

**Dipartimento di Impresa e Management  
Cattedra di Scienza delle Finanze**

**SANITÀ, MOBILITÀ ED EFFICIENZA: ANALISI  
DELLE REGIONI TOSCANA ED EMILIA  
ROMAGNA**

**RELATORE**

Prof. Chiara Oldani

**CANDIDATO**

Serena Antogiovanni

Matr. 201061

**ANNO ACCADEMICO 2017/2018**

# Sanità, mobilità ed efficienza: analisi delle Regioni Toscana ed Emilia Romagna

## Indice

<b>1. La sanità regionale: evoluzione del sistema</b> .....	3
1.1. Sanitario Nazionale Dalle società di mutuo soccorso al Sistema.....	3
1.1.1. I modelli precedenti al Sistema Sanitario Nazionale .....	3
1.1.2. La riforma ospedaliera del 1968 .....	4
1.1.3. L’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (1978) .....	4
1.1.4. Le caratteristiche del Sistema Sanitario Nazionale .....	5
1.2. Le riforme degli anni Novanta .....	6
1.2.1. La riforma del 1992-93 .....	6
1.2.2. L’istituzione dei LEA .....	7
1.3. La riforma del titolo V della Costituzione .....	8
1.3.1. I principi guida della riforma .....	9
1.3.2. Gli articoli principali.....	10
1.3.2.1. L’articolo 117 .....	10
1.3.2.2. L’articolo 119 .....	12
1.4. Le implicazioni della riforma in ambito sanitario .....	13
<b>2. Il monitoraggio della spesa sanitaria - l’esempio di Emilia Romagna e Toscana</b> .....	14
2.1. Il finanziamento della sanità.....	14
2.1.1. Le prime innovazioni – Il D.lgs. 56/2000 .....	14
2.1.2. La legge delega 42/2009 .....	15
2.1.3. Il finanziamento delle Asl .....	17
2.1.3.1. I riparti del fabbisogno.....	17
2.2. Il monitoraggio della spesa sanitaria.....	18
2.2.1. Le intese Stato-Regioni .....	18
2.2.2. La modalità di rilevazione dei dati.....	20

2.3.	Presentazione dei conti economici delle due Regioni .....	20
2.3.1.	Analisi del totale dei ricavi netti .....	24
2.3.2.	Analisi del totale dei costi operativi.....	25
2.3.3.	Analisi del totale delle componenti finanziarie e straordinarie	28
2.3.4.	Analisi del margine operativo e del risultato di gestione.....	30
2.4.	Obiettivi e implicazioni dell'analisi di bilancio .....	31
<b>3.</b>	<b>Analisi del saldo di mobilità regionale (2010-2015) .....</b>	<b>33</b>
3.1.	La mobilità sanitaria .....	33
3.1.1.	Le ragioni degli spostamenti .....	33
3.1.2.	Riflessioni e connessioni sociali .....	35
3.1.3.	Modalità di remunerazione.....	35
3.1.4.	Il saldo di mobilità.....	36
3.1.4.	Attendibilità dei dati.....	37
3.2.	La Regione Emilia Romagna.....	38
3.2.1.	Mobilità attiva .....	38
3.2.2.	Mobilità passiva .....	41
3.3.	La Regione Toscana .....	43
3.3.1.	Mobilità attiva.....	43
3.3.2.	Mobilità passiva .....	44
3.4.	La mobilità interregionale di confine .....	45
3.4.1.	Accordo di mobilità interregionale tra Emilia Romagna e Toscana .....	45
3.4.2.	Accordo interregionale per la compensazione della mobilità..	46
<b>4.</b>	<b>Conclusioni.....</b>	<b>48</b>
	<b>Bibliografia.....</b>	<b>51</b>

# CAPITOLO 1

## La sanità regionale: evoluzione del sistema

### 1.1. Sanitario Nazionale Dalle società di mutuo soccorso al Sistema

#### 1.1.1. I modelli precedenti al Sistema Sanitario Nazionale

L'attuale organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale (Ssn) è il risultato di una sperimentazione di diversi modelli organizzativi. Il passaggio da un modello all'altro e il susseguirsi d'importanti riforme sono stati il tentativo di superare, in tutto o in parte, alcune criticità, tra cui *problemi di copertura della popolazione, di equità di trattamento, di coordinamento tra i diversi comparti assistenziali, di equità dei servizi offerti, di sostenibilità finanziaria* (Toth, 2014, p. 32). Le due essenziali forme di finanziamento ed erogazione dei servizi sanitari che precedettero il Ssn (1978) nel corso del Novecento furono:

1. L'assicurazione volontaria (1861);
2. L'assicurazione sociale (o obbligatoria) di malattia (1943);

Il passaggio da un modello sanitario all'altro ha coinciso sempre con una crisi politico-istituzionale: *La riforma del 1943 fu approvata poche settimane prima della caduta dell'impero fascista; il Servizio sanitario nazionale fu istituito a conclusione di uno degli anni più tragici della storia repubblicana, il 1978; infine la riforma del 1992-93 venne alla luce nel bel mezzo dello scandalo Tangentopoli* (Toth, 2014, p.14).

Precedentemente agli anni Trenta non esistevano obblighi assicurativi, vigendo dunque un regime di assicurazione volontaria. Per proteggersi dai rischi di malattia i cittadini erano soggetti al pagamento autonomo delle cure mediche, salvo che non fossero iscritti nei registri comunali degli indigenti<sup>1</sup> o aderendo alle cosiddette *società di mutuo soccorso*, ossia associazioni senza scopo di lucro con l'unica funzione di tutelare i lavoratori in caso di malattia o infortunio. Dall'Unità d'Italia, quello delle società di mutuo soccorso fu un fenomeno in continua espansione: nel 1862 si contavano circa 121.000 iscritti e nel 1937 gli associati superavano i 2,2 milioni. Le cure erano erogate in prevalenza da istituzioni religiose e opere pie e gli ospedali pubblici erano una minoranza, venivano infatti considerati luoghi di ospitalità per contagiosi e malati senza famiglia. Fu solo con l'avvento, negli anni Trenta, delle innovazioni chirurgiche, diagnostiche e terapeutiche che fu avviata una profonda trasformazione funzionale e strutturale (Toth, 2014).

In questo contesto fu evidente la necessità di un obbligo contributivo e assicurativo, introdotto grazie alla riforma del 1943 con il passaggio verso il sistema di assicurazione sociale di malattia. L'obbligo di assicurarsi fu imposto a molte categorie di lavoratori

---

<sup>1</sup> Erano considerati indigenti i cittadini meno abbienti con diritto all'assistenza e al ricovero gratuito.

(dipendenti degli enti locali, giornalisti, dirigenti, artigiani, commercianti ecc.), ognuna avente uno specifico ente mutualistico con propri ambulatori, medici e regolamenti. Nonostante ciò, i limiti della riforma emersero presto. I contributi obbligatori consistevano in un prelievo percentuale sui salari, provocando profonde disparità tra una mutua e l'altra. Inoltre solo chi partecipava al mondo del lavoro aveva diritto all'assistenza. Tutti questi limiti, uniti a una estrema frammentazione organizzativa, portarono alla convinzione di dover procedere a una radicale riforma ospedaliera (Toth, 2014).

### **1.1.2. La riforma ospedaliera del 1968**

Oltre al problema della disparità di trattamenti, si andavano diffondendo anche quelli di natura finanziaria. La spesa sanitaria era in continuo crescendo e le casse mutue non avevano la capacità di rimborsare gli enti ospedalieri: ne derivò un accumulo di deficit gestionale e un declino della qualità dell'assistenza (Toth, 2014).

La legge n. 132/68, che prese il nome dell'allora Ministro della Sanità Mariotti, estese il diritto all'assistenza ospedaliera a tutti i cittadini, incaricò lo Stato di finanziare il debito degli ospedali e le Regioni, una volta istituite, avrebbero avuto il compito di curare la programmazione ospedaliera<sup>2</sup>. L'effetto finale fu quello di uniformare e rendere più razionale la rete sanitaria: tutte le strutture furono sottoposte a stessi obblighi e controlli e gli ospedali furono classificati in zionali, provinciali e regionali. Nonostante questa riforma avesse degli obiettivi ben precisi e delle conseguenze rilevanti, non fu in grado di risollevarne il dissesto finanziario delle mutue, che furono commissariate e poi liquidate. Questo primo cambiamento radicale ha dato il via al successivo e definitivo cambiamento, cioè l'istituzione dell'attuale Ssn (Toth, 2014).

### **1.1.3. L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (1978)**

La proposta di riforma e la successiva legge n. 833/78, furono presentate in un periodo di profonda crisi politico-istituzionale del nostro Paese: le conseguenze del recente shock petrolifero (1973), l'assassinio di Aldo Moro da parte delle Brigate Rosse e il susseguirsi di due papi nell'arco di pochi mesi, avevano contribuito a rendere l'iter parlamentare molto lungo e travagliato (Toth, 2014).

In ogni caso la legge aveva l'obiettivo di raggiungere un alto livello d'integrazione organizzativa e finanziaria e di rendere l'assistenza sanitaria, un diritto di cittadinanza. Dal punto di vista economico prevedeva il finanziamento del sistema sanitario attraverso il gettito fiscale, esteso ora all'intera popolazione; dal punto di vista organizzativo, invece, lo scopo era di dare un assetto decentrato al sistema. Il cambiamento consisteva nell'integrare in minima parte, tramite convenzioni con strutture private, la grande offerta pubblica di ospedali e ambulatori. La riforma prevedeva che il Governo continuasse a regolare il coordinamento e il finanziamento del sistema, che alle Regioni fossero assegnate funzioni di programmazione e ai Comuni spettasse la gestione delle Unità sanitarie locali (Usl) (Toth, 2014).

---

<sup>2</sup> Il trasferimento alle regioni di queste competenze avvenne con la legge n. 386 del 1974.

Il modello cui si è ispirato il nuovo assetto organizzativo è stato quello del *National Healt Service* britannico ottenendo un modello pubblico integrato<sup>3</sup> (Bosi, 2015) e di tipo misto.

#### **1.1.4. Le caratteristiche del Sistema Sanitario Nazionale**

L'assetto iniziale del sistema è stato basato su specifici principi e obiettivi da raggiungere (Toth, 2014):

1. L'universalità della copertura;
2. L'uguaglianza di trattamento dei cittadini;
3. La globalità delle prestazioni erogate;
4. L'equità del finanziamento;
5. Il controllo democratico da parte dei cittadini;
6. L'unicità di gestione e la proprietà prevalentemente pubblica dei fattori di produzione.

L'universalità della copertura costituisce il caposaldo delle caratteristiche del Ssn: il diritto all'assistenza sanitaria è garantito all'intera popolazione e tutti i cittadini possono accedere, in modo gratuito, alle cure sanitarie essenziali di cui necessitano.

Il secondo obiettivo dell'uguaglianza di trattamento, invece, non è considerato pienamente raggiunto: *in primis* l'autonomia assegnata alle Regioni fa sì che l'offerta sanitaria sia disomogenea, in secondo luogo la disponibilità economica dei cittadini rende accesso a una diversa qualità di servizi. Secondo il VII Rapporto RBM-Censis del 2017 è salito a 12,2 milioni il numero di persone che nell'ultimo anno hanno rinunciato o rinviato almeno una prestazione sanitaria per ragioni economiche (1,2 milioni in più rispetto all'anno precedente). È chiaro che chi ha maggiori disponibilità economiche possa accedere a cure aggiuntive rispetto a quelle offerte dal Ssn. Seppure siano erogate un'ampia gamma di prestazioni e vi sia una grande copertura di servizi, non si può affermare che il Ssn sia in grado di fornire tutte le prestazioni possibili. Alcune di queste infatti rimangono fuori dalla sfera di competenza del Ssn e non permettono il completo raggiungimento del terzo obiettivo: quello della globalità delle prestazioni erogate.

La volontà di garantire pari condizioni a tutti i cittadini è stata il motore trainante delle riforme che si sono susseguite nel tempo, per questo motivo il principio di equità del finanziamento è considerato uno degli aspetti fondamentali del Ssn.

Seppur di grande importanza, il quarto obiettivo (equità di finanziamento) non risulta essere pienamente raggiunto. Come già anticipato, la riforma del 1978 ha previsto il finanziamento del Sistema attraverso la fiscalità generale, ciò significa che i cittadini

---

<sup>3</sup>Nel modello *integrato* le Unità sanitarie locali hanno funzioni di produzione diretta. Si differenzia dal modello *contrattuale* in cui le Asl hanno funzione di *contrattare con soggetti esterni per ottenere le condizioni più favorevoli di assistenza per conto dei propri assistiti*. (Toth, 2014, p.28)

più ricchi sono sottoposti a una tassazione maggiore rispetto ai meno abbienti e le Regioni più ricche devono contribuire al finanziamento dei servizi delle Regioni con minore capacità finanziaria. L'effetto complessivo è quello di avere un assetto perequativo. Nella realtà applicativa, analizzando unicamente il servizio pubblico, possiamo concludere che in larga misura sia caratterizzato da equità; ampliando l'analisi all'intero sistema sanitario invece, il perseguimento di quest'obiettivo è ostacolato dalla compartecipazione tramite ticket e dalla spesa *out-of-pocket*<sup>4</sup>.

Il controllo democratico sui sistemi sanitari è riferito al singolo contesto regionale, tramite l'espressione di una preferenza in ambito elettorale. Quest'obiettivo ha avuto un'importanza sostanziale solo nel periodo precedente alla riforma del 1992-93 quando la popolazione aveva la potestà di nominare, tramite i consigli comunali, gli amministratori delle Usl.

