



Dipartimento di Economia e Management Cattedra di Scienza delle Finanze

La gestione statale in ambito sanitario.
Il caso della Regione Molise

RELATORE

Prof. Mauro Milillo

CANDIDATO

Francesco Vescio

Matr. 203671

ANNO ACCADEMICO 2017-2018

La gestione statale in ambito sanitario. Il caso della Regione Molise.

Introduzione.....	4
-------------------	---

Capitolo I – L'intervento dello Stato nell'economia della salute

1.1.	La salute come diritto fondamentale dell'individuo.....	7
1.2.	La Costituzione e lo sviluppo delle principali istituzioni sanitarie.....	7
1.2.1	Quadro normativo.....	7
1.2.2	I principi economici che segnano il cambiamento.....	13
1.2.3	Modelli di organizzazione dei sistemi sanitari.....	16
1.3.	L'intervento dello Stato nell'economia della salute.....	20
1.3.1	Teoria positiva ed economica del benessere.....	21
1.3.2	I fallimenti del mercato e le ragioni dell'intervento dello Stato.....	25
1.3.3	Il finanziamento della sanità.....	27
1.4.	Il monitoraggio della sanità.....	32

Capitolo II – Il Sistema Sanitario Italiano

2.1	I caratteri principali del sistema.....	36
2.1.1	La complessità del sistema.....	36
2.1.2	Il Piano Sanitario Nazionale.....	37
2.1.3	Il corso dei finanziamenti.....	38
2.1.4	Universalismo: conseguenze e implicazioni.....	41
2.1.5	Come difendere l'Universalismo?	45
2.2	Il Servizio Sanitario Italiano.....	47
2.2.1	Il Servizio Sanitario Nazionale.....	47
2.2.2	L'organizzazione del servizio sanitario nazionale.....	49
2.2.3	Gli strumenti del servizio sanitario nazionale.....	51

Capitolo III – Il caso Molise

3.1	Quadro demografico e socio – economico.....	55
3.2	La situazione debitoria pregressa.....	57
3.2.1	Situazione finanziaria pregressa.....	57

3.2.1.1	Situazione debitoria verso le strutture private accreditate.....	61
3.2.2	Quadro operativo pregresso: la verifica dell'inappropriatezza e inadeguatezza dei ricoveri.....	62
3.3	La riforma sanitaria.....	67
3.3.1	La rideterminazione della situazione debitoria pregressa.....	67
3.3.1.2	I risultati ottenuti.....	70
3.3.2	La ristrutturazione del Servizio Sanitario Regionale.....	72
3.3.2.1	La nuova rete ospedaliera: il modello Hub and Spoke.....	73
	Conclusione.....	82
	<i>Bibliografia.....</i>	<i>84</i>
	<i>Sitografia.....</i>	<i>87</i>

INTRODUZIONE

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di analizzare la gestione dello Stato in ambito sanitario. La sanità costituisce uno dei settori di maggior interesse per tutta la comunità, in quanto oltre a soddisfare uno dei bisogni più essenziali dei cittadini, porta con sé implicazioni interessanti sia dal punto di vista giuridico che dal punto di vista economico. Innanzitutto, l'articolo 32 della Costituzione Italiana tutela la salute come un diritto fondamentale dell'individuo, legittimando ogni cittadino a pretendere l'accesso alle cure presso il Servizio Sanitario Nazionale. Dal punto di vista giuridico, la ripartizione di competenza legislativa in materia, organizzata su due livelli, uno statale e uno regionale, ha dato vita a un acceso dibattito culminato poi, con la Riforma del Titolo V della Costituzione. Dal punto di vista economico, la gestione del settore sanitario gioca un ruolo chiave nelle decisioni riguardanti l'ammontare di fondi da destinare al settore, la ripartizione degli stessi tra i vari Sistemi Sanitari Regionali ed eventuali interventi diretti dell'amministrazione centrale al fine di garantire il corretto funzionamento di questi ultimi, nonché uno dei banchi di prova per la valutazione dell'operato delle classi politiche governanti.

I tre capitoli del presente elaborato toccheranno tutti gli ambiti sopra citati. Il primo capitolo si apre con l'affermazione del diritto alla salute come diritto fondamentale dell'uomo sancito dalla Costituzione. La forza Costituzionale del diritto fa sì che questo sia tutelato con vigore dal legislatore, nonché dai policy maker, rendendo la salute e le sue articolazioni di centrale importanza. Successivamente, svolge un'analisi del quadro normativo di riferimento e dei principi economici che hanno segnato il cambiamento dello stesso nel corso degli anni. Il principio dell'equità e della salute pubblica, infatti, reggono il nostro Servizio Sanitario Nazionale. Per questo, il quadro normativo si è evoluto nel corso degli anni al fine di tutelare il rispetto dei principi stessi, forgiando intorno a essi il sistema nella sua totalità. Inoltre, inquadrerà il modello di organizzazione del nostro Servizio Sanitario Nazionale in funzione dei modelli storici di riferimento, il "modello Bismark" e il "modello Beveridge". I due modelli rappresentano poli estremi di organizzazione dei servizi sanitari nazionali: infatti, l'esperienza empirica rivelerà la presenza di modelli intermedi, definiti "misti", in grado di conservare dei tratti caratteristici del "modello Bismark" e del "modello Beveridge" e rendendosi allo stesso tempo in grado di ottemperare alle necessità del libero mercato. Infine, entrerà nel vivo della trattazione in quanto esporrà le teorie sulle quali si basa l'intervento dello Stato nell'economia, la teoria positiva e la teoria economica del benessere, in presenza di fallimenti del mercato e non solo. Le due teorie sono opposte ma complementari e forniscono due metodologie di approccio alla realtà. Infatti, la teoria positiva è puramente conoscitiva, l'approccio della teoria Economica, invece, è finalizzato a cercare gli strumenti necessari per conformare la realtà, quanto più possibile, alle

necessità dei cittadini. Verranno trattate le fonti del finanziamento sanitario, i metodi di ripartizione degli stessi tra i vari Sistemi Sanitari Regionali e il fabbisogno annuale di risorse per singola Regione. In più, ci si concentrerà sull'analisi del sistema di monitoraggio, in particolare sui modelli di rilevazione delle attività dei singoli Sistemi Sanitari Regionali e sulla procedura di verifica del risultato di gestione degli stessi, corredata dai relativi interventi nel caso di disavanzo e mancanza di coperture. I sistemi di finanziamento e monitoraggio, così esposti, apriranno la strada per uno studio più profondo del capitolo successivo.

Il secondo capitolo, intitolato il Sistema Sanitario Italiano, tratterà due temi principali: il primo tema riguarda il sistema sanitario tutto, il secondo il Servizio Sanitario Nazionale propriamente detto, mettendo in luce l'organizzazione dello stesso e gli strumenti di cui beneficia per esplicitare la propria attività. A riguardo del primo dei due temi proposti, sarà molto interessante soffermare l'attenzione sui trend economico – sanitari che hanno investito il nostro Paese negli ultimi anni, caratterizzati dalla crisi economica e dal fatto che l'Italia presenti un ammontare di finanziamenti pubblici più in linea con i paesi dell'Europa orientale che dell'Europa occidentale. Si valuterà se questo trend sia frutto di una scelta in particolare o delle sole necessità dettate dalla crisi economica degli ultimi anni. In seguito, l'analisi verterà sui caratteri che rendono il sistema così complesso, sulla pianificazione delle attività dello stesso e su dubbi e perplessità, risolti nell'ultimo paragrafo, riguardanti la possibilità di garantire l'accesso universale alle cure agli individui, pur rispettando vincoli imposti da ordinamenti sovranazionali che richiedono efficienza e pareggio di bilancio durante la gestione. In sintesi, ci si chiederà se il Servizio Sanitario Nazionale sia ancora basato, nella pratica, sull'universalismo e, nel caso, ci si chiederà quali politiche varare per difenderlo, tenendo conto del fatto che l'Universalismo del sistema non coincide con la gratuità dello stesso.

Il terzo capitolo, infine, si soffermerà sull'analisi di uno dei casi di gestione sanitaria di maggior interesse dal punto di vista nazionale. Il caso del Molise, viste le sue caratteristiche, sarà in grado di fungere da esempio per percorrere passo dopo passo le modalità di intervento delle amministrazioni, prima in termini decisionali, poi in termini operativi, in un settore così delicato come quello sanitario. Inoltre, il caso fungerà da elemento empirico per valutare le affermazioni positive, riguardante l'eventuale rinnovata sostenibilità del sistema, riportate nel secondo capitolo. In particolare, lo studio del caso si aprirà con un'analisi della situazione aggiornata fornita dall'attuale Amministrazione molisana nell'intento di valutare in che modo è avvenuto il ripiano dei conti e la riprogrammazione sanitaria dal punto di vista operativo. In aggiunta, verranno prese in considerazione le varie politiche economiche regionali che sono state adottate al fine di

riequilibrare, dal punto di vista finanziario, il Servizio Sanitario Regionale. Lo studio verterà sul merito delle stesse, considerando gli aspetti positivi e negativi e valutando l'impatto che avranno sull'economia Regionale in generale. La riprogrammazione sanitaria, invece, verrà valutata nella sua interezza. Infatti, oltre che presentare le diverse politiche adottate, si procederà nella trattazione del caso evidenziando quali sono le motivazioni che hanno spinto a una riforma del sistema, prendendo in esame i bisogni dei cittadini e gli obiettivi che la riforma si prepone di raggiungere in funzione degli stessi.

CAPITOLO 1 - L'INTERVENTO DELLO STATO NELL'ECONOMIA DELLA SALUTE

1.1 La salute come diritto fondamentale dell'uomo

Il diritto alla salute è un diritto fondamentale dell'individuo: la sanità, infatti, è al centro dell'interesse dello Stato e dei cittadini. La Costituzione Italiana, tramite l'articolo 32 contenuto nel Titolo II della Parte I, definisce che:

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”¹

Quindi, in quanto diritto fondamentale dell'individuo, è dovere dello Stato garantire l'accesso gratuito alle cure, quindi al sistema della sanità, a ogni cittadino, di modo da tutelare lo stesso e l'intera collettività.

1.2 La Costituzione e lo sviluppo delle principali istituzioni sanitarie

Il complesso normativo di riferimento è atto a definire l'insieme dei poteri e delle competenze dei diversi organi in ambito di organizzazione e gestione del complesso sanitario nella sua totalità. Il primo atto normativo a cui fare riferimento è la Legge 13 marzo 1958, n. 296 che costituisce il Ministero della Sanità (Ministero della salute, a partire dal 2001).

1.2.1. Quadro normativo

“É istituito il Ministero della sanità con il compito di provvedere alla tutela della salute pubblica. Per il conseguimento della finalità predetta spettano al Ministero della sanità le seguenti attribuzioni:

1) provvedere ai servizi sanitari attribuiti dalle leggi alle Amministrazioni civili dello Stato, ferme restando le attribuzioni delle Amministrazioni con ordinamento autonomo e quelle esercitate dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale a mezzo dell'ispettorato del lavoro;
2) sovrintendere ai servizi sanitari svolti dalle Amministrazioni autonome dello Stato e dagli Enti pubblici, provvedendo anche al coordinamento, eventualmente necessario, per adeguare l'organizzazione o l'efficienza dei servizi stessi alle esigenze della salute pubblica;

¹ Articolo 32, Costituzione Italiana.

3) emanare, per la tutela della salute pubblica, istruzioni obbligatorie per tutte le Amministrazioni pubbliche che provvedono a servizi sanitari;

4) provvedere alla vigilanza tecnica sulle organizzazioni, enti ed istituti che svolgano attività sanitaria e non rientrino tra quelli previsti dalle disposizioni precedenti.

Qualora la legge non disponga diversamente, i provvedimenti in materia di sanità rientrano nella competenza del Ministero della sanità.”²

Nonostante la nascita di un Ministero preposto, l’assistenza sanitaria non era garantita a tutta la comunità: il sistema era forgiato sulle “mutue assicuratrici”, enti assicurativi differenti tra loro in quanto caratterizzati a seconda della professione svolta dai propri iscritti, in grado di garantire servizi assicurativi medici e ospedalieri attraverso riscossioni obbligatorie di contributi sociali ai datori di lavoro e ai lavoratori stessi.³ Di conseguenza, si evince come il dettato Costituzionale dell’articolo 32 non fosse rispettato a pieno: a usufruire del servizio sanitario non era il cittadino in quanto tale (come vuole la Costituzione) ma il lavoratore in quanto appartenente a una specifica classe lavorativa.

– L’Istituzione del Sistema Sanitario Nazionale

Per ovviare alla scarsa efficienza⁴ del modello di assistenza fino a quel punto in vigore, la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 istituisce il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) i cui principi ispiratori segnalano un forte distacco dal passato: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l’eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L’attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini. Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività. Le

² Gazzetta Ufficiale, art. 1, Legge 13 marzo 1958, n.296.

³ Pessina Eugenio Anessi e Longhii Silvia, 2009, saluteinternazionale.info, Beveridge vs Bismarck.

⁴ Libera Università di studi sociali – Luiss “Guido Carli” Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche V. Bachelet, “Libro bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale”.

associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.”⁵ Grazie all’entrata in vigore della normativa, cambiano un insieme di punti di vista sulla materia: si parla di equità in sanità, di cittadini e non di “assicurati”, di prevenzione oltre che di cura, di salute oltre che di malattia e di erogazione di servizi standard per tutta la collettività, indipendentemente dall’appartenenza o meno del singolo soggetto a una particolare classe lavorativa o condizione sociale (Il servizio sanitario nazionale è costituito [...] al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio). Inoltre, viene definito un preciso quadro organizzativo che fa riferimento alle procedure di programmazione e di attuazione del servizio sanitario nazionale, alle competenze statali e alle strutture e al personale di cui lo stesso si servirà nell’eseguire le sue funzioni ed erogare prestazioni. Infine, nel Capo V del titolo I si definiscono norme di controllo, contabilità e finanziamento da seguire al fine di tutelare tutti i portatori di interesse in termini di stabilità ed efficienza dei servizi.⁶ Guardando agli aspetti di maggior rilievo del SSN, riconosciamo un insieme di punti cardine attorno ai quali verte il funzionamento del sistema:

- La gestione della Sanità è affidata alle Regioni e agli Enti locali, oltre che allo Stato;
- Vengono istituite le USL (Unità Sanitaria Locale), competenti nella gestione della sanità nel territorio di propria competenza;
- Lo stanziamento dei fondi passa per la creazione del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), grazie al quale lo Stato è in grado di trasferire dei fondi alle Regioni, che a loro volta trasferiscono gli stessi alle USL. Lo scambio di risorse è definito nei Piani Sanitari Nazionali e Regionali (PSN e PSR).⁷

Le modifiche legislative successive alla legge n. 833, per quanto importanti, non hanno inciso sul nucleo essenziale del sistema e dei suoi principi di fondo, così sintetizzabili: responsabilità pubblica della tutela della salute; universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari; globalità di copertura in base alle necessità assistenziali di ciascuno, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza; finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale; “portabilità” dei diritti in tutto il

⁵ Gazzetta Ufficiale, art 1, Legge 23 dicembre 1978, n. 833

⁶ Legge 23 dicembre 1978, n. 833

⁷ Agazio E., Salerno P. e Taruscio D., Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze, 2018, Servizi socio – sanitari, dalla legge 833/1978 alla devolution

territorio nazionale e reciprocità di assistenza con le altre regioni⁸. Seppur basato su un impianto legislativo invidiabile⁹ in quanto in grado di includere tutta la popolazione all'accesso gratuito alle cure, il servizio sanitario nazionale evidenziò non pochi problemi in termini di attuazione delle politiche predefinite: la poca chiarezza dei rapporti di divisione dei poteri di gestione delle USL (Unità Sanitarie Locali) tra Stato, Regioni e Comuni, la poca attenzione sul tema delle prevenzione, il ritardo o l'assenza nell'approvazione dei Piani Sanitari Nazionali e di conseguenza dei Piani Sanitari Regionali, livelli essenziali di assistenza mai determinati e lo sfioramento da parte delle Regioni dei limiti di spesa messi a disposizione dello Stato grazie all'istituzione del Fondo Sanitario Nazionale sono alcune delle cause della successiva riforma sanitaria, apportata tramite il D.lgs. 502/1992 riguardante il "Riordino della disciplina in materia sanitaria".¹⁰

- Il Riordino del Servizio Sanitario Nazionale

Era necessario introdurre un sistema che riuscisse a "responsabilizzare" a livello economico le singole USL e di conseguenza le Regioni alle quali le stesse appartenevano, garantendo un'efficiente erogazione di servizi basata sulle risorse economiche a disposizione. Per far ciò, vennero apportate le seguenti modifiche, riconducibili a tre aree fondamentali:

1. Aziendalizzazione:

- Riduzione del numero delle USL, il cui ambito di competenza sarebbe di norma coinciso con quello delle province di appartenenza;
- La trasformazione delle USL in ASL (Aziende Sanitarie Locali), organizzazione dotate di personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica;
- L'introduzione all'interno delle ASL di un management preposto alla corretta gestione dell'organizzazione, obbligato a rendere pubblici i rendiconti riguardanti costi, rendimenti e risultati;

⁸ Libera Università di studi sociali – Luiss "Guido Carli" Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche V. Bachelet, "Libro bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale, pagina 6.

⁹ Belelli A., ilFattoQuotidiano.it, 2009, Il Servizio Sanitario Nazionale va poi così male?

¹⁰ Agazio E., Salerno P. e Taruscio D., Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze, 2018, Servizi socio – sanitari, dalla legge 833/1978 alla devolution

- La possibilità, per grandi ospedali, di costituirsi in Aziende Ospedaliere autonome dalle ASL stesse;

2. Regionalizzazione:

- La funzione legislativa e amministrativa è affidata alle Regioni che regolano il funzionamento di tutte le unità operative all'interno del proprio territorio, tenendo conto delle esigenze della popolazione coinvolta e delle linee guida contenute nelle leggi nazionali e nel PSN;
- Le Regioni stabiliscono le tariffe delle prestazioni in base al costo della prestazione stessa, basando poi la quota capitaria ricevuta dallo Stato sulle rilevazioni stesse;

3. Quasi mercato:

- Apertura alla concorrenza tra strutture pubbliche e strutture private convenzionate;
- Adozioni di criteri di verifica, che tengono conto della differenza di caratteristiche dei diversi territori, sulla qualità e quantità di prestazione erogate.

Infine, grazie alla riforma viene modificato il livello di finanziamento. Le Regioni partecipano al finanziamento diretto alle proprie unità operative grazie ai fondi derivanti dai cittadini sotto forma di contributi sanitari e risorse proprie, resta ferma l'erogazione da parte dello Stato della quota capitaria derivante dalla fiscalità generale.¹¹ Nel caso in cui le ASL lamentino un disavanzo di gestione saranno loro stesse, in solido con le Regioni, a rispondere allo Stato della propria gestione.¹²

- La “riforma Bindi” e un “Nuovo meccanismo di finanziamento del SSN”

Alla riforma introdotta dal D.lgs. 502/1992 sono strettamente connessi due ulteriori atti, il cui scopo era quello di rimarcare i principi di fondo contenuti nel decreto del '92 e chiarire definitivamente il rapporto Stato-Regioni in materia di competenza legislativa sanitaria; I due decreti legislativi a cui si fa riferimento sono il D.lgs. 229/1999 (riforma Bindi) e il D.lgs. 56/2000 (federalismo fiscale). Il primo dei due decreti ribadisce la centralità del Servizio Sanitario Nazionale nel garantire equità di trattamento sanitario a tutti i cittadini e la funzione di indirizzo dello Stato nel determinare il LEA. È

¹¹Tardivo S., Le leggi di riordino del SSN: l'aziendalizzazione, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica – Università degli Studi di Verona.

¹²Agazio E., Salerno P. e Taruscio D., Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze, 2018, Servizi socio – sanitari, dalla legge 833/1978 alla devolution.

importante specificare come il raggiungimento dell'obiettivo deve tener conto dei vincoli di bilancio per arrivare alla propria realizzazione, questo fa sì che le ASL (effettivo strumento operativo) vengano intese come istituti di diritto pubblico ma debbano agire come istituti di diritto privato¹³. Inoltre, per garantire al cittadino la scelta del luogo delle proprie cure, la normativa riporta un'ulteriore apertura alla creazione di un mercato dei servizi sanitari garantendo a strutture pubbliche e private, se in possesso di requisiti minimi, la possibilità di ottenere l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e socio assistenziale. Dal punto di vista economico, il secondo decreto è sicuramente il più significativo. Tra sono i punti sui quali focalizziamo la nostra trattazione: l'abolizione del Fondo Sanitario Nazionale, la nascita di un fondo perequativo nazionale e l'assenza di vincoli di destinazione delle entrate regionali. La causa dell'introduzione di queste novità è da ricondurre alla differenza di autonomia in termini legislativi ed economici delle regioni; se dal primo punto di vista le regioni erano libere di legiferare, dal secondo punto di vista non godevano di autonomia patrimoniale tale da implementare altrettanto autonomamente le proprie scelte. È così che viene abolito il Fondo sanitario nazionale e i fondi derivanti dalla compartecipazione regionale all'Iva e IRPEF vengono destinati direttamente alle regioni, che ne possono usufruire insieme all'intera quota derivante dall'imposizione IRAP. Come ulteriore strumento di garanzia di equità del trattamento sanitario, il "fondo perequativo nazionale" fa sì che le regioni più "forti" dal punto di vista economico destinino quote di compartecipazione dell'Iva alle regioni più "deboli", di modo che queste ultime possano allinearsi e garantire la stessa efficienza delle prime nell'erogazione dei servizi. Per ultimo, con l'abolizione del vincolo di destinazione delle entrate regionali, il settore della sanità concorre insieme agli altri settori di competenza regionale per la destinazione di fondi secondo la discrezione dei policy maker dell'amministrazione locale.¹⁴

In ultimo, anche grazie alle Legge costituzionale n. 3/2001, si arriva al quadro definito di spartizione delle competenze tra Stato e Regioni in ambito sanitario. Più precisamente, il comma 2 lettera m) dell'articolo 117 della Costituzione Italiana assegna allo Stato il compito di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale¹⁵, quindi alle Regioni ogni potere regolatore e di monitoraggio sull'attività sanitaria, visto che il comma 4 dello stesso articolo definisce di competenza legislativa regionale

¹³ Corti S. (2018), Il concorso tra pubblico e privato nel sistema sanitario: focus normativo e giurisprudenziale – diritto.it

¹⁴ dd. Lgs n. 502/1992 e 229/1999, Gazzetta Ufficiale

¹⁵ Rivellini G., Sanità24, 2016, Il futuro della Sanità tra l'art. 117 al vaglio del referendum e la "bocciatura" costituzionale della riforma Madia.

tutte le attività non espressamente menzionate nel comma precedentemente citato dello stesso articolo¹⁶.

1.2.2. I principi economici che segnano il cambiamento

Guardando all'inizio della nostra trattazione, e in particolare all'istituzione del servizio sanitario nazionale, è opportuno evidenziare come alla base della scelta di rendere la sanità accessibile a tutta la comunità ci siano due principi economici a cui fare riferimento: il passaggio dal "modello Bismark" al "modello Beveridge" e il principio di equità¹⁷. Il primo principio economico che segna il cambiamento è il passaggio da un modello di "sanità privata" a un modello di "sanità pubblica". Il "modello Bismark" e il "modello Beveridge" sono i due diversi modelli sui quali si basano tutt'ora i diversi sistemi sanitari mondiali. Le due teorie sono opposte in quanto a principi e modalità operative. La creazione del primo dei due è da attribuire a Otto von Bismark, "il cancelliere di ferro" che istituisce il modello in Germania alla fine dell'800 ma vede tali misure divenire estese e organiche solo nei primi anni '20. La configurazione di tale sistema prevedeva un modello di Welfare basato sull'operato di enti di assicurazione privata, in grado di fornire copertura finanziaria, dietro pagamento di un corrispettivo, agli assicurati e alle proprie famiglie per i maggiori rischi come malattia, infortuni sul lavoro e disabilità, da qui sistema "social health insurance" (modello utilizzato negli USA). In questo sistema lo Stato riveste un ruolo di monitoraggio delle operazioni, residuale rispetto a quello svolto dagli enti assicurativi privati, per questo il modello viene sempre ricondotto a realtà in cui vigono sistemi di sanità privata. Infatti, l'origine dei fondi utilizzati dagli enti per assicurare la fornitura di servizi sanitari ai propri assicurati non è da ricondurre alla tassazione generale, ma ai contributi versati dagli assicurati stessi agli enti assicurativi privati per assicurarsi l'erogazione dei servizi in caso di necessità. Quindi, i servizi offerti da cliniche e ospedali cambiano a seconda dell'ammontare dei contributi versati dal paziente e dall'ente assicurativo di provenienza dello stesso.¹⁸ Traslando il modello nella realtà italiana del tempo, si possono ricondurre le assicurazioni private alle mutue assicuratrici e gli assicurati ai lavoratori. Il secondo dei due è stato proposto da Lord Beveridge, economista e sociologo britannico, nel suo rapporto sulla "sicurezza sociale e i servizi connessi". La creazione del nuovo sistema trovava giustificazione nel conflitto sociale scaturito dopo la depressione del 1929, dal quale era emersa la volontà, di cittadini e

¹⁶ Fassari C, (2016), Con la Riforma Costituzionale cosa cambia per la sanità? – Quotidiano Sanità

¹⁷ Ministero della salute (2018), L'universalità, l'eguaglianza e l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi

¹⁸ Cocomazzi R., Bald Mountain Literature, 2016, Il Sistema Sanitario Europeo e I modelli organizzativi.

istituzioni, di centralizzare il servizio sanitario in capo allo Stato, rendendo così la sanità pubblica e non vincolata a sistemi decisionali e operativi di stampo privato. Grazie al cambiamento viene garantita assistenza sanitaria e assistenziale, “from the cradle to the grave”¹⁹ (dalla culla alla bara), alla totalità dei cittadini, grazie al massiccio intervento dello Stato come regolatore e fornitore dei servizi connessi al settore e ai provvedimenti colti a prevenire condizione di povertà estrema ed emarginazione sociale²⁰. Naturalmente, i fondi destinati alla gestione del settore derivavano dalla fiscalità generale, ma i servizi offerti non variavano a seconda della capacità contributiva del contribuente nello specifico: “a ciascuno secondo i suoi bisogni; da ciascuno in relazione alla sua capacità contributiva”²¹. In definitiva, dal punto di vista della materia di nostra trattazione, è importante sottolineare come nel primo dei due sistemi si evince una sottolineatura del principio della controprestazione, quindi della natura del trasferimento da cittadino a Stato riconducibile a quello della tassa: i servizi erano erogati solo previa iscrizione agli enti assicurativi e pagamento di un corrispettivo; in base a questi due requisiti si basava la fornitura del servizio, la sua entità e la sua qualità. Nel secondo, invece, è palese la congiunzione con il principio del sacrificio che sta alla base del tributo in sé, quindi della natura del trasferimento riconducibile a quella del tributo: i servizi erano erogati a tutti i cittadini in quanto contribuenti “generalisti”, senza far sì che il servizio di cui si beneficiava fosse proporzionato all’entità del trasferimento di natura impositiva o al modello assicurativo nello specifico. Il secondo principio che giustifica la nascita del Servizio Sanitario Nazionale è il principio di equità, sul quale si fonda il principio di parità di trattamento di tutti i cittadini, che è alla base della funzione di redistribuzione assoluta dallo Stato.

