è resa complessa anche dal progressivo allungamento dei tempi di riparto definitivo delle risorse alle Regioni: in vari casi l'Atto di riparto della CSR si è posizionato fra novembre e dicembre, ad esercizio ormai praticamente concluso.

Malgrado la difficoltà incontrata nel reperimento delle informazioni, lo studio sembra poter confermare che la natura di Azienda Pubblica (non soggetta al rischio di fallimento) implichi un finanziamento che, in ultima istanza, rimane a piè di lista.

In questa ottica, l'istituzione della GSA ha permesso di razionalizzare da un punto di vista contabile la gestione delle risorse accentrate, ma con il rischio di far perdere trasparenza sull'eventuale utilizzo di una parte di tali risorse per garantire, ex post, l'equilibrio finanziario delle Aziende.

Con questa chiave di lettura, il finanziamento assegnato ex ante assume una funzione fondamentale di *benchmark*, utilizzabile per il monitoraggio delle *performance* aziendali rispetto agli obiettivi regionali, costituendo al più un meccanismo di incentivo a perseguire un equilibrio di bilancio.

Infine, si è constatato come, sebbene nel disegno originario del D.Lgs. n. 502/1992 fosse prevista l'attribuzione del finanziamento alle Aziende territoriali, a loro volta chiamate ad acquistare prestazioni tariffate presso le strutture di erogazione, ivi comprese le Aziende Ospedaliere, nei fatti è prevalente un finanziamento diretto e crescente delle Aziende Ospeda-

liere da parte della Regione.

Sembra quindi che le tariffe dei DRG (e analogamente delle tariffe per le attività di specialistica ambulatoriale) non siano rappresentative dei costi (pieni) ospedalieri sostenuti, così che le Regioni, per garantirne l'equilibrio finanziario, ricorrono a finanziamenti indipendenti dalla attività svolta.

Il fenomeno dello spostamento a priori delle risorse verso la componente ospedaliera è particolarmente degno di nota considerando che appare in contraddizione con la dichiarata volontà, contenuta negli atti di programmazione del SSN, di potenziare l'assistenza territoriale.

Peraltro, malgrado i dichiarati propositi di potenziamento del territorio, le quote destinate alle funzioni territoriali sono in competizione con altre voci a rapida crescita (in particolare quella destinata alla farmaceutica distrettuale), quanto meno dimostrando un ritardo di adeguamento dei criteri di finanziamento alle “nuove” strategie assistenziali.

In conclusione, il processo di stima del fabbisogno

risulta affetto da varie contraddizioni, che hanno portato ad una evoluzione verso un riparto sempre più oggetto di negoziazione fra le Regioni e sempre meno legato a evidenze oggettive. Una “superfeta-zione” di interventi che ha ormai reso molto “disordinato” il processo, con impatti in termini equitativi, ma anche sull'efficienza delle allocazioni che andrebbero ulteriormente approfonditi.

A livello regionale prevale il “fai da te”, con scelte di finanziamento interne, variamente articolate, in termini tanto di processo, che di prioritizzazione degli interventi, nonché di algoritmi di riparto. A livello regionale manca, inoltre, una sufficiente trasparenza sui flussi.

Una maggiore *accountability* sarebbe, quindi, opportuna per poter valutare se, e in che misura, le risorse riescano ad arrivare effettivamente sul territorio in proporzione ai fabbisogni della popolazione: condizione essenziale per garantire equità e, allo stesso tempo, attribuire un significato ai risultati di esercizio delle aziende.





REPORT FINANZIAMENTO