L'ultima caratteristica attribuita al Ssn (l'unicità di gestione e la proprietà prevalentemente pubblica dei fattori di produzione) è tipica dell'intento della riforma del 1978. In realtà il Ssn italiano si caratterizza per il rapporto collaborativo con i liberi professionisti e con le strutture private ed è dunque considerato un sistema sanitario misto. *Nel 2016 la spesa sanitaria corrente è pari a 149.500 milioni di euro, con un'incidenza sul Pil dell'8,9%, ed è sostenuta per il 75% dal settore pubblico e per la restante parte dal settore privato (ISTAT, 2017A).*

## **1.2. Le riforme degli anni Novanta**

Un ultimo flusso di novità si è diffuso con le riforme dei primi anni Novanta, approvate in un contesto di estrema incertezza: l'ondata speculativa contro la lira italiana aveva portato la nostra valuta a uscire dal Sistema Monetario Europeo e aveva messo a rischio la possibilità di rispettare i criteri di convergenza, imposti dal recente Trattato di Maastricht. L'azione politica intrapresa è stata quella di nuove imposte e forti tagli alla spesa pubblica, tra i primi settori colpiti vi era quello della sanità (Toth, 2014).

### **1.2.1. La riforma del 1992-93**

Il D.lgs. n. 502/92 e il correttivo D.lgs. n. 517/93 possono essere considerati come un unico intervento di riforma che prevedeva la riorganizzazione del Ssn: le Usl furono trasformate in Aziende sanitarie locali (Asl) cui vennero attribuite le funzioni di tutela della salute, finanziate in base al numero di residenti nel territorio; e i principali ospedali pubblici furono trasformati in Aziende Ospedaliere (Ao), finanziate in base al volume delle prestazioni effettivamente erogate (Toth, 2014).

Il processo di aziendalizzazione si è reso concreto attribuendo personalità giuridica pubblica e ampia autonomia gestionale alle Aziende. Si è segnato, in questo modo, il passaggio a un sistema contrattuale e a un rafforzamento del ruolo delle Regioni.

---

<sup>4</sup> È data da tutte le spese che gli utenti devono pagare autonomamente. *Nel 2015 rispetto al 2007 i ticket per farmaci sono aumentati del 162,2% e le compartecipazioni per prestazioni sanitarie del 6,1% inoltre la spesa sanitaria privata degli italiani è schizzata a 37,3 mld (Il Sole 24 ore-Sanità 24, 31 Luglio 2017).*

L'ulteriore novità, infatti, è stata quella di attribuire a queste ultime, grande discrezionalità nel ruolo di programmazione, organizzazione e finanziamento dei servizi sanitari sul proprio territorio (Toth, 2014).

### **1.2.2. L'istituzione dei LEA**

La seconda rilevante riforma degli anni Novanta è stata quella del 1999, al D.lgs. 299/99 sono riconosciuti ampi meriti: tra i tanti quello di confermare il carattere pubblico del servizio sanitario, con una più attenta regolamentazione dei rapporti con i produttori privati; di completare il processo di aziendalizzazione e regionalizzazione delle strutture ospedaliere; di disciplinare in modo più dettagliato le attività del personale sanitario e, la più importante, l'introduzione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), strettamente correlati alle risorse finanziarie destinate al Ssn (Bosi, 2015).

I LEA *individuano i diritti esigibili all'assistenza sanitaria degli individui (non solo italiani), che devono essere assicurati in ciascuna Regione* (Bosi, 2015). Rappresentano dunque tutte le prestazioni che il Ssn garantisce ai propri assistiti, in forma gratuita o tramite compartecipazione.

I servizi forniti sono raggruppati in tre categorie:

1. L'assistenza distrettuale;
2. L'assistenza ospedaliera;
3. L'assistenza collettiva.

Ciascuna macroarea comprende le attività garantite dal Ssn (pronto soccorso, degenza ordinaria, *day hospital* ecc.) e per ognuna di essa sono poi definite in modo più specifico le prestazioni erogabili, le modalità organizzative e i regolamenti (Toth, 2014).

Oltre all'elenco delle prestazioni erogate, il Ministero della Salute ha predisposto due ulteriori liste: quella delle prestazioni parzialmente escluse, per cui sono forniti solo i servizi di urgenza e le cure a una determinata fascia di cittadini<sup>5</sup> e la lista delle prestazioni totalmente escluse che contiene le medicine non convenzionali e i servizi che non hanno finalità di tutela della salute (fisioterapia, chirurgia estetica, ecc.) (Toth, 2014).

L'ultimo aggiornamento è avvenuto con l'importante Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 Gennaio 2017, considerato dal Ministro della Salute Beatrice Lorenzin un *passaggio storico per la Sanità Italiana*. Il nuovo decreto infatti ha sostituito il DPCM del 29 novembre 2001, con cui erano stati definiti per la prima volta i LEA, ed ha stabilito che l'elenco delle prestazioni sarà aggiornato annualmente (Ministero della Salute, 2017A).

---

<sup>5</sup> Bambini fino ai 14 anni e adulti in condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale.

Tra le novità più rilevanti, frutto della collaborazione tra Stato, Regioni e Società scientifiche, vi sono (Ministero della Salute, 2017A):

- La definizione delle attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche del Ssn. Un esempio è l'inserimento di servizi per la procreazione medicalmente assistita, fino ad oggi erogati solo in regime di ricovero;
- L'innovazione dei nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate<sup>6</sup> ed escludendo quelle obsolete;
- La ridefinizione e l'aggiornamento degli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti, con diritto all'esenzione da ticket, inserendo più di 110 entità tra cui 6 nuove patologie croniche;
- La descrizione più dettagliata di prestazioni e attività già incluse nei LEA. Vengono per esempio offerti nuovi vaccini e individuati nuovi destinatari<sup>7</sup>, viene introdotto lo screening neonatale per molte malattie e previste nuove prestazioni per la cura e il trattamento dei disturbi autistici.

*Il provvedimento è stato predisposto in attuazione della legge di stabilità 2016 (articolo 1, commi 553 e 554, legge 28 dicembre 2015, n. 208), che ha stanziato 800 milioni di euro per l'aggiornamento dei LEA (Ministero della Salute, 2017A).*

L'obiettivo è quello di creare un Servizio Sanitario Nazionale in linea con le innovazioni scientifiche e tecnologiche e con le esigenze dei cittadini. Per garantire il continuo rinnovamento è stata istituita la *Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale*<sup>8</sup>, con il compito di monitorare costantemente i LEA ed escludere o aggiungere prestazioni che nel tempo modificano l'efficacia delle cure sui pazienti (Ministero della Salute, 2017A).

Ogni Regione opera in piena autonomia e può fornire qualsiasi prestazione, anche aggiuntiva rispetto ai LEA, purché sia finanziata con risorse proprie. Ognuna di esse definisce il fabbisogno regionale di assistenza e ottiene l'attribuzione di un'offerta da erogare. Il compito delle Regioni è infatti quello di garantire la corretta allocazione delle risorse e di raggiungere gli obiettivi di salute del Paese (Toth, 2014).

### **1.3. La riforma del titolo V della Costituzione**

Gli ultimi grandi cambiamenti in ambito sanitario sono avvenuti con le riforme degli anni Duemila che hanno sottoposto a intense modifiche i rapporti finanziari tra Governo centrale ed Enti decentrati. Di fatto si è compiuto un graduale e lento passaggio da un

---

<sup>6</sup> Tra le nuove prestazioni inserite: adroterapia, strumenti di comunicazione alternativa, tastiere per persone con gravissime disabilità ecc.

<sup>7</sup> I nuovi vaccini sono introdotti in accordo con il nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale (Ministero della Salute, 2017A).

<sup>8</sup> La Commissione è presieduta dal Ministro della salute, con la partecipazione delle Regioni e dei soggetti con competenze tecnico-scientifiche disponibili a livello centrale e regionale.

modello statale policentrico<sup>9</sup> a un modello regionale. Con questo termine s'intende un assetto organizzativo in cui le funzioni dello Stato e quelle delle autonomie locali sono nettamente distinte e in cui, nei loro rapporti finanziari, prevalgono funzioni di perequazione delle risorse regionali. A oggi, il modello regionale-federalista non è stato adottato fino in fondo perché coesiste un duplice rapporto finanziario: Stato e Regioni, da un lato, e Stato ed Enti locali, dall'altro (Bosi, 2015).

La rilevante modifica delle relazioni tra i vari livelli di Governo è avvenuta con la riforma costituzionale del Titolo V, parte seconda, tramite la L. Cost. n. 3/ 2001, entrata in vigore l'8 Novembre 2001.

### **1.3.1. I principi guida della riforma**

Sono molti i principi cui il legislatore si è ispirato per la formulazione dell'attuale assetto organizzativo.

Tra i primi, il principio di equiordinazione stabilisce che tutte le parti costitutive della Repubblica sono equiordinate, a tutte cioè è attribuito *un ruolo di pari dignità* (Bosi, 2015, p. 306). L'immediata conseguenza è il rafforzamento del ruolo e del valore delle Autonomie locali (in particolare dei Comuni) (Bifulco, 2004).

L'equiordinazione è il primo principio cui si fa riferimento nella norma di apertura: l'Art. 114 co.1 e co.2: *I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni sono enti autonomi con propri statuti, poteri e funzioni secondo i principi fissati dalla Costituzione* (Camera dei deputati, 2016). Tutti questi Enti, dunque, non sono più una divisione interna della Repubblica, come prevedeva il vecchio Art. 114, ma sono parti costitutive di essa e con autonomia determinata dalla Costituzione. Questo principio trova successiva applicazione nell'art.117 in cui s'individuano i soggetti che hanno l'esercizio della funzione e della relativa potestà legislativa, cioè Stato e Regioni; e nell'art. 119 per cui ogni Ente territoriale dispone di una propria indipendenza finanziaria (Bifulco, 2004).

L'art. 119 è fonte di un altro principio cardine di questa riforma: il principio di differenziazione, che può essere analizzato secondo due diverse prospettive. Dal punto di vista finanziario il co.2 stabilisce che Comuni, Province, Città Metropolitane e Regioni *dispongono di compartecipazioni al gettito di tributi erariali riferibile al loro territorio* (Camera dei deputati, 2016). In questo modo dunque il gettito varierà in base alla ricchezza del territorio e, per questo, sono poi previsti rimedi per evitare eccessive differenze tra aree ricche e povere. Dal punto di vista esecutivo, invece, l'art. 116 prevede che le Regioni possano trattare temi di legislazione esclusiva e concorrente dello Stato, s'introduce quindi la possibilità di attribuire loro competenze legislative disomogenee (Bifulco, 2004).

Quello appena esposto, anche definito principio della separazione, fa specifico riferimento alla funzione legislativa. Per quanto riguarda l'organizzazione delle nuove

---

<sup>9</sup> Nel modello policentrico le autonomie locali (Regioni e Enti locali) sono caratterizzate da parziale autonomia, i Comuni svolgono funzioni delegate da livelli superiori di governo e le fonti di finanziamento dipendono dal sistema finanziario centrale.

competenze amministrative, invece, il ruolo chiave è svolto dal principio di sussidiarietà.

Questo criterio stabilisce che *le funzioni pubbliche devono essere svolte dagli enti più vicini ai cittadini* (Bifulco, 2004, p.38). La sua adozione è correlata al Trattato di Maastricht che l'ha individuato come presupposto cardine dell'Unione Europea. Possiamo distinguerne due versioni:

1. la sussidiarietà verticale che stabilisce che il soggetto istituzionale più vicino ai cittadini debba prendere le decisioni rilevanti;
2. la sussidiarietà orizzontale che regola i rapporti tra enti pubblici, autonomie sociali e privati. Autorizza i soggetti pubblici a sostituire i privati e/o le autonomie sociali, solo quando queste ultime non riescano a garantire efficacia ed efficienza nell'attività d'interesse collettivo.

Il principio trova particolare applicazione nell'art. 118 sia nella forma verticale sia in quella orizzontale. La sussidiarietà in senso verticale è garantita dal co.1 secondo il quale *le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza*; la sussidiarietà orizzontale è garantita dall'ultimo comma che prevede il sostegno dell'autonomia privata, singola e associativa, come forma di svolgimento di attività d'interesse generale.

### **1.3.2. Gli articoli principali**

Come già anticipato, la L. n.3/2001 ha innovato la funzione amministrativa regionale, attribuendo modifiche alle funzioni di spesa e all'autonomia tributaria dei diversi livelli di governo (Bosi, 2015). L'obiettivo prevalente, però, è stato quello di apportare cambiamenti alla funzione legislativa delle Regioni (Bifulco, 2004).

Con la riforma del Titolo V, è stato completato definitivamente il processo di federalismo amministrativo, iniziato con la L. 59/1997, tramite il capovolgimento del criterio con cui sono attribuite le competenze generali alle Regioni (Bifulco, 2004).

#### **1.3.2.1. L'articolo 117**

La novità è evidente nell'art. 117 che, nel testo precedente, forniva un elenco specifico di temi su cui le Regioni potevano svolgere una limitata autonomia legislativa. Il nuovo art. 117, invece, è strutturato in due elenchi. Nel primo definisce le materie oggetto di potestà legislativa esclusiva da parte dello Stato. *In esse sono comprese le funzioni economiche fondamentali dello Stato centrale come produttore di beni pubblici puri: la difesa, la giustizia, la sicurezza, la previdenza sociale* (Bosi, 2015, p. 308). Tra le attività specifiche di questo elenco rientrano:

- *La determinazione dei Livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali* da garantire ai cittadini (LEP) (Camera dei Deputati, 2016, p.30,

c.2, lett.m). Sono servizi particolarmente rilevanti e difficili da stabilire poiché costituiscono il centro del sistema welfare del paese, ad esempio le prestazioni di assistenza sociale (contrasto alla povertà, sostegno delle responsabilità familiari, tutela dell'handicap) (Bosi, 2015);

- La determinazione delle *funzioni fondamentali di Comuni, Province e Città metropolitane* (Camera dei Deputati, 2016, p.31, c.2, lett.p).