La definizione di funzione di redistribuzione è da associare all’opera *The Theory of Public Finance* proposta da R. Musgrave nel 1959, in cui l’autore riconduce l’intervento dello Stato all’interno dell’economia come attuazione delle funzioni di allocazione, redistribuzione e stabilizzazione²².

- Funzione di allocazione: lo Stato svolge la funzione di allocazione fornendo alla collettività i beni pubblici. Questa particolare categoria di beni non è prodotta da privati in quanto questi ultimi, per ragioni di efficienza, non hanno incentivo a produrre. Vi sono tipi di servizi (per esempio, la difesa, l’amministrazione della giustizia, la sicurezza pubblica, ecc.) che un’impresa privata non ha incentivo a produrre perché, se lo facesse, non potrebbe

¹⁹ *Social Insurance and Allied Services*, William Beveridge

²⁰ Echoarte, 2013, Beveridge e Bismarck e le allegre comari del SSN Italiano

²¹ William Beveridge, *Social Insurance and Allied Services*.

²² Bosi P (2015), Corso di scienza delle finanze, pagina 14, Il Mulano - Bologna

costringere gli acquirenti a pagare il prezzo del servizio da essi richiesto. I potenziali acquirenti, a loro volta, non hanno incentivo a rivelare quanto sarebbero disposti a pagare per tali beni. Ciò produce un fallimento del mercato e per questo tali servizi vengono solitamente forniti dallo Stato. La loro natura può darci una spiegazione dell'intervento pubblico²³.

- Funzione di redistribuzione: nella realtà in cui vige il libero mercato la distribuzione del reddito è determinata dall'ammontare delle dotazioni iniziali di fattori produttivi detenute dai cittadini e tutelate dal diritto di proprietà. Molto spesso, questa conformazione del mercato fa sì che alcuni cittadini si trovino in posizioni di partenza favorevoli rispetto a quelle di altri, essendo poi avvantaggiati nello svolgimento dell'attività economica e quindi alla formazione del proprio reddito. Nelle società moderne, lo Stato ha il potere di modificare questa distribuzione e lo esercita in misura molto intensa. Le forme delle sue azioni redistributive sono molteplici. La più comune è rappresentata da trasferimenti monetari a favore di particolari gruppi di cittadini: gran parte delle spese di protezione sociale (si pensi ai sussidi di disoccupazione, alle pensioni sociali, ai trasferimenti a favore delle famiglie povere, agli aiuti economici alle famiglie con figli a carico) ha questa funzione. La redistribuzione può essere attuata anche intervenendo sui prezzi dei beni. Si pensi ad esempio alle agevolazioni che sono spesso concesse ai soggetti economicamente più deboli quando si tratta di acquistare taluni servizi. Infine le redistribuzioni possono essere realizzate attraverso la fornitura diretta di servizi ai cittadini, in funzione dei loro bisogni e non della capacità che essi hanno di pagare i servizi offerti. Un esempio molto importante di questo tipo è costituito da un servizio sanitario pubblico e universale, in cui le cure sono prestate in funzione del bisogno²⁴.
- Funzione di stabilizzazione: questa funzione si preoccupa di garantire un livello di produzione il più vicino possibile a quello di pieno impiego. Questo significa far sì che tutti i fattori produttivi, alla base del sistema di produzione, debbano essere impiegati per permettere alla società di raggiungere il maggior livello di output possibile. In ottica statale, uno dei fattori produttivi sui quali si concentra l'attenzione è il lavoro. L'obiettivo dello Stato è garantire un totale livello di occupazione abbattendo, quindi, la disoccupazione. Tuttavia la realtà empirica ci suggerisce che la disoccupazione esiste; per far sì che questa scompaia si

²³ Bosi P. (2015), Corso di scienza delle finanze, pagina 14, Il Mulino – Bologna

²⁴ Bosi P. (2015), Corso di scienza delle finanze, pagina 15, Il Mulino – Bologna

dovrebbe garantire alle imprese una domanda aggregata della popolazione tale da far sì che queste ultime debbano utilizzare tutti i fattori produttivi (tra cui il lavoro) a disposizione per soddisfarla, quindi assumendo più lavoratori possibili. Lo Stato cerca di garantire la piena occupazione incentivando la domanda aggregata tramite la spesa pubblica e un sistema impositivo poco distortivo per i cittadini. Teoricamente, una volta che tutti i fattori produttivi all'interno dell'economia saranno utilizzati, lo Stato non svolgerà più la funzione di stabilizzazione.

La seconda delle tre è finalizzata a una redistribuzione dei redditi all'interno del mercato e può essere intesa come manovra correttiva all'allocazione di beni stessa, nel caso in cui quest'ultima crei disuguaglianze in termini di beni e strumenti a disposizione del cittadino. Quindi, la redistribuzione ha come oggetto il "bene" sanità che, come osserva Bosi "è un bene di difficile identificazione [...] un bene intermedio che serve per realizzare lo stato di salute di un individuo²⁵, ed è atto a soddisfare il criterio di equità, secondo cui ogni cittadino deve godere di pari trattamento con altri in alcuni settori, divenendo così protagonista della realizzazione della democrazia, retta sul principio di uguaglianza di tutti i cittadini."

1.2.3 Modelli di organizzazione dei servizi sanitari

Il "modello Beveridge" e il "modello Bismark" sono gli emblemi di due paradigmi estremi dei modelli organizzativi dei servizi sanitari, rispettivamente del modello pubblico e del modello privato. Il modello pubblico comporta una copertura assicurativa sanitaria totale per tutti i cittadini che, tramite il pagamento di imposte e contributi sociali, permette allo Stato di garantire l'erogazione dei servizi sanitari in proprie strutture. La libertà di scelta dei cittadini, riguardante a quale cura sottoporsi e dove effettuarle è molto limitata visto che, come in tutti gli schemi organizzativi fondati sulla programmazione, il modello garantisce uniformità di prestazioni da tutti gli enti erogatori del servizio, ma presenta i rischi di una cattiva definizione della capacità produttiva, di inefficienze nell'organizzazione dei fattori e impone forti limitazioni alla libertà di scelta. All'estremo opposto riconosciamo il modello privato, libero da qualsiasi forma di intervento dello Stato all'interno del settore.²⁶ La peculiarità del modello è la più totale libertà di scelta del cittadino rispetto a quali cure ricorrere e dove farlo: infatti, in quanto il bisogno della salute è saltuario e aleatorio, si presta

²⁵ Morea D. (2006), L'intervento pubblico nella sanità: un riesame dei principi.

²⁶ Bosi P. (2015), Corso di scienza delle finanze, pagina 464, Il Mulino – Bologna

parzialmente ad essere affrontato all'interno di schemi contrattuali di assicurazione. I cittadini verranno curati grazie a delle assicurazioni private da loro stipulate: saranno le clausole particolari di ciascun contratto di assicurazione a definire i diritti dell'assicurato, l'ammontare e le modalità dei rimborsi da parte delle imprese assicuratrici. In questo modello il consumatore è sovrano e l'offerta, effettuata da imprese private in concorrenza, dovrebbe essere caratterizzata da livelli adeguati di efficienza. I rischi di iniquità di questo modello sono tuttavia enormi e non si può comunque escludere a priori la possibilità di inefficienze. Molti rischi riscontrabili in questo modello saranno successivamente esposti dettagliatamente nella parte di trattazione riguardante le caratteristiche e il fallimento del mercato, ma fanno comunque riferimento all'asimmetria informativa che intercorre tra la domanda (il paziente) e l'offerta (il medico). Vista la complessità della materia, infatti, il cittadino non è in grado di valutare correttamente né il bisogno né la qualità del servizio che riceve: in questo caso i cittadini imprevidenti saranno portati a non assicurarsi e a rimanere scoperti in caso di bisogno. È proprio per le complessità tecniche del settore che almeno un minimo intervento da parte dello Stato sembra necessario: alla necessità di politiche di informazione e sensibilizzazione nei confronti dei cittadini si affiancano politiche di sovvenzionamento rispetto alla popolazione anziana o a basso reddito per la tutela degli interessi dei cittadini stessi (vedi Medicare e Medicaid, politiche sociali a carico dello Stato negli Stati Uniti d'America, paese in cui vige il modello più prossimo possibile a quello privato).²⁷ A questo punto della trattazione dovrebbe essere chiara l'appartenenza dei modelli Beveridge e Bismark alla più ampia categoria dei modelli pubblici e privati, viste le convergenze presenti. Come detto, i due modelli rappresentano due strutture di organizzazione estrema e poco presente nella realtà empirica, dato che la maggior parte dei paesi adotta modelli misti. I principali attori dei modelli misti sono lo Stato, le strutture che forniscono beni e servizi di cura e il medico di base, che ha una funzione vicaria nei confronti del cittadino. Quando si valuta la natura e il funzionamento di un sistema misto è importante soffermare l'attenzione su aspetti determinanti in merito alla funzionalità del sistema rispetto alle esigenze dei cittadini, quali:

1. Come viene assegnato il medico di base, primo punto di riferimento dell'utente, al quale spetta la decisione dell'accesso a visite specialistiche, ad esami clinici e a ricoveri ospedalieri; con quali criteri il medico di base viene pagato;

²⁷ Bosi P. (2015), Corso di scienza delle finanze, pagina 464, Il Mulino – Bologna

2. Chi effettua e con quali vincoli la scelta della struttura presso la quale ottenere servizi di cura: diagnostici, specialistici, ospedalieri;
3. Come è finanziata l'offerta di servizi diagnostici, specialistici e ospedalieri forniti da strutture pubbliche o private convenzionate;
4. Come sono fissati i prezzi e l'offerta dei farmaci e in quale misura l'utente partecipa al loro pagamento.²⁸

Infatti, la risposta a questi punti determina l'orientamento affine al pubblico o privato del sistema misto e il compromesso definito tra il lasciare un ampio grado di libertà alla scelta dei cittadini e contenere la spesa (sempre crescente negli ultimi anni) pur garantendo un sistema efficiente. Tra i quattro punti sopra proposti, il terzo è quello di maggior rilevanza in quanto l'offerta servizi ospedalieri rappresenta la componente di spesa più ampia del settore; a seconda della risposta al punto si viene alla formazione di tre diversi sotto-modelli del sistema misto, che sono il modello integrato, il modello contrattuale e il modello a rimborso. Il modello integrato è caratterizzato dalla massima riduzione della libertà di scelta del cittadino in quanto tutti i servizi sono erogati da strutture pubbliche. Il modello contrattuale presenta un'offerta di servizi sia pubblici che privati, lasciando al cittadino margini di scelta in merito al luogo in cui curarsi in base a un'ampia cerchia presente di strutture accreditate in base a parametri tecnici e qualitativi. Il pagamento dei servizi è regolato da particolari convenzioni con le singole strutture, di cui parleremo nel prossimo capitolo. Il modello a rimborso, non dissimile dal programma Medicare statunitense, prevede un'assicurazione sanitaria obbligatoria, finanziata con contributi sociali da parte dell'assistito a casse mutue, enti senza finalità di lucro, che contrattano con gli ospedali i servizi oggetto di assicurazione. Questo modello non è da confondere con il modello Bismark, infatti in questo caso i contributi sono determinati a seconda della capacità contributiva del cittadino, il che consente di effettuare una redistribuzione tra i cittadini più ricchi e quelli più poveri. I servizi, inoltre, sono erogati sia da soggetti pubblici che privati e il pagamento avviene da parte del cittadino, salvo successivo rimborso dell'assicurazione di appartenenza.²⁹

– I quasi mercato

²⁸ Bosi P. (2015), Corso di scienza delle finanze, pagina 464, Il Mulino – Bologna

²⁹ Bosi P. (2015), Corso di scienza delle finanze, pagina 465, Il Mulino – Bologna

Durante l'esposizione del d.lgs. 502/1992 abbiamo fatto riferimento ai "quasi mercato" come uno dei cambiamenti più significativi introdotti dalla riforma. Nel corso degli anni '90 si è cercato di rendere l'insieme dei servizi sanitari più efficienti tramite una riforma strutturale del settore. I nuovi modelli organizzativi adottati hanno preso il nome di "quasi mercati". Questi ultimi, inoltre, hanno segnato il passaggio del servizio sanitario da un modello integrato a un modello contrattuale. L'idea di fondo era creare competitività tra le diverse strutture in grado di erogare i servizi: infatti, per definizione, una delle migliori strade per raggiungere l'efficienza è creare competitività tra gli operatori economici, decentrando la governance del settore e favorendo la libera concorrenza come forma di mercato dominante. L'idea era di mantenere una gestione sostanzialmente pubblica del servizio, proponendosi tuttavia alcuni obiettivi:

1. Togliere allo Stato quanti più compiti possibile di produzione del servizio pur continuando a finanziarlo;
2. Introdurre istituzioni che aumentino la concorrenza all'interno del settore pubblico nell'offerta;
3. Dare maggiore voce e capacità di controllo al destinatario del servizio o ad un soggetto atto a rappresentarne le esigenze, attribuendo a essi una maggiore possibilità di scelta.³⁰

Dal lato dell'offerta, il raggiungimento degli obiettivi passava dalla spinta alla concorrenza di tutte le istituzioni in grado di fornire prestazioni sanitarie (ambulatori, ospedali, gruppo di medici di base o di specialisti, ecc) dando loro autonomia nella gestione delle proprie organizzazioni. Infatti, queste ultime potevano essere costituite sotto qualsiasi forma giuridica ed erano in grado di gestire i surplus di gestione a seconda della propria discrezione ma non erano in grado di indebitarsi, affinché si potesse sempre tenere sotto controllo la spesa. Tutto questo faceva sì che tutte le organizzazioni fossero spronate a offrire il miglior servizio possibile di modo di accumulare surplus di gestione e destinare il loro utilizzo in maniera del tutto autonoma. D'altra parte, dal lato della domanda, l'obiettivo era dotare gli utenti del servizio di maggiore "potere contrattuale", dando loro la possibilità di unirsi attraverso la creazione di un ente intermediario in grado di agire come controparte dell'offerta per conto dei pazienti. Vista la complessità della materia, come spiegheremo successivamente, i destinatari del servizio non sono in grado di comprendere al meglio la qualità del servizio stesso, quindi hanno bisogno di essere rappresentati da intermediari competenti di modo da essere indirizzati nelle proprie decisioni riguardanti la struttura alla quale

³⁰ Bosi P. (2015), Corso di scienza delle finanze, pagina 466, Il Mulino – Bologna

affidarsi per essere curati. In definitiva, l'introduzione di questi modelli ha mostrato la possibilità di creare un mercato competitivo ma non senza mettere in luce limiti del sistema:

1. Sono molto forti i pericoli di cream-skimming, consistenti nell'incentivo da parte delle strutture più autonome che realizzano la propria offerta a concentrare la propria attività nei segmenti di servizi che appaiono più profittevoli e a trascurare quelli, magari più importanti dal punto di vista sociale, più rischiosi;
2. Risulta complessa la realizzazione di una pluralità di offerte su tutto il territorio nazionale;
3. Lo Stato deve in ogni caso assolvere complessi ruoli di regolamentazione, in particolare nel fissare i principi generali dei contratti che devono essere stipulati tra offerente e acquirente; nel definire le condizioni di accesso degli utenti agli enti acquirenti per il controllo del cream-skimming; nel controllare la remunerazione del capitale affidato agli offerenti; nel determinare i budget degli enti acquirenti.
4. I risparmi di spesa realizzati con questo modello non sono sensibili; in alcuni casi addirittura la spesa per la sanità, pubblica e privata sembra essere aumentata, in larga parte a causa del forte aumento dei costi amministrativi.³¹³²

Nonostante questo modello abbia rappresentato un'innovazione rilevante, nel corso degli ultimi anni si sta registrando un orientamento favorevole all'accentramento della governance della sanità in capo allo Stato.

1.3 L'intervento dello Stato nell'economia della salute

Come anticipato dal paragrafo precedente, la presenza dello Stato e delle sue articolazioni all'interno dell'"economia della salute" è centrale. La pubblica amministrazione, infatti, non riveste solo il ruolo di creatore delle "regole del gioco", ovvero della regolazione del mercato tramite un complesso normativo atto a rendere fruibile l'accesso ai servizi del settore, ma anche di finanziatore e produttore per l'erogazione dei servizi stessi. Prima di soffermarci su aspetti particolari che descrivono l'attività dello Stato e delle sue articolazioni, è bene definire due teorie sulle quali si

³¹ Marinò L. (2014), *L'azienda pubblica nel quasi mercato, Il management sanitario tra autonomia formale ed opzioni di scelta reali* – G. Giappichelli editore

³² Bosi P. (2015), *Corso di scienza delle finanze, Il Mulino* – Bologna

basano gli assunti della Scienza delle Finanze e contestualizzarle all'interno del settore che prendiamo come oggetto della discussione.

1.3.1 Teoria positiva ed Economia del benessere.

Le due teorie stanno alla base della materia economica in quanto forniscono due approcci dello Stato, diversi ma complementari, alla realtà economica. L'applicazione della prima teoria ha finalità puramente conoscitive (perché i servizi sanitari sono spesso offerti da strutture pubbliche?):³³ essa si preme di studiare un fenomeno approcciando allo stesso con la formazione di modelli che riescano a semplificare la realtà e a evidenziare solo i fattori di maggior interesse. Grazie alla teoria positiva si riesce a rispondere a domande che necessitano risposte riguardanti le cause, le regole che governano certi fenomeni e comportamenti sociali o più semplicemente il solo funzionamento della realtà. La seconda teoria, invece, tende a ricercare, creare, comparare tra loro e quindi scegliere gli strumenti necessari affinché si possa raggiungere il benessere sociale, una situazione desiderabile in relazione all'efficienza dei servizi economici (è un bene o no introdurre i ticket sanitari?). La teoria normativa prevede che i Policy maker mettano a disposizione della collettività un apparato che possa soddisfare i loro desideri tramite l'inserimento di strumenti idonei alla realizzazione dei bisogni. È facile capire che lo Stato faccia leva su entrambe le teorie: seppur la sua attività sembri più incline alla sola soddisfazione dei bisogni tramite la creazione di strumenti utilizzabili dai cittadini, è impensabile che questa mansione possa svolgersi senza un'approfondita conoscenza della materia, che possa fornire le basi per affrontare la fase seguente, consistente nell'intervento nella stessa. Grazie a quest'ultima riflessione trova giustificazione l'aver definito le due teorie diverse ma complementari: diverse in quanto a modalità operative e finalità, complementari in quanto interdipendenti. La teoria normativa ha assunto una centralità tale da divenire una disciplina a sé, chiamata Economia del benessere. L'Economia del benessere, la teoria economica normativa appunto, si domanda quale debba essere la configurazione ottimale di un sistema economico, in cui siano presenti più individui, con diversi sistemi di preferenze e diverse dotazioni iniziali di fattori (capacità lavorativa e capitali) e di beni. Il suo fine è definire un ottimo sociale, vale a dire la quantità di beni da produrre e la quantità degli stessi che consentono di realizzare una situazione di massimo benessere collettivo. È una teoria normativa perché vuole definire ciò che è bene o è male, fornire prescrizioni per il raggiungimento di determinati fini,

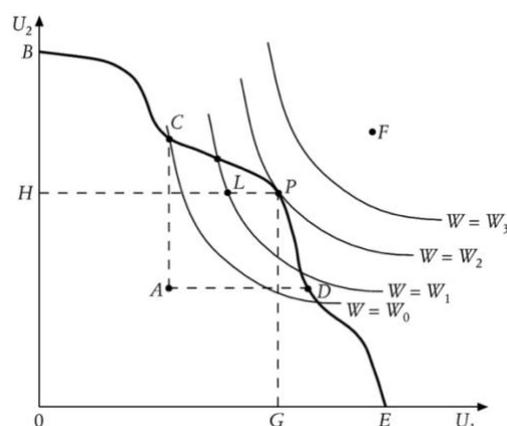
³³ Bosi P. (2015) Corso di Scienza delle Finanze, pagina 19, Il Mulino – Bologna

individuare norme da seguire, fornire regole che consentano di ordinare diversi stati sociali sotto il profilo della loro preferibilità per la collettività³⁴. L'economia del benessere formula teorie basandosi sul concetto di individualismo (pone al centro l'individuo razionale, definito il miglior giudice del proprio benessere), utilitarismo (è la quantità di beni consumati dall'individuo a determinare l'entità del suo benessere) e di Stato presente all'interno dell'economia non come entità autonoma, in grado di raggiungere obiettivi da esso stesso definiti, ma la cui volontà è definita dalla "sommatoria" delle volontà dei singoli membri della collettività, lo Stato è definito come entità "astratta". Secondo gli esponenti dell'economia normativa, per raggiungere una situazione di benessere, l'obiettivo da raggiungere è una situazione Pareto efficiente, e cioè una situazione di ottimo paretiano in cui non è possibile riorganizzare la produzione e la distribuzione dei beni in modo da migliorare la posizione di benessere di un individuo senza danneggiare quella di un altro individuo³⁵, questa concezione è trainata dal principio di efficienza. Tuttavia, la realtà empirica ci suggerisce che, basandoci sui principi cardine dell'economia del benessere, è impensabile raggiungere una condizione di ottimo paretiano in un'economia in cui la presenza di vita associativa implica che alcune scelte politiche (intraprese dallo Stato sotto forma di atti legislativi, azioni di governo o riforme) portino vantaggi evidenti ad alcune categorie di soggetti e svantaggi per altre, non rispettando così il principio di ottimo paretiano. La visione statale di ottimo sociale non prevede il raggiungimento dell'impossibilità di migliorare la situazione di un individuo senza danneggiare quella di un altro, come definito dall'ottimo Paretiano, piuttosto crede sia necessario riformulare normative o fenomeni ormai galoppanti in alcuni settori anche cambiando radicalmente lo status quo e ponendo fine a situazioni favorevoli per alcuni cittadini, pur di risollevarne le condizioni di altri in maniera simmetrica. Il punto è che se la teoria del benessere si basa solo su individualismo, utilitarismo ed efficienza, lo Stato deve fare i conti con giustizia ed equità, soprattutto quest'ultima da sempre oggetto di "trade off" con l'efficienza ai fini della realizzazione di politiche efficaci. L'equità di trattamento è alla base del nostro sistema politico; soprattutto in situazioni di precaria stabilità o redditività economica, le istituzioni tutte tendono ad abbandonare la ricerca dell'efficienza e promulgare politiche atte a includere soggetti ai margini della comunità meritevoli di tutela. Lo stato compara i diversi interessi dei cittadini e prende delle decisioni che, inevitabilmente, non saranno condivise dalla totalità dei portatori di interesse per la diversa percezione del valore da cui sono caratterizzati. A conferma dei limiti della teoria del benessere, in

³⁴ Bosi P. (2015), Corso di Scienza delle Finanze, pagina 21, Il Mulino – Bologna

³⁵ Bosi P. (2015), Corso di Scienza delle Finanze, pagina 25, Il Mulino – Bologna

termini di “applicazione” dello Stato dei principi della stessa durante i suoi interventi, il fatto che i due teoremi dell’Economia del benessere che conducono all’ottimo paretiano non sono praticabili nella realtà empirica. Il primo teorema fa riferimento alla necessità della presenza di un’economia decentrata di concorrenza perfetta per raggiungere l’ottimo sociale. Infatti, secondo questo filone di pensiero, lasciando privi di ogni restrizione gli agenti economici, l’ottimo paretiano viene raggiunto in qualsiasi situazione. Detto questo, è importante specificare che il raggiungimento dell’ottimo paretiano non sempre porti a un’equa distribuzione del benessere tra gli individui, obiettivo invece che lo Stato persegue. Infatti, definita una funzione di benessere sociale raggiunta tramite la concorrenza perfetta, gli individui potrebbero non beneficiare della stessa utilità pur vivendo nella stessa economia. Quest’ultimo concetto è facilmente comprensibile grazie alla figura di seguito. Il grafico rappresenta un’economia formata da soli due individui, le cui utilità (misura della soddisfazione individuale) rappresentano i valori sull’asse delle ascisse e su quello delle ordinate (U_1 e U_2). Le curve $W=W_0$, $W=W_1$, $W=W_2$; $W=W_3$ rappresentano i diversi livelli di benessere sociali possibili, spostandosi verso l’alto e a destra il livello di benessere aumenta. La curva BCPDE rappresenta la curva della grande frontiera dell’utilità: sulla stessa, nell’intervallo tra i punti C e D, giacciono tutti i punti di ottimo paretiano, punti in cui non è possibile aumentare l’utilità di un soggetto senza diminuire quella dell’altro. Osservando il grafico, possiamo concludere che l’ottimo paretiano viene raggiunto nei punti C, P e D, ma solo nel punto P viene raggiunto anche l’ottimo sociale. Questo perché, nei punti C e D la percezione dell’utilità tra i due individui è impari: nel primo caso l’individuo 2 percepisce un’utilità sensibilmente maggiore, nel secondo caso l’esatto contrario. Nel punto P, invece, l’intensità dell’utilità percepita è la stessa sia per il primo individuo (intensità OG) che per il secondo (intensità OH).