Il secondo elenco dell'art. 117 contiene le materie su cui Stato e Regioni hanno potestà concorrente, che seguono dunque i principi fondamentali stabiliti dallo Stato e, poi, sviluppi legislativi introdotti dalle Regioni. Il principio, in concreto, indica che alla produzione legislativa concorrono sia lo Stato sia le Regioni (Bifulco, 2004).

Tra le principali attività che rientrano in questo elenco, troviamo:

- Materie con carattere economico produttivo (trasporti e comunicazioni, commercio estero, energia, politiche del territorio, ricerca scientifica e tecnologia);
- Materie tipiche del welfare state (sanità, tutela e sicurezza del lavoro, istruzione), ad esclusione della previdenza sociale;
- Materie collegate al governo del territorio (urbanistica, protezione civile).

Oltre alla novità del doppio elenco, l'art. 117 co. 4 attribuisce residualmente alle Regioni la potestà legislativa in tutte le materie non espressamente previste nelle categorie precedenti (Bifulco, 2004).. Un esempio è la materia agricoltura: nel vecchio testo dell'art. 117 era espressamente indicata in elenco, nel testo vigente invece non è nominata. Si deduce, quindi, che il tema viene attribuito alle Regioni nell'ambito della potestà residuale. Il co. 4 è evidentemente una clausola che ha funzione di chiusura del sistema e che ribalta *il ruolo relativo tra Stato e Regioni rispetto all'impianto costituzionale precedente* (Bosi, 2015, p. 308).

Da quest'analisi il numero di materie assegnate in modo esclusivo allo Stato non appare elevato, l'osservazione da fare è, però, in termini di estensione: le materie statali hanno un ambito applicativo molto più ampio rispetto a quelle regionali (Bifulco, 2004).

Un aspetto da evidenziare è quello dell'assenza di norme transitorie e di meccanismi giuridici, volti ad attribuire responsabilità comuni a Stato e Regioni nell'attuazione del Titolo V. Negli anni successivi alla riforma infatti, il ruolo decisivo *nella soluzione dell'elevatissimo contenzioso costituzionale e nella conseguente determinazione dei rapporti tra Stato e Regioni* (Bifulco, 2004, p. 67) è stato svolto dalla Corte Costituzionale. L'Istituzione ha elaborato una serie di principi, criteri e test di giudizio ormai necessari per la risoluzione degli eventuali contrasti. Tra i criteri applicati troviamo quello della prevalenza/concorrenza, per i casi d'interferenze tra le diverse materie, e quello della sussidiarietà, con cui lo Stato può attribuirsi funzioni amministrative per assicurarne l'esercizio unitario (Bifulco, 2004).

### 1.3.2.2. L'articolo 119

Dopo aver individuato l'articolazione della potestà legislativa, e delle relative funzioni di spesa, l'analisi va indirizzata sull'altro ambito rilevante di questa riforma: l'aspetto amministrativo dell'autonomia tributaria. Lo Stato, prima del 2001, aveva massima autonomia e dunque poteva istituire nuovi tributi con proprie norme e regolarne gli aspetti rilevanti: presupposto d'imposta, base imponibile, soggetti passivi, caratteristica e struttura delle aliquote (Bosi, 2015).

Come già descritto in precedenza, l'art. 119 è fonte di grandi novità tra cui l'applicazione del principio di equiordinazione (co.1) e di differenziazione (co.2). Allo Stato è ora attribuita potestà legislativa solo sul sistema tributario erariale e, nuovo aspetto, anche *i Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno risorse autonome. Stabiliscono e applicano tributi ed entrate propri, in armonia con la Costituzione e secondo i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario* (Camera dei Deputati, 2016, p.36, Art 119 c.2).

Più nello specifico il sistema tributario degli Enti locali è subordinato allo Stato, al contrario di quello delle Regioni. Il motivo è che i principi appena citati (coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario) rientrano nelle materie di potestà concorrente di Stato e Regioni (Art.117 c.2), per cui queste ultime non subiscono passivamente le decisioni dello stato ma, al contrario, ne prendono parte. Oltre alla possibilità di imporre propri tributi, l'Art. 119, determina altre forme di finanziamento degli Enti decentrati. Una prima possibilità è di finanziarsi tramite *compartecipazioni al gettito di tributi erariali riferibile al loro territorio* (Camera dei Deputati, 2016, p.36, Art 119 c.2). Tuttavia, per attenuare le differenze che potrebbero sorgere nelle prestazioni assicurate da ogni Regione ai propri cittadini, il Legislatore costituzionale ha previsto due specifiche soluzioni (Bifulco, 2004). La prima è l'obbligo di *istituire un fondo perequativo, senza vincoli di destinazione, per i territori con minore capacità fiscale per abitante* (Camera dei Deputati, 2016, p.36, Art 119 c.3). Lo Stato esercita un forte ruolo nella redistribuzione delle entrate, è infatti un fondo a carattere verticale con l'obiettivo principale di ridurre, e non di eliminare, le più rilevanti differenze regionali. La seconda, individuata dal legislatore nell'art 119 co.5, è quella di incaricare lo Stato nel destinare risorse aggiuntive e di effettuare interventi speciali in favore degli Enti decentrati. I presupposti per cui si può ricorrere a questo tipo di trasferimenti sono (Art.119 co.5):

1. Promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale,
2. Rimuovere squilibri economici e sociali,
3. Favorire l'esercizio dei diritti della persona,
4. Provvedere a scopi diversi da quelli normalmente perseguiti.

Le risorse che provengono dalle fonti indicate finora, devono essere sufficienti a consentire a tutti i livelli di governo decentrati di finanziare integralmente le funzioni

pubbliche loro attribuite. Quest'aspetto è di grande importanza perché sottolinea l'autonomia finanziaria degli Enti rispetto alla finanza centrale (Bosi, 2015).

L'Art. 119, in materia di federalismo fiscale, ha avuto piena realizzazione con la Legge delega n.42/2009. Gli ambiti applicativi della norma sono vasti, così come i corrispondenti obiettivi. Gli aspetti che successivamente saranno analizzati sono due: le forme di entrata attraverso cui gli Enti decentrati possono dichiararsi autonomi e le modalità di trasferimenti perequativi, volti a garantire l'attuazione omogenea dei LEP su tutto il territorio.

Nonostante le continue modifiche e innovazioni in materia di decentramento, i problemi aperti sono rimasti molteplici e i rapporti tra i vari livelli di Governo non risultano essere stati delineati in modo totalmente chiaro. Contribuiscono a dimostrare quanto appena affermato, la proposta di riforma del Titolo V della Costituzione e del Senato del 2015 e le problematiche che sono sorte nell'attuazione dei criteri stabiliti dalla Legge delega n. 42/2009. Tra i tanti, i problemi relativi alle entrate, cioè la mancanza di coordinamento fra tributi erariali e locali (in particolare in relazione all'IRPEF) e quelli relativi alle spese, cioè la sovrapposizione dei ruoli della Regione e degli Enti locali nello svolgimento delle funzioni LEP; oltre alle disparità territoriali nei livelli di benessere e spesa pubblica (Bosi, 2015).

#### **1.4. Le implicazioni della riforma in ambito sanitario**

Dopo aver delineato in modo specifico l'attuale assetto organizzativo del Paese, è doveroso tornare a trattare il tema della sanità. Come già descritto, la riforma del Titolo V nell'Art. 117, ha affidato la tutela della salute alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni. La conseguenza immediata è stata quella di ampliare il ruolo e le funzioni delle autonomie locali e di delineare una pluralità di centri di potere: sono stati creati 21 sistemi sanitari, tutti diversi in termini di caratteristiche di capacità di fornire servizi sul territorio.

Nell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sono stati stabiliti una serie di adempimenti per le Regioni, il cui rispetto è verificato dal Comitato LEA. Il monitoraggio consente sia di individuare, per le singole realtà regionali, le aree in cui non risulta adeguata la fornitura dei servizi assistenziali, sia di evidenziare i punti di forza della stessa. Tra gli adempimenti rientra il *Mantenimento dell'erogazione dei LEA*, verificato sulla base di 35 indicatori, divisi tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza territoriale e l'assistenza ospedaliera erogati dalle Regioni. *Nel 2015 risultano adempienti la maggior parte (11) delle regioni monitorate (16) ad esclusione di Molise, Puglia, Sicilia, Campania e Calabria, che si collocano nella classe "inadempiente"* e che dovranno migliorare alcuni servizi tra cui: vaccinazioni, assistenza agli anziani ed ai disabili e appropriatezza nell'assistenza ospedaliera (Ministero della salute, 2017B).

A fronte di anni di attuazione dell'assetto organizzativo delineato, si può dunque concludere che la principale criticità che ne emerge è l'elevata disuguaglianza regionale in termini di prestazioni fornite e di rispetto dei principi guida del Ssn.

## CAPITOLO 2

### **Il monitoraggio della spesa sanitaria - l'esempio di Emilia Romagna e Toscana**

#### **1.1. Il finanziamento della sanità**

Le riforme degli anni Novanta esposte in precedenza sono state, in un primo momento, quasi completamente rivolte a modificare l'ambito normativo sanitario e molto limitate dal punto di vista finanziario. In quest'ambito, la prima revisione organica del modello di finanziamento è avvenuta con il D.lgs. 56/2000. La successiva modifica del titolo V della Costituzione, nello specifico Art.119, ha avuto nell'immediato conseguenze poco rilevanti. Tuttavia l'avvio di nuove prospettive è avvenuto con l'approvazione della legge delega 42/2009, attuata con gli otto decreti legislativi entrati in vigore con il D.lgs. 68/2011 (Balduzzi-Carpani, 2013).

##### **1.1.1. Le prime innovazioni – Il D.lgs. 56/2000**

Il punto di partenza, precedente ai già tracciati provvedimenti finanziari dell'Art. 119 e della legge delega 42/2009, è stato dunque il Dlgs 56/2000. Lo scopo era di creare una maggiore autonomia e responsabilità delle Regioni, nello gestire le risorse finanziarie per le proprie attività. La riforma ha riguardato le forme di finanziamento regionali, nel loro complesso, per cui la sanità è diventata un *unicum* con le altre funzioni, venendo meno i vincoli di destinazione delle somme. Nello specifico ambito del settore sanitario, la riforma ha abolito i trasferimenti erariali dello Stato a favore del Fsn, il quale avrebbe dovuto finanziare solo alcuni specifici interventi. I trasferimenti erariali vennero dunque sostituiti (Balduzzi-Carpani, 2013):

- Dalla compartecipazione delle Regioni al gettito dell'Iva;
- Dall'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche (Irpef);
- Da ticket su farmaci e sulle prestazioni diagnostiche e specialistiche.

Le varie forme di entrata, essendo territorialmente diversificate, avrebbero avuto un'incidenza diversa in ogni Regione. Quest'aspetto faceva prevedere uno squilibrio nella disponibilità di risorse e dunque nel finanziamento della sanità e di altre attività regionali. Per evitare questa situazione e garantire omogeneità in termini di risorse, l'Art.7 del decreto prevedeva un Fondo perequativo nazionale, volto a ridurre il 90% delle differenze interregionali (Balduzzi-Carpani, 2013).

Il sistema delineato, seppur rimasto in vigore, si è rivelato sotto molti aspetti inattuabile. Lo stesso fondo perequativo non ha avuto attuazione e, in attesa di successivi interventi normativi, il decreto ha subito numerose deroghe.

## 1.1.2. La legge delega 42/2009

L'importante innovazione cui ha fatto seguito il D.lgs. appena esposto, è stata la riforma del titolo V della Costituzione. In questo contesto, di nostro interesse sono le novità introdotte dall'Art. 119. Come già analizzato, il suddetto articolo, ha apportato consistenti cambiamenti nell'autonomia tributaria degli enti decentrati.

Tutte le innovazioni, in materia di federalismo fiscale, hanno avuto piena realizzazione con la Legge delega n.42/2009. I suoi principi hanno *rappresentato un momento istituzionale di grande rilievo e lungamente atteso nel processo iniziato nel 2001* (Bosi, 2015).

Gli ambiti applicativi della norma sono vasti e i corrispondenti obiettivi possono essere raggruppati nei seguenti punti (Camera dei Deputati, 2009):

- Fornire disposizioni per coordinare la finanza pubblica e il sistema tributario;
- Disciplinare il funzionamento del fondo perequativo, l'utilizzazione delle risorse aggiuntive e gli interventi speciali per lo sviluppo di specifiche aree del Paese;
- Fornire i principi generali per attribuire un patrimonio a Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni;
- Dettare norme transitorie sull'assetto, anche finanziario, di Roma capitale.

Gli argomenti di maggiore interesse, nell'attuale analisi, sono due: le forme di entrata che assicurano autonomia di spesa agli Enti decentrati e le modalità di trasferimenti perequativi, che hanno lo scopo di garantire servizi uniformi su tutto il territorio (LEP). Sul primo aspetto, si fa riferimento alla teoria del federalismo fiscale e si segue il principio della territorialità, nell'assegnazione di risorse autonome. L'obiettivo è di garantire corrispondenza tra prelievo fiscale e beneficio derivante dalle funzioni svolte sul territorio. Sul secondo punto, si prevede che il finanziamento del Governo per la fornitura dei LEP, debba essere distinto dalle forme di entrata previste per lo svolgimento di altre funzioni. Le spese per i LEP devono essere, come già detto, finanziate integralmente (Bosi, 2015).

I decreti attuativi della L. 42/2009 hanno tracciato in modo specifico l'autonomia fiscale degli Enti decentrati e le relazioni finanziarie tra i vari livelli di governo, oltre a determinare i costi e i fabbisogni standard nel settore sanitario. Per quanto riguarda l'autonomia d'entrata, viene superato il criterio della spesa storica e si prevede l'eliminazione dei trasferimenti statali alle Regioni a partire dal 2013. Tra le fonti di finanziamento delle spese regionali, volte a sostituire i trasferimenti soppressi (Balduzzi-Carpani, 2013):

- La rideterminazione dell'addizionale Irpef. Le regioni possono variare in aumento o in diminuzione l'aliquota dell'addizionale entro il 3%, stabilire aliquote differenziate in base al reddito, prevedere detrazioni come mezzo di politiche sociali;

- L'attribuzione di una compartecipazione all'Iva attribuita sulla base del luogo reale di consumo (principio di territorialità);
- La possibilità per le Regioni di ridurre, fino ad azzerare, le aliquote dell'imposta regionale sulle attività produttive (Irap).
- I trasferimenti regionali saranno soppressi.
- Con riferimento al fondo perequativo, questo sarà alimentato dal gettito prodotto dalla compartecipazione all'Iva.

I principali rapporti evidenziati dai decreti sono quelli tra Stato e Regioni e tra Stato e Comuni, che seguono schemi molto simili. L'analisi di maggior interesse, in questa situazione, è quella riguardante le Regioni.

Il punto di partenza è la ripartizione della spesa degli enti, analoga per Regioni e Comuni, che è articolata in tre macroaree:

1. Spese concernenti i LEP regionali e spese relative alle funzioni fondamentali dei Comuni;
2. Altre spese autonome;
3. Spese che perseguono gli obiettivi identificati nell'Art. 119 co.5.

Riguardo al primo punto, i Livelli essenziali di prestazioni che le Regioni devono garantire, sono distinti in cinque macroaree d'intervento: sanità, assistenza, istruzione, trasporto pubblico locale e altre materie da individuare con leggi ordinarie. Le relative modalità di finanziamento si basano sui tributi propri: Irap ad aliquota base (3,9%), Addizionale all'Irpef ad aliquota base (1,23%), altre entrate sanitarie, compartecipazioni all'Iva e fondi perequativi verticali. Per la seconda categoria, in cui rientrano tutte le altre spese (non LEP) i finanziamenti derivano dal gettito residuo dell'Irap e dell'Addizionale Irpef, da altri tributi regionali e dal fondo perequativo orizzontale (Bosi, 2015).

Di fatto, tutte le innovazioni introdotte, saranno attuate gradualmente in un periodo di cinque anni (Balduzzi-Carpani, 2013). Entro questo tempo dovrà avvenire il passaggio dal criterio della spesa storica a quello del costo standard<sup>10</sup> per le funzioni LEP, e a quello della capacità fiscale per le altre funzioni (Bosi, 2015).

Nello stesso tempo un ruolo di fondamentale importanza è stato svolto dalla Conferenza Stato-Regioni del 2009. I due livelli di potere hanno assunto impegni reciproci per il triennio 2010-2012, tramite l'accordo denominato "Patto per la salute 2010", il cui scopo è stato quello di programmare la gestione sanitaria per il triennio stabilito (Balduzzi-Carpani, 2013).

In questo periodo però, a causa della crisi del sistema della finanza pubblica italiana, furono necessari provvedimenti correttivi della manovra finanziaria per il 2011. Il D.lgs. dunque, fu modificato con la L. 111/2011 intervenendo sul Patto di stabilità interno e

---

<sup>10</sup> Procedura fissata nel D.lgs. 68/2011. I costi standard sono calcolati come *media pro capite pesata del costo registrato in tre regioni benchmark, successivamente applicati alla popolazione pesata di ciascuna regione per definirne la percentuale di accesso al finanziamento* (Bosi, 2015).

creando dei contenimenti di spesa per le Regioni e gli Enti locali. Più in dettaglio si è previsto un aumento del finanziamento del servizio sanitario per il 2011, in linea con il Patto per la salute 2010, al contrario degli anni 2013 e 2014 in cui sono state previste delle riduzioni di spesa (Balduzzi-Carpani, 2013).

### **1.1.3. Il finanziamento delle Asl**

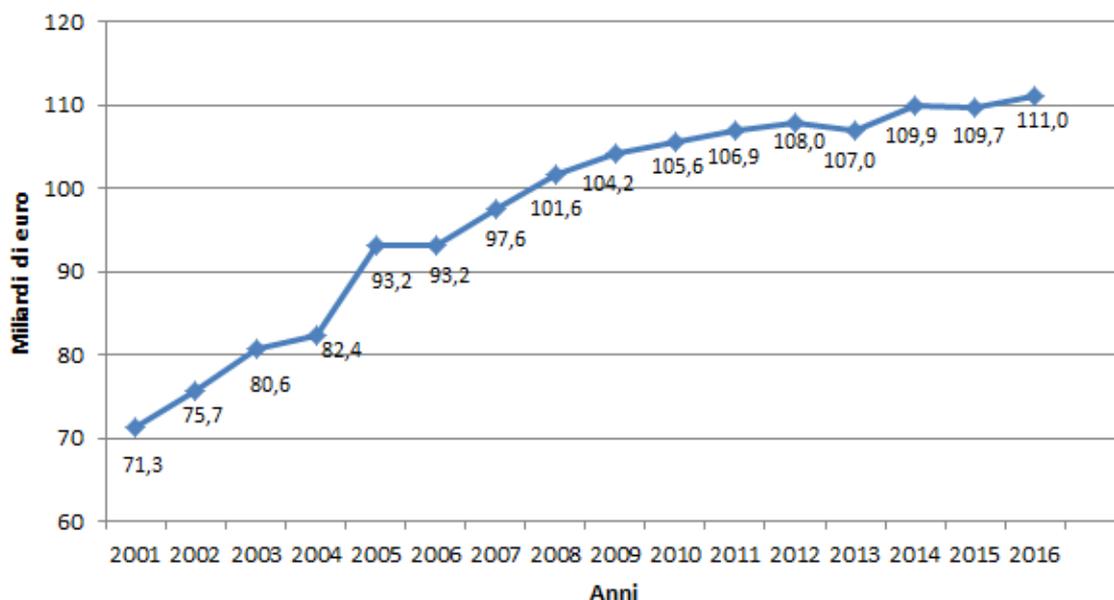
Le varie riforme sanitarie hanno attribuito alle Regioni una rilevante autonomia nello stabilire le modalità di finanziamento. Alle Asl dunque è riservata una parte del Fondo sanitario regionale, ma possono finanziarsi anche con entrate proprie: donazioni, rendite, ticket su servizi specialistici e diagnostici, introiti derivanti da beni patrimoniali ecc. D'altro canto, le Aziende sanitarie, per esigenze di liquidità, hanno anche la possibilità di ricorrere al credito tramite l'accensione di mutui e anticipazioni di cassa da parte della tesoreria (Balduzzi-Carpani, 2013).

Le aziende ospedaliere (Ao) e tutti i presidi ospedalieri, sono finanziati dalle Regioni in conformità a un sistema di remunerazione a tariffa, uniforme su tutto il territorio. Gli indicatori si riferiscono a un insieme di prestazioni fornite all'individuo per l'assistenza ospedaliera, non solo facendo leva sui giorni di degenza, ma sul complesso delle prestazioni erogate (Balduzzi-Carpani, 2013).

#### **1.1.3.1. I riparti del fabbisogno**

La composizione del finanziamento del Ssn è esposta nei *riparti*, ossia dei piani specifici in cui si assegna il fabbisogno alle singole Regioni e s'individuano le rispettive fonti di finanziamento. I riparti seguono un *iter* standard: sono proposti dal Ministero della Salute ma devono essere approvati in sede di Conferenza Stato-Regioni, in seguito sono recepiti con specifica delibera dal Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE). In una seconda fase le Regioni distribuiscono le risorse finanziarie alle Aziende, valutando gli specifici parametri (mobilità attiva, mobilità passiva, prestazioni erogate in regime di ricovero ecc.). Una volta assegnate le rispettive risorse, le Aziende possono garantire ai cittadini le prestazioni di loro competenza (Ministero della Salute, 2017C).

Figura 1: Finanziamento corrente a carico dello Stato – Anni 2001-2016



Fonte: elaborazione dati (Ministero della Salute, 2017C).

In Figura 1 è illustrato l'andamento crescente del finanziamento dal 2001 al 2016. I valori sono espressi in miliardi di euro e fanno riferimento allo stanziamento di fondi iniziale, non considerando le varie manovre successive (Ministero della Salute, 2017C).

## 1.2. Il monitoraggio della spesa sanitaria

Come già descritto in precedenza, la Costituzione Italiana (Art. 117) attribuisce le competenze sanitarie a due livelli di governo: lo Stato e le Regioni. Al primo è assegnato il compito di definire i LEA e l'ammontare di risorse finanziarie necessarie alla loro erogazione; le Regioni sono invece chiamate a garantire l'effettiva fornitura dei LEA e a organizzare i propri Servizi Sanitari. L'esistenza di questo binomio rende necessaria la creazione di un sistema di regole, volte a stabilire i rapporti di collaborazione tra i due livelli di governo, nel rispetto delle loro competenze (Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), 2017).

Negli ultimi anni le riforme che hanno riguardato il Ssn sono state indirizzate soprattutto a tracciare il sistema di *governance*. Una particolare rilevanza, in quest'ambiente, è attribuibile alle intese tra Stato e Regioni e all'attivazione di specifici Tavoli di verifica in materia per le prestazioni sanitarie e gli equilibri finanziari.

### 1.2.1. Le intese Stato-Regioni

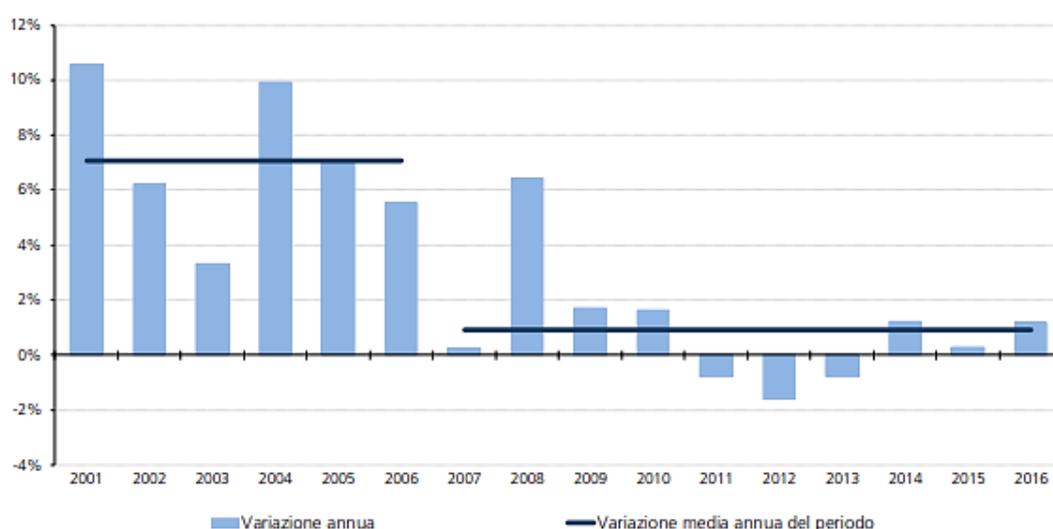
Le intese Stato-Regioni, avviate nell'anno 2000, mirano a stabilire tre elementi chiave del sistema: il livello di finanziamento del Ssn, le regole del settore e le modalità di verifica delle effettive erogazioni da parte di ciascuna Regione. Questi accordi, solitamente triennali, sono recepiti con apposite disposizioni normative.

È possibile individuare e illustrare sinteticamente le intese di maggiore rilevanza (MEF, 2017):

- L'accordo dell'8 agosto 2001 il cui punto focale è stato l'introduzione del *sistema premiale*. Questo consiste nell'attribuire alle Regioni un finanziamento, detto *quota premiale*, in caso di specifici adempimenti annuali (es. l'effettivo raggiungimento dell'equilibrio di bilancio).
- L'intesa del 23 marzo 2005 la cui principale azione è stata quella di costituire due tavoli di monitoraggio nell'ambito del sistema premiale. Il primo è il "Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali", istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze; il secondo è il "Comitato permanente per l'erogazione dei LEA", istituito presso il Ministero della Salute. Per entrambi i tavoli sono previste la partecipazione di Stato e Regioni e delle due principali agenzie sanitarie: l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA).
- Le intese del 5 ottobre 2006 e del 3 dicembre 2009 hanno individuato delle norme volte ad attribuire maggiore responsabilità alle Regioni, incluse quelle caratterizzate da rilevanti disavanzi. In questo specifico caso, inoltre, sono state previste delle soluzioni di risanamento: i Piani di rientro. Queste procedure si presentano come un vero e proprio piano industriale, mirati ad una efficace gestione finanziaria volta a garantire l'erogazione dei LEA.