In sintesi, seguendo i principi dell'Economia del benessere, i punti C,D e P rappresentano tutti e tre situazioni di first best mentre seguendo l'idea dell'intervento statale solo il punto P rappresenta una situazione desiderabile in quanto riesce a soddisfare anche i principi di equità e giustizia, che prevedono una distribuzione del reddito tra i cittadini senza troppe differenze. L'economia del benessere stessa riconosce la possibilità in cui la ricchezza sia distribuita senza equità all'interno della collettività, questa ipotesi è evidenziata dalla possibilità che il punto C sia a tutti gli effetti un punto di ottimo paretiano. In queste situazioni lo Stato dovrebbe intervenire per procedere alla redistribuzione della ricchezza, ma in che modo? Un intervento dello Stato all'interno dell'economia è simbolo di fallimento del mercato stesso ed è in grado di creare significativi effetti distorsivi: la conseguenza sarebbe la creazione di una forma di mercato distante rispetto a quella definita come condizione necessaria nel primo teorema, ovvero la concorrenza perfetta. Il modo per far sì che si redistribuisca il reddito senza creare effetti distorsivi è enunciato dal secondo teorema. Il secondo teorema dell'Economia del benessere introduce uno strumento in grado di redistribuire le dotazioni iniziali tra i cittadini di modo da far sì che possa raggiungersi un punto di ottimo paretiano e un punto di ottimo sociale (ipotetico punto P): la lump sum tax. La lump sum tax è una forma di imposta/sussidio che redistribuisce risorse senza influenzare i segnali (i prezzi relativi) che i consumatori e i produttori hanno come punto di riferimento nel compiere le proprie scelte in un mercato concorrenziale. Essa consente di evitare distorsioni nei comportamenti dei soggetti e non violare le tre condizioni di efficienza paretiana³⁶. Questo strumento, quindi, modificando le condizioni iniziali farebbe sì che si riuscisse ad arrivare dal punto C al punto P, rendendo equa la distribuzione dei redditi tra i due soggetti della collettività, raggiungibile sempre tramite operazioni in una forma di mercato perfettamente concorrenziale. L'introduzione di una forma di imposta/sussidio di questo tipo è irrealizzabile, introdurre una forma di imposizione non distorsiva "in senso stretto" è produttivo solo nel caso in cui questa sia personalizzata rispetto ai cittadini, tenga conto delle sue preferenze e delle sue attitudini, cosa plausibile in un'economia di due soggetti, non nella nostra realtà empirica. È per questi motivi che la teoria normativa dell'Economia del benessere sembra essere ostacolata da evidenti limiti teorici e operativi. L'ultimo assunto puramente teorico, appartenente ai principi fondanti dell'economia del Benessere, anch'esso impraticabile nella realtà è l'individualismo. Secondo questo concetto, il cittadino viene inteso come il miglior giudice del proprio benessere, in quanto unico attore in grado di influire sulle proprie scelte

³⁶ Bosi P. (2015), Corso di scienza delle finanze, pagina 28, Il Mulino – Bologna

e sulle proprie azioni. Tuttavia, esistono delle situazioni in cui lo Stato sovrappone il proprio punto di vista a quello individuale imponendo certi comportamenti che possono essere interpretati come di tipo paternalistico, ispirati cioè a fare il bene del destinatario anche se questo non ne è persuaso. Tutto ciò fa sì che il cittadino sia condizionato e che non siano solo le sue preferenze a determinare le proprie scelte. Una di queste forme di intervento è l'introduzione nei mercati dei "merit goods", individuati da R. Musgrave, beni destinati a soddisfare particolari bisogni dei cittadini, il cui valore non viene percepito da questi ultimi nel breve termine ma recherà loro benefici e vantaggi nel medio lungo termine. In particolare, sono beni che non presentano problemi di non rivalità o non esclusione. Sono beni destinati a soddisfare bisogni trasversali alla tradizionale distinzione tra beni privati e beni pubblici e caratterizzati da un problema di interferenza nelle preferenze dei consumatori.³⁷ Quindi, la creazione di interferenza con le preferenze dei consumatori fa sì che anche il concetto dell'individualismo possa essere messo da parte in termini operativi. In definitiva, possiamo affermare che i principi e le teorie dell'economia del benessere contrastano con quelli dell'intervento statale all'interno dell'economia che ha un campo d'azione molto più ampio e tiene conto della diversità dei soggetti appartenenti alla comunità.

1.3.2. I fallimenti del mercato e le ragioni dell'intervento pubblico

I servizi per la salute non costituiscono un bene pubblico.³⁸ Infatti i beni pubblici sono identificati a seconda del possesso o meno di due requisiti fondamentali: la non escludibilità e la non rivalità. Un bene non è escludibile quando una volta prodotto è impossibile impedire il consumo dello stesso ai cittadini che non hanno pagato per averlo. Un bene è non rivale quando il consumo dello stesso da parte del soggetto non prevede che altri non possano usufruirne allo stesso modo (si pensi all'illuminazione stradale o alla difesa nazionale). I servizi per la salute non presentano queste caratteristiche: se facciamo riferimento a una diagnosi fornita da un medico di base al proprio paziente, questa è sia un bene rivale che escludibile; rivale in quanto della stessa specifica diagnosi, visto che è personalizzata rispetto alle caratteristiche e ai bisogni del paziente, può godere un solo soggetto ed escludibile dato che è possibile impedire ad alcuni soggetti di sottoporsi a una visita dallo stesso medico di base se questi non sono in possesso di determinati requisiti (per esempio il fatto che un cittadino non sia affidato a quel medico di base nello specifico). Tuttavia, ci sono caratteristiche del settore, come i fallimenti del mercato o ragioni di equità sopracitate, che

³⁷Bosi P. (2015), Corso di scienza delle finanze, Il Mulino – Bologna

³⁸ Bosi P. (2015), Corso di scienza delle finanze, Il Mulino – Bologna

giustificano l'intervento dello Stato nello stesso. In primis, occorre citare fallimenti del mercato riconducibili alle asimmetrie informative e alle esternalità negative. In sintesi, le esternalità negative esistono quando un soggetto è danneggiato dalle attività di un altro soggetto, con quest'ultimo che non ripaga il danno causato al primo. È immediato pensare che la presenza di soggetti portatori di alcune patologie possano danneggiare soggetti sani tramite contagio che potrebbe sfociare, nella peggiore delle ipotesi, in epidemie. Questo esempio è una forma di esternalità negativa. L'asimmetria informativa, invece, esiste quando due soggetti "controparti di un rapporto" non dispongono delle stesse informazioni inerenti all'oggetto del loro rapporto stesso. Il paziente potrebbe non sapere di essere malato oppure, una volta scoperta la sua malattia, potrebbe non essere in grado di acquisire e comprendere informazioni corrette in merito alla sua situazione, quindi trovarsi in una situazione di disparità informativa (asimmetria informativa) nei confronti del medico che lo sta curando, che invece possiede piena conoscenza della situazione. Inoltre, la sanità presenta altre caratteristiche riconducibili, anche se in maniera meno immediata, alla categoria dei fallimenti del mercato. Per esempio, c'è ignoranza sul valore di ciò che si domanda. Spesso non si conosce il costo di un certo trattamento medico o si hanno idee vaghe sul valore dello stesso, condizionate più dalla gravità delle conseguenze di una malattia che non dal costo della terapia. Il paziente non ha chiari criteri per la scelta del medico (quindi sulla tipologia di offerta in grado di soddisfare la propria domanda, come valutare qual è bravo e quale no?). Il tipo di rapporto che si instaura tra paziente e medico è di tipo principale (paziente)/agente (medico), in cui il primo non è in grado di conoscere alcune caratteristiche (valore professionale) del secondo. Il servizio medico, per le difficoltà di valutarne la qualità, fa parte di quei beni che gli economisti chiamano *experience goods*, cioè beni che il consumatore è in grado di apprezzare solo dopo averli consumati. La regolamentazione pubblica può fornire un primo aiuto al superamento di queste difficoltà informative, attraverso l'istituzione di esami di stato, iscrizione all'albo professionale e certificazioni che garantiscono il livello professionale di chi esercita l'attività di cura³⁹, quindi la qualità dell'offerta. Un'altra particolare caratteristica del settore è che se lo Stato non intervenisse non esisterebbe un mercato sanitario, in quanto è impossibile che un soggetto privato si prenda carico di mettere in piedi un sistema sanitario nazionale; questo perché è impensabile dotarsi di strutture, macchinari e personale in grado di fornire servizi sanitari assistenziali su tutto il territorio senza andare in perdita. È così che se il servizio non fosse servito dallo Stato, non esisterebbe alcun tipo

³⁹ Bosi P. (2015), Corso di scienza delle finanze, Il Mulino – Bologna

di mercato concorrenziale in grado di farsi carico dell'erogazione del servizio.⁴⁰ In aggiunta a quanto detto, un'altra causa dell'intervento dello Stato è la conformità dell'attività ai principi di egualitarismo specifico che prevede, come ricordato dall'articolo 32 della Costituzione Italiana, la tutela universale dei cittadini in ambito sanitario assistenziale.⁴¹ Tutte queste caratteristiche del mercato fanno sì che lo Stato sia, senza altra possibilità, assoluto protagonista all'interno del settore. Guardando a un'analisi specifica dell'intervento dello Stato in ambito sanitario e delle molteplici forme in cui lo stesso si manifesta, l'area di maggior interesse da cui partire è rappresentata dal finanziamento statale della sanità.

1.3.3. Il finanziamento della sanità

Lo Stato garantisce l'erogazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) tramite il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale. L'ammontare delle risorse da destinare al finanziamento è determinato annualmente dalla legge statale in funzione del fabbisogno sanitario nazionale standard. In attuazione della legge n. 42/2009 in materia di federalismo fiscale, il d.lgs. n. 68/2011 specifica che "il finanziamento integrale della spesa sanitaria è determinato, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e dagli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza erogati in condizione di efficienza e appropriatezza"⁴². Una volta determinato negli accordi e patti per la salute, l'importo delle risorse destinabili alla sanità è recepito tramite la Legge di Bilancio annuale che ne può anche modificare l'ammontare verso il basso per rispondere a esigenze di correzione dei conti pubblici.⁴³ Il d.lgs. 56/2000 ha previsto un sistema di finanziamento del Servizio Sanitario Regionale basato sulla capacità fiscale regionale, anche se corretto da adeguate misure perequative; pertanto, il fabbisogno nazionale standard è finanziato dalle seguenti fonti:

- Entrate proprie degli enti del SSN (ticket e ricavi derivanti dall'attività intramoenia dei propri dipendenti);
- Fiscalità generale delle regioni: IRAP (nella componente di gettito destinata alla sanità) e addizionale regionale all'IRPEF. La fiscalità generale, nelle sue componenti distinte IRAP e

⁴⁰ Zanardi A. (2014), Il Sistema Sanitario, Università Bocconi

⁴¹ Bosi P. (2015), Corso di scienza delle finanze, pagina 463, Il Mulino – Bologna

⁴² Bosi P. (2015), Corso di scienza delle finanze, pagina 473, il Mulino – Bologna

⁴³ Bosi P. (2015) Corso di scienza delle finanze, pagina 473, Il Mulino – Bologna

addizionale IRPEF, transita nei conti della Tesoreria. Poiché i valori di gettito dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF considerati per l'anno successivo costituiscono valori stimati, qualora i gettiti effettivi risultino inferiori, il differenziale è assicurato dal fondo di garanzia di cui all'articolo 13 del D.lgs. n. 56/2000. Le risorse relative alle due imposte sono erogate alle regioni ogni mese integralmente;

- Compartecipazione delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano; tali enti compartecipano al finanziamento sanitario fino a concorrenza del fabbisogno non soddisfatto dalle fonti di cui ai precedenti punti, tranne la Regione Sicilia, per la quale l'aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11 per cento del suo fabbisogno sanitario (legge n. 296/2006 art. 1, comma 830);
- Bilancio dello Stato: finanzia il fabbisogno sanitario non coperto dalle altre fonti di finanziamento essenzialmente attraverso la compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto – IVA (destinata alle regioni a statuto ordinario), e attraverso il Fondo sanitario nazionale (una quota è destinata alla regione siciliana, mentre il resto finanzia anche le spese sanitarie vincolate a determinati obiettivi).

L'IRAP e l'aliquota regionale addizionale all'IRPEF rappresentano le due fonti di maggior rilievo per il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale. Quindi, la loro rilevanza è testimoniata anche dall'ammontare di risorse che riescono a generare, oltre che dal fatto di vedere le proprie aliquote spesso modificate per far fronte ai fabbisogni crescenti o decrescenti di risorse. Quindi, è bene presentare la natura delle due imposte di modo da comprendere meglio l'origine dei fondi a disposizione dei servizi sanitari. L'IRAP (Imposta Regionale sulle Attività Produttive) è la principale imposta regionale esistente nel sistema tributario italiano. Introdotta con il decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, l'IRAP è un'imposta reale la cui quasi totalità del gettito è destinato alle regioni per il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale. Il presupposto oggettivo dell'imposta è l'esercizio abituale di una attività economica organizzata finalizzata alla produzione e allo scambio dei beni e dei servizi. Un presupposto oggettivo di portata così ampia fa sì che si crei una cerchia rilevante di soggetti passivi dell'imposta, tra cui: le persone fisiche, le società e gli enti (privati e pubblici) nonché coloro che esercitano in maniera organizzata arti e professioni. L'aliquota normale di imposta è del 3,90% che può essere portata in riduzione o aumento, a seconda della discrezionalità delle singole regioni, per un massimo di 92 punti base (0,92%). 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.

L'addizionale regionale all'IRPEF, invece, è un'imposta che si applica al reddito complessivo delle persone fisiche determinato ai fini IRPEF al netto delle deduzioni previste dalla legge. L'aliquota base applicabile è dell'1,23% alla quale si aggiungono maggiorazioni, anche qui, secondo la discrezionalità delle singole regioni fino a un massimo, a partire dal 2015, del 2,1%⁴⁴.

La composizione del finanziamento del SSN nei termini suddetti è evidenziati nei "riparti" (assegnazione del fabbisogno alle singole Regioni ed individuazione delle fonti di finanziamento) proposti dal Ministero della Salute sui quali si raggiunge un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni e che sono poi percepiti con propria delibera dal Comitato Interministeriale per la programmazione economica – CIPE.⁴⁵ Una volta definito l'importo nazionale da destinare al settore, le risorse che ne derivano sono destinate a due diversi livelli di utilizzo: il primo livello è quello del fabbisogno finanziario indistinto che vede le risorse essere destinate nelle tre grandi macro-aree dei LEA e cioè assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera, il secondo livello vede le risorse indirizzate verso specifici obiettivi, quindi sono caratterizzate da uno specifico vincolo di destinazione (ad es. rinnovi contrattuali, finanziamento altri enti, medicina penitenziaria, obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, risorse premiali, ecc.)⁴⁶ Una volta definito l'ammontare nazionale delle risorse la ripartizione regionale avviene sulla base del metodo dei costi standard regionali definito dal d.lgs. 68/2011. In particolare, l'articolo 27 della stessa legge definisce che il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, con la conferenza Stato – Regioni definisce i costi e i fabbisogni standard regionali. Il comma tre dell'articolo vincola in termini percentuali la destinazione dei fondi per livelli di macro-area dei livelli essenziali di assistenza: in particolare, il 5% del totale sarà destinato all'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, il 51% per l'assistenza distrettuale e il 44% per l'assistenza ospedaliera. Prima di passare al calcolo dell'importo di risorse da destinare a ogni regione, si parte col definire tre regioni virtuose tra le cinque che sono state scelte nella conferenza Stato – Regioni come le migliori in funzione di erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di equilibrio economico, non essendo assoggettate a piano di rientro e risultando adempienti, mantenendo standard qualitativi elevati, appropriati ed efficienti. Nell'individuazione delle Regioni si dovrà tenere conto di dell'esigenza di garantire una rappresentatività in termini di appartenenza geografica al nord, al centro e al sud, con

⁴⁴ Camera dei deputati, XVII Legislatura (2018), Il livello di finanziamento del SSN

⁴⁵ Camera dei Deputati, XVII Legislatura (2018), Le fonti del finanziamento del SSN

⁴⁶ Bosi P. (2015), Corso di scienza delle finanze, pagina 473, Il Mulino – Bologna

almeno una regione di piccola dimensione geografica. Quindi, vengono applicati a ciascuna regione i costi ottenuti come media pro-capite delle tre migliori regioni per poi essere ponderati per regione a seconda della popolazione della stessa e dei consumi della rispettiva popolazione suddivisa in classi di età. In conclusione, le regioni sono vincolate ad erogare per cassa alle aziende sanitarie entro la fine di ciascun anno il 95% del finanziamento spettante a qualunque titolo (statale e regionale). Le quote restanti devono essere trasferite entro la fine di marzo dell'anno successivo.⁴⁷ Nel 2018, sono stati stanziati 113.396 miliardi di euro per il settore sanitario, di cui 110,1 miliardi da destinare alla spartizione regionale per il funzionamento dei propri servizi.

Nella prima tabella, invece, sono riportati i dati riguardanti il fabbisogno sanitario nazionale, l'ammontare dei fondi stabiliti nel bilancio a legislazione vigente, l'incremento in valore assoluto e l'incremento percentuale relativi agli anni 2017, 2018 e 2019. Nell'anno corrente (2018) sono stati stanziati 819 milioni di euro in più rispetto all'anno scorso al fine di far fronte all'aumento del fabbisogno sanitario nazionale registrato in termini previsionali. Per l'anno prossimo invece, si impegna 1 miliardo di euro in più rispetto a quest'anno al fine di coprire l'intero ammontare in aumento del fabbisogno sanitario nazionale. In termini percentuali, l'aumento sarà dello 0,2% rispetto al 2018. Guardando al triennio, l'aumento delle risorse stanziato dal 2017 al 2019 è pari allo 0,9%. (dati: www.quotidianosanità.it).

Fabbisogno Sanitario	2017	2018	2019
A legislazione vigente	112.577.000.000	113.396.000.000	114.396.000.000
Incremento		819.000.000	1.000.000.000
%		0,70%	0,90%

Nella seconda tabella⁴⁸ sono riportati i dati riguardanti la ripartizione dei fondi per la sanità per l'anno 2018, tenendo conto anche delle province autonome di Trento e Bolzano. Tra le variabili prese come riferimento per la determinazione della quota evidenziamo l'incidenza della popolazione anziana sulla popolazione italiana e la morfologia del territorio regionale nello specifico, la frequenza di consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione. Il d.lgs. n. 118/2011, sempre in materia di attuazione del federalismo fiscale, ha istituito una

⁴⁷ Bosi P. (2015), Corso di scienza delle finanze, pagina 475, Il Mulino – Bologna

⁴⁸ www.regioni.it (2018), Ripartizione dei fondi per la sanità 2018.

tesoreria unica per il finanziamento del SSN e ha regalato all'iscrizione in particolari capitoli l'insieme delle entrate e delle uscite relative alla sanità. Un'ulteriore novità consiste nel consolidamento a bilancio dei conto tra la contabilità finanziaria delle regioni e quella economico-patrimoniale degli enti sanitari, ponendo le basi per l'attuazione della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA). Contabilmente, al fine di raggiungere un migliore monitoraggio, sono distinte le voci riguardanti il finanziamento ordinario indistinto per l'erogazione dei LEA e quelle riguardanti le ulteriori risorse a titolo di finanziamento aggiuntivo sia per le coperture eccedenti a quelle definite per i LEA sia a quelle riguardanti prestazioni extra-LEA⁴⁹.

REGIONI	FONDI	REGIONI	FONDI
PIEMONTE	8.136.165.800		
VALLE D'AOSTA	231.894.380	MARCHE	2.833.768.881
LOMBARDIA	18.154.132.188	LAZIO	10.621.542.541
BOLZANO	927.574.966	ABRUZZO	2.418.562.354
TRENTO	969.106.695	MOLISE	576.226.865
VENETO	8.917.104.995	CAMPANIA	10.350.188.068
FRIULI	2.266.252.682	PUGLIA	7.303.674.113
LIGURIA	3.059.081.683	BASILICATA	1.054.153.732
EMILIA ROMAGNA	8.163.443.643	CALABRIA	3.525.523.850
TOSCANA	6.933.747.012	SICILIA	9.026.339.471
UMBRIA	1.647.610.739	SARDEGNA	3.015.395.340

Tabella n.1, Ripartizione dei fondi per la sanità per l'anno 2018, www.regioni.it

⁴⁹ Bosi P. (2015), Corso di scienza delle finanze, pagina 475, Il Mulino – Bologna

1.4. Il monitoraggio della spesa sanitaria

Come anticipato all'interno del "quadro storico – normativo di riferimento", la riforma del Titolo V della Costituzione Italiana, con l'articolo 117, ha assegnato allo Stato il compito di definire i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) nonché monitorare le Regioni in merito all'erogazione degli stessi e stabilire l'ammontare delle risorse finanziarie da assegnare, e alle Regioni il compito di organizzare i rispettivi Sistemi Sanitari Regionali (SSR) e garantire l'erogazione delle relative prestazioni nel rispetto dei LEA. Quindi, il sistema sanitario in generale è regolato su due diversi livelli di governo, statale e regionale, e questa configurazione fa sì che sia necessario stabilire un insieme di regole che possa coordinare il lavoro delle due amministrazioni nel rispetto delle rispettive competenze. Nella regolazione dei rapporti fra lo Stato e le Regioni, costituiscono strumenti essenziali del sistema di governance: l'obbligo regionale nel garantire l'equilibrio nel settore sanitario con riferimento a ciascun anno, tramite l'integrale copertura dei disavanzi sanitari da parte delle regioni che li hanno determinati; l'obbligo della redazione di un Piano di rientro per le regioni con disavanzi sanitari superiori alla soglia fissata per legge fino al commissariamento della funzione sanitaria, qualora il Piano di rientro non sia adeguatamente redatto o non sia attuato nei tempi e nei modi previsti.⁵⁰ Affinché si riesca a garantire fruibilità al servizio dell'erogazione dei LEA è fondamentale monitorare i conti del Sistema Sanitario Nazionale in generale e dei vari Sistemi Sanitari Regionali⁵¹. In particolare, l'evidenza empirica ha infatti dimostrato che la cattiva gestione delle risorse finanziarie comporta un peggioramento degli standard qualitativi dei servizi sanitari, tanto che tutte le Regioni assoggettate al piano di rientro dai deficit sanitari hanno registrato, contestualmente al rientro dal disavanzo, un miglioramento nell'erogazione dei LEA⁵². Di conseguenza, prima di prendere come riferimento delle variabili strettamente connesse a tematiche medico-sanitarie, è necessario considerare i conti della sanità regionale come nucleo centrale dell'attività di monitoraggio. A partire dal 2001, sono stati ampliati i sistemi e gli strumenti di controllo dei conti degli SSR attraverso l'implementazione di modelli atti a riportare e trasmettere al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) i dati economico - finanziari relativi a ciascuna azienda sanitaria e a ciascuna regione.

⁵⁰ Ministero dell'Economia e delle Finanze (2017), Il monitoraggio della spesa sanitaria, pagina 13.

⁵¹ Ministero della Salute (2018), Piano, finanziamenti e monitoraggio del SSN.

⁵² Ministero dell'Economia e delle Finanze (2017), Il monitoraggio della spesa sanitaria, pagina 15.

Modelli di rilevazione

Conto Economico (CE): rilevazione trimestrale e annuale, di preventivo e consuntivo

Stato Patrimoniale (SP): rilevazione a consuntivo

Costi dei Livelli di assistenza (LA): rilevazione a consuntivo

Costi presidi a gestione diretta (CP): rilevazione a consuntivo

Nota:

Dal 2003, vengono rilevati, attraverso i modelli CE e SP, anche i dati relativi agli IRCCS pubblici nonché, dal 2005, quelli relativi agli ex-policlinici pubblici.

Dal 2004, il modello LA è stato oggetto di revisione.

Dal 2008, i modelli CE e SP sono stati oggetto di revisione; dal 2012, gli stessi modelli sono stati oggetto di ulteriori modifiche in relazione alle necessità applicative del DLgs 118/2011.

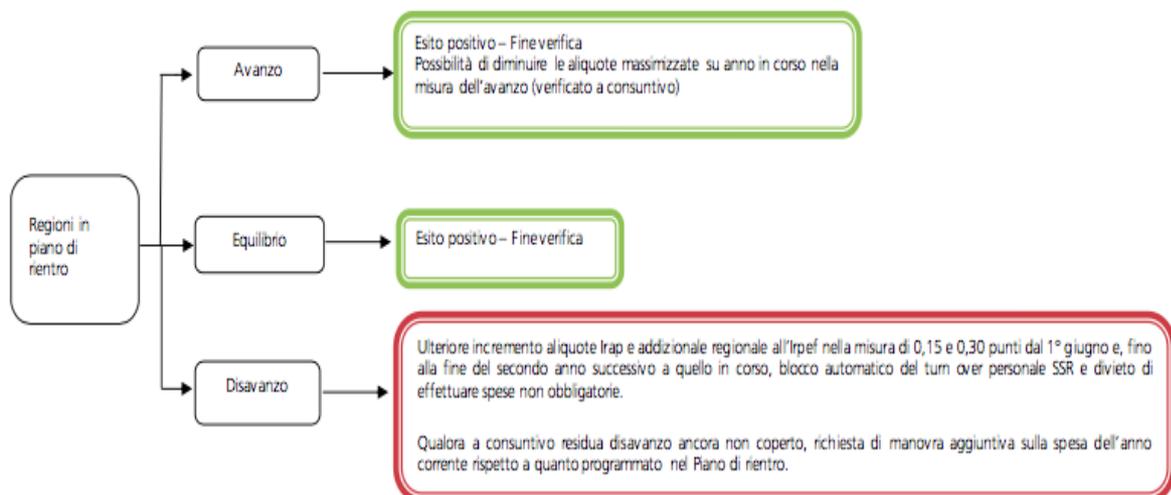
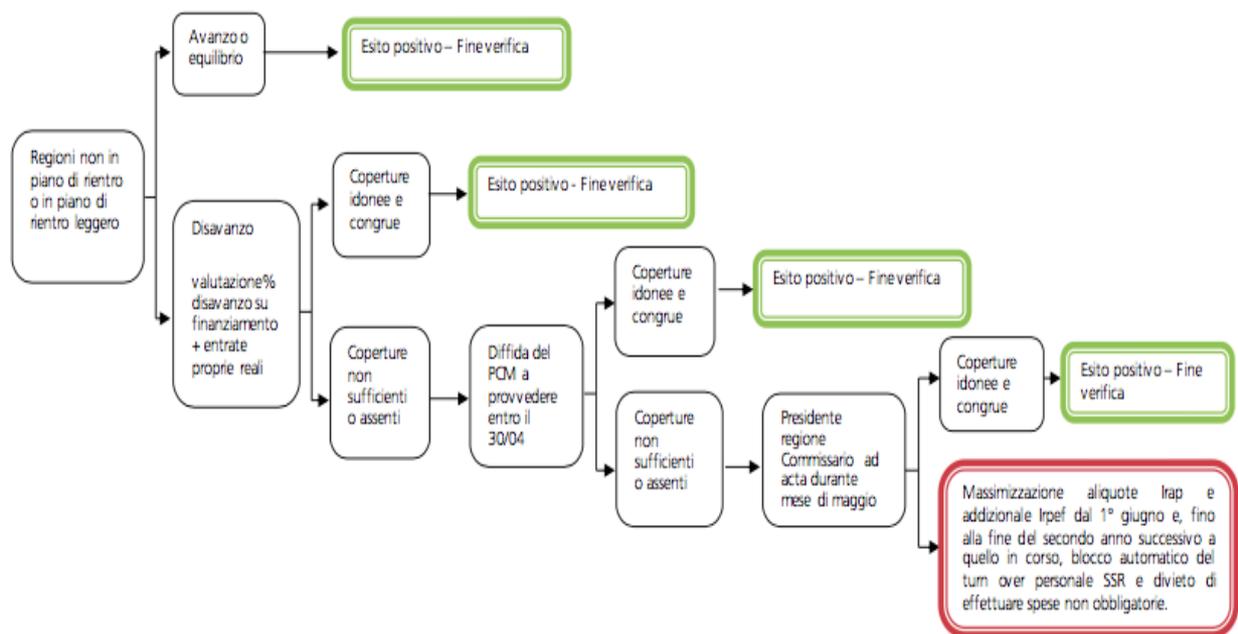
Nella tabella sono riportati i quattro modelli di rilevazione ad oggi vigenti per la verifica dei conti delle Regioni e delle Aziende Sanitarie operanti all'interno del territorio regionale.⁵³ I primi due modelli di rilevazione sono i più importanti in quanto mettono in risalto, in maniera immediata, il risultato di gestione attinente all'esercizio di riferimento, quindi eventuali deficit e surplus di gestione, e il conseguente eventuale allineamento delle amministrazioni locali ai principi di equilibrio di bilancio. I secondi due modelli, invece, sono utili per uno studio maggiormente approfondito e particolare dell'attività delle aziende sanitarie regionali. Il modello LA si sostanzia nella declinazione dei costi dei livelli di assistenza presenti nel CE opportunamente riclassificati per destinazione assistenziale. Le informazioni raccolte con il modello LA consentono di valutare la destinazione funzionale dei costi del SSN e sono alla base della costruzione degli indicatori di costo sui LEA riportati in allegato all'intesa Stato – Regioni ed utilizzati come criterio per l'applicazione del metodo dei costi standard (vedi sopra). La rilevazione attraverso il modello CP permette, attraverso uno schema semplificato, di relazionare sui costi di produzione dei singoli presidi a gestione diretta delle ASL, i cui costi confluiscono nel conto economico dell'azienda di appartenenza⁵⁴. Una volta disponibili, i quattro modelli di monitoraggio sono oggetto della "Procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali (art. 1, c. 174 della L. 311/2004)". Annualmente, grazie al modello CE "Riepilogativo Regionale" relativo al IV trimestre viene preso a oggetto di esame il risultato di gestione. Quest'ultimo può presentare alternativamente un avanzo, un equilibrio o un disavanzo: nei primi due casi la procedura di verifica termina nell'immediato, nell'ultimo caso,

⁵³ Ministero della salute (2018), Mattoni SSN – I 15 Mattoni SSN

⁵⁴ Ministero dell'Economia e delle Finanze (2017), Il monitoraggio della spesa sanitaria, pagina 10.

invece, è necessario valutare la sussistenza della copertura regionale in favore dell'azienda sanitaria in deficit. Nel caso in cui le risorse atte alla copertura siano sufficientemente capienti la verifica termina, nel caso non lo siano viene chiesta l'attivazione della procedura, prevista dal comma 174 della sopracitata legge, di seguito descritta. In caso di insussistenza della copertura, il Presidente del Consiglio dei Ministri diffida la regione ad adottare entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello in corso, la relativa copertura. Qualora la Regione non adempia a tale diffida, il Presidente della Regione, in qualità di commissario ad acta, adotta le misure di copertura nel successivo mese di maggio. Naturalmente, nel caso in cui la Regione risulti inadempiente, è previsto un sistema sanzionatorio in grado di arrivare fino a limitare la sovranità regionale in merito alla scelta della copertura del disavanzo sanitario con la nomina di un commissario governativo⁵⁵. A pagina seguente, è possibile prendere visione della totalità della procedura seguita per la verifica del risultato di gestione, ai sensi dell'articolo 1, co. 174 della L 311/2004. Nel grafico, si attua una distinzione che riguarda le due categorie di Regioni non in piano di rientro o in piano di rientro leggero, e Regioni in piano di rientro. In entrambi i casi, se il risultato è un avanzo o un equilibrio di bilancio la verifica ha fine, se il risultato è un disavanzo di avviano le procedure sopra elencate. È interessante notare come nel caso in cui non si riesca a raggiungere una copertura idonea dei disavanzi, si procede a un innalzamento delle aliquote IRAP e addizionale regionale all'IRPEF. In questo modo si riesce a far sì che la Regione disponga delle risorse necessarie per avviare una procedura di ripiano dei conti e di recupero di efficienza all'interno della gestione. Quindi, risulta facile notare come la gestione della sanità da parte delle Regioni rivesta un ruolo fondamentale per il benessere, anche dal punto di vista economico, dei singoli cittadini. L'obbligo dell'innalzamento delle imposte in questione comporterebbe un sacrificio non indifferente per tutta la popolazione.