Grazie all'incremento del sistema di *governance* e alle novità introdotte dal 2001, si è assistito a un rilevante rallentamento dell'andamento di spesa (MEF, 2017), come riportato in Figura 2.

Figura 2: Spesa sanitaria corrente – Anni 2001-2016



Fonte: MEF (2017)

Osserviamo che nel periodo 2001-2006 la variazione media annua della spesa sanitaria è stata pari al 7,1%, poi nel periodo 2007-2016 è scesa drasticamente fino a raggiungere lo 0,9%. Anche se gli anni 2011-2013 sono stati caratterizzati da una diminuzione della spesa assoluta, negli anni seguenti si è rilevato un incremento di quest'ultima (MEF, 2017).

### **1.2.2. La modalità di rilevazione dei dati**

L'attività di monitoraggio dei conti sanitari è diventata uno strumento fondamentale per verificare l'effettivo rispetto degli obblighi di Stato e Regioni. Il centro dell'analisi si basa sulla raccolta dei dati di conto economico, realizzata attraverso uno specifico modello di rilevazione CE che, dal 2001, ogni azienda sanitaria e ogni Regione hanno l'obbligo di inviare al Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis) (MEF, 2017).

Successiva novità, nel rafforzamento dell'attività di monitoraggio, è avvenuta con l'attuazione del D.lgs. 118/2011. L'obiettivo era di armonizzare le rilevazioni contabili del Ssn e di superare le criticità emerse sia nel modello di gestione della sanità, sia nel sistema di monitoraggio. Con l'attuazione del decreto è stata aggiunta, accanto alla già esistente analisi di CE, quella dello stato patrimoniale mediante il modello SP. Anche quest'ultimo deve essere inviato da ogni azienda e Regione al Nsis. Durante il monitoraggio, che avviene trimestralmente e a consuntivo, i vari Tavoli analizzano per ogni Regione i ricavi e i costi di competenza, i ricavi e i costi straordinari e gli accantonamenti. Dall'anno 2001, tale attività si è gradualmente estesa, grazie al progresso degli strumenti di analisi e di verifica, al rafforzamento delle basi dati e a una più efficiente e trasparente rendicontazione contabile. Tutti questi aspetti hanno portato anche alla possibilità di ottenere efficaci sistemi di previsione. In merito a ciò, negli ultimi anni, si è rilevato un andamento dei livelli di spesa quasi congruente a quanto previsto nelle programmazioni finanziarie (MEF, 2017).

### **1.3. Presentazione dei conti economici delle due Regioni**

Le Regioni che saranno analizzate, Toscana ed Emilia Romagna, si caratterizzano per la loro efficacia economica. Rientrano, infatti, tra quegli Enti autonomi non sottoposti a Piani di rientro<sup>11</sup>. Ciò significa che le due Regioni sono sempre state in grado di gestire autonomamente le proprie risorse, evitando eccessivi disavanzi e garantendo la corretta erogazione dei LEA.

L'analisi di bilancio, più nello specifico quella di Conto Economico, ci permette di individuare i ricavi e i costi del periodo considerato e dunque di giungere a un risultato economico. Il bilancio d'esercizio svolge un duplice ruolo, è, infatti, un punto di riferimento per la direzione aziendale oltre ad essere documento informativo sintetico per l'esterno. È costituito da un insieme d'informazioni che permettono di valutare, alla fine di ogni esercizio, la struttura patrimoniale e finanziaria dell'azienda, e di determinare l'ammontare di reddito/perdita prodotto dalla gestione aziendale. Lo schema di conto economico è redatto in forma scalare, questa consente una visione più

---

<sup>11</sup> Le altre Regioni non sottoposte a Piani di rientro sono: Lombardia, Veneto, Liguria, Umbria, Marche, Basilicata (MEF, 2017).

diretta della composizione del risultato d'esercizio. Nel caso delle aziende sanitarie il risultato è una misura di equilibrio realizzato nella distribuzione di servizi rispetto alle risorse economiche disponibili (ARS, 2005).

L'analisi che sarà effettuata riguarda i bilanci delle due Regioni dal 2010 al 2015, essi rappresentano un'evoluzione della spesa corrente su dati ricavati dai Conti Economici inseriti nel Nsis. Sono stati dunque rilevati i costi e i ricavi riferiti ai fattori produttivi, ma non si evidenzia la spesa legata ai servizi erogati e quindi ai livelli di assistenza. In merito a ciò, a livello generale, è avvenuto un disallineamento rispetto alle soglie fissate dal riparto del finanziamento per il servizio sanitario nazionale (5% alla prevenzione; 51% all'assistenza distrettuale; 44% all'assistenza ospedaliera). Nello specifico è stata evidenziata una riduzione della spesa ospedaliera, che passa dal 48,33% del 2008 al 43,49% del 2015, un forte incremento nella spesa per l'assistenza distrettuale, che va dal 47,51 % del 2008 al 52,33 % del 2015, mentre la spesa per l'assistenza sanitaria collettiva è rimasta stabile. Queste variazioni sono state attribuite a due aspetti: il miglioramento della rilevazione contabile e i provvedimenti di riorganizzazione ospedaliera a favore principalmente di quello distrettuale (Di Vivo, 2015).

Figura 3: Scheda regionale Toscana – Andamento della spesa sanitaria 2010-2015.

CONTO ECONOMICO	2010	2011	2012	2013	2014	2015
FSN indistinto e vincolato	6.544.089	6.606.741	6.662.977	6.599.745	6.750.435	6.737.119
Saldo mobilità attiva	122.742	121.874	131.927	132.550	151.215	152.991
Mobilità attiva internazionale	0	0	0	0	6.660	0
Entrate proprie	344.625	310.987	384.346	319.442	309.939	353.492
Rimborso da aziende farmaceutiche per Pay back	19.211	34.347	33.915	86.940	85.954	119.864
Saldo intramoenia	29.766	32.851	32.617	33.670	34.413	32.732
Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	0	0	-2.965	-14.431	-33.635	-33.470
Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	0	0	-10.196	-22.208	-12.638	32.677
<b>TOTALE RICAVI NETTI</b>	<b>7.060.433</b>	<b>7.106.800</b>	<b>7.232.621</b>	<b>7.135.708</b>	<b>7.292.343</b>	<b>7.395.405</b>
Personale:	0	0	0	0	0	0
personale a TD e TI	2.597.084	2.567.275	2.516.223	2.483.328	2.490.887	2.504.147
consulenze	59.507	65.828	56.501	55.665	57.355	57.022
Prodotti farmaceutici ed emoderivati	601.633	624.973	632.377	667.946	715.884	825.888
Beni e Servizi:	0	0	0	0	0	0
altri beni sanitari	589.337	586.515	514.852	501.728	529.941	555.340
beni non sanitari	38.804	34.245	31.976	28.584	29.229	25.054
servizi sanitari	232.063	233.452	298.978	329.766	319.259	328.152
servizi non sanitari	884.281	934.512	965.255	905.654	961.989	928.617
Ammortamenti e costi capitalizzati	114.537	3.373	111.568	107.412	105.162	90.974
Accantonamenti	41.299	46.449	63.522	35.194	44.274	62.457
Variazione rimanenze	2.994	7.582	16.361	4.413	-6.530	-11.123
<b>TOTALE COSTI INTERNI</b>	<b>5.161.539</b>	<b>5.104.204</b>	<b>5.207.613</b>	<b>5.119.690</b>	<b>5.247.450</b>	<b>5.366.528</b>
Farmaceutica convenzionata	630.521	585.979	532.318	501.017	486.533	480.824
Medicina convenzionata (MMG PLS e Sumai)	462.235	469.930	469.859	465.161	465.805	472.150
Prestazioni da privato:	0	0	0	0	0	0
specialistica ambulatoriale	80.682	82.961	89.334	65.734	69.164	68.887
assistenza riabilitativa	79.334	83.664	80.020	80.863	84.046	81.611
assistenza integrativa e protesica	73.600	74.136	74.079	73.827	75.388	75.748
assistenza ospedaliera	231.461	237.973	243.981	243.914	251.125	246.900
psichiatria residenziale e semiresidenziale	41.507	41.385	42.378	41.953	42.815	38.324
distribuzione farmaci File F	8.670	9.126	9.244	9.794	10.390	12.759
prestazioni termali in convenzione	9.039	8.990	8.469	7.851	7.873	7.351
prestazioni di trasporto sanitario	88.691	85.176	89.924	91.815	87.372	97.377
prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	211.250	198.497	198.169	200.649	202.800	203.416
Mobilità passiva internazionale	0	0	0	0	0	0
Saldo mobilità passiva	0	0	0	0	0	0
<b>TOTALE COSTI ESTERNI</b>	<b>1.916.990</b>	<b>1.877.817</b>	<b>1.837.775</b>	<b>1.782.578</b>	<b>1.783.311</b>	<b>1.784.747</b>
<b>TOTALE COSTI OPERATIVI (COSTI INTERNI + COSTI ESTERNI)</b>	<b>7.078.529</b>	<b>6.982.021</b>	<b>7.045.388</b>	<b>6.902.268</b>	<b>7.030.761</b>	<b>7.151.275</b>
<b>MARGINE OPERATIVO</b>	<b>-18.096</b>	<b>124.779</b>	<b>187.233</b>	<b>233.440</b>	<b>261.582</b>	<b>244.130</b>
Svalutazioni immobilizzazioni, crediti, rivalutazioni e svalutazioni	9.216	39.766	25.412	50.503	25.697	5.664
Saldo gestione finanziaria	17.003	30.189	32.153	28.182	29.394	90.585
Oneri fiscali	184.362	183.422	178.108	177.204	178.136	177.876
Saldo gestione straordinaria	-36.949	19.686	1.437	-26.960	-3.751	-34.317
<b>TOTALE COMPONENTI FINANZIARIE E STRAORDINARIE</b>	<b>173.632</b>	<b>273.063</b>	<b>237.110</b>	<b>228.929</b>	<b>229.476</b>	<b>239.808</b>
<b>TOTALE COSTI</b>	<b>7.252.161</b>	<b>7.255.084</b>	<b>7.282.498</b>	<b>7.131.197</b>	<b>7.260.237</b>	<b>7.391.083</b>
<b>RISULTATO DI GESTIONE</b>	<b>-191.728</b>	<b>-148.284</b>	<b>-49.877</b>	<b>4.511</b>	<b>32.106</b>	<b>4.322</b>
Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	57.201	129.750	47.533	0	0	0
<b>RISULTATO DI GESTIONE DOPO LE COPERTURE</b>	<b>-134.527</b>	<b>-18.534</b>	<b>-2.344</b>	<b>4.511</b>	<b>32.106</b>	<b>4.322</b>

Fonte: elaborazione dati (Agenas, 2015)

Figura 4: Scheda regionale Emilia Romagna – Andamento della spesa sanitaria 2010-2015.

CONTO ECONOMICO	2010	2011	2012	2013	2014	2015
FSN indistinto e vincolato	7.577.028	7.717.430	7.808.912	7.741.858	7.912.556	7.893.262
Saldo mobilità attiva	358.393	342.698	367.756	336.690	327.978	332.552
Mobilità attiva internazionale	628	547	7.795	6.281	10.516	8.085
Entrate proprie	364.669	348.353	657.792	640.337	575.426	609.310
Rimborso da aziende farmaceutiche per Pay back	26.483	32.634	38.671	27.851	27.030	100.891
Saldo intramoenia	28.773	28.127	30.038	33.005	32.408	32.183
Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	0	0	-21.860	-44.613	-135.984	-75.127
Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	0	0	-44.190	3.320	19.844	48.853
<b>TOTALE RICAVI NETTI</b>	<b>8.355.974</b>	<b>8.469.789</b>	<b>8.844.914</b>	<b>8.744.729</b>	<b>8.769.774</b>	<b>8.950.009</b>
Personale:	0	0	0	0	0	0
personale a TD e TI	2.960.762	2.985.678	2.975.970	2.956.763	2.940.908	2.929.696
consulenze	61.342	57.002	50.250	49.291	52.196	51.638
Prodotti farmaceutici ed emoderivati	606.439	615.668	614.692	652.972	686.858	826.333
Beni e Servizi:	0	0	0	0	0	0
altri beni sanitari	555.489	558.590	527.095	513.818	522.539	517.793
beni non sanitari	50.649	48.679	48.667	45.145	43.141	41.281
servizi sanitari	548.734	548.911	705.290	669.706	650.890	648.694
servizi non sanitari	949.957	952.522	1.018.678	1.003.446	973.928	967.756
Ammortamenti e costi capitalizzati	117.965	153.868	141.293	124.542	107.267	101.492
Accantonamenti	59.564	115.677	145.769	108.209	123.034	177.696
Variazione rimanenze	1.433	-70	-3.825	-10.776	-5.934	-6.925
<b>TOTALE COSTI INTERNI</b>	<b>5.912.334</b>	<b>6.036.525</b>	<b>6.223.879</b>	<b>6.113.116</b>	<b>6.094.827</b>	<b>6.255.454</b>
Farmaceutica convenzionata	741.824	679.187	590.543	560.726	538.903	525.418
Medicina convenzionata (MMG PLS e Sumai)	571.412	577.482	585.845	581.166	582.156	584.821
Prestazioni da privato:	0	0	0	0	0	0
specialistica ambulatoriale	96.542	101.565	95.807	106.203	113.010	122.973
assistenza riabilitativa	7.873	7.285	7.198	6.375	6.439	6.211
assistenza integrativa e protesica	112.451	115.047	114.070	110.502	90.376	93.909
assistenza ospedaliera	517.051	536.562	539.020	558.464	579.497	583.674
psichiatria residenziale e semiresidenziale	55.660	56.009	72.877	71.522	72.323	74.207
distribuzione farmaci File F	3.825	3.422	4.730	13.613	16.609	17.597
prestazioni termali in convenzione	30.423	29.595	26.748	26.737	26.508	25.429
prestazioni di trasporto sanitario	53.674	53.957	66.061	66.666	76.880	80.195
prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	261.771	257.830	292.840	309.049	349.143	377.636
Mobilità passiva internazionale	440	1.031	6.811	5.268	8.922	8.085
Saldo mobilità passiva	0	0	0	0	0	0
<b>TOTALE COSTI ESTERNI</b>	<b>2.452.946</b>	<b>2.418.972</b>	<b>2.402.550</b>	<b>2.416.291</b>	<b>2.460.766</b>	<b>2.500.155</b>
<b>TOTALE COSTI OPERATIVI (COSTI INTERNI + COSTI ESTERNI)</b>	<b>8.365.280</b>	<b>8.455.497</b>	<b>8.626.429</b>	<b>8.529.407</b>	<b>8.555.593</b>	<b>8.755.609</b>
<b>MARGINE OPERATIVO</b>	<b>-9.306</b>	<b>14.292</b>	<b>218.485</b>	<b>215.322</b>	<b>214.181</b>	<b>194.400</b>
Svalutazioni immobilizzazioni, crediti, rivalutazioni e svalutazioni	17.490	23.073	23.170	21.244	8.111	21.642
Saldo gestione finanziaria	35.366	42.325	40.239	30.909	22.397	17.839
Oneri fiscali	215.231	217.406	215.136	213.903	213.229	212.100
Saldo gestione straordinaria	-2.036	-6.936	-12.648	-51.443	-30.632	-57.446
<b>TOTALE COMPONENTI FINANZIARIE E STRAORDINARIE</b>	<b>266.051</b>	<b>275.868</b>	<b>265.897</b>	<b>214.613</b>	<b>213.105</b>	<b>194.135</b>
<b>TOTALE COSTI</b>	<b>8.631.331</b>	<b>8.731.365</b>	<b>8.892.326</b>	<b>8.744.020</b>	<b>8.768.698</b>	<b>8.949.744</b>
<b>RISULTATO DI GESTIONE</b>	<b>-275.357</b>	<b>-261.576</b>	<b>-47.412</b>	<b>709</b>	<b>1.076</b>	<b>265</b>
Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	175.000	160.000	47.656	0	0	0
<b>RISULTATO DI GESTIONE DOPO LE COPERTURE</b>	<b>-100.357</b>	<b>-101.576</b>	<b>244</b>	<b>709</b>	<b>1.076</b>	<b>265</b>

Fonte: elaborazione dati (Agenas, 2015)

Il conto economico presentato da AGENAS (Figure 3 e 4), presenta la suddivisione dei valori in sei principali macro classi:

1. Totale ricavi netti
2. Totale costi interni
3. Totale costi esterni
4. Margine operativo
5. Totale componenti finanziarie e straordinarie
6. Risultato di gestione

### **1.3.1. Analisi del totale dei ricavi netti**

La somma delle voci appartenenti al primo gruppo, permette di individuare i ricavi netti totali. Le quantità che compongono questa categoria possono essere interpretate come il valore della produzione, i cui elementi evidenziano l'ammontare complessivo delle risorse a disposizione dell'Azienda per lo svolgimento delle proprie attività (ARS, 2005).

Le principali categorie da tenere in considerazione, in questo primo gruppo di valori, sono i contributi in conto esercizio e i proventi e ricavi diversi.

- I contributi in conto esercizio sono i conferimenti, che derivano principalmente dal fondo sanitario, assegnati alle Asl dalla Regione per lo svolgimento dell'attività istituzionale. Nel bilancio analizzato, la voce è denominata "FSN indistinto e vincolato" e comprende oltre alle somme assegnate alle Regioni per l'attività corrente, anche quelle derivanti dall'Irap e dall'addizionale Irpef. In questa voce, infatti, rientrano i contributi regionali per la quota del Fondo Sanitario Regionale (Fsr) a destinazione indistinta, i contributi regionali per la quota del Fsr a destinazione vincolata, i contributi da Comuni e da altri Enti.
- Per quanto riguarda la seconda sezione dei proventi e ricavi diversi, il valore maggiormente espressivo è dato dal "saldo di mobilità attiva" (interregionale ed extraregionale) e la "mobilità attiva internazionale". Queste voci accolgono i proventi per servizi resi a cittadini residenti in altre Asl o in un'altra Nazione (ARS, 2005).

Nelle altre voci appartenenti alla categoria dei ricavi totali netti, rientrano tutti i rimborsi riguardanti le funzioni tipiche: ricavi derivanti dall'attività intramoenia<sup>12</sup> dei medici, i ricavi che derivano dalla partecipazione del cittadino alla spesa per le prestazioni erogate (ticket); i rimborsi da aziende farmaceutiche ecc.

---

<sup>12</sup> La libera professione intramoenia copre le prestazioni che i medici offrono al di fuori dell'orario di lavoro. Essi possono usufruire delle strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale dietro pagamento da parte del paziente di una tariffa.

La Toscana si caratterizza per un andamento crescente del totale dei ricavi netti, ad eccezione dell'anno 2013<sup>13</sup> in cui c'è stata una lieve diminuzione, superata poi negli anni successivi. Il "FSN indistinto e vincolato" è il traino di questa crescita, passando da €6.544.089 del 2010 al €6.737.119 del 2015. L'attività intramoenia è caratterizzata inoltre da un incremento esponenziale, nel 2010 infatti i ricavi sono stati pari a €29.766 fino a raggiungere €119.864 nel 2015.

Anche nel caso della Regione Emilia Romagna il totale dei ricavi netti ha seguito un andamento crescente, diminuendo nell'anno 2013 e poi aumentando nei periodi successivi. I ricavi di questa Regione ammontano a valori che si aggirano intorno ai 9mln, a differenza della Toscana in cui il totale dei ricavi netti rimane in un *range* di 7 mln. Per la Regione Emilia Romagna il "FSN indistinto e vincolato" rappresenta la parte più ingente del finanziamento, ma in questo caso non ha seguito un andamento sempre crescente. Il valore più alto è stato raggiunto nel 2014, con un finanziamento pari a € 7.912.556, per poi diminuire nel 2015. La differenza di valori tra le due Regioni dipende certamente dalla diversa popolazione (Toscana con 3,753 milioni di abitanti ed Emilia Romagna con 4,451 milioni) e di conseguenza dalla mobilità attiva e passiva e dal numero di prestazioni erogate.

Come già analizzato, però, i finanziamenti assegnati alle Regioni dipendono da molte altre variabili tra cui (Ministero della salute, 2017C):

- La fiscalità generale delle Regioni: Irap e Irpef. I gettiti delle imposte sono determinati dall'applicazione delle aliquote base nazionali, quindi non tengono conto dei maggiori oneri che provengono dalle eventuali manovre fiscali regionali.
- Il bilancio dello Stato: esso finanzia il fabbisogno sanitario scoperto dalle altre fonti di finanziamento principalmente attraverso la compartecipazione all'Iva (per le Regioni a statuto ordinario), le accise sui carburanti e attraverso il Fondo sanitario nazionale.

### **1.3.2. Analisi del totale dei costi operativi**

La macro classe successiva a quella dei ricavi netti sono i costi della produzione, che rappresentano l'onere sostenuto dall'Azienda per lo svolgimento della propria attività. Il bilancio AGENAS divide i costi sostenuti internamente e quelli derivanti da fattori esterni (ARS, 2005).

Nei costi interni rientrano le spese sostenute per il personale a tempo determinato e indeterminato, in particolare questa spesa *comprende anche l'Irap, la quale, pur essendo allocata tra le imposte, costituisce un onere strettamente connesso ai costi per il personale*. Internamente sono inoltre sostenuti costi di acquisto sia relativi ai prodotti farmaceutici sia a tutti i beni e servizi sanitari e non sanitari. La voce seguente degli

---

<sup>13</sup> Come già osservato, a causa della crisi del sistema della finanza pubblica, negli anni 2013 e 2014 sono stati previsti dei contenimenti nei finanziamenti alle Regioni e agli Enti locali, intervenendo sul patto di stabilità interno.

“ammortamenti e costi capitalizzati” comprende tutti gli oneri riconducibili all’utilizzo delle immobilizzazioni che permettono di valutare la loro perdita di valore nel tempo. L’ammortamento<sup>14</sup> è utile a individuare in che misura il bene contribuisce alla creazione di valore, ciò avviene imputando a conto economico il suo costo d’esercizio. Nella categoria dei costi interni rientra poi la voce “accantonamenti” che comprende la somma delle quote, messe da parte a fine esercizio, per far fronte a probabili rischi e oneri futuri (*es. accantonamenti per fondo imposte, per spese legali, per contenziosi tributari, ecc.*). L’ultima voce rientrante nei costi interni è quella che misura la variazione di valore delle rimanenze sanitarie tra l’inizio e la fine dell’esercizio (ARS, 2005).

Nella categoria dei costi interni, spesa per il personale rappresenta, per entrambe le Regioni, la quota più ingente e maggiormente rilevante. La Toscana ha sostenuto, negli anni analizzati, dei costi sempre superiori ai 2mln ma che hanno subito dal 2010 una graduale riduzione per poi raggiungere un valore di € 2.504.147 nel 2015. Il picco più basso, come ormai prevedibile, è stato raggiunto nel 2013 quando per il personale è stato sostenuto un costo di € 2.483.328. La seconda spesa interna, in ordine d’impatto economico, è quella sostenuta per i servizi non sanitari. In questa voce rientrano la manutenzione e riparazione d’impianti e macchinari, di attrezzature sanitarie e scientifiche, di automezzi e canoni di noleggio. La Toscana ha sempre tenuto spese del valore di circa € 900.000, raggiungendo il picco massimo nell’anno 2012 con una spesa di € 965.255. Un ultimo valore da osservare è quello della voce “variazione rimanenze” che, poiché rappresenta una differenza, potrebbe assumere valori negativi. È questo il caso della Toscana negli anni 2014 (variazione di € -6.530) e 2015 (variazione di € -11.123) alla fine dei quali si sono dunque registrate rimanenze molto superiori rispetto a quelle tenute in magazzino a inizio esercizio.

L’andamento dei costi interni della Regione Emilia Romagna è simile a quello della Regione prima descritta. Il costo sostenuto per il personale a tempo determinato e indeterminato è, in questo caso, di poco inferiore ai 3mln per ogni anno considerato. I valori hanno subito negli anni variazioni non eccessive, seguendo un andamento altalenante e raggiungendo nel 2015 il valore minimo pari a € 2.929.696. Anche per la Regione emiliana la spesa per servizi non sanitari è la seconda in ordine di onerosità, che raggiunge picchi di valori pari quasi alla metà dei costi sostenuti per il personale. L’elemento considerato più ingente è quello che si riferisce alla manutenzione per gli impianti e i macchinari, coerente con l’andamento nazionale, in cui questa spesa è cresciuta del 13,24% tra il 2014 e il 2015 (Di Vivo, 2015). Nella Regione Emilia Romagna, però, la spesa più elevata per i servizi non sanitari si è registrata nel 2012 con un picco di € 1.018.678. L’ultima voce analizzata in questa sede, ovvero la variazione delle rimanenze, si discosta dall’andamento della Toscana. Nella Regione emiliana, infatti, i valori dall’anno 2011 al 2015 sono stati sempre negativi, passando da quote minime (€ -70 nel 2011) a quote più ingenti (€ -10.766 nel 2013). L’unico anno

---

<sup>14</sup> La quota di ammortamento è ottenuta applicando una percentuale al costo storico del bene. La percentuale deriva da indicazioni ministeriali (ARS, 2005).

in cui la variazione delle rimanenze è stata pari a un valore positivo è il 2010, in cui la differenza tra le rimanenze inizialmente in magazzino e quelle possedute a fine esercizio è stata pari a € 1.433.

Oltre alla categoria dei costi interni, il bilancio AGENAS suddivide i costi della produzione in un successivo gruppo di valori: i costi esterni. Questa classificazione comprende tutti gli oneri derivanti da soggetti privati e non interni alla Asl, dunque rientra in questa categoria tutto ciò che l'Azienda non può controllare direttamente. Una prima grande sezione è composta dalle spese riguardanti la farmaceutica e la medicina convenzionata, con cui s'intendono le convenzioni con soggetti che normalmente non prestano lavoro in Azienda come i medici di medicina generale (MMG), i pediatri di libera scelta (PLS) e la guardia medica. In seguito sono inclusi tutti i costi per prestazioni di servizi fornite da privati, elencate in diverse macro classi tra cui le varie forme di assistenza (riabilitativa, protesica, ospedaliera), la specialistica ambulatoriale, l'area riguardante la psichiatria residenziale ecc. Rientrano inoltre nelle spese non direttamente governabili dalle Aziende, i costi per la mobilità passiva nazionale e internazionale. Questa categoria di costi costituisce un onere esterno perché riflette tutte le prestazioni erogate su un cittadino, da Aziende diverse da quelle di competenza, per sua spontanea decisione (ARS, 2005).