⁵⁵Ministero dell'Economia e delle Finanze (2017), Il monitoraggio della spesa sanitaria, pagina 10.



CAPITOLO II - IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

2.1 I caratteri principali del sistema

2.1.1 La complessità del sistema

Il sistema della sanità si caratterizza per le sue grandi complessità: alcune di queste sono rappresentate dalla presenza di due livelli di governo, quello statale e quello regionale, che si dividono competenze legislative in materia, dalla grande estensione e profondità dimensionale del servizio sanitario nazionale, dalle particolari caratteristiche del suo mercato e dall'influenza sulle condizioni di vita e sulla situazione economico-finanziaria che il sistema nel suo complesso esercita sul paese e sulle famiglie. Per questi motivi la sanità è continuamente al centro del dibattito politico e amministrativo, al cui dibattito seguono poi interventi atti a ottimizzare le performance del sistema stesso. A queste difficoltà strutturali del sistema se ne aggiungono altre derivanti dai vari cambiamenti a cui abbiamo assistito negli ultimi anni che complicano l'operatività del sistema. Ad esempio, uno dei trend a cui bisogna far fronte è l'invecchiamento demografico: in Italia, infatti, si è registrato un costante calo del tasso di natalità che, considerato insieme a un aumento dell'aspettativa di vita in termini di anni, ha fatto sì che nel nostro paese gli over 65 superino il 22% della popolazione. Ma il punto focale è che, arrivati a 65 anni, l'aspettativa di "vita in buona salute" degli italiani è inferiore rispetto a quella europea; infatti, per gli uomini over 65 l'aspettativa di vita in buona salute è 7,8 anni per gli uomini e 7,5 anni per le donne, contro una media EU pari a 9,4 per entrambi i sessi⁵⁶. Quindi, la "produzione di salute" del sistema sanitario italiano e di conseguenza la qualità della vita, non è paragonabile a quello della media degli altri paesi europei e questo rappresenta una delle grandi sfide da affrontare. I sistemi di prevenzione, invece, sembrano funzionare nell'offrire il loro contributo così che gli italiani possano godere, alla nascita, di un'aspettativa di vita lunga, rendendo l'Italia uno dei paesi più longevi al mondo. Quindi, il trend demografico appena presentato richiede una sempre crescente funzionalità del sistema sanitario in generale ai bisogni di cura della popolazione. Un'altra tendenza da sottolineare è il maggiore grado di informazione e attenzione dei cittadini riposto in ambito sanitario-assistenziale registrato negli ultimi anni, ottenuto grazie all'avvento dei nuovi mezzi di comunicazione e informazione. I cittadini tendono a considerare sempre più necessaria la centralità del sistema sanitario in una nazione ad

⁵⁶ I dati derivano dal XIII rapporto sanità, C.R.E.A – Dipartimento di economia e finanza

economia sviluppata. In più, il ritorno alla crescita post-crisi del reddito della popolazione fa sì che i soggetti siano disposti a sostenere sacrifici economici maggiori per assicurarsi le cure, ma i crescenti sacrifici economici da parte della comunità devono sempre essere giustificati dalla garanzia della qualità dei servizi offerti dal sistema. L'insieme di questi fattori produce forti pretese in termini di produttività del sistema nella propria totalità; quest'ultima, allo stesso tempo, può essere raggiunta solo grazie a una valida programmazione di fondo e alla messa a disposizione di risorse economiche adeguate e coerenti con gli obiettivi da raggiungere. Lo strumento di programmazione del sistema sanitario è il Piano Sanitario Nazionale (PSN) mentre la Legge di Bilancio annuale definisce l'ammontare delle risorse economiche disponibili all'utilizzo.

2.1.2 Il Piano Sanitario Nazionale

Il PSN è lo strumento principale da cui partire per definire programmi e strategie da perseguire per conseguire i risultati prefissati attraverso l'azione del Sistema Sanitario Nazionale. Il piano è di durata triennale e viene predisposto dal Governo su proposta del Ministero della Salute tenuto conto delle proposte provenienti dalle Regioni; viene adottato con decreto del Presidente della Repubblica previa approvazione del Consiglio dei Ministri, d'intesa con la Conferenza Unificata. Entro 150 giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, le Regioni adottano o adeguano i propri piani sanitari regionali, trasmettono al Ministero della salute gli schemi o i progetti allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale.⁵⁷ Oltre che strumento programmatico a livello nazionale, il Piano fornisce la modalità per far sì che le Regioni allineino i loro piani a quelli nazionali e conformino i loro obiettivi programmatici a quelli delineati dal Governo centrale. Durante gli anni, il PSN non ha rivestito il ruolo che la legislazione gli riserva: il Piano vigente resta quello approvato con il Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006 e la programmazione sanitaria nazionale, in senso stretto, si è fermata a tale data.⁵⁸ Le decisioni riguardanti la programmazione nazionale e regionale, infatti, sono state da allora prese in sede di Conferenza Stato – Regioni, facendo sì che patti, accordi e intese prendessero il sopravvento rispetto alla redazione di un piano calcolato appositamente.⁵⁹ Questa “nuova” modalità di decisione lascia pensare che i vertici responsabili della delineazione delle linee guida del piano abbiano deciso di prediligere l'adozione di soluzioni di breve

⁵⁷ Ministero della Salute (2012), Il Piano sanitario Nazionale

⁵⁸ La Falce M.G. (2015), Che fine ha fatto il Piano Sanitario Nazionale?, Sanità 24 – Il Sole 24 ore

⁵⁹ Viani A., Tiberio A. (2002), Manuale di legislazione sanitaria

termine a quelle di medio-lungo termine, che invece risultano in grado di incidere con vigore sulle caratteristiche strutturali del Sistema. Una delle motivazione di fondo in grado di giustificare questa modalità operativa potrebbe essere la precaria stabilità economico finanziaria del Servizio Sanitario Nazionale registrata negli ultimi anni. Il deficit di bilancio registrato recentemente, infatti, porta nella maggior parte dei casi a decisioni che tendono a introdurre correttivi di immediata efficacia che però svanisce nel lungo periodo: il risanamento di qualsiasi attività porta il complesso a rallentare il proprio operato, a dimezzare i fattori produttivi utilizzati (tra cui la forza lavoro) e a sostenere altri tipi di sacrifici necessari per una “ristrutturazione” del tutto. Tuttavia, nel settore sanitario più di altri, questo tipo di decisioni sono difficili da prendere per diverse motivazioni. Una delle tante, presumibilmente la più rilevante, è che le strategie produrrebbero risultati di assoluta validità, riscontrabile però solo nel lungo periodo; i cittadini evidenzerebbero nel breve periodo un discutibile funzionamento (dovuto appunto alla ristrutturazione) del sistema nella sua totalità e questo potrebbe portare loro a perdere fiducia nei confronti dei politici responsabili delle decisioni. Spetta quindi alla classe politica dirigente il dovere di prendere decisioni all’apparenza impopolari ma necessarie per garantire alle generazioni future un sistema sano in grado di rispondere efficientemente ai bisogni.

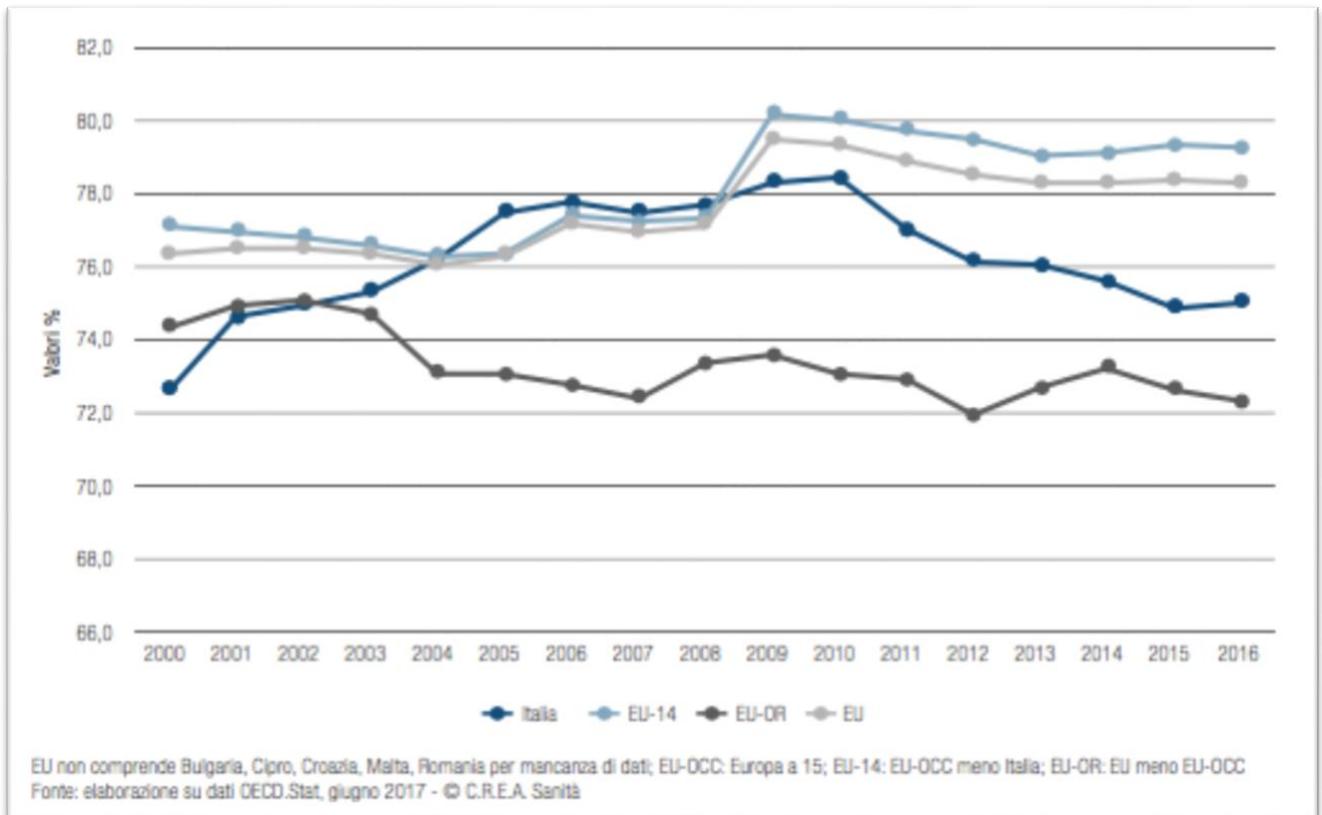
2.1.3 Il corso dei finanziamenti

Si è già parlato nel primo capitolo della struttura del finanziamento della sanità in termini di derivazione dei fondi e metodi di ripartizione degli stessi tra i vari sistemi sanitari regionali. Questo paragrafo, invece, tende a presentare il corso dei finanziamenti e le sue conseguenze negli ultimi anni in Italia.

Abbiamo già definito che in Italia è lo Stato la principale fonte di finanziamento della sanità, così come in tutti i paesi appartenenti all’Unione Europea. Nel nostro paese, la quota dei finanziamenti di origine statale è pari al 75%⁶⁰, del 3,8% inferiore rispetto alla quota propria dei paesi dell’unione occidentali. Nell’Europa orientale, invece, la quota di finanziamento statale corrisponde al 72,3%, quindi da questo punto di vista l’Italia sembra essere più affine ai paesi dell’Europa dell’est rispetto a quelli a noi più vicini. Nel grafico di pagina successiva è facile capire come nel corso di un decennio, dal 2006 al 2016, si siano registrati due fenomeni:

⁶⁰ ISTAT (2017), Il sistema dei conti della sanità per l’Italia, pagina 1.

- La quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria italiana è rimasta sempre mediamente minore rispetto a quella media degli altri paesi occidentali.
- Inoltre, la quota ha subito una drastica diminuzione negli ultimi quattro anni, convergendo verso la quota dei paesi dell'Europa dell'est.



Una delle motivazioni che giustifica questo andamento è l'adozione di necessarie politiche di rientro del deficit che ha caratterizzato l'azione dei decisori politici. Infatti, l'obiettivo è quello di ridurre l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL che, secondo la Legge di bilancio 2018, passerà dal 6,7% al 6,4% dal 2017 al 2019. Infine, questo processo di alleggerimento è correlato a quello di rientro del deficit non sul PIL, ma sul totale dei finanziamenti destinati al settore stesso. Nel grafico a pagina successiva è possibile notare il grande lavoro della classe politica, in grado di riportare il Servizio Sanitario Nazionale a operare in condizioni di equilibrio orma costante. In dieci anni, infatti, il rapporto del deficit sul finanziamento si è ridotto di più del 4%, passando dal 5,2% del 2007 allo 0,9% del 2016. Così facendo anche la sanità, da sempre considerato uno dei settori di maggior inefficienza e spreco di risorse, entra tra i settori chiave in termini di rientro del deficit, di adozione di politiche efficienti e di esempio per altri settori così importanti. Inoltre, anche le singole Regioni hanno precedentemente adottato politiche di contenimento del deficit efficienti che iniziano già a mostrare dei risultati, naturalmente differenti a seconda della Regione in questione, ma comunque

tutti simboli del miglioramento e della responsabilizzazione. I dati macroeconomici riportati chiariscono l'andamento del finanziamento della sanità, evidenziando come si stia spendendo sempre meno per il settore e soprattutto come il 25% della quota di finanziamento della sanità è data dalle spese private delle famiglie, le cosiddette spese Out Of Pocket (OOP). Il fatto che un quarto della spesa sanitaria derivi da spese private è senza dubbio uno dei punti di analisi di maggiore interesse, sollevando la questione secondo cui, in un Sistema come il Sistema Sanitario Nazionale, esaltato per la sua totale inclusione della popolazione alla cure, il rapporto tra spesa privata sulla spesa totale sia sproporzionato.



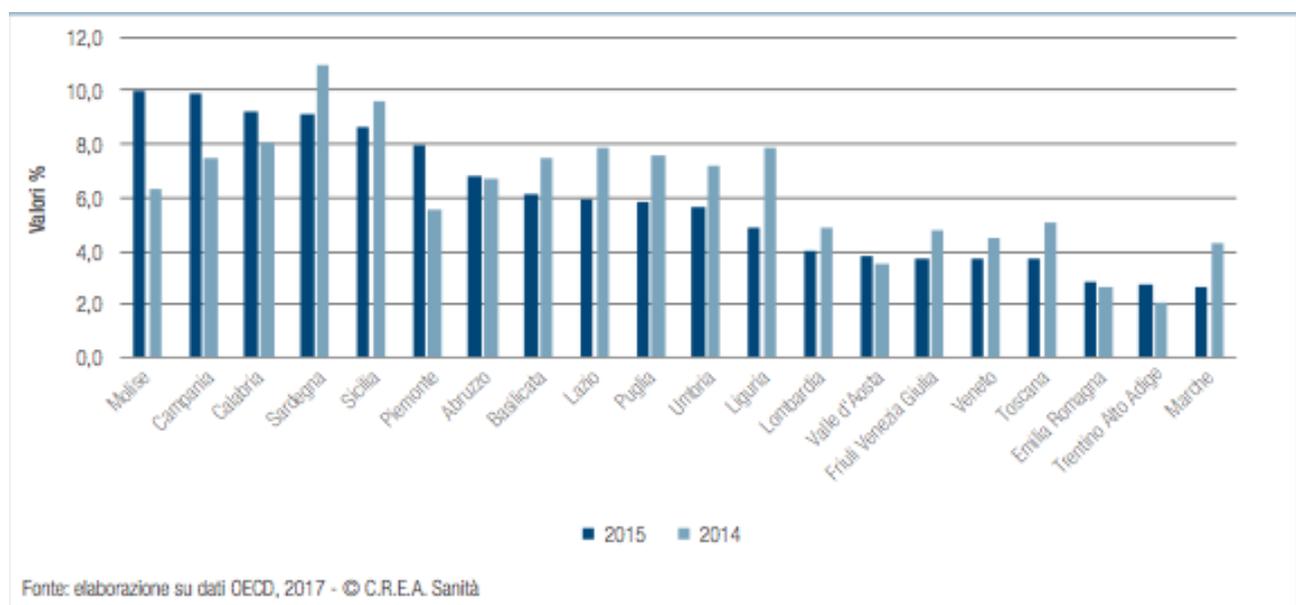
In sintesi, la convergenza dell'Italia ai paesi dell'Europa orientale, il costante rientro del deficit sul PIL e sui finanziamenti totali del settore e la spesa Out Of Pocket, intesa come spesa sostenuta dalle famiglie privatamente, sono i fenomeni di maggiore interesse che si sono manifestati nel nostro paese negli ultimi anni. Ogni fenomeno, però, prende piede per delle ragioni specifiche, creando effetti che ricadono sulla popolazione. Nel prossimo sotto-paragrafo, verranno evidenziati gli effetti di questi andamenti, provando a capire se gli stessi saranno in grado di comportare dei cambiamenti strutturali al sistema nella sua totalità.⁶¹

⁶¹ C.R.E.A. sanità (2018), XIII rapporto sanità, Il cambiamento della sanità in Italia tra Transizione e Deriva del sistema

2.1.4. Universalismo: conseguenze e implicazioni

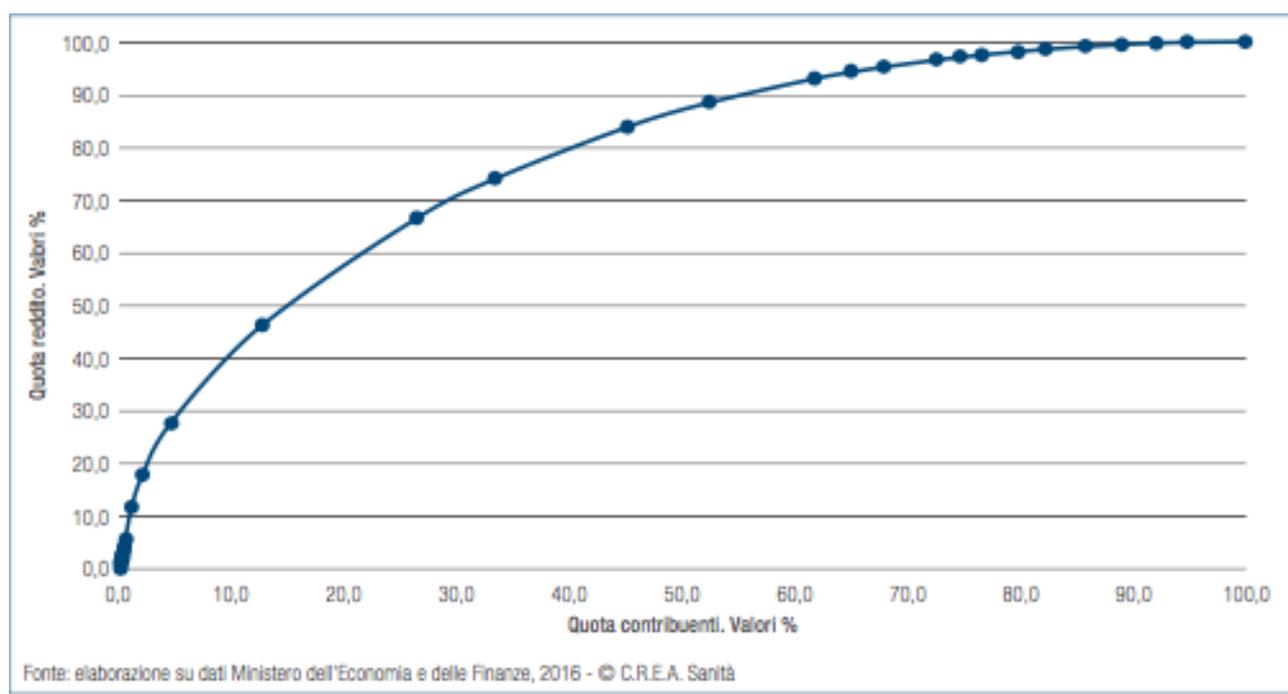
Nella trattazione precedente sono stati menzionati i fenomeni di maggiore rilevanza che hanno caratterizzato il corso dei finanziamenti nella sanità degli ultimi anni. Come già specificato, ogni fenomeno è causato da azioni o scelte, nella maggior parte delle volte non casuali, e produce effetti sulle famiglie e sulle fondamenta del sistema stesso. Le politiche di rientro del deficit sul PIL e sul totale dei finanziamenti sono frutto della scelta della classe politica di conferire stabilità al sistema. Negli ultimi venti anni, il sistema sanità è sempre stato considerato l'emblema dello spreco, dell'inefficienza e della creazione del debito, incarnando il "vecchio modello di fare politica". Oggi invece, in questi termini, il sistema sembra risanato. Il Servizio Sanitario Nazionale ora gode di stabilità finanziaria e quindi non deve più fare i conti con politiche di rientro di vario genere. Questo non significa che il SSN sarà in grado di "produrre salute" illimitatamente, in quanto la misura di questa variabile è dovuta al livello dei finanziamenti di cui si dispone e al modo in cui tali risorse vengono allocate, ma di non dover più accantonare nuove risorse per rimediare a errori del passato, senza privare le generazioni future per ripagare gli errori di quelle passate. È altrettanto importante indicare i Sistemi Sanitari Regionali come protagonisti assoluti di questo rientro del deficit: tutte le Regioni, infatti, sono state in grado di rientrare in parametri di stabilità finanziaria a loro indicati, garantendo il proprio contributo all'equilibrio del sistema. Tutto ciò porta a pensare che il sistema della sanità sia sostenibile, quindi che la sua esistenza non debba né essere correlata al sacrificio economico della popolazione né a una riduzione della capacità dimensionale dei presidi che porterebbe alla riduzione dell'offerta della salute. Ad oggi, quindi, l'attenzione passa dalla sostenibilità del complesso sanitario alla "governance" del complesso stesso, quindi all'insieme della attività di gestione che guardano all'efficacia e all'efficienza di ogni singolo componente in grado di garantire il proprio contributo al "successo dell'offerta di salute". Quello che fa ben sperare è che le singole Regioni sono state in grado di garantire l'erogazione dei LEA nonostante l'obbligo di rientro nei parametri, quindi con dei vincoli meno stringenti, dovrebbero essere in grado di assicurare la continua erogazione dei servizi, anche nel momento in cui i Livelli Essenziali di Assistenza alzeranno la qualità e la quantità dei servizi obbligatori. Le implicazioni dovute a questi fattori sono da ricondurre al fatto che lo Stato abbia preferito la crescita economica, impensabile da raggiungere senza la stabilità garantita solo dal rientro dal deficit, al Welfare. Infatti, come evidenziato dai precedenti grafici, l'ammontare delle risorse statali è andato diminuendo, legando l'importo dei fondi da stanziare non alla necessità di assistenza sanitaria della popolazione ma ai vincoli

economico finanziari che l'Europa e la stabilità del Paese impongono. Preferire la crescita al Welfare è una "strategia" propria dei paesi in crescita, come quelli dell'Europa Orientale appunto, non dei paesi ricchi dell'Europa occidentale, dove non è necessario che anche in settori di tale rilevanza si debbano imporre dei limiti finanziari, in quanto la "forza" economica del paese garantisce l'offerta dei servizi sanitari assistenziali adeguati alla domanda della popolazione. In sintesi, è da sottolineare che il sistema sanità sia tornato a essere sostenibile solo grazie a una riduzione dell'ammontare dei finanziamenti statali registrata soprattutto negli ultimi quattro anni. Resta ora da capire se la scelta italiana sia dovuta a una nuova tendenza, che mette da parte la centralità dello Stato nel settore spingendo verso una sanità in cui saranno i cittadini a sostenere direttamente l'onere delle cure, oppure a cause della crisi del debito sovrano che ha colpito l'Italia negli anni scorsi. Tuttavia, sembra improbabile che nel nostro Paese, patria dell'inclusione della comunità dall'Istituzione del SSN, verrà intrapreso un percorso di privatizzazione del sistema tutto. Di conseguenza, viene da pensare come con il passare degli anni di crescita economica, anche l'Italia tornerà a garantire l'erogazione di un ammontare maggiore di risorse, sia in senso assoluto, che in relazione a quelle garantite dagli altri paesi dell'Europa Occidentale. Detto questo, l'ammontare della spesa privata delle famiglie italiane, pari al 25% del finanziamento totale del sistema, non può passare in secondo piano sia per il suo ammontare che per l'insieme di implicazioni che porta con sé. Infatti, diverse indagini hanno dimostrato che la condizione economica della famiglie italiane dipende seriamente dalla quantità di spesa sanitaria da sostenere. Dal grafico seguente, infatti, desumiamo il disagio economico avvertito dalle famiglie italiane a causa della necessità di sostenere di tasca propria alcune spese per cure sanitarie-assistenziali.