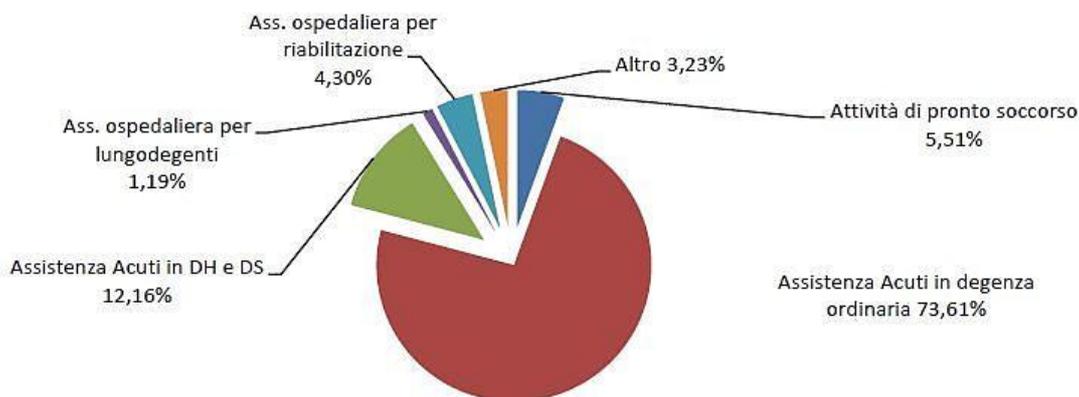
La farmaceutica convenzionata, la medicina convenzionata e l'assistenza ospedaliera offerta dai privati sono, in ordine, le tre categorie maggiormente onerose nell'ambito dei costi esterni.

- Sia la Toscana sia l'Emilia Romagna hanno registrato per la farmaceutica convenzionata una spesa decrescente partendo dal 2010 al 2015. La Toscana è passata da una spesa di € 630.521 nel 2010 a una di € 480.824 nel 2015, ugualmente l'Emilia Romagna passando da € 741.824 a € 525.418. l'andamento decrescente del 2015 non riflette però, a livello nazionale, *l'analisi dettagliata su alcune voci di spesa per la quale si rileva la forte crescita dei "Prodotti farmaceutici" (+20,9%) rispetto al 2014; la crescita risente sempre dell'incremento della distribuzione diretta ma soprattutto dei farmaci innovati e di quelli utilizzati per la cura dell'epatite C* (Di Vivo, 2015).
- Per quanto riguarda la medicina convenzionata, l'andamento di spesa in entrambe le Regioni è prevalentemente costante con una media che corrisponde a € 467.523,3 per la Toscana e a € 580.480,3 per l'Emilia Romagna.
- Nella categoria delle prestazioni da privato invece, la voce che assume più rilevanza economica in termini di spesa è quella che si riferisce all'assistenza ospedaliera. Nella Regione Toscana questa voce ha subito un andamento crescente ad eccezione del 2015 in cui è diminuita lievemente a un valore di € 246.300. Non si può confermare il medesimo trend per l'Emilia Romagna in cui si è verificata una crescita anno dopo anno, raggiungendo il massimo valore di spesa nel 2015 pari a € 583.674.

La Figura 5 mostra, a livello nazionale, come è stata suddivisa la spesa sanitaria nel 2015, nella macro voce dell'assistenza ospedaliera. Considerando l'intervallo di tempo che va dal 2008 al 2015, l'aumento si è registrato nella "Riabilitazione

ospedaliera” (+1,07 %) mentre le principali diminuzioni si sono verificate nei “Ricoveri ordinari” (-1,15 %) e “Ricoveri Day Hospital (DH) e Day Surgery (DS)” (-1,35 %) (Di Vivo, 2015).

Figura 5: Suddivisione percentuale della spesa sanitaria nazionale per livello di assistenza ospedaliera nel 2015.



Fonte: elaborazione dati Agenas (Di Vivo, 2015)

La divisione tra valore della produzione, costi interni e costi esterni ha come scopo quello di *evidenziare la performance aziendale in termini di capacità di contenimento della spesa al netto però dei costi sostenuti da strutture e professionisti “esterni” all’Azienda stessa*. Questo tipo di performance aziendali, dunque, dovrebbero essere valutate sulla quantità di risorse di cui l’Azienda dispone, al netto dei costi esterni sostenuti (ARS, 2005).

### 1.3.3. Analisi del totale delle componenti finanziarie e straordinarie

Dell’ultimo gruppo di valori, necessario per il finale calcolo del risultato di gestione, fanno parte tutte le componenti finanziarie e straordinarie.

- La prima è la voce concernente le svalutazioni e rivalutazioni, un cui elemento rilevante è la svalutazione dei crediti. Questa variabile riguarda le quote accantonate a fine esercizio in previsione di perdite probabili, totali o parziali, derivanti da non riscossioni dei crediti.

Le tre successive categorie, dividono gli oneri sostenuti dall’Azienda in tre attività ben distinte: gestione finanziaria, gestione tributaria e gestione straordinaria.

- La gestione finanziaria accoglie costi e ricavi provenienti da operazioni puramente economiche ad esempio l’accensione di debiti o il rimborso di crediti, da cui derivano interessi attivi, interessi passivi, oneri bancari ecc.; seppur poco

utilizzato, in questa voce, dovrebbero essere registrate anche rivalutazioni e svalutazioni d'immobilizzazioni finanziarie e di titoli.

- La successiva gestione tributaria comprende tutti gli oneri fiscali, dunque le imposte e le tasse sui redditi, che scaturiscono dall'attività dell'Azienda. In quest'ambito va rilevata un'importante evoluzione: fino al 1997, i redditi delle Aziende sanitarie erano sottoposti all'Irpeg (imposte sui redditi delle persone giuridiche) e all'Ilor (imposta locale sui redditi), caratterizzate da una minima incidenza sul risultato finale. Dal 1998 l'Ilor è stata sostituita dall'Irap, con la differenza che quest'ultima, è calcolata sui salari totali e non più sul risultato di gestione. L'Irap dunque *sostituisce di fatto i precedenti contributi previdenziali* e, per questo, *per una corretta rappresentazione del bilancio d'esercizio, dovrebbe figurare insieme alle voci del personale e non tra le imposte sul reddito*.
- Ultima voce delle componenti finanziarie e straordinarie è il saldo di gestione straordinaria. Questa specifica categoria comprende tutti i ricavi e gli oneri straordinari, derivanti da attività diverse rispetto a quelle ordinariamente condotte dell'Azienda. Per esempio, elementi che potrebbero rientrare in questa macroclasse, sono le minusvalenze e le plusvalenze per la dismissione di beni strumentali. Questa voce è da considerarsi rilevante nel calcolo del risultato di gestione in quanto, se assume un valore ingente nel conto economico, potrebbe essere sinonimo d'inefficienze produttive (ARS, 2005).

Analizzando nei due bilanci l'aggregato delle componenti finanziarie e straordinarie, la Toscana ha mantenuto, nel corso dei sei anni, valori in un intorno di € 200.000 raggiungendo il picco minimo nel 2010 (€ 173.632) e il picco massimo nel 2011 (€ 273.063), con un saldo di gestione straordinaria prevalentemente negativo e con la più rilevante influenza degli oneri fiscali.

Anche la Regione Emilia Romagna ha raggiunto il massimo costo finanziario e straordinario nel 2011 con un totale di € 275.868 ma in questo caso, a differenza della Toscana, il minimo valore è stato registrato nel 2015, con un totale di € 194.135. Un altro aspetto in cui si differenzia la Regione emiliana è dato dalle componenti di gestione straordinaria, in questo caso tutte negative. Il fatto che un costo sia negativo rappresenta un ricavo in termini di calcolo del risultato di gestione, non a caso il maggior valore negativo nel bilancio dell'Emilia Romagna si è registrato nel 2015, quando gli oneri finanziari e straordinari sono risultati minimi rispetto agli anni precedenti.

### 1.3.4. Analisi del margine operativo e del risultato di gestione

Dopo aver analizzato le varie macro classi, è possibile giungere al calcolo intermedio del margine operativo<sup>15</sup>, sottraendo ai ricavi totali netti il totale dei costi operativi (costi interni e costi esterni, cfr. Figura 6). Per il successivo calcolo del risultato di gestione, però, è necessario ottenere un valore più preciso dei costi totali sostenuti dall'Azienda. Quest'operazione è possibile aggiungendo al totale dei costi operativi, la somma delle componenti finanziarie e straordinarie. Completati questi calcoli, si può infine ottenere il risultato di gestione, sottraendo ai ricavi totali netti la voce dei costi totali. Nei bilanci pubblicati da AGENAS, in aggiunta al semplice risultato di gestione, è proposto un successivo valore, al netto delle risorse aggiuntive per il finanziamento dei Lea: il risultato di gestione dopo le coperture (ARS, 2005).

Figura 6: Schema di determinazione del risultato di gestione

	VALORE DELLA PRODUZIONE
-	COSTI OPERATIVI (COSTI INTERNI + COSTI ESTERNI)
=	MARGINE OPERATIVO
-	TOTALE COMPONENTI FINANZIARIE E STRAORDINARIE
=	RISULTATO DI GESTIONE (UTILE/ PERDITA DELL'ESERCIZIO)
+	CONTRIBUTI DA REGIONE O PROV. AUT. (extra fondo) - RISORSE AGGIUNTIVE DA BILANCIO REGIONALE A TITOLO DI COPERTURA LEA
=	RISULTATO DI GESTIONE DOPO LE COPERTURE

Fonte: elaborazione personale su voci di bilancio (Agenas, 2015)

Prima di analizzare nello specifico il Risultato di gestione delle due Regioni, è utile per una comprensione di bilancio più dettagliata, soffermarci sul margine operativo. Questo risultato intermedio, anche individuato come risultato operativo (RO), esprime la capacità dell'Azienda di ottenere un reddito tramite l'attività specifica per la quale essa è sorta. *Tale risultato, infatti, indica quante risorse l'Azienda è riuscita a risparmiare dopo aver soddisfatto i bisogni di salute della collettività. È possibile pertanto affermare che l'Azienda raggiunge buone performance economiche nel momento in cui, ad un elevato valore di RO, corrisponda un effettivo soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza* (ARS, 2015).

Il valore ottenuto può essere utilizzato nell'analisi di bilancio, tramite la creazione di un indice: il Risultato operativo pro capite. L'indice è così calcolato: Risultato

<sup>15</sup> Il calcolo eseguito rientra nell'impostazione di CE riclassificato. È possibile calcolare il Margine Operativo anche dal conto economico non riclassificato, sottraendo dal valore della produzione i costi della produzione e l'IRAP (ARS, 2015).

Operativo/Popolazione (RO/POP). Più questo rapporto assumerà valori positivi, migliore sarà considerata la performance aziendale. L'indice, infatti, è rappresentativo delle risorse rimaste a disposizione dell'Azienda, dopo aver eseguito le proprie funzioni specifiche.

In entrambe le Regioni, il margine operativo evidenziato in bilancio assume sempre valori positivi ad eccezione dell'anno 2010: Toscana con € -18.096 ed Emilia Romagna con € -9.306. Di conseguenza anche l'indice di bilancio ne sarà risultato negativo, ciò a indicare che in quell'anno, la gestione ha richiesto più risorse di quelle disponibili per il soddisfacimento dei bisogni dei cittadini.

Il risultato di gestione è dunque il punto di arrivo dell'analisi di bilancio condotta in questa sede. Nel caso delle aziende sanitarie però, il risultato d'esercizio non permette di giungere a una chiara valutazione di economicità *poiché misura semplicemente il grado di raggiungimento dell'equilibrio economico, senza esprimere alcuna valutazione in merito alla capacità dell'Azienda di soddisfare i bisogni dei cittadini*. Infatti il risultato d'esercizio sarebbe in grado di fornirci una corretta valutazione economica, esclusivamente nel caso in cui il meccanismo di finanziamento riuscisse a essere coerente con il valore percepito dai cittadini e dai pazienti dei servizi sanitari. In ogni caso, sia la Toscana sia l'Emilia Romagna hanno registrato un andamento simile nei sei anni considerati. Nei primi tre anni (dal 2010 al 2012) il risultato di gestione è stato negativo, hanno dunque subito delle perdite d'esercizio. La perdita maggiore per la Toscana è avvenuta nel 2010 con un valore pari a € -191.728, ugualmente per l'Emilia Romagna con una perdita pari a € -275.357. I contributi e le risorse aggiuntive per l'erogazione dei LEA sono stati attribuiti alle Regioni proprio in questi anni di difficoltà economica, cosa che non si è verificata nei tre anni successivi, in cui nei due bilanci sono stati registrati contributi nulli, grazie alla capacità delle due Regioni di garantire l'erogazione dei servizi con risorse proprie e di ottenere dei profitti al termine di ogni esercizio. L'Emilia Romagna ha registrato il massimo profitto nell'anno 2014 con un totale di € 1.076 ugualmente per la Toscana con un valore finale di € 32.106 (ARS,2015).

#### **1.4. Obiettivi e implicazioni dell'analisi di bilancio**

L'analisi di bilancio, la sua riclassificazione e la creazione di relativi indici sono finalizzate a individuare quali sono i punti di debolezza di ogni realtà sanitaria, e dunque a programmare su di esse dei provvedimenti migliorativi. Oltre a questo scopo però, l'analisi è diretta a svolgere due funzioni principali (ARS, 2015):

1. Poter effettuare una efficace comparazione di bilanci di più Aziende (appartenenti alla stessa Regione o di Regioni differenti), per individuarne in uno stesso periodo la loro posizione rispetto ai vincoli economici imposti. Quest'obiettivo consente di confrontare le performance delle varie Aziende.
2. Poter eseguire una valutazione dell'andamento dei valori della stessa Azienda su più periodi, per individuare come le decisioni assunte ne abbiano modificato la

struttura patrimoniale. Quest'analisi permettere di individuarne gli orientamenti e i cambiamenti in corso.