Come desumibile dal grafico, la quota di disagio economico associato alle spese sanitarie coinvolge il 5,7% dei nuclei familiari, e aumenta soprattutto al sud del paese (8,4% delle famiglie), seguito dal centro (4,8%) e dal Nord (4,4%). Sebbene rispetto all'anno precedente si sia assistito ad una riduzione del fenomeno, il miglioramento ha interessato soprattutto le Regioni del Centro (da 6,5% a 4,8%) e del Nord (da 4,6% a 4,4%), mentre nel Sud è sensibilmente aumentato passando dall'8,3% all'8,4%. Quindi, il disagio è riscontrabile in tutta la penisola, ma conferma la sua massima espressione nel sud del Paese, dove le difficoltà sono più marcate tanto da riportare al centro del dibattito la "questione meridionale" anche in ambito sanitario. Osservato il fenomeno, viene spontaneo pensare a un fallimento del disegno universalistico del SSN, quindi della necessità di adottare nuovi approcci per combattere il fenomeno dell'esclusione dalle cure dovuta al disagio economico. Un approccio immediato potrebbe consistere in politiche di redistribuzione del reddito adottate dallo Stato, finalizzate a creare un circolo di funzionamento in cui siano i cittadini con reddito più alto a sostenere le spese per alcune cure, permettendo così ai cittadini meno abbienti di accederne gratuitamente. La legge vigente include già da tempo un modello di redistribuzione del reddito, incarnato dal fondo perequativo il cui funzionamento, però, ha dimostrato delle inefficienze; di conseguenza, per contrastare l'esclusione sarebbe opportuno aumentare la redistribuzione e, quindi, la quota di spesa sanitaria pubblica derivante dalla fiscalità generale: ma questa opzione si scontra con l'evidenza che in Italia la pressione fiscale è già troppo elevata e concentrata, rendendo dubbia l'opportunità della soluzione senza una revisione complessiva del sistema di finanziamento. Inoltre, l'adozione di questa opzione implicherebbe l'accettazione di un sistema basato su un livello di redistribuzione molto forte, in quanto i cittadini più abbienti si troverebbero a sostenere imposte e tasse in valore assoluto ancora più elevate di quelle di ora, al fine di alleggerire il carico sostenuto da quelli meno abbienti e ridimensionare il fenomeno dell'esclusione. La motivazione più forte che renderebbe iniqua questa soluzione è il fatto che, in Italia, l'evasione è un fenomeno presente e rilevante. Per provare a farsi una idea, partiamo col prendere in primo luogo atto che la concentrazione del reddito, almeno quello dichiarato, in Italia è molto elevata: basti considerare che il 50% di esso è concentrato in circa il 13% dei contribuenti (Figura a pagina successiva); di conseguenza, qualora non ci fosse il fenomeno dell'evasione, in presenza di una forte sperequazione sociale, un livello di redistribuzione molto elevato sarebbe socialmente giustificato. Ma se, come verificato, l'evasione esiste ed è rilevante, si concretizza una situazione iniqua che vede il gruppo dei "contribuenti abbienti" ("ricchi" davvero non sono se non

in una piccola percentuale) pagare il Welfare sia dei non abbienti, che degli “abbienti evasori”. A parte l’evidente iniquità, la condizione risulta in prospettiva esplosiva per il SSN. Se consideriamo che i livelli di spesa pubblica italiana sono così bassi da far presumere che debbano essere rivalutati, e che questo implicherebbe aumentare la pressione fiscale (a meno di recuperi di efficienza in altri settori), e che, per forza di cose, questo aumento si concentrerebbe sui soliti “noti” al fisco, è facile paventare una fortissima tensione sociale: la fascia degli “abbienti contribuenti” risulterebbe fortemente incentivata a chiedere l’opting out, ovvero a eludere gli obblighi di solidarietà.



Per avere una idea quantitativa del rischio e, quindi, giustificare l’affermazione, si consideri che la spesa della Pubblica Amministrazione, al netto degli interessi, delle pensioni e di altre spese non direttamente attribuibili a servizi forniti alle famiglie, è stimabile in circa € 260 miliardi , coperta per poco più del 40% da IVA e IRAP; volendo coprire il residuo con il gettito IRPEF, si evidenzia come i contribuenti che versano un IRPEF sufficiente a coprire l’onere equivalente (pari a circa € 7.500 per nucleo familiare), sono meno del 16%, dimostrando come sarebbe concentrato il peso della copertura dei costi dei servizi collettivi nel caso in cui si volesse attuare la politica di redistribuzione in questione. Quindi, è evidente come informare il sistema sanitario su un livello di redistribuzione così elevate sarebbe emblema di iniquità⁶².

⁶² C.R.E.A. sanità (2018), XIII rapporto sanità, Il cambiamento della sanità in Italia tra Transizione e Deriva del sistema, pagina 21.

2.1.5. Come difendere l'Universalismo?

Pur mancando il dato di conferma (altrimenti l'evasione non sarebbe tale) è lecito affermare che a fronte delle condizioni in cui si muove la modalità di dichiarazione dei redditi in Italia, un sistema universalistico di tipo mutualistico rischierebbe di essere più equo di uno universalistico di stampo "beveridgiano" come quello scelto nel 1978: l'applicazione dell'Universalismo beveridgiano, richiede, infatti, anche "l'Universalismo fiscale" (ovvero il pagamento di tutte le imposte, le tasse e i contributi dovuti da ogni cittadino) , cosa che, in Italia, sembra non sia dato ottenere, vista l'evasione. Quindi, va chiarito che il tema vero non è salvaguardare l'Universalismo, ma salvaguardare l'equità dell'Universalismo. Conoscendo storicamente i limiti del modello bismarkiano applicato in una Società segnata da disparità così elevate, e quindi escludendo "a priori" un ritorno alla situazione ante 1978, sembra almeno opportuno provare a confrontarsi sui vantaggi e svantaggi dei sistemi misti, che coniugano una quota (I pilastro) a redistribuzione beveridgiana, con una quota (II pilastro) di tipo mutualistico. Intanto, è opportuno perché nella apparente immobilità, il sistema sta già spontaneamente andando nella direzione di un sistema misto. A riprova di ciò, la spesa privata è aumentata nell'ultimo quinquennio del 4,5% in linea con gli aumenti a livello EU (4,6%), raddoppiando il tasso di crescita rispetto agli anni precedenti. Cresce anche la platea dei cittadini che stipula polizze collettive ad oggetto forme di Sanità integrativa/complementare; e non stupisce che il massimo fermento si abbia nelle fasce dei lavoratori dipendenti che sono fra gli "abbienti contribuenti": di fatto, e forse senza una lucida consapevolezza di ciò, queste fasce di popolazione già stanno sperimentando un sistema misto, chiedendo (razionalmente) non più un allargamento della tutela pubblica per la popolazione, che ricadrebbe in larga misura sulle loro "spalle", quanto una commistione di solidarietà e mutualità al fine di usufruire di un servizio sanitario efficiente in maniera proporzionale rispetto alla pressione fiscale a cui sono soggetti. In termini numerici la quota intermediata è arrivata al 7,4% della spesa privata, di cui 6,1% attribuibile a polizze collettive (fondi) e l'1,3% alle polizze individuali. A parte l'ovvia constatazione delle tendenze spontanee della Società italiana, l'iniezione di forme di mutualità è coerente con un livello di maggiore sussidiarietà del sistema, a sua volta foriera di una maggiore personalizzazione e quindi efficienza del servizio. Inoltre, una maggiore quota di spesa privata intermediata può contribuire indirettamente al finanziamento del I pilastro, facendo emergere quote di "nero" che certamente sono ancora presenti del settore. A riprova di ciò la

quota di detrazione fiscale delle spese sanitarie (che riduce il reale impatto sulle famiglie della spesa privata) è pari a circa € 2,6 miliardi. annui: nella migliore delle ipotesi circa la metà di quanto potenzialmente detraibile; in parte può trattarsi di “ignoranza” o di disinteresse alla detrazione (ma solo in minima parte), ma anche di una indiretta indicazione della presenza di una quota di transazioni “non ufficializzate”. Ovviamente nella valutazione della opzione vanno soppesati anche i rischi connessi con lo sviluppo del II pilastro. Senza pretesa di esaustività, segnaliamo il rischio che si generi una spinta verso consumi inappropriati (visto l’accesso gratuito e illimitato al sistema che porterebbe a stili di vita poco salutari e bassa prevenzione) e, anche, che il suo sviluppo sia fonte di nuove disparità. Sull’ultimo punto segnaliamo che è già oggi evidente come il Sud, per ragioni di distribuzione territoriale e tipologia delle attività economiche, stia rimanendo fuori dal processo: la componente intermediata rappresenta il 7,2% della spesa privata nel Nord (8,7% nel Nord-Ovest e 4,9% nel Nord-Est), il 12,1% nel Centro e solo il 4,0% nel Sud e Isole, aggiungendo nuove forme di potenziale iniquità nella distribuzione della spesa sanitaria. L’effetto iniquo è evidente dal fatto che la quota di famiglie che sostengono spese OOP è paradossalmente maggiore nel Sud e non tanto, o non solo, per carenze di offerta pubblica, ma perché sono meno quelle assicurate: infatti, rispetto all’anno 2014, si è registrato un aumento di spesa privata in tutte le ripartizioni, ad eccezione del Nord-Est dove meno famiglie hanno fatto ricorso alle spese OOP (il 78,2% a fronte del 79,4% dell’anno scorso); il Sud rappresenta la ripartizione geografica con la maggior quota di famiglie che è ricorsa alle spese sanitarie OOP, il 79,9%, seguita dal Centro con il 76,4% e dal Nord-Ovest con il 75,1%. Osserviamo, però, anche una maggiore copertura assicurativa per le famiglie che risiedono nel Nord-Est del Paese (6,2% delle famiglie), a seguire nel Centro (5,4%), e da ultimo nel Sud dove appena l’1,2% dichiara di averla. Considerando le sole famiglie non assicurate, la quota di famiglie che sostengono spese OOP torna maggiore nel Nord-Est (83,4%), che non nel Sud e nel Centro (80,8%): a riprova, però, che il ricorso all’OOP è inversamente proporzionale alla quota di famiglie che dispongono di una copertura, direttamente proporzionale al reddito, ma anche legata alle condizioni di offerta, il tasso minore si ha nel Nord-Ovest. In ogni caso è evidente che la mutualità non sarà per tutti, o almeno non per tutti nelle stesse dimensioni, e che quindi contenga al suo interno germi di disuguaglianza: questo “costo” può, però, essere largamente compensato se, grazie al suo sviluppo, emergerà una quota dell’evasione sopra richiamata, con il duplice vantaggio di restituire agli “abbienti contribuenti” una parte della redistribuzione non dovuta e di ridurre per i più poveri l’onere per accedere ai servizi del I pilastro. Il disegno di un sistema misto richiede, però, una assoluta integrazione fra i due pilastri: per esemplificare, l’integrazione funziona bene se per i

servizi si prevedono tanto una copertura differenziata da parte del I pilastro, a seconda delle possibilità economiche del percipiente, quanto la possibilità di avere servizi differenziati per qualità: può essere il caso della scelta della camera singola, della scelta dell'equipe chirurgica, ovvero di alcune tecnologie a innovazione incrementale. In un contesto come quello delineato, il II pilastro coprirebbe le quote differenziali di onere economico o i costi aggiuntivi delle innovazioni incrementali, evitando che chi paga di più debba pagare due volte il servizio; lasciando, invece, gratuito, o con una minima compartecipazione, l'accesso per i meno abbienti; obbligando, infine, chi evade a pagarsi almeno le "quote aggiuntive" delle innovazioni. Quanto accennato nei suoi contorni generali, rende evidente la necessità di affrontare senza pregiudizi ideologici la tematica, mettendo in discussione l'attuale sistema italiano teoricamente "beveridgiano" e considerando una conversione verso un sistema misto, in grado di garantire redistribuzione ed equità grazie all'introduzione del secondo pilastro di stampo "bismarkiano"⁶³.

2.2 Il Servizio Sanitario Italiano

2.2.1. Il Servizio Sanitario Nazionale

La programmazione e l'erogazione di fondi di cui abbiamo parlato precedentemente trovano la loro applicazione sul Servizio Sanitario Nazionale, strumento operativo attraverso il quale l'articolo 32 della Costituzione prende vita. L'assetto attuale del SSN prende forma dalla legge n. 883/78, le cui disposizioni sono state già elencate nel primo capitolo, che ha introdotto il Servizio Sanitario Nazionale per garantire il rispetto del sopracitato articolo della Costituzione, ponendo fine al precedente modello a rimborso e introducendo il modello pubblico integrato. Precedentemente abbiamo definito i diversi modelli di organizzazione dei servizi sanitari, ma è sempre utile ricordare come il modello pubblico integrato si avvicini più degli altri al modello pubblico puro, e sia in grado di garantire una grande offerta pubblica, grazie a finanziamenti pubblici, che è solo in parte integrata dall'offerta di strutture private, con o senza finalità di profitto, regolate sulla base di convenzioni.⁶⁴ Dalla sua istituzione, è sempre stato chiaro il principio fondante di tutto il servizio corrispondente all'accesso universale garantito (non gratuito), non altrettanto spesso è stata chiara la ripartizione

⁶³ C.R.E.A. sanità (2018), XIII rapporto sanità, Il cambiamento della sanità in Italia tra Transizione e Deriva del sistema, pagina 32.

⁶⁴ Bosi P. (2015), Corso di scienza delle finanze, pagina 467, Il Mulino – Bologna

di competenze legislative in materia di regolazione e operatività dello stesso. Nell'ordinamento italiano la principale responsabilità del servizio sanitario ricade sulle regioni. La riforma del Titolo V della Costituzione pone la sanità tra le materie sulle quali le Regioni hanno potestà legislativa concorrente. Lo Stato esercita comunque un ruolo sulla base dell'articolo 117 c.2, lettera m) nella "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", associando a essi meccanismi di controllo e monitoraggio dell'attività svolta dai livelli di governo decentrati. Si tratta tuttavia di un ruolo molto più tenue di quello esercitato nel periodo precedente la riforma costituzionale. Nella nuova riforma del Titolo V la legislazione concorrente viene eliminata e la funzione esclusiva dello Stato si estende nell'articolo 117 c.2, lettera m) alle "disposizioni generali e comuni per la tutela della salute, per le politiche sociali e per la sicurezza alimentare". Spetta invece alla competenza esclusiva delle Regioni la "programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali".⁶⁵ Quindi, le autonomie locali rivestono il ruolo di maggiore importanza nell'organizzazione e nella gestione del Servizio Sanitario, questo fa sì che il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale non sia altro che l'insieme di tutti i Servizi Sanitari Regionali che, in quanto differenti per i decisori politici che ne determinano il corretto funzionamento o meno, si differenziano tra loro rendendo la qualità dei servizi erogati differenti a seconda della Regione in questione. Come detto precedentemente, per molti anni il Servizio Sanitario Nazionale è stato considerato poco sostenibile per le casse statali, visti i ripetuti disavanzi registrati nel corso degli anni: ciò è stato causa di un processo di re-accentramento della governance in capo allo Stato, almeno fin quando tutte le Regioni non fossero rientrate dei disavanzi. Di conseguenza, per almeno un decennio l'autorità delle Regioni è stata limitata, solo dopo aver ripianato i conti è tornata in capo alla maggior parte delle stesse la massima libertà di azione; il processo ha portato a un particolare interessamento verso la governance dei servizi sanitari regionali, realizzando così lo scopo di una delle riforme sanitarie degli anni novanta, finalizzata alla responsabilizzazione della autorità locali. Il Servizio Sanitario Nazionale si caratterizza per la sua ampiezza e profondità, richiedendo quindi una grande organizzazione che garantisca il corretto funzionamento dello stesso. I prossimi sotto-paragrafi riguarderanno la composizione del Servizio Sanitario Nazionale, quindi l'organizzazione dello stesso, cercando di individuare i meccanismi e le regole che permettono il coordinamento tra i vari fattori presenti, interconnessi e complementari al fine di garantire l'ampia offerta di uno dei settori più importanti per la vita di

⁶⁵ Bosi P. (2015), Corso di Scienza delle finanze, pagina 468, Il Mulino – Bologna

individui e famiglie, quindi in grado di fare la differenza nella determinazione della qualità della vita in una nazione.

2.2.2. L'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

L'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale si basa sulla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza: i LEA sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse).⁶⁶ I LEA sono obiettivi da raggiungere, quindi l'SSN parte da questi per conformare la propria organizzazione e le proprie attività. Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 ha sostituito integralmente il DPCM 29 novembre 2001, con cui i LEA erano stati definiti per la prima volta. Il lavoro è stato predisposto in attuazione delle Legge di Stabilità 2016, che ha vincolato 800 milioni di euro per l'aggiornamento dei LEA stessi. IL DPCM 12 gennaio 2017 e gli allegati che ne sono parte integrante:

- definisce le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Servizio sanitario nazionale;
- descrive con maggiore dettaglio e precisione prestazioni e attività oggi già incluse nei livelli essenziali di assistenza;
- ridefinisce e aggiorna gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dal ticket;
- innova i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni obsolete.

Il Decreto stessa definisce anche i tre grandi livelli nei quali i LEA sono divisi:

- 1 Prevenzione collettiva e sanità pubblica, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività e ai singoli;

⁶⁶ Ministero della Salute (2017), Che cosa sono i LEA

- 2 Assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio;
- 3 Assistenza ospedaliera.⁶⁷

Ciascuna macroarea include le attività garantite dal SSN, all'interno delle stesse sono poi definite in modo dettagliato le prestazioni sanitarie erogabili, le relative modalità organizzative e i riferimenti normativi o i regolamenti che ne individuano con precisione le caratteristiche e gli aventi diritto.⁶⁸ Come già detto, una volta definiti i Livelli Essenziali di Assistenza entrano in gioco le regioni, che perseguono gli obiettivi attraverso l'operato delle aziende sanitarie locali (ASL). L'ASL è un ente pubblico della pubblica amministrazione italiana, deputato all'erogazione dei servizi sanitari: la loro introduzione si deve al d.lgs. 30 dicembre 1992, n.502 quando le USL vennero trasformate in ASL dotate di autonomia e svincolate da un'organizzazione centrale a livello nazionale, poiché dipendenti dalle regioni italiane. Le ASL sono aziende pubbliche, ma hanno una natura ibrida, che le avvicina in parte alle aziende private. Esse possiedono infatti "autonomia imprenditoriale" sono disciplinate da un atto aziendale di diritto privato, sono tenute al pareggio di bilancio e possono agire e stipulare contratti, entro certi limiti, mediante atti di diritto privato.⁶⁹ Sono organi della ASL il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale, mentre ciascuna Asl è organizzata in strutture tecnico-funzionali complesse quali il presidio ospedaliero, il distretto ospedaliero, il distretto sanitario e i dipartimenti. Nel 2017 sono presenti 97 ASL, in media una ogni 620 mila abitanti, il 35% in meno rispetto a quelle presenti nel 2010 quando erano 146. La causa di questo risultato è l'accorpamento attuato soprattutto tra il 2015 e il 2017, quando ha preso piede il fenomeno della centralizzazione delle ASL. Questo fa sì che alcune abbiano un bacino di utenza superiore al milione di abitanti, così da permettere la riduzione dei costi e l'utilizzo di economie di scala.⁷⁰

⁶⁷ Ministero della Salute (2017), Che cosa sono i LEA

⁶⁸ Bosi P. (2015), Corso di Scienza delle finanze, pagina 470, Il Mulino – Bologna

⁶⁹ Bosi P. (2015), Corso di Scienza delle finanze, pagina 470, Il Mulino – Bologna

⁷⁰ Fassari L. (2017), Scenari. Sempre meno Asl e sempre più grandi. Ecco come sta cambiando il volto della sanità, Quotidiano Sanità.

2.2.3. Gli strumenti del Servizio Sanitario Nazionale

Come detto, obiettivo del SSN è la piena copertura del diritto degli individui all'assistenza sanitaria che si ottiene tramite l'iscrizione al servizio stesso. Oltre all'iscrizione, il soggetto che garantisce operativamente l'accesso alle cure è il medico di base, egli infatti agisce da gatekeeper. L'assistito può scegliere il proprio medico di base in una liste di medici convenzionati con il servizio sanitario; può accedere a esami di laboratorio e a visite specialistiche su proposta dello stesso, a ricoveri ospedalieri e a interventi chirurgici con possibilità di scelta nell'ambito delle strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate. La medicina di base è regolata da convenzioni triennali tra medici e SSN; i medici ricevono un compenso pro capite per paziente. Infine, una parte della loro remunerazione è variabile, in relazione al raggiungimento degli obiettivi previsti dal programma di attività. La normativa più recente consente loro di svolgere, a determinate condizioni, anche attività libero-professionali. Anche la disponibilità di farmaci rappresenta uno degli strumenti essenziali al funzionamento del servizio. Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce ai pazienti il rimborso di farmaci (tranne quelli cosiddetti "da banco"), i cui prezzi sono definiti dalla negoziazione tra l'AIFA (Agenzia Italiana del farmaco) e le aziende farmaceutiche produttrici. Nella negoziazione, gli enti sono guidati da una serie di criteri indicati da un organo di governo, il CIPE, che tengono conto di una serie di fattori: costo, efficacia, rischi e benefici legati al consumo, valutazione dell'impatto economico sul SSN e prezzi e consumi registrati nei paesi europei. La questione della distribuzione dei farmaci ha acquisito centralità a causa dell'incidenza sulla redistribuzione del reddito tra i cittadini e dell'eccessiva spesa per gli stessi da parte delle aziende farmaceutiche. I farmaci sono suddivisi in due classi di merito: farmaci essenziali e altri farmaci. I primi sono forniti gratuitamente a tutti i cittadini, i cosiddetti farmaci di fascia A, fascia H se distribuiti in ambito ospedaliero; i secondi sono a totale carico dei cittadini, senza eccezioni, i cosiddetti farmaci di fascia C. Fino al 2000 esisteva una forma di partecipazione al costo (ticket sui farmaci), per sensibilizzare l'utente all'utilizzo e limitare il fenomeno del terzo pagante. Si tratta di misure che vanno nella linea di quelle indicate dalla teoria a proposito del moral hazard (compartecipazione al costo) ma che rilevano difficoltà di attuazione pratica quando si voglia tenere conto anche di aspetti redistributivi. L'abolizione del ticket nazionale nel 2001 ha immediatamente originato una forte crescita della spesa farmaceutica, che ha indotto il governo ad introdurre misure dirigistiche di contenimento della spesa, a decorrere dal 2002: la regola del prezzo di riferimento dei medicinali equivalenti, la revisione del prontuario farmaceutico nazionale, la fissazione di tetti di spesa farmaceutica da

rispettare sia a livello nazionale sia in ogni singola regione, cui sono seguiti fino a tutto il 2006 provvedimenti di taglio dei prezzi in caso di superamento. A partire dal 2007, la politica dei tagli lineari sui prezzi dei farmaci è stata sostituita dal meccanismo meno distorsivo del *payback*, che consiste nell'assegnazione di un budget annuale di spesa alle imprese farmaceutiche entro i limiti dei tetti di spesa nazionali. Le disposizioni sui tetti di spesa e sul ripiano degli sforamenti, inizialmente posti a totale carico dei bilanci regionali, sono state più volte riviste. Il tetto della farmaceutica territoriale è passato dall'iniziale 13,3% al 13,1% del 2012 all'attuale 11,35% ⁷¹del finanziamento ordinario del SSN. Lo sfioramento del tetto della territoriale a livello nazionale è ripartito totalmente tra aziende produttrici, grossisti e farmacisti in proporzione alle quote di spettanza dei prezzi, tenendo conto del budget inizialmente attribuito alle aziende farmaceutiche. Il meccanismo di *payback* assegna il 75% dello sfioramento nazionale a tutte le regioni in funzione della quota di accesso al fabbisogno sanitario, il restante 25% direttamente alle regioni che hanno sfiorato. Il tetto della farmaceutica ospedaliera è invece passato dal 2,4 al 3,5%, caricando il 50% dello sfioramento nazionale sulle aziende farmaceutiche. Il *payback* è ripartito alle regioni in proporzione alla quota di accesso al FSN, mentre la restante parte dello sfioramento è posta a carico delle regioni in proporzione alle rispettive eccedenze.⁷² Il più importante strumento del SSN è costituito dagli organi in grado di fornire offerta di servizi diagnostici-ospedalieri come i presidi ospedalieri direttamente gestiti dalle ASL, le Aziende ospedaliere, le Aziende universitarie e altri presidi di natura privata. Il peso delle prime è prevalente e per tutte sono necessarie autorizzazioni rilasciate dalle Regioni, che garantiscono che le strutture siano in possesso di adeguati standard qualitativi al fine di poter offrire servizi al pubblico, e l'accreditamento, che definisce i criteri di base ai quali una struttura autorizzata può operare all'interno del SSN. L'accreditamento è solo il primo passo autorizzativo. L'offerta effettiva di prestazioni può infatti avvenire solo dopo che regione e ASL, responsabili della programmazione dei volumi di attività per garantire i LEA, abbiano stipulato accordi contrattuali con le strutture pubbliche ed equiparate, ovvero contratti con le strutture private. Accordi e contratti devono indicare la fissazione dei corrispettivi versati dalle ASL alle strutture. Questi ultimi sono definiti sulla base di tariffe per prestazione e a costi standard per programmi di assistenza (cd. funzioni assistenziali non tariffabili). L'ASL rimborsa all'ospedale una tariffa standard per ogni caso trattato di una data natura (ad esempio, per un'appendicectomia). Le Regioni sono libere di modulare i propri sistemi tariffari, che, da un lato,

⁷¹ Dati del 2015, Bosi P. (2015), Corso di Scienza delle finanze, pagina 471, Il Mulino – Bologna

⁷² Bosi P. (2015), Corso di Scienza delle finanze, pagina 471, Il Mulino – Bologna

si possono differenziare rispetto al tariffario nazionale purché tariffe superiori a quelle massime siano a carico delle Regioni, dall'altro si possono applicare in misura differente ai soggetti erogatori di prestazioni. I sistemi tariffari non si applicano generalmente ai presidi ospedalieri a gestione diretta delle ASL, se non per la compensazione della mobilità interregionale. Nel precedente sistema la tariffa era commisurata in base ai giorni di degenza del paziente, ma il nuovo sistema è maggiormente in grado di contenere i costi in quanto elimina l'incentivo ad allungare le degenze e sposta a carico dell'ospedale fornitore il rischio di variazione dei costi rispetto ai costi standard. I rischi sono la trascuratezza nell'erogazione della prestazione (dimissioni precoci) e l'incentivo a respingere i pazienti difficili (cream-skimming); oppure la tentazione di applicare in modo improprio il ROD, raggruppamenti omogenei di diagnosi, manipolando la scheda diagnostica, o di effettuare non necessari frazionamenti delle cure e ripetizioni di ricoveri. Per contenere i rischi, le Regioni e le ASL possono provvedere ad abbattimenti delle tariffe ex post se i volumi effettivi di attività eccedono i tetti prefissati ex ante nella programmazione, ma possono anche individuare prestazioni o gruppi di prestazioni che per essere erogati necessitano della preventiva autorizzazione da parte dell'ASL competente. Come detto, alle Regioni è lasciata libertà di determinazione delle tariffe, questo ha fatto emergere delle diversità tra i modelli organizzativi regionali. Infatti, le Regioni hanno adottato diverse modalità di gestione organizzativa della sanità, tipiche del modello contrattuale italiano, ovvero la concorrenza negoziale e la concorrenza amministrata. Un modello di concorrenza negoziale tende a realizzare una più netta distinzione tra finanziatori e fornitori, con scorporo degli ospedali dalle ASL, affidamento prevalente al meccanismo dei rimborsi salvo l'applicazione di meccanismi di controllo ex post, massimo spazio al cittadino nella scelta del fornitore: uno schema molto vicino a quello degli internal markets.

Nel nostro paese l'esperienza della Lombardia è quella che più si avvicina a questa modalità organizzativa. Un modello di concorrenza amministrata è invece più preoccupato della definizione ex ante dei programmi di attività delle aziende accreditate, e realizza questo obiettivo introducendo una programmazione più spinta dell'offerta ripartendo tra diverse strutture il volume complessivo di servizi sanitari preventivamente fissato dalla regione o dall'ASL, prevedendo premi e punizioni nel caso di sconfinamento dagli obiettivi programmati, fissando tetti e target a livello globale o anche per singola struttura. Uno schema ancora di natura contrattuale, ma in cui è presente una direzione forte della regione e delle ASL nei confronti delle aziende accreditate dal SSN. Un modello di questo tipo è spesso associato alle esperienze

dell'Emilia-Romagna, della Toscana e del Veneto. La realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie al di fuori del Sistema sanitario nazionale sono comunque consentiti, ma sono subordinati, come detto, ad autorizzazione delle Regioni. La normativa, al fine di evitare commistioni di interessi nell'erogazione dei servizi, pone al personale medico l'obbligo di scegliere, anche se con una certa gradualità, tra lo svolgimento della propria attività all'interno o all'esterno del SSN. Nel caso in cui la scelta sia a favore del Servizio nazionale è consentito, con particolari modalità applicative, anche l'esercizio, all'interno delle strutture sanitarie accreditate, di attività professionale privata (la cd. attività intramuraria).⁷³

⁷³ Bosi P. (2015), Corso di Scienza delle finanze, pagina 473, Il Mulino – Bologna

CAPITOLO III - IL CASO MOLISE

Il presente capitolo affronta il caso della Regione Molise ed in particolare lo studio della riforma sanitaria attuata tramite il Piano Operativo Straordinario (POS) 2015-2018. Il Piano ha lo scopo di riformare radicalmente il Sistema Sanitario Regionale grazie a una profonda ristrutturazione del Servizio Sanitario Regionale. Prima di evidenziare la serie di politiche varate, è bene soffermarci sul quadro demografico e socio economico che caratterizzano la Regione e che rappresentano le basi per risalire alle motivazioni che influenzano gli interventi.

3.1 Quadro demografico e socio economico

La Regione Molise ha un territorio che si estende su un'area complessiva di 4.460,60 kmq, suddiviso nelle province di Campobasso con 2.925,41 km² e 84 Comuni ed Isernia con 1.535,24 km² e 52 Comuni. La popolazione totale residente in Regione, secondo i dati ISTAT a Ottobre 2015, risulta pari a 313.348 unità, distribuita su 136 comuni, di cui 123 situati in zone montuose (ne consegue un isolamento dei centri abitati minori ed una forte difficoltà al raggiungimento dei centri maggiori per la fruizione dei servizi), e rappresenta circa lo 0,051% della popolazione residente in Italia con un densità abitativa media di 70 abitanti per chilometro quadrato, una tra le più basse di tutta la penisola se confrontata con la densità abitativa in Italia che è di 197 abitanti per kmq. Analizzando le fasce di età, è possibile osservare come il Molise sia caratterizzato, da un lato, dalla presenza di una popolazione anziana (di età maggiore uguale ai 65 anni) superiore alla media nazionale (23,4% rispetto alla media nazionale del 21,7%), dall'altro, un'equiparazione con la media nazionale della popolazione giovane (dai 15 ai 64 anni), che si stabilisce sul 64,7%, in pari percentuale con la media nazionale che risulta essere pari al 64,5%. Ne consegue che la programmazione sanitaria debba tenere conto di questi fattori, di centrale importanza per la determinazione delle politiche in materia. Dall'analisi dei diversi indicatori di crescita, in Molise per il 2015 si stima un tasso di natalità (per mille abitanti) pari al 7%, di gran lunga inferiore a quello di riferimento nazionale che si stima sull'8,3%, ed un tasso di mortalità pari a circa l'12,4% rispetto a quello nazionale pari al 9,3%. Il Molise, di conseguenza, presenta un tasso di crescita decisamente negativo rispetto a tutte le altre parti del paese e rispetto alla media nazionale (-4,4% rispetto alla media nazionale di 0,2%). La presenza di una larga fascia di popolazione anziana residente attualmente nella Regione e il trend di invecchiamento della popolazione, caratterizzata da un basso tasso di natalità, rende centrale

l'importanza di un servizio sanitario in grado di rispondere a un'elevata e crescente domanda di servizi sanitario assistenziali. Oltre alle caratteristiche demografiche, è importante definire la realtà regionale da un punto di vista socio economico, partendo dal mercato del lavoro. L'analisi del mercato del lavoro porta segnali poco incoraggianti per la popolazione. Infatti la Regione mostra insufficiente capacità di assorbire manodopera e offrire impieghi lavorativi per i residenti, colpa anche del rallentamento dell'economia reale che negli scorsi anni ha caratterizzato il nostro paese. In sintesi, vengono riportati di seguito dati riguardanti i tre fattori di studio principali per quanto riguarda il mercato del lavoro regionale:

- il tasso di occupazione (persone occupate di età tra i 15 ed i 64 anni, calcolate come percentuale della popolazione economicamente attiva) della componente maschile è pari al 40,5 % (contro una media nazionale del 44,5%) e risulta molto più alto rispetto al tasso di occupazione della componente femminile che è pari al 25% (contro una media nazionale del 30%).
- il tasso di disoccupazione della componente maschile è pari al 47 % (contro una media nazionale del 50,2%) e risulta molto più alto rispetto al tasso di disoccupazione della componente femminile che è pari al 30% (contro una media nazionale del 34,5%). Anche in questo caso va inoltre sottolineato che sia il tasso di occupazione che di disoccupazione si mantengono leggermente più bassi del dato nazionale ma restano comunque in linea rispetto a quanto rilevato su scala nazionale nelle macroregioni Centro e Sud;
- il tasso di inattività della componente maschile è pari al 53 % (contro una media nazionale del 49,7%) e risulta molto più basso rispetto al tasso di inattività della componente femminile che è pari al 71% (contro una media nazionale del 65,4%).⁷⁴

Segnali poco incoraggianti dal punto di vista economico riportano rilevanti conseguenze dal punto di vista sanitario in quanto implicano una relativa capacità di spesa dei cittadini (anche in ambito sanitario). Infatti, nel capitolo precedente, sono stati esposti i dati riguardanti l'impoverimento delle famiglie a causa della spesa sanitaria e la conseguente rinuncia alle cure da parte delle stesse. In aggiunta a queste considerazioni riveste un'implicazione ulteriore il "caso del mezzogiorno", presente in questo settore maggiormente che in altri. Di conseguenza, l'amministrazione locale è spinta a focalizzare la propria attività sul garantire l'accesso ai servizi sanitari universale e a basso costo per i cittadini tramite un sistema efficiente ed efficace che riduca la necessità di rivolgersi a strutture private, convenzionate e non, quando la disponibilità di posti letto o di servizi di assistenza in generale è limitata e i tempi di attesa sono spropositati. Come detto nel Capitolo precedente,

⁷⁴ Regione Molise (2018) Investimenti sanità 2018

universalità di accesso non significa necessariamente accesso gratuito alle cure. Tuttavia, proprio per questo l'efficienza di gestione operativa e di finanziamento gioca un ruolo centrale in quanto unica componente in gioco a riuscire a influenzare e rendere sostenibile il prezzo sostenuto dai cittadini tramite un'allocazione di risorse efficiente.⁷⁵

3.2. La situazione debitoria pregressa

La riforma sanitaria del sistema si pone l'obiettivo di riformare il Servizio Sanitario Regionale. L'esigenza di attuazione della stessa nasce da una precaria gestione avvenuta fino al 2014, anno precedente alla partenza del Piano Operativo Straordinario 2015-2018. Il SSR registrava, come vedremo più dettagliatamente in seguito, una costante crescita dell'indebitamento e deficit di bilancio alla chiusura di ogni esercizio finanziario. Infatti, il Molise fu sottoposto alla procedura prevista dai piani di rientro a partire dal 2007; tuttavia, il non registrare miglioramenti ha visto la Regione essere commissariata sotto l'allora presidente della giunta e perdere la piena autonomia decisionale in materia, dovendo da quel momento considerare il Tavolo Tecnico per ottenere l'approvazione delle proprie misure di risanamento. Quindi, l'analisi dello scenario attuale non può che partire dall'analisi dei bilanci e rendiconti finanziari degli anni precedenti, al fine di evidenziare la serie di problematiche registrate e la precaria condizione economica e finanziaria che non ha permesso al sistema regionale di progredire e migliorare la qualità dei propri servizi, come auspicabile in tempo di innovazione tecnologica. In aggiunta all'analisi della situazione finanziaria verranno presi in considerazione esempi di inefficienza allocativa basandosi su dati riguardanti i presidi ospedalieri oggetto di ristrutturazione tramite ridimensionamento e presidi territoriali non funzionanti che saranno oggetto di potenziamento con la riforma. Una volta definita la situazione precedente sarà più facile comprendere le ragioni di base del POS 2015-2018, i cui obiettivi e modalità di raggiungimento degli stessi diventeranno condivisibili.

3.2.1. Situazione Finanziaria pregressa

I dati economico-finanziari di seguito riportati fanno riferimento alla situazione pregressa al Piano Operativo Straordinario 2015-2018, quindi all'anno 2014 e precedenti. La situazione debitoria totale viene scorporata in due componenti distinte:

⁷⁵Commissioni Europea, EURES, Il Portale Europeo Della Mobilità Professionale (2017), Molise – Informazioni sul mercato del lavoro

1. Disavanzo pregresso anni 2014 e precedenti;
2. Crediti verso bilancio regionale, per mancato trasferimento delle risorse.

Come riportato a pagina successiva, il disavanzo cumulato registrato è pari a 401 milioni di euro, di cui 237 milioni di euro di disavanzo pregresso e 164 milioni di euro di Crediti verso il Bilancio Regionale, per mancato trasferimento delle risorse.

VOCI		IMPORTI
Risultato di gestione da CE (al netto voce AA0080)		-€ 60.027,000
Totale disavanzo	A	-€ 60.027,000
Coperture		
Stima gettito da aumento delle aliquote Irap e add. Irpef sui livelli massimi -anno imposta 2015	B	€ 20.350,000
Rideterminazione stima gettito Irap - anno imposta 2015 a seguito effetto legge di stabilità 2015	C	-€ 2.768,000
Ulteriore rideterminazione stima gettito Irap - anno imposta 2015 a seguito effetto legge di stabilità 2015	D	€ 1.547,000
Riattribuzione gettito ex art. 8, co. 13-duodecies, DI 78/2015	E	€ 2.156,000
Totale coperture	F=B+C+D+E	€ 21.285,000
Risultato di gestione 2014	G=A+F	-€ 38.742,000
Disavanzi pregressi		
Perdita 2012 e precedenti non coperta	H	-€ 182.806,000
Perdita 2013 non coperta	I	-€ 70.413,000
Accesso Fondi FAS	L	€ 55.000,000
Disavanzo pregresso rideterminato	M=G+H+I+L	-€ 236.961,000

Questi dati sono frutto dell'attenta analisi della Regione Molise e sono stati prodotti al fine di ottenere un quadro generale della situazione e utilizzati di modo da prendere delle decisioni ponderate in merito, vista l'importanza della questione e del prendere decisioni ponderate in merito. Il Consuntivo 2014 presenta un disavanzo di €/mln 60,027. Dopo il conferimento delle aliquote fiscali relative all'anno d'imposta 2015 nei termini preordinati dal Piano di rientro, come

rideterminate dal competente Dipartimento delle finanze in conseguenza di quanto previsto dalla legge di stabilità per l'anno 2015 in relazione al minor gettito Irap, e al netto di 2 mln di euro destinati al rimborso della rata del mutuo per il pagamento dei debiti al 31.12.2005, residua un disavanzo non coperto di €/mln 38,742. Considerando le perdite 2013 e anni precedenti non coperte, scontando le risorse rinvenienti dai fondi FAS e funzionali alla copertura dei disavanzi a tutto l'anno 2009, la perdita complessiva cui dare copertura è pari a 236,961 milioni di euro. Nonostante il miglioramento dell'indebitamento dell'anno 2014, avvenuto dall'anno 2015 e percettibile una volta presa visione del Bilancio Consuntivo 2014 riordinato tramite le direttive del Piano di Rientro, l'ingente (viste le dimensioni della Regione in questione) ammontare dell'indebitamento è da riferire agli esercizi finanziari precedenti, facendo così emergere un problema strutturale e di gestione di lunghissima durata che rende sempre più difficile l'intervento tramite misure di aggiustamento di breve periodo e necessario un intervento che miri a risultati di medio lungo termine come quelli previsti nel POS 2015-2018. I crediti verso il Bilancio regionale sono stati determinati come rappresentato a pagina successiva:

CREDITI VERSO REGIONE AL 31.12.2014 (importi in €/mln)		
Descrizione		Importi
Crediti verso Bilancio Regionale	A	288.104
Ripristino Fondo di dotazione ASReM	B	-84.473
Rideterminazione crediti verso bilancio regionale	C=A+B	203.631
Debito GSA vs Regione	D	-39.374
Credito GSA vs Regione per anticipazione pagamenti	E	0,234
Rideterminazione credito vs Regione	F=C+D+E	164.491

I crediti verso il Bilancio regionale iscritti nello stato patrimoniale al 31.12.2014 sono pari a €/mln 288,104. Al fine di tener conto dell'importo di €/mln 84,473 riferito al ripristino del fondo di dotazione ASReM, già inglobato nell'importo di €/mln 182,806 riferito alle perdite pregresse prive di copertura, il valore del credito al 31.12.2014 è pari a €/mln 203,631 (288,104-84,473). A tale valore si sottrae il debito verso regione per €/mln 39,374 della GSA e relativo alle risorse anticipate dalla regione alla GSA stessa; si aggiunge l'importo delle immobilizzazioni finanziarie per €/mln 0,234 relativi ai crediti della GSA verso regione per anticipazioni di pagamenti. Il valore così

rideterminato dei crediti verso Regione al 31.12.2014 è pari a €/mln 164,491(288,104-84,473-39,374+0,234).

All'interno della voce "Crediti vs Bilancio regionale" tra le altre è compresa la voce ABA430 "Crediti vs Regione per Risorse aggiuntive LEA", pari a €/mln 36,8, riconducibile alla fiscalità 2013 e 2014 e rilevata nello Stato Patrimoniale al 31.12.2014. Con riferimento alla voce sopra richiamata, nel corso dell'anno 2015 la Regione ha trasferito alla GSA quota parte delle risorse della fiscalità. Nello specifico, nell'anno 2015 la Regione, con il DD n.81 del 14/05/2015, ha trasferito alla GSA (Gestione Sanitaria Accentrata) risorse fiscali 2014 e ante pari a 15 milioni di euro. Di tali risorse, la GSA ha trasferito all'ASReM 10 milioni di euro a titolo di copertura delle perdite pregresse.⁷⁶ Di conseguenza, è evidente come fosse al tempo necessario un puntuale intervento per la ristrutturazione finanziaria del sistema nella sua totalità. Al debito precedentemente riportato va affiancato l'ammontare di debito presente nei confronti delle strutture private accreditate. A pagina seguente la definizione del quadro debitorio verso le strutture private accreditate, ambito oggetto di una forte discussione e critica, vista la durata media dei pagamenti verso i fornitori considerevole, in quanto attestata intorno ai 900 giorni.

⁷⁶ Regione Molise (2018), Piano Operativo Straordinario 15-18, paragrafo 1.2.1 "situazione debitoria pregressa al 31.12.2014", pagina 16

3.2.1.2. Situazione debitoria verso le Strutture private accreditate

Alla data del 31.12.2014, come rilevato nelle apposite voci dello Stato Patrimoniale del Bilancio della GSA e del modello SP inserito a NSIS (voce PDA280 D.VII Debiti V/Fornitori), il debito verso fornitori privati è pari a 99.611 migliaia di euro. All'interno della voce è presente il debito nei confronti delle due Strutture private a gestione diretta: Fondazione Giovanni Paolo II e IRCCS Neuromed. Nello specifico il debito nei confronti delle due Strutture è pari a 92.866 migliaia di euro. Il debito è suddiviso negli anni e per Struttura come rappresentato nella tabella di seguito riportata.

DEBITO VS NEUROMED E FGPII AL 31/12/2014 (IMPORTI IN €/MGL)			
	FGPII	NEUROMED	TOTALE
	A	B	C=A+B
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	39.494	35.621	75.115
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E RIMOBORSO FARMACI	4.859	12.891	17.751
TOTALE DEBITO	44.353	48.512	92.866

Nella seguente tabella si rappresenta la composizione del Fondo per entrambe le Strutture private. In merito alle prestazioni extra budget e alle altre prestazioni non riconosciute dalla Regione, le due Strutture Private hanno attivato negli anni dei contenziosi. In ragione delle pretese avanzate, ed a seguito delle valutazioni effettuate dai competenti uffici regionali, la GSA prudenzialmente negli anni ha costituito un apposito Fondo connesso al rischio di soccombenza. Alla data del 31.12.2014, come rappresentato nelle apposite voci dello Stato patrimoniale del Bilancio della GSA e del modello SP (voce PBA040), il Fondo costituito è pari a 33.014 migliaia di euro. Con riferimento alla Struttura Fondazione G. P. II, l'esposizione debitoria e il Fondo rischi comprendono anche i valori dell'Ex Struttura dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. In merito alla situazione debitoria presente con i suddetti istituti privati, è bene riportare le prime misure di ristrutturazione del debito adottate grazie al POS 15-18. Relativamente alle prestazioni sanitarie erogate dalle due Strutture private, per le annualità 2014 e pregresse, la Regione ha avviato un confronto con le stesse finalizzato al riconoscimento dei saldi. A seguito di tale confronto e successivamente alla sottoscrizione dei contratti per l'erogazione delle prestazioni per l'anno 2015, l'Amministrazione Regionale ha proceduto alla determinazione dei saldi spettanti alle strutture per l'attività sanitaria erogata dalle stesse per le pregresse annualità. In particolare l'ammontare riconosciuto alla Fondazione di Ricerca

e Cura Giovanni Paolo II per gli anni 2012- 2014 è pari a 12.240 migliaia di euro (nota n. 140763 del 14.12.2015), mentre al Centro di Ricerca dell'Università Cattolica del Sacro Cuore è stato riconosciuto il saldo spettante negli anni 2011 e ante per un importo complessivo pari a 26.074 migliaia di euro (nota n. 145668 del 24.12.2015).

Con riferimento all'attività sanitaria erogata dall'IRCCS Neuromed la determinazione del saldo per gli anni 2014 e ante, effettuata dalla competente struttura Regionale, è stata pari a 46.033 migliaia di euro (nota n. 24192/2016 del 03.03.2016). La determinazione dei saldi relativi alle annualità 2014 e ante hanno tenuto conto dei crediti vantati dalle strutture già oggetto di contenziosi in sede amministrativa e civili. Le Strutture sanitarie in argomento hanno comunicato la volontà di rinuncia ai contenziosi allo stato pendente. Nello specifico la Fondazione G.P. II ha comunicato la propria rinuncia al contenzioso con nota protocollo n. 140771 del 14.12.2015, il Centro di Ricerca dell'Università Cattolica del Sacro Cuore con nota n. 2236/2016 del 11.01.2016 e l'IRCCS Neuromed con nota protocollo n. 25308 del 07.03.2016.

3.2.2. Quadro operativo pregresso: la verifica dell'inadeguatezza e inappropriatazza dei ricoveri

Precedentemente sono stati esposti i dati riguardanti il debito pregresso accumulato negli anni 2014 e ante. Naturalmente, il debito è un aggregato patrimoniale composto dalla sommatoria di vari saldi registrati negli anni, tra cui il risultato operativo dei singoli esercizi assume rilevanza centrale. Tutto ciò è dovuto all'assenza di una programmazione di lungo termine, la cui importanza è stata già esposta nel precedente capitolo, che ha portato la Regione ad essere commissariata. Nonostante il commissariamento, i vari tavoli tecnici prima dell'insediamento della nuova giunta regionale continuavano a riscontrare l'inefficacia della programmazione, tanto da non approvare le bozze di P.O. 2013-2015 sebbene la Regione fosse assoggettata ai Piani di Rientro da ormai 7 anni. In merito, il Ministero della Salute si è espresso in questi termini:

"I Tavoli hanno valutato negativamente la bozza di Programma Operativo 2013-2015 in quanto non idoneo alla risoluzione delle criticità presenti nella gestione del Servizio Sanitario della Regione.

Le principali criticità sono così sintetizzabili:

- Mancato recepimento di quanto già segnalato nelle precedenti riunioni di verifica sulle bozze di P.O. 2013-2015 inviate;
- Documento incompleto e mancante di elementi necessari per definire le manovre regionali e poter valutare gli scenari tendenziali;

- Non chiara individuazione della rete ospedaliera con particolare riferimento alle intenzioni di integrazione del Presidio Ospedaliero Cardarelli con la Fondazione Giovanni Paolo II e all'articolazione delle strutture pubbliche e private;
- Persistenza di inadeguatezze nel campo dell'assistenza territoriale (scarso utilizzo degli strumenti di valutazione per l'inserimento dei pazienti in ambito residenziale e semiresidenziale; insufficiente e frammentaria offerta per pazienti non autosufficienti).
- Mancata presenza di previsione di atti programmatori assistenziali importanti (quali le reti delle patologie complesse e dei percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie croniche);
- Mancanza di metodologie che consentano di definire correttamente il fabbisogno di prestazioni sanitarie e di conseguenza consentano di procedere con l'accreditamento definitivo delle strutture sanitarie;

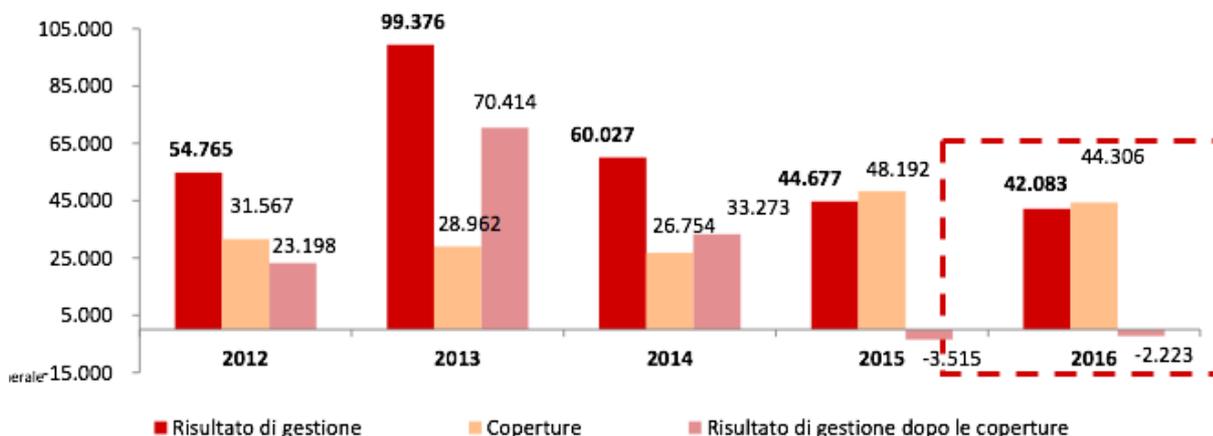
[...] Alla luce di tale criticità, i Tavoli hanno sottolineato che il Programma Operativo 2013-2015 dovrà contenere manovre in grado di recuperare, strutturalmente, il grave disavanzo accumulato. Inoltre hanno evidenziato che il disavanzo sanitario regionale, nel periodo 2007-2013, non ha visto una contrazione ma, al contrario, un peggioramento quale esito di un estremo ritardo nell'attuazione delle azioni di risanamento contenute nel Piano di Rientro. A ciò si aggiungono numerose criticità nella gestione del corrente quali il ritardo con cui l'attuale Commissario sta procedendo all'attuazione del mandato attribuitogli dal Consiglio dei Ministri, relativamente alla rimozione dei provvedimenti non coerenti con il Piano di Rientro, la mancata attuazione degli impegni assunti dallo stesso Presidente/Commissario, come, ad esempio, la nomina del vertice dell'azienda sanitaria regionale ed la continua messa in discussione del ruolo del sub commissario governativo. In virtù delle criticità riscontrate e dei rilevanti ritardi accumulati, i Tavoli hanno valutato la sussistenza dei presupposti per l'attivazione della procedura di cui all'articolo 2, comma 84, della legge 191/2009. I Tavoli hanno ritenuto di segnalare, sulla base delle evidenze emerse nei 7 anni di vigenza del Piano di rientro, con riferimento anche alla concreta gestione operata dai soggetti di volta in volta designati quali responsabili effettivi dell'attuazione del Piano di rientro, che la Regione Molise abbia ormai consolidato una rete di offerta assistenziale inefficiente e sovradimensionata per alcuni aspetti, quali ad esempio il settore ospedaliero, rispetto alle reali esigenze espresse dalla popolazione nelle sue componenti di struttura e di dimensione. Tenuto

conto del fatto che anche la gestione corrente contribuisce ad aggravare una situazione già compromessa, i Tavoli ritengono non più procrastinabile una riprogettazione del SSR.”⁷⁷

Tra i tanti spunti che questa riunione ha offerto, in evidenza l’ultima parte in cui viene sottolineata la necessità di una programmazione più completa e il sovradimensionamento del settore ospedaliero rispetto alle esigenze e ai bisogni propri della popolazione. Sono proprio questi punti, tra i tanti, che il POS 15-18 mira a definire e riformare, e proprio per questo è stato fortemente apprezzato dal tavolo tecnico.

All’interno del settore si è registrato un costante saldo negativo del risultato di gestione della sanità negli anni pregressi. Infatti, negli anni 2012, 2013 e 2014 i risultati di gestione conseguiti sono stati pari a € -54.765, € -99.376 e € -60.027. Durante questi tre anni, l’ammontare delle coperture è risultato sempre minore rispetto all’ammontare del risultato di gestione. A seguito della riforma, invece, la Regione ha conseguito l’equilibrio economico finanziario negli anni 2015 e 2016 tramite l’accesso a ulteriori coperture che hanno visto il saldo gestionale raggiungere + €3.515 nel 2015 e + €2.223.

ANDAMENTO RISULTATO GESTIONE 2012-2016 €/mgI



In generale, si può affermare che il sovradimensionamento del servizio è la causa naturale della non appropriatezza dei ricoveri da parte del settore ospedaliero. La non appropriatezza indica la fornitura di servizi sanitario-assistenziali in situazioni di non necessità da parte dei soggetti, quindi

⁷⁷ Molise: riunione congiunta del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, Ministero della Salute

quando questi ultimi vengono ricoverati quando basterebbe una cura fornita dai pronto soccorso. Naturalmente, l'inappropriatezza crea una diminuzione dei posti letto disponibili e un'allocazione di risorse, in termini di beni e personale, non ottimale in quanto non concentrata su soggetti maggiormente meritevoli di assistenza. Di conseguenza, il sovradimensionamento crea inefficienza dal punto di vista economico. Quindi, l'attività della rete di emergenza ospedaliera, intesa come ramificazione dei presidi ospedalieri nel territorio tramite l'attività di presidi territoriali, diventa fondamentale per evitare i ricoveri inappropriati che risultano, nel 2012 e in percentuale degli accessi a PS, pari al 28,3%. La percentuale in questione risulta pari a quasi il doppio della percentuale media nazionale. Nel 2016, a seguito dei primi interventi della riforma, la percentuale risulta pari al 19,2% e converge verso gli standard nazionali. Un ulteriore dato a testimonianza delle difficoltà incontrate è il punteggio sulla Griglia LEA conseguito dalla Regione, pari a 146 nel 2012 e 140 nel 2013. A fronte di questi punteggi, vedremo come la Regione sia intervenuta apportando un considerevole miglioramento totalizzando un punteggio tra il 156 e il 160 nel 2016 e superiore al 160 nel 2017. L'insieme di queste questioni ha portato la Regione ad essere esclusa dalla ripartizione dei fondi premiali per una durata di tempo considerevole negli anni 2014 e ante. Infatti, essendo stata definita inadempiente da parte dei Ministeri affiancati (dell'Economia e della Salute) dal 2006 al 2013 la Regione non ha beneficiato delle risorse pari a 121 milioni di euro, cifra dall'ammontare considerevole visto la dimensione del settore della Regione in questione. Inoltre, il disavanzo creato negli ultimi anni ha portato all'imposizione da parte del Tavolo Tecnico del blocco delle assunzioni di personale a partire dal 2012, che ha rappresentato uno dei maggiori problemi operativi della realtà regionale. Infatti, avendo registrato negli anni 2014 e precedenti un disavanzo pari al 10% delle risorse assegnate, si è verificato il mancato rinnovo dei contratti al personale sanitario precario dovuto all'assenza dei requisiti previsti dal dl 101/2013. È così che il SSR ha sofferto in relazione di copertura della fornitura del servizio sanitario alla comunità, non potendosi avvalere delle professionalità necessarie a garantire ai molisani un servizio efficiente e di qualità⁷⁸. Tuttavia, la Regione è riuscita a risanare la propria situazione economico finanziaria, così da potersi permettere la presentazione di un bando di assunzione a tempo indeterminato per 900 unità di personale ospedaliero tra il 2017 e il 2018, pari all'1% della forza lavoro presente nella Regione. L'operazione rappresenta una svolta per il Servizio Sanitario Regionale e rappresenta l'emblema del superamento di un periodo buio per la sanità molisana.

⁷⁸ Regione Molise (2018), Piano Operativo Straordinario 15-18, pagina 16

In sintesi, è evidente come l'inefficienza del sistema fosse connessa a un insieme di problematiche riscontrate per un periodo di tempo considerevole, e come il costante indebitamento abbia macchiato la funzionalità del sistema per un lungo periodo. Ancora una volta, è evidente come la programmazione di medio lungo periodo sia fondamentale per garantire l'efficienza e l'efficacia del servizio ai cittadini. Quando la detta programmazione viene a mancare, le situazioni di stallo conseguenti comportano inefficienze non solo nell'immediato, ma anche nel futuro prossimo. È proprio per questo che lo stesso Ministero della Salute, attraverso la verifica del Tavolo Tecnico, definiva una riforma del Servizio Sanitario Regionale non procrastinabile.

3.3 La riforma Sanitaria

La riforma sanitaria molisana si pone l'obiettivo di ridurre il debito esistente per due diverse ragioni:

- La prima, di carattere puramente economico, ritiene che la sostenibilità di un settore pubblico passi dal risanamento dei conti; opinione, tra l'altro, largamente condivisibile quando si parla di settori pubblici a gestione statale, dove la redditività strettamente finanziaria viene messa in secondo piano rispetto alla fornitura completa dei servizi.⁷⁹
- La seconda motivazione trova fondamento nella natura dei Piano di Rientro varati dal Ministero della Salute, che obbligano la Regione a un reintegro del debito tramite misure predisposte ad hoc.

3.3.1. La rideterminazione della situazione debitoria pregressa

In questo senso la Regione Molise, sotto la giunta del nuovo Presidente della giunta regionale e commissario ad acta, si è mossa attraverso il POS 15-18. Le modalità di copertura del debito adottate consistono:

- Nell'accesso all'anticipazione di liquidità pari a 257 milioni di euro;
- Nell'accesso al Fondo art. 604 Legge di stabilità 190/2014 pari a 40 milioni di euro.

La componente di maggior rilievo consiste nell'anticipazione di liquidità, in quanto la seconda adottata è minore in valore assoluto e non comporta il pagamento di una componente di interesse a differenza della prima. Guardando nel profondo l'operazione di indebitamento, a seguito dell'Istruttoria congiunta della Regione con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, con Decreto n.1 del 8 febbraio 2016 del Commissario Straordinario ad acta per l'attuazione del DL 66/2014, la Regione ha avuto eccesso all'anticipazione di liquidità. Nello specifico il Decreto stabilisce che:

– la Regione Molise ha avuto accesso all'anticipazione di liquidità ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3 comma 1 del D.L. n°35/2013 convertito con modificazioni dalla Legge 6 giugno 2013, n°64 e s.m.i. e successivi rifinanziamenti e ne garantisce il rimborso, comprensivo di interessi nella misura di cui al medesimo decreto-legge n. 35 del 2013 come indicata dal Ministero dell'economia e delle finanze, mediante l'utilizzo di appositi capitoli che saranno dotati della necessaria disponibilità per l'intera durata del rimborso stesso;

⁷⁹ In altri settori, specialmente privati, la presenza di indebitamento può essere giustificata dall'aumento conseguente del ROE.

- Il rimborso annuale dell’anticipazione di liquidità è stato fissato in un periodo pari a 30 anni, con un piano di ammortamento a rate costanti e pagamento della prima rata a decorrere dall’anno 2017.
- al fine di garantire la copertura della rata di ammortamento dell’anticipazione di liquidità di cui al comma 1 è vincolata, a decorrere dall’esercizio 2017 e per il periodo di 30 anni, quota parte delle risorse proprie derivanti dagli introiti della Tassa Automobilistica Regionale, in misura pari a € 6.271.901,02, da destinare al rimborso al Ministero dell’Economia e delle Finanze della rata (somma di quota capitale e di quota interessi) di ammortamento dell’anticipazione;
- viene istituito nel Bilancio di previsione 2016 e pluriennale 2016-2018 un nuovo capitolo di entrata vincolato denominato “Quota della tassa automobilistica vincolata al pagamento del mutuo sanità – D.lgs. n. 35/2013 e ss.mm.ii e legge 23 giugno 2014 n. 89 con uno stanziamento pari a € 6.271.901,02;
- ai fini delle rilevazioni contabili dell’anticipazione di liquidità la Regione osserva le disposizioni di cui all’articolo 1, commi 692 e ss. Della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di stabilità per il 2016);
- è adottato il Piano dei Pagamenti dei debiti cumulati fino al 31 dicembre 2012, di cui quota parte è stata pagata attingendo a disponibilità di cassa di competenza di esercizi successivi, da doversi ripristinare per i pagamenti di competenza.

In data 16 febbraio 2016, il Tavolo Tecnico, riunitosi per discutere degli adempimenti del DL 66/2014, a fronte del percorso adottato dalla Regione ed a seguito dell’adozione del Decreto del Commissario straordinario di cui sopra, ha riconosciuto l’accesso all’anticipazione di liquidità.

Il Tavolo Tecnico ha, pertanto, riconosciuto positivamente la copertura della rata di ammortamento dell’anticipazione di liquidità per l’importo di 6.271.901 euro a decorrere dal 2017 e per i trent’anni successivi. Sulla base di tale riconoscimento la Regione, con i competenti uffici del MEF, ha avviato l’iter procedurale al fine di poter giungere, in tempi brevi, alla definizione dell’ammontare complessivo dell’anticipazione di liquidità e alla sottoscrizione del contratto. In relazione all’importo della rata di ammortamento ammissibile, la Regione potrà accedere all’accesso all’anticipazione di liquidità per un ammontare pari a circa 170 milioni di euro. Come rilevato dal Tavolo Tecnico del 16 febbraio 2016, è ancora in corso, da parte dei competenti uffici del MEF, l’istruttoria degli ulteriori tagli di spesa dei capitoli del bilancio regionale pari a 3,5 €/mIn, per definire l’ammissibilità degli ulteriori tagli proposti dalla Regione, come copertura per accedere alle risorse residuali dell’accesso all’anticipazione di liquidità del DL 66/2014⁸⁰.

⁸⁰ Regione Molise (2018), Piano Operativo Straordinario 2015-2018.

In relazione alla seconda modalità di copertura, come definito dall'art. 604 della L. 190/2014 (fonte normativa della stessa): "In relazione alla grave situazione economico-finanziaria e sanitaria determinatasi nella regione Molise, al fine di ricondurre la gestione nell'ambito dell'ordinata programmazione sanitaria e finanziaria anche al fine di ricondurre i tempi di pagamento al rispetto della normativa dell'Unione europea, è autorizzata per l'anno 2015 la spesa fino ad un massimo di 40 milioni di euro in favore della regione stessa, subordinatamente alla sottoscrizione dello specifico Accordo tra lo Stato e le regioni concernente l'intervento straordinario per l'emergenza economico-finanziaria del servizio sanitario della regione Molise e per il riassetto della gestione del servizio sanitario regionale". La Regione Molise, successivamente alla sottoscrizione dell'accordo richiamato e in relazione anche all'approvazione del presente Programma Operativo Straordinario 2015-2018, potrà accedere alle risorse di €/mln 40, le quali saranno anch'esse utilizzate per il pagamento del debito pregresso."⁸¹

È evidente come la Regione sia stata in grado di ripianare il debito pregresso in termini temporali definiti accettabili dallo stesso Tavolo Tecnico. In questo modo entrambe le componenti facenti parte del debito pregresso delle quali si è parlato dello scorso paragrafo sono state coperte. Il costo che la Regione dovrà affrontare consisterà 6.271.901 milioni di euro annui, per i quali la fonte di copertura sopracitata risulta certa e durevole nel corso del tempo. Inoltre, anche il periodo di ammortamento del debito stesso è da ritenere vantaggioso in quanto in grado di permettere un rientro sostenibile. Naturalmente, l'incisività della normativa nazionale è indubbia e di notevole efficacia. Continuando il parallelismo tra la situazione pregressa e quella successiva al POS 15-18, l'ultima componente dell'aggregato del debito da considerare è quella nei confronti delle strutture private accreditate. In merito, l'esposizione debitoria totale nei confronti delle due strutture private a gestione diretta risulta pari a 125.880 euro, di cui 92.886 come debito verso erogatori e 33.014 come Fondo rischi in relazione ai contenziosi precedentemente avviati. Tuttavia, nel dicembre del 2015 i due istituti stipulavano i contratti per l'erogazione delle prestazioni ospedaliere e di specialistica per l'anno in questione, risultati coerenti con i tetti di spesa previsti dal DCA 79/2015 e prevedono il budget per le due tipologie di prestazione. Contemporaneamente alla sottoscrizione di un nuovo contratto, la Regione ha avviato delle verifiche per la definizione delle prestazioni erogate precedentemente il cui pagamento non era stato mai corrisposto. Di conseguenza, l'Amministrazione Regionale ha proceduto alla determinazione dei saldi spettanti alle strutture per l'attività sanitaria erogata dalle stesse per le pregresse annualità. In particolare l'ammontare

⁸¹ Art. 604 della L. 190/2014, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana

riconosciuto alla Fondazione di Ricerca e Cura Giovanni Paolo II per gli anni 2012- 2014 è pari a 12.240 euro (nota n. 140763 del 14.12.2015), mentre al Centro di Ricerca dell'Università Cattolica del Sacro Cuore è stato riconosciuto il saldo spettante negli anni 2011 e ante per un importo complessivo pari a 26.074 migliaia (nota n. 145668 del 24.12.2015). Con riferimento all'attività sanitaria erogata dall'IRCCS Neuromed la determinazione del saldo per gli anni 2014 e ante, effettuata dalla competente struttura Regionale, è stata pari ad € 46.033 (nota n. 24192/2016 del 03.03.2016). La determinazione dei saldi relativi alle annualità 2014 e ante hanno tenuto conto dei crediti vantati dalle strutture già oggetto di contenziosi in sede amministrativa e civile. Le Strutture sanitarie in argomento hanno comunicato la volontà di rinuncia ai contenziosi allo stato pendente. Nello specifico la Fondazione G.P. II ha comunicato la propria rinuncia al contenzioso con nota protocollo. n. 140771 del 14.12.2015, il Centro di Ricerca dell'Università Cattolica del Sacro Cuore con nota n. 2236/2016 del 11.01.2016 e l'IRCCS Neuromed con nota protocollo n. 25308 del 07.03.2016.

3.3.1.2. I risultati ottenuti

Considerando la situazione debitoria pregressa al 31.12.2014 e le coperture ad oggi individuate, il debito è rideterminato nella misura pari a 104,113 milioni di euro, come rappresentato dalla tabella seguente.

RIDETERMINAZIONE DELLA SITUAZIONE DEBITORIA PREGRESSA (IMPORTI IN €/MLN)		
Descrizione		importi
Disavanzo pregresso rideterminato	A	-236.961
Credito vs Regione rideterminato	B	-164.491
Totale disavanzo pregresso	C=A+B	-401.452
Accesso anticipazione di liquidità	D	170.000
Residuo voce d	E	87.339
Totale accesso anticipazione di liquidità	F=D+E	257.339
Accesso al fondo art. 604 LS 190/2014	G	40.000
Totale coperture	H=F+G	297.339
Disavanzo non coperto	I=C+H	-104.113

In relazione al disavanzo residuo non coperto al 31.12.2014, nell'anno 2015 sono emersi ulteriori elementi che contribuiscono alla copertura dello stesso. L'applicazione della procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 per l'anno 2014 a valere sull'anno d'imposta 2015

ha determinato l'ulteriore massimizzazione delle aliquote fiscali, Irap e IRPEF, nella misura dello 0,15 e 0,30 punti percentuali e pari a €/mln 9,852. Inoltre, sempre nell'anno 2015, come evidenziato precedentemente, la Regione, a valere sulle risorse 2014 e ante, ha trasferito alla GSA la fiscalità pregressa pari a €/mln 15,000. Infine, la Regione Molise, con riferimento alla situazione debitoria pregressa, ha avviato e concluso con le Strutture private accreditate, Neuromed e Fondazione G. P. II, l'attività di riconoscimento dei saldi debitori 2014 e ante e la contestuale rinuncia da parte delle stesse dei contenziosi in essere. Dagli accordi sottoscritti con le due Strutture private, Neuromed e Fondazione, l'esposizione debitoria complessiva è stata rideterminata in €/mln 84.348, rispetto all'ammontare di €/mln 97.530 con una riduzione dello stesso di €/mln 13.182 e corrispondente alla quota residua del Fondo rischi e oneri della GSA. In relazione alla rinuncia dei contenziosi da parte delle Strutture private accreditate, ed a seguito di specifiche valutazioni, il fondo residuo sarà regolarizzato nel primo bilancio utile della GSA. Nei confronti della Fondazione Giovanni Paolo II, a fronte dei pagamenti a valere sugli anni 2014 e ante, avvenuti nell'anno 2015, l'esposizione debitoria (compresa l'esposizione debitoria verso l'Università Cattolica del Sacro Cuore) fino al 31.12.2014, compreso il Fondo rischi costituito negli anni precedenti, è rideterminata in 59.622 mila euro. Nei confronti della Struttura IRCSS Neuromed, a fronte dei pagamenti a valere sugli anni 2014 e ante, avvenuti nell'anno 2015, l'esposizione debitoria fino al 31.12.2014, compreso il Fondo rischi costituito negli anni precedenti, è rideterminata in 37.909 mila euro. A seguito della sottoscrizione degli atti di cui sopra con le Strutture private accreditate, il debito riconosciuto dalla Regione è pari a 84.348 mila euro. Tale riconoscimento determina un maggior debito rispetto a quello esistente ad oggi di 19.832 mila euro. Al fine di garantire il pagamento dell'ammontare complessivo del debito riconosciuto, la GSA utilizzerà quota parte del fondo rischi costituito e alimentato nel corso degli anni precedenti a copertura di tale maggiore debito. Infine, dall'utilizzo del fondo rischi per il riconoscimento del debito delle due Strutture private, rimane una quota parte dello stesso, residua, pari a 13.182 mila euro. In relazione alla rinuncia dei contenziosi da parte delle Strutture private accreditate, ed a seguito di specifiche valutazioni, il fondo residuo sarà regolarizzato nel primo bilancio utile della GSA.

3.3.2. La ristrutturazione del Servizio Sanitario Regionale

Dopo il risanamento del sistema dal punto di vista economico-finanziario, così come prevede il Piano di Rientro e così come voluto dal Tavolo Tecnico, la riforma si occupa di implementare una riforma atta alla ristrutturazione del Servizio Sanitario Regionale in senso stretto, al fine di raggiungere i seguenti risultati:

- Riqualificazione dell'attività di assistenza regionale riducendo il ricorso all'ospedale;
- Qualificazione e potenziamento delle attività di assistenza territoriale;
- Adeguamento agli standard della rete emergenza-urgenza e ospedaliera;
- Razionalizzazione delle strutture sanitarie e risparmi gestionali;
- Adeguamento delle strutture sanitarie alla normativa e alle norme di sicurezza vigenti;
- Maggiore vivibilità delle strutture ed incremento delle tecnologie.

In particolare, gli obiettivi sopra citati passano dall'attuazione di manovre strutturali in grado di porre il SSR nelle condizioni di raggiungere lo status desiderato il termini di qualità del servizio offerto, quali:

- Integrazione "Cardarelli – Fondazione Giovanni Paolo II";
- Riconversione degli attuali Presidi Ospedalieri di Larino e Venafrò. Gli stabilimenti di Venafrò e Larino saranno oggetto di ristrutturazione per diventare i contenitori di attività territoriali di filtro e di supporto a quella ospedaliera;
- Ristrutturazione e Trasformazione dei poliambulatori esistenti in "Casa della Salute";
- Adeguamento sismico, tecnologico, funzionale e rispetto delle norme di sicurezza dei P.O. di Termoli ed Isernia secondo le esigenze derivanti dalla nuova organizzazione dell'offerta sanitaria.
- Realizzazione di un polo integrato per attività ospedaliere e distrettuali nel comune di Agnone;
- Rinnovo del parco tecnologico mediante l'acquisto di nuove apparecchiature elettromedicali.

Il fabbisogno complessivo per la realizzazione di tutte le opere necessarie per l'attuazione del Programma operativo straordinario 2015-2018, ha un costo stimato in € 105.583.388,59 di cui € 100.304.219,16 a carico dello stato e €5.279.169,43 a carico della Regione stessa. Per ultima sintesi, i fondi erogati saranno utilizzati per raggiungere: la riqualificazione e razionalizzazione della rete ospedaliera tramite la redistribuzione degli spazi all'interno delle strutture a seguito dell'applicazione dei nuovi standard, della chiusura degli ospedali di Venafro e di Larino ed alla progressiva rimodulazione dell'offerta sanitaria; il potenziamento e ammodernamento del parco tecnologico ed informatico al fine di accrescere l'efficienza e l'efficacia delle offerte di prestazioni sanitarie al fine di adeguare la capacità di diagnosi e garantire complete condizioni di sicurezza per il paziente e per gli operatori; il miglioramento dell'umanizzazione e comfort alberghiero creando ambienti con caratteristiche proprie dell'edilizia ed impiantistica sanitaria che assicurino accoglienza e confort; la ristrutturazione ed adeguamento della rete territoriale grazie all'implementazione di un sistema regionale che permetta percorsi di cura integrati ospedale-territorio, nella certezza che la continuità e la prossimità delle cure sono elementi irrinunciabili per poter dare risposte adeguate ai bisogni complessi della popolazione; l'adeguamento alle norme di sicurezza tramite il garantire ai cittadini la piena fruibilità in sicurezza dell'offerta sanitaria attraverso la messa a norma delle strutture sanitarie (antincendio e adeguamento antisismico delle strutture) ed adeguamento dell'impiantistica⁸².

3.3.2.1. La nuova rete ospedaliera: il modello Hub and Spoke

Andando a guardare nel profondo la riforma, merita un'analisi il DCA 47/2017, il decreto del commissario ad acta finalizzato alla costituzione della nuova rete ospedaliera. Infatti, si ritiene che la costituzione della nuova rete ospedaliera sia il punto centrale e quindi di maggiore interesse di tutta la riforma. La necessità di riforma nasce dall'esigenza di ridurre l'inappropriatezza sanitaria e l'inadeguatezza organizzativa. Nel paragrafo "3.2.2. Inefficienze operative pregresse" si è discusso in merito all'impatto che l'alta percentuale di inappropriatezza dei ricoveri (il doppio della media nazionale) del periodo 2014 e ante, ha avuto sull'efficienza operativa del settore tutto. Quest'ultima, negli anni, si è tradotta in una carenza di posti letto per ricoveri appropriati e "meritevoli", carenza di personale nonostante la presenza adeguata in termini teorici dello stesso,

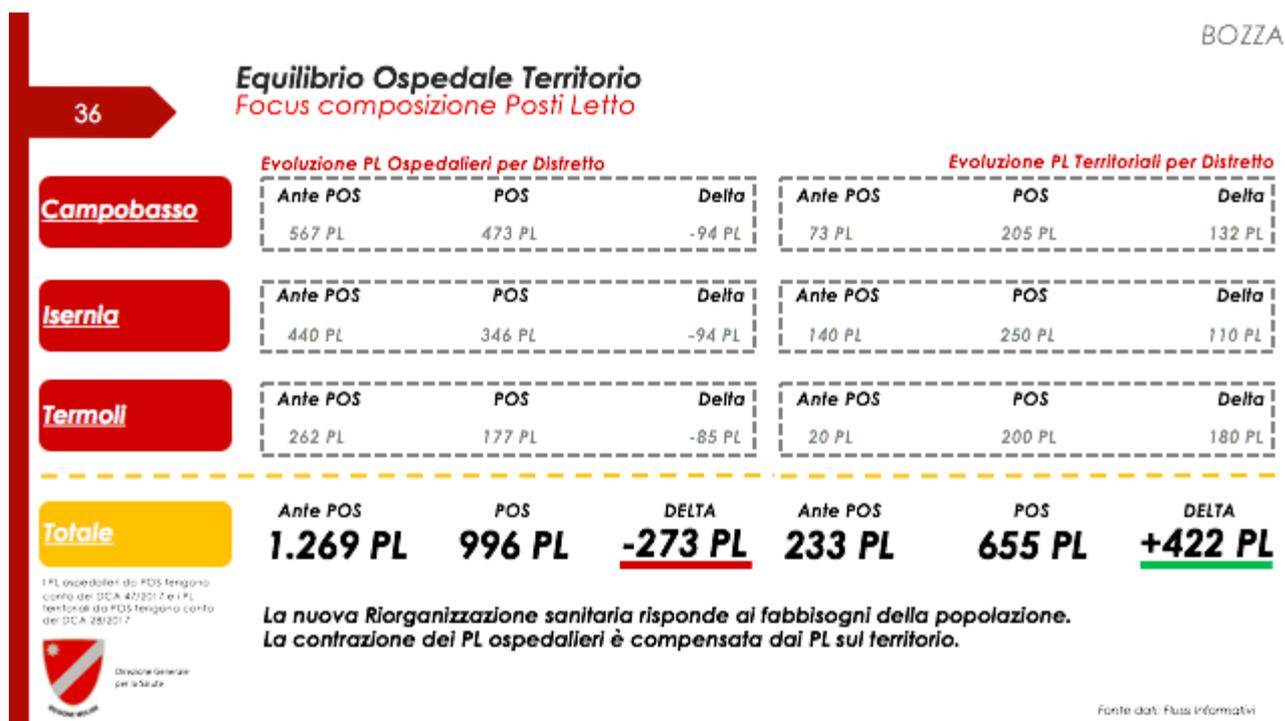
⁸² Regione Molise (2018), Piano degli investimenti 2018.

ingorgo operativo e più in generale mal funzionamento del sistema tutto. Infatti, analizzando i recenti dati riportati nel decreto sopracitato è analizzabile una situazione di questo tipo, tenendo conto:

- della popolazione molisana residente al 1 gennaio 2015 pari a 314.725;
- dell'offerta di posti letto per 1.000 abitanti che alla stessa data risultava pari a 4,03 contro i 3,7 previsti dagli standard nazionali. Di questi 3,29 sono posti letto per acuti e 0,74 per post acuti (per 1.000 abitanti);
- della dotazione di posti letto (RO e DH/DS) di acuzie e post acuzie al 31.12.2015, che risultava pari a n. 1.269 di cui n. 1.100 destinati al regime ordinario e n.159 al regime diurno;
- del fabbisogno di posti letto (RO e DH/DS) di acuzie e post acuzie conforme allo standard ministeriale del 3,7 x 1.000 abitanti è pari a n. 1.164 posti letto, di cui n.944, secondo lo standard di 3,0 x 1.000 abitanti per acuti, e n.220, secondo lo standard ministeriale dello 0,7 x 1.000 abitanti per post acuti.

Le valutazioni operate sui dati sopra indicati hanno messo in evidenza che la Regione Molise, al pari di altre Regioni in Piano di Rientro, ha registrato un eccesso di prestazioni in ambito ospedaliero non coerente con le esigenze della popolazione molisana e, pertanto, si è ritenuto fondamentale programmare interventi volti alla rimodulazione e riqualificazione dell'attività di assistenza regionale riducendo il ricorso all'ospedale e procedendo alla riorganizzazione e al potenziamento (dove necessario) delle attività di assistenza territoriale. Sulla base della metodologia proposta dal documento "Analisi di supporto per la redazione del Programma Operativo Straordinario del Molise – Giugno 2015", redatto dal Ministero della Salute, e dalla conseguente identificazione dei margini di inappropriata e di inadeguatezza dell'offerta assistenziale rispetto alla domanda soddisfatta nel 2013, è stato, pertanto, determinato il fabbisogno regionale di posti letto a carico del SSR e la dotazione complessiva è stata oggetto di una profonda revisione che ha permesso di determinare con esattezza il fabbisogno assistenziale per singola disciplina. La nuova dotazione di posti letto della Regione Molise è stata determinata entro i limiti fissati dal DM 70/2015, pur tenendo conto delle necessità di ciascun bacino regionale nonché della peculiarità ed eccellenze delle singole strutture, per cui, i posti letto programmati, per singola struttura e per singolo reparto, per la componente sia pubblica che privata, risultano essere in piena coerenza con le disposizioni vigenti. Il POS 15-18, utilizzando i criteri che permettano di ridurre l'inappropriata sanitaria e l'inadeguatezza organizzativa, ha rimodulato la dotazione complessiva di posti letto per l'assistenza ospedaliera in

n.980 posti letto (n.3,11 per 1.000 abitanti) determinando una configurazione tale da risultare perfettamente equilibrata tra le esigenze della popolazione regionale, inclusa la mobilità attiva, e la necessità di recuperare efficienza ed efficacia⁸³. Tuttavia, per capire a fondo il POS 15-18 non bisogna soffermarsi sulla riduzione dei posti letto appena presentata. Infatti, seppur la nuova dotazione di posti letto risulta in linea con gli standard nazionali, la Regione Molise ha intrapreso un piano che tende ad aumentare i posti letto nella loro totalità. Infatti, la riduzione dei posti letto riguarda il solo e unico ambito ospedaliero, definito sovradimensionato dal Ministero della Salute e in questo modo reso compatibile e sostenibile. Tutto ciò per sottolineare che la Regione ha aumentato sensibilmente la dotazione di posti letto in totale dotando le strutture territoriali, quindi tutte le restanti strutture in grado di erogare servizi sanitari ad eccezioni di ospedali, di ulteriori 422 posti letto. Il grafico successivo riporta questo punto, focale per comprendere la politica del POS 15-18.



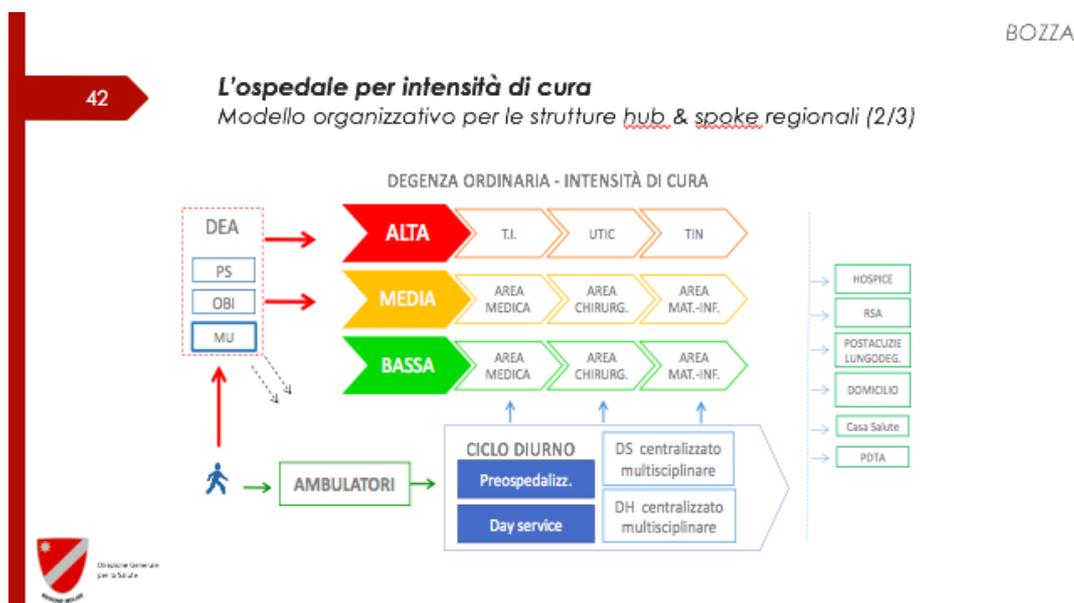
84

La dotazione di un numero maggiore di posti letto per i presidi territoriali non è una scelta casuale. La Regione Molise, infatti, ha deciso di adottare un modello di struttura ospedaliera “Hub and Spoke”. Negli anni precedenti al 2014, sia i Tavoli Tecnici che la nuova giunta regionale avevano riscontrato una esagerata centralizzazione dei servizi in capo ai 3 presidi ospedalieri di maggior

⁸³DCA 47/2015

⁸⁴I dati presenti nel grafico sono stati forniti dal direttore generale della salute del Molise.

rilevanza, il P.O. Cardarelli di Campobasso, il P.O. Venezia di Isernia e il P.O. San Timoteo di Termoli. Così, durante la riorganizzazione della rete ospedaliera si è tenuto conto di non dover applicare tagli lineari, ma una riduzione di spesa che potesse esaltare l'efficienza di gestione e che potesse avvicinarsi il più possibile ai reali bisogni dei cittadini. Per reali bisogni dei cittadini, si intende il fatto che la popolazione sia caratterizzata da una densità di popolazione bassa e dispersa per tutto il territorio e che, aggiunta a una viabilità non delle migliori nonostante le dimensioni della Regione, comporta la necessità di fare in modo che l'erogazione dei servizi territoriali presidi tutto il territorio tramite una ramificazione di poliambulatori, case di cura, pronti soccorso e ospedali territoriali (spokes) che parta dai tre presidi ospedalieri che caratterizzano i tre distretti, Termoli, Campobasso e Isernia, e si sparga per tutto il territorio. Il modello organizzativo per le strutture Hub and Spoke si articola per "intensità di cura". Sono due le categorie distinte in funzione di questo parametro: alta intensità e medio – bassa intensità di cura. L'area di ricovero ad alta intensità comprende la Rianimazione, l'UTIC, la Stroke Unit in cui sono assistiti pazienti critici e instabili. La medicina d'Urgenza rientra in questo livello dell'alta intensità nell'ambito del DEA; l'area di ricovero a media – bassa intensità comprende prevalentemente pazienti acuti monospecialistici e pazienti polipatologici, plurispecialistici in condizioni di maggior complessità assistenziale. L'organizzazione delle degenze a medio – bassa intensità per aree omogenee funzionali riguarda essenzialmente area medica, area chirurgica con separazione del percorso dell'urgenza dal percorso di ricovero elettivo (long surgery and weak surgery), area materno infantile, degenze ciclo continuo e ciclo diurno. In aggiunta, la presenza di aree di degenza diurna multidisciplinare comprenderà i servizi di day hospital, day surgery, pre – ospedalizzazione e day service. Di seguito il grafico esplicativo.



In questo modo, il SSR riesce a svolgere la propria attività grazie a una struttura basata su modelli di management moderni e innovativi, che portino il sistema all'efficienza. Quindi, oltre a una riorganizzazione degli Hub, gli Spoke acquistano rilevanza e, tramite il bando di assunzioni di ulteriori 900 unità di personale, disporranno di maggiore personale per la realizzazione della loro attività. I cittadini potranno beneficiare, grazie al nuovo modello, di un servizio sanitario più conforme ai propri bisogni grazie a una assistenza territoriale su misura. Ad esempio, gli ospedali territoriali di comunità di Rosario di Venafro e il Vietri di Larino saranno "contenitori" di più servizi di assistenza territoriale concentrati in un unico edificio. In particolare, il Vietri di Larino sarà dotato di:

- 10 posti letto per la riabilitazione extra ospedaliera intensiva;
- 30 posti letto di riabilitazione extra ospedaliera, di cui 15 per riabilitazione estensiva e 15 per riabilitazione di mantenimento;
- 40 posti letto di RSA;
- 10 posti letto per la cura dell'Alzheimer (centro regionale per la cura e la prevenzione dell'Alzheimer);
- 15 - 20 posti letto gestiti da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai MMG o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN;
- 1 Punto di Primo Intervento che sarà poi sostituito, così come previsto dal DM 70/2015, da una postazione medicalizzata 118.
- attività ambulatoriale anche a carattere chirurgico;
- altri servizi territoriali e socio – sanitari;
- 16 posti letto hospice (già attivi).

In più, il S.S. Rosario di Venafro:

- 20 unità di riabilitazione extra ospedaliera, di cui 10 per riabilitazione estensiva e 10 per riabilitazione di mantenimento;
- 10 posti letto per la cura dell'Alzheimer;
- 40 posti letto di RSA;
- 15 - 20 posti letto gestiti da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai MMG o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN;

- 1 Punto di Primo Intervento che sarà poi sostituito, così come previsto dal DM 70/2015, da una postazione medicalizzata 118;
- attività ambulatoriale anche a carattere chirurgico e altri servizi territoriali e socio sanitari.

Tuttavia, l'insieme delle case della salute ammonterà al termine della realizzazione del programma ammonterà a 13 unità, grazie alla conversione degli attuali ambulatori. I comuni di Agnone, Isernia, Venafro, Larino, S. Croce di Magliano, Frosolone, Bojano, Castelmauro, Campobasso, Montenero di Bisaccia, Termoli, Riccia e Trivento disporranno di una casa della Salute in grado di soddisfare i bisogni della comunità e ovviare ai problemi logistici riguardanti il raggiungimento dei P.O. di ogni distretto. Ulteriori 175 posti letto saranno destinati all'area della disabilità, con l'obiettivo di accogliere in Residenze sanitarie gli anziani e i non autosufficienti. A una riforma dal punto di vista strettamente operativo, si aggiungono politiche di settore complementari e altrettanto significative, definite nel 2015 nel POS.

- Implementazione delle disposizioni del D.lgs. n. 118/2011

La Regione Molise intende continuare e consolidare il percorso già avviato di armonizzazione dei principi contabili e dei criteri di rilevazione per la redazione dei bilanci degli enti del proprio SSR. A tale proposito, entro Aprile 2016 sarà implementato il sistema informativo, per garantire l'integrazione della contabilità economico patrimoniale della Gestione Sanitaria Accentrata con la contabilità economico patrimoniale che la Regione deve attivare per adempiere agli obblighi stabiliti dal Titolo I del D.lgs. 118/2011.

- Attuazione PAC

Al fine di realizzare gli obiettivi indicati nel PAC regionale, il responsabile regionale attiverà un sistema di monitoraggio periodico delle azioni poste in essere dall'ASReM e dalla GSA e dei risultati conseguiti, in relazione alle tempistiche previste dal PAC approvato dalla Regione. L'attività di monitoraggio ha lo scopo di verificare periodicamente, anche attraverso incontri con l'ASReM e verifiche in loco, il grado di attuazione degli obiettivi, il rispetto della tempistica e i risultati ottenuti. Coerentemente con le finalità del percorso verranno predisposte le relazioni di accompagnamento del PAC per la verifica dello stato di avanzamento del Piano.

- Miglioramento flussi informativi

Con la finalità di rendere appropriata l'integrazione e l'elaborazione dell'informazione ai diversi livelli decisionali (erogazione dell'assistenza, gestione, programmazione e governo), la Regione Molise intende avviare un percorso di miglioramento della qualità e della coerenza dei dati dei flussi informativi che ad oggi presentano criticità e attivare in tempi brevi i flussi non ancora implementati.

- Implementazione contabilità analitica

La Regione Molise intende definire un modello di controllo unico che raccolga, elabori, analizzi e monitori i dati contabili e gestionali degli enti del SSR secondo l'articolazione delle strutture organizzative in centri di costo e centri di responsabilità. L'implementazione di tale modello di controllo presuppone omogeneità dei dati e uniformità di procedure amministrativo-contabili e gestionali da cui tali dati sono generati. In tale contesto la Regione ha programmato l'utilizzo della contabilità analitica a supporto del SSR avvalendosi della possibilità offerta dalla normativa vigente con riferimento alla realizzazione di un intervento finalizzato alla raccolta sistematica dei dati necessari per il governo del disavanzo della spesa nel settore sanitario e per monitorare i Livelli Essenziali di Assistenza, in attuazione delle disposizioni recate dall'art. 79 comma 1 sexies della L. n. 133/2008. A tal fine, ha provveduto a definire un progetto volto ad implementare la contabilità analitica, attraverso il ricorso al finanziamento previsto dall'art. 79 comma 1 sexies della L. n. 133/2008. Gli interventi da effettuare in via prioritaria, a partire dal primo trimestre 2016, saranno i seguenti: Individuazione del Piano dei centri di costo e dei centri di responsabilità; Definizione delle procedure di contabilità analitica; Definizione delle procedure di quadratura e di allineamento rispetto al sistema di contabilità generale; Definizione del sistema di reporting.

- Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi

Il programma deve realizzare i seguenti obiettivi: attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (D.L. 95/2012, Legge 190/2014, DL 78/2015). Nell'ambito delle attività di razionalizzazione della spesa di beni e servizi, l'ASReM continuerà l'applicazione dei tagli stabiliti dalla dal D.L. 95/2012 (c.d. Spending Review).

L'art. 15, comma 13, lettera a) della norma prevede che "[...], gli importi e le connesse prestazioni relative a contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi, con esclusione degli acquisti dei farmaci, stipulati da Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale, sono ridotti del 5% a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto per tutta la durata dei contratti medesimi; tale riduzione per la fornitura di dispositivi medici opera fino al 31 dicembre 2012";

L'art. 15, comma 13, alla lettera b), dispone invece che “qualora sulla base dell'attività di rilevazione di cui al presente comma, nonché sulla base delle analisi effettuate dalle Centrali regionali per gli acquisti anche grazie a strumenti di rilevazione dei prezzi unitari corrisposti dalle Aziende Sanitarie per gli acquisti di beni e servizi, emergano differenze significative dei prezzi unitari, le Aziende Sanitarie sono tenute a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti che abbia l'effetto di ricondurre i prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento come sopra individuati, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto. In caso di mancato accordo, entro il termine di 30 giorni dalla trasmissione della proposta, in ordine ai prezzi come sopra proposti, le Aziende Sanitarie hanno il diritto di recedere dal contratto senza alcun onere a carico delle stesse, e ciò in deroga all'articolo 1671 del codice civile. Ai fini della presente lettera per differenze significative dei prezzi si intendono differenze superiori al 20 per cento rispetto al prezzo di riferimento”. L'ASReM già nel 2015 ha avviato una importante attività di contenimento della spesa per beni e servizi attraverso iniziative mirate sia alla verifica dell'appropriatezza dei consumi e dell'erogazione dei servizi sia, ove possibile, alla riduzione dei prezzi⁸⁵⁸⁶.

In aggiunta, nel Piano sono state definite nuove politiche di governo della sanità pubblica e veterinaria, dei dipendenti della rete dell'emergenza e delle reti tempo, della riorganizzazione della rete territoriale, della rete socio sanitaria, del piano finale degli investimenti, della sanità penitenziaria, dell'assistenza farmaceutica e del rapporto con le università.

Sembra chiaro, a questo punto, che il sovradimensionamento del Servizio Sanitario Regionale sia stato contrastato con delle misure apprezzabili in quanto, pur riducendo le dimensioni dei tre presidi ospedalieri e il numero di distretti sanitari presenti (da 7 a 3), ha aumentato il numero dei posti letto disponibili e riorganizzato il Servizio rendendolo capace di governare la domanda attraverso una significativa attività dei presidi territoriali. Questi ultimi, infatti, riusciranno a fornire ai cittadini un servizio accessibile senza troppe complicazioni e tempi di attesa di prima cura, per poi ammettere gli stessi alle cure dei 3 presidi ospedalieri in caso di necessità, quindi appropriatezza. Naturalmente, i risultati delle politiche saranno maggiormente visibile nel futuro prossimo, quando tutte le case di cura saranno ultimate e quando, grazie al risanamento del debito sanitario, sarà di nuovo possibile investire nel settore e rilanciare la sanità molisana in maniera ancora più incisiva da parte delle future amministrazioni. Del resto, è già possibile affermare a oggi che anche il caso della Regione

⁸⁵ Regione Molise (2018), Piano Operativo Straordinario 2015-2018, pagine 24 e seguenti

⁸⁶ Nello specifico, le azioni sono visibili nel POS 15-18, www.regione.molise.it

Molise sia stato in grado di evidenziare la sostenibilità del settore sanitario in termini economici, risultato messo più volte in discussione visti i risultati conseguiti negli ultimi anni dalle varie amministrazioni locali.

CONCLUSIONI

Il Piano Operativo Straordinario 2015-2018, strumento di attuazione della Riforma Sanitaria, è stato analizzato solo dopo aver affrontato temi basilari ma fondamentali, riguardanti la struttura del complesso sanitario. Partendo dal quadro normativo, i riferimenti legislativi in materia hanno dimostrato di essere in grado, ad oggi, di garantire una regolazione efficace del sistema tramite una ripartizione ben definita di competenze tra amministrazione centrale e locale, e fornendo fattispecie normative adeguate a guidare le amministrazioni locali durante la loro attività di gestione. Altrettanto essenziale è stato definire le peculiari caratteristiche del mercato della salute. Le asimmetrie informative, le esternalità negative e gli ulteriori elementi riconducibili ai fallimenti del mercato rendono indispensabile l'intervento dello Stato all'interno del settore sanitario. La teoria positiva e la teoria del benessere teorizzano l'attività statale in termini proprio di intervento tenendo conto, tra gli altri, del principio di equità, di fondamentale importanza visto il settore oggetto di studio. Tra le attività di maggior rilevanza, il finanziamento del sistema e il monitoraggio dello stesso costituiscono due pilastri essenziali per il funzionamento del sistema. In particolare, per quanto riguarda il monitoraggio si è parlato della serie di passaggi che lo stato compie per assicurarsi della corretta gestione della sanità da parte delle Amministrazioni Locali. Nella peggiore delle ipotesi, il monitoraggio si conclude con il Commissariamento del sistema, come successo in Molise, caso di analisi preso in considerazione. Per quanto riguarda il finanziamento, invece, è stato indispensabile lo studio del corso dei finanziamenti del settore avvenuto negli ultimi anni in Italia. I trend registrati hanno fornito le basi per due considerazioni principali. La prima vede il settore sanitario essere definito sostenibile dal punto di vista economico. Questo perché, negli ultimi anni, la maggior parte delle Regioni è stata in grado di fornire le coperture necessarie affinché debito e deficit di bilancio venissero coperti. La seconda considerazione, invece, mette in discussione l'universalismo del Sistema Sanitario Nazionale. Questo perché l'universalismo sanitario presuppone l'universalismo fiscale. Quest'ultimo, però, è messo in discussione dal fenomeno dell'evasione. Di conseguenza, l'adozione di un sistema misto, seppur prevalentemente pubblico, potrebbe garantire maggiore equità nella componente pubblica, finanziata anche attraverso la maggiore spesa sostenuta da chi usufruisce di una copertura assicurativa in grado di fornire un servizio sanitario maggiormente personalizzato per il paziente. Infine, si è passato allo studio del caso del Molise in quanto in grado di fungere da esempio per ripercorrere prima, il commissariamento della sanità regionale come culmine dell'attività di monitoraggio, poi la rifondazione del Servizio Sanitario Regionale nella sua totalità. Nello specifico, si è evidenziato come

l'amministrazione regionale eletta nel 2013 abbia ereditato un sistema in condizioni difficili dal punto di vista finanziario. Infatti, la grande componente di debito e il costante deficit registrati negli anni aveva messo in forte discussione l'efficienza del settore. L'efficienza è principio fondamentale da seguire nella governance di settori pubblici come quello sanitario. Infatti, in quanto operativo grazie alla fiscalità generale, il settore non può prescindere dall'operare con criterio, di modo da evitare una discutibile allocazione di risorse. La ristrutturazione del sistema è passata dal risanamento finanziario prima e dalla riorganizzazione operativa poi. Quest'ultima, in particolar modo, ha visto l'amministrazione intraprendere delle politiche di medio-lungo termine che saranno in grado, secondo le previsioni di bilancio e dei Tavoli Tecnici, di rendere l'offerta sanitaria conforme ai bisogni dei cittadini. Una programmazione di medio – lungo termine è fondamentale per raggiungere i risultati prefissati. Quella molisana, prevede la creazione di un'offerta adeguata rispetto alla domanda della comunità basata sul modello Hub and Spoke. Infatti, ai tre poli (hub) corrispondenti ai tre presidi ospedalieri di maggior dimensioni, saranno affiancati tredici presidi territoriali (spokes) in grado offrire i primi servizi di assistenza, soddisfare le necessità di cure dei cittadini e verificare l'eventuale appropriatezza di un ricovero in uno dei tre poli di maggior rilievo. Il caso Molise, quindi, ha offerto una grande possibilità di osservare l'intervento dello Stato nella gestione sanitaria, mettendo in evidenza le modalità necessarie per contrastare le inefficienze e il fatto che sia necessario intraprendere dei percorsi di medio lungo termine per modificare nel profondo la struttura di un sistema di così ampia portata, in quanto unici in grado di garantire risultati tangibili e duraturi nel corso del tempo.

Bibliografia

- Belelli Andrea, ilFattoQuotidiano.it, 2009, Il Servizio Sanitario Nazionale va poi così male?
- Bosi P (2015), Corso di scienza delle finanze, Il Mulano – Bologna.
- C.R.E.A. sanità (2018), XIII rapporto sanità, Il cambiamento della sanità in Italia tra Transizione e Deriva del sistema.
- Camera dei deputati, XVII Legislatura (2018), Il livello di finanziamento del SSN.
- Camera dei Deputati, XVII Legislatura (2018), Le fonti del finanziamento del SSN.
- Cocomazzi Raffaele, Bald Mountain Literature, 2016, Il Sistema Sanitario Europeo e I modelli organizzativi.
- Commissioni Europea, EURES, Il Portale Europeo Della Mobilità Professionale (2017), Molise – Informazioni sul mercato del lavoro.
- Corti S. (2018), Il concorso tra pubblico e privato nel sistema sanitario: focus normativo e giurisprudenziale – diritto.it.
- Costituzione Italiana, parte I, Titolo II – Rapporti Etico Sociali, articolo 32.
- Echoarte, 2013, Beveridge e Bismarck e le allegre comari del SSN Italiano.
- Elvira Agazio, Paolo Salerno e Domenica Taruscio, Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze, 2018, Servizi socio – sanitari, dalla legge 833/1978 alla devolution.
- Fassari C, (2016), Con la Riforma Costituzionale cosa cambia per la sanità? – Quotidiano Sanità.
- Fassari L. (2017), Scenari. Sempre meno Asl e sempre più grandi. Ecco come sta cambiando il volto della sanità, Quotidiano Sanità.
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.
- ISTAT (2017), Il sistema dei conti della sanità per l'Italia.

- La Falce M.G. (2015), Che fine ha fatto il Piano Sanitario Nazionale?, Sanità 24 – Il Sole 24 ore.
- Libera Università di studi sociali – Luiss “Guido Carli” Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche V. Bachelet, “Libro bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale”.
- Marinò L. (2014), L’azienda pubblica nel quasi mercato, Il management sanitario tra autonomia formale ed opzioni di scelta reali – G. Giappichelli editore.
- Ministero dell’Economia e delle Finanze (2017), Il monitoraggio della spesa sanitaria, pagina 13.
- Ministero della Salute (2012), Il Piano sanitario Nazionale.
- Ministero della Salute (2017), Che cosa sono i LEA.
- Ministero della salute (2018), L’universalità, l’eguaglianza e l’equità di accesso alle prestazioni e ai servizi.
- Ministero della salute (2018), Mattoni SSN – I 15 Mattoni SSN
- Ministero della Salute (2018), Piano, finanziamenti e monitoraggio del SSN.
- Molise: riunione congiunta del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, Ministero della Salute.
- Morea D. (2009), L’intervento pubblico nella sanità: un riesame dei principi, Università di Tor Vergata – Roma.
- Pessina Eugenio Anessi e Longhii Silvia, 2009, saluteinternazionale.info, Beveridge vs Bismarck.
- Regione Molise (2018), Investimenti sanità 2018.
- Regione Molise (2018), Piano Operativo Straordinario 2015-2018.
- Regioni.it (2018), Ripartizione dei fondi per la sanità 2018.

- Rivellini Gianfranco, Sanità24, 2016, Il futuro della Sanità tra l'art. 117 al vaglio del referendum e la “bocciatura” costituzionale della riforma Madia.
- Social Insurance and Allied Services, William Beveridge.
- Tardivo S. Le leggi di riordino del SSN: l’aziendalizzazione, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica – Università degli Studi di Verona.
- Viani A., Tiberio A. (2002), Manuale di legislazione sanitaria.
- Zanardi A. (2014), Il Sistema Sanitario, Università Bocconi.

Sitografia

- ec.europa.eu
- mattoni.salute.gov.it
- www.brocardi.it
- www.camera.it
- www.creasanità.it
- www.diritto.it
- www.francoangeli.it
- www.gazzettaufficiale .it
- www.ilfattoquotidiano.it
- www.ministerodellasalute.it
- www.old.iss.it
- www.quotidianosanita.it
- www.regione.molise.it
- www.regioni.it
- www.rgs.mef.gov.it
- www.salute.gov.it
- www.sanita24.ilsole24ore.com