I due obiettivi presentano però un grande limite: quello di essere difficilmente realizzabili. Seppure le Aziende abbiano i medesimi scopi, ovvero quelli di soddisfare i bisogni sanitari dei cittadini, esse agiscono diversamente e sono nel loro assetto, uniche e disomogenee. Nonostante ciò, gli obiettivi sopra esposti, non sono considerati irrealizzabili giacché gli strumenti e le attività delle aziende sono tra loro simili. Per questa ragione le loro performance sono sottoposte a confronto (ARS, 2015).

L'analisi effettuata ha permesso di individuare l'esistenza di una chiara regola di allocazione delle risorse nell'ambito sanitario, basata su principi cardine di equità e oggettività. La parte ancora da perfezionare, in questo contesto, resta però la definizione dei limiti cui le Asl sono sottoposte in termini di manovre economiche, in particolare bisogna necessariamente tracciare quali sono le risorse che l'Azienda può utilizzare per lo svolgimento delle proprie attività, al netto dei servizi esterni non direttamente controllabili. Nella prospettiva operativa inoltre, è risultata disomogenea l'applicazione dei principi contabili, non ancora totalmente chiari e vincolanti. Le criticità emerse potrebbero essere risolte definendo un insieme di principi contabili effettivamente condivisi e applicati da tutti. Al contempo, però, la marcata differenza dei dati di bilancio di ciascuna realtà aziendale, induce a concludere che la proposta di adottare dei comportamenti omogenei sia realmente applicabile solo in termini generali (ARS,2015).

## CAPITOLO 3

### Analisi del saldo di mobilità regionale (2010-2015)

#### 3.1. La mobilità sanitaria

L'analisi effettuata nel capitolo due è stata basata sui dati rilevati da Agenas, basata sul consolidamento dei flussi di mobilità. L'attività è infatti quella di attribuire alle singole Regioni i flussi in entrata, azzerando gli *outgoing* ovvero i saldi di mobilità passiva. In questo modo, i dati sono già stati arrangiati e pertanto risultano difficilmente commentabili. Questo capitolo ha come obiettivo quello di analizzare i dati originali dei singoli flussi di mobilità attiva e passiva, per giungere a conclusioni in termini di efficienza e attrattività dei servizi sanitari regionali.

È doveroso individuare il significato dei due termini che saranno spesso utilizzati in questo contesto: la mobilità attiva e la mobilità passiva.

- Per mobilità attiva si intende il flusso di fondi che entrano in una Regione per la compensazione di prestazioni erogate ad assistiti di altro ente o territorio;
- La mobilità passiva invece è il flusso di fondi che escono dalla Regione, per la compensazione di prestazioni che enti al di fuori del territorio di competenza hanno erogato a propri residenti.

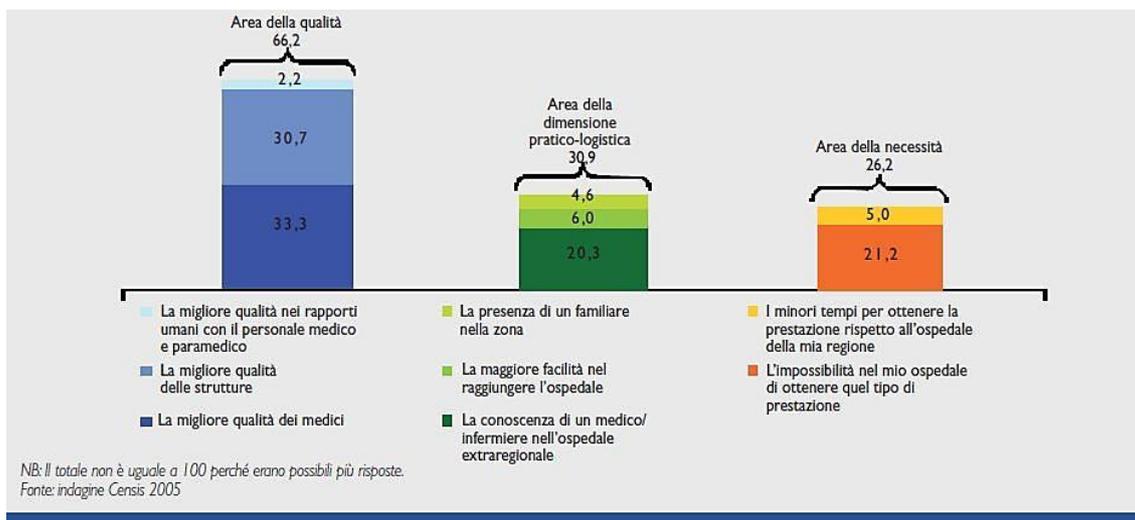
La mobilità è un diritto dei cittadini, che possono scegliere una struttura ospedaliera, senza vincoli territoriali, per soddisfare i propri bisogni. Spesso però questo fenomeno induce un aumento di costi regionali, senza però modificarne la qualità. L'assenza di vincoli se da un lato garantisce una grande libertà al cittadino, dall'altro produce degli effetti negativi come ad esempio la *sproporzione tra posti letto destinati ai residenti della propria Regione e posti letto riservati ai residenti di un'altra Regione* oppure la grande difficoltà per i territori con alta mobilità passiva, di programmare l'impatto economico degli spostamenti (AGENAS, 2012).

##### 3.1.1. Le ragioni degli spostamenti

L'incremento della mobilità coincide con importanti cambiamenti sociali e ne è largamente condizionata. *Le trasformazioni demografiche, economiche, culturali e sociali, a cavallo tra secondo e terzo millennio, hanno evidenti ripercussioni nel campo della salute e della sanità: l'allungamento della vita incide sull'andamento e la diffusione delle patologie croniche; la crescita della ricchezza materiale ed il consumismo incidono sui comportamenti di domanda sanitaria; lo sviluppo delle nuove tecnologie dell'informazione ha ripercussioni importanti su auto-informazione e auto-cura, oltre che sulle caratteristiche dell'offerta sanitaria; l'esplosione dei trasporti e l'internazionalizzazione crescente dei vissuti, infine, hanno un evidente collegamento con la disponibilità a spostarsi sul territorio, nazionale ed internazionale, alla ricerca di risposte migliori ai propri problemi di salute* (AGENAS, 2012).

Un'indagine Censis che è stata svolta nel 2005, su un gruppo di 2.524 pazienti ospedalieri, ha voluto individuare le motivazioni principali che spingono i cittadini a spostarsi. In questa ricerca, solo l'8,8% del campione intervistato era stato obbligato a ricoverarsi fuori Regione, a causa di un incidente o di una permanenza fuori casa. Il restante 91,2% degli intervistati aveva scelto di ricoverarsi fuori Regione di residenza per una maggiore affidabilità dei servizi offerti (AGENAS, 2012).

Figura 7: Le principali motivazioni della mobilità



Fonte: (AGENAS, 2012)

La stessa indagine ha permesso di individuare le principali cause che giustificano la scelta di spostarsi dalla propria Regione, come mostrato dalla figura 7, le motivazioni possono essere raggruppate in tre categorie (AGENAS, 2012):

1. Motivi legati alla qualità dei servizi (66,2% degli intervistati);
2. Motivi legati alla praticità e alla logistica, per facilitare l'accesso alle cure (30,9% degli intervistati);
3. Motivi derivanti da necessità di spostarsi, a causa di tempi di attesa eccessivamente lunghi o assenza di servizi nella propria Regione (26,2% degli intervistati).

Oltre alle motivazioni che si celano dietro la scelta di spostarsi per accedere ai servizi sanitari, l'indagine ha evidenziato anche alcuni aspetti negativi che il fenomeno della mobilità provoca ai vari soggetti coinvolti (AGENAS, 2012):

1. *I costi privati intangibili* dovuti ai disagi sociali del paziente e dei familiari che si spostano in una zona di ricovero lontana dalla propria abitazione;
2. *I costi privati tangibili* che rappresentano tutte le spese sostenute dai pazienti e dai familiari per spostarsi verso la Regione di ricovero;
3. *I costi pubblici* dovuti ai trasferimenti di risorse finanziarie tra Regioni;
4. *I problemi organizzativi e di politica sanitaria* connessi alle scelte di programmazione, alle probabili liste di attesa dovute ai sovraffollamenti.

### 3.1.2. Riflessioni e connessioni sociali

Alcuni studi hanno dimostrato una connessione tra geografia della salute e geografia sociale. Questa affermazione intende evidenziare come la qualità delle cure e la relativa accessibilità siano spesso coincidenti con la qualità di vita e di salute dei vari cittadini. L'area geografica che maggiormente conferma questa ricerca è il Mezzogiorno d'Italia che, infatti, presenta una corrispondenza tra indicatori di salute sfavorevoli e limiti nell'accessibilità dei servizi. A questa osservazione segue dunque una riflessione più approfondita: i contesti istituzionali e sociali meno avanzati sono *meno capaci di far fronte con un'adeguata offerta di servizi ai problemi individuali* (AGENAS, 2012).

La distribuzione dei ricoveri al di fuori delle Regioni è eterogenea ma ci sono delle evidenze statistiche molto chiare che evidenziano aspetti comuni a tutte le Regioni del Paese: *a parità di età, periodo e livello di morbosità cronica, evidenziano che i soggetti con titolo di studio elevato hanno una probabilità di ricovero fuori Regione maggiore del 70% rispetto alla popolazione meno scolarizzata. I residenti del sud inoltre si spostano per ricoverarsi il doppio rispetto ai residenti del centro e del nord-ovest.* Molto probabilmente la ricerca di una soluzione migliore garantisce la massima libertà e assistenza a tutti ma contribuisce ad aggravare le disuguaglianze di salute del Paese. La possibilità dello spostamento è un aspetto da considerarsi positivo per la salute dei cittadini ma, in un'analisi più approfondita, bisognerebbe stabilire se questo meccanismo sia una soluzione efficiente o se ci sia la necessità di una revisione dell'offerta di ogni Regione (AGENAS, 2012).

### 3.1.3. Modalità di remunerazione

La mobilità sanitaria costituisce un mezzo per riuscire a individuare gli equilibri regionali, soprattutto sulla base dei finanziamenti e dei sistemi tariffari di ciascuna di esse. I principali sistemi di remunerazione che possono essere individuati sono tre (AGENAS, 2012):

1. I primi decreti<sup>16</sup> hanno introdotto il sistema di remunerazione a tariffa per gli erogatori di prestazioni sanitarie. Queste disposizioni avevano l'obiettivo di riordinare il sistema e di misurare la capacità di erogazione delle singole Regioni ed era applicato prevalentemente a produttori pubblici.
2. Successivamente la remunerazione a tariffa è stata affiancata dalla remunerazione per prestazione, prevedendo il finanziamento degli erogatori *in rapporto al volume di prestazioni prodotte*. Questo sistema veniva applicato a erogatori pubblici e privati senza alcuna distinzione.
3. In aggiunta a questi due metodi veniva praticata, per i soli produttori pubblici, la remunerazione a budget o a funzione. Questa tipologia di finanziamento era rivolta a tutte quelle prestazioni che non potevano basarsi su una specifica tariffa (es. i corsi di laurea per le professioni sanitarie eseguiti da aziende ospedaliere o Asl per conto delle Regioni). La remunerazione a funzione è stata quella che, con il passare degli anni, viene maggiormente utilizzata dagli erogatori pubblici. In pratica il finanziamento avviene in due parti: una parte assegnata sulla base delle prestazioni erogate e una seconda parte attribuita al pubblico dalla Regione al momento del ripiano.

---

<sup>16</sup> Il D.lgs. 502/92 e il D.lgs. 299/99 (AGENAS, 2012).

Nonostante i vantaggi della remunerazione a tariffa siano molti (trasparenza, efficienza, semplicità di finanziamento, capacità di valutazioni sulla singola azienda), il consolidarsi del sistema di remunerazione a funzione ha impedito di sfruttarli. L'aspetto che maggiormente preoccupa è il non poter più verificare il *rapporto tra prestazioni, volumi di attività erogata e costi*, reso possibile dalle tariffe omogenee (AGENAS, 2012).

### 3.1.4. Il saldo di mobilità

La prospettiva maggiormente utilizzata per interpretare il saldo della mobilità è quella unilaterale, per cui si individua questo fenomeno come la *dimostrazione di una scarsa qualità dell'assistenza erogata da alcune Regioni* (AGENAS, 2012). In questo modo, dunque, il saldo di mobilità è un indicatore di inefficienza e inefficacia e la mobilità passiva rappresenta un fenomeno da evitare e limitare. In una prospettiva più positiva, però, il saldo di mobilità potrebbe anche essere inteso come la possibilità dei cittadini di ricevere prestazioni di eccellenza e quindi un fenomeno da incentivare per garantire maggiore efficacia ed efficienza al sistema (AGENAS, 2012).

In ogni caso la dinamica della mobilità è stabile da anni: le Regioni meridionali hanno una media negativa del saldo, al contrario le Regioni settentrionali registrano una media positiva. Le eccezioni sono poche: a sud il Molise, che ha un saldo positivo, invece a nord le uniche Regioni con saldi negativi rilevanti sono il Piemonte e la P.A. di Trento. Nel complesso i cittadini si spostano dal sud al centro-nord per *l'8,3% dei ricoveri che sono stati stimati rappresentare € 1,1 Mld, pari al 3,2% del finanziamento complessivo spettante alle Regioni del sud* (AGENAS, 2012).

Come già anticipato, il saldo di mobilità rappresenta una somma algebrica tra le quote di mobilità attiva e di mobilità passiva di ciascuna Regione (AGENAS, 2012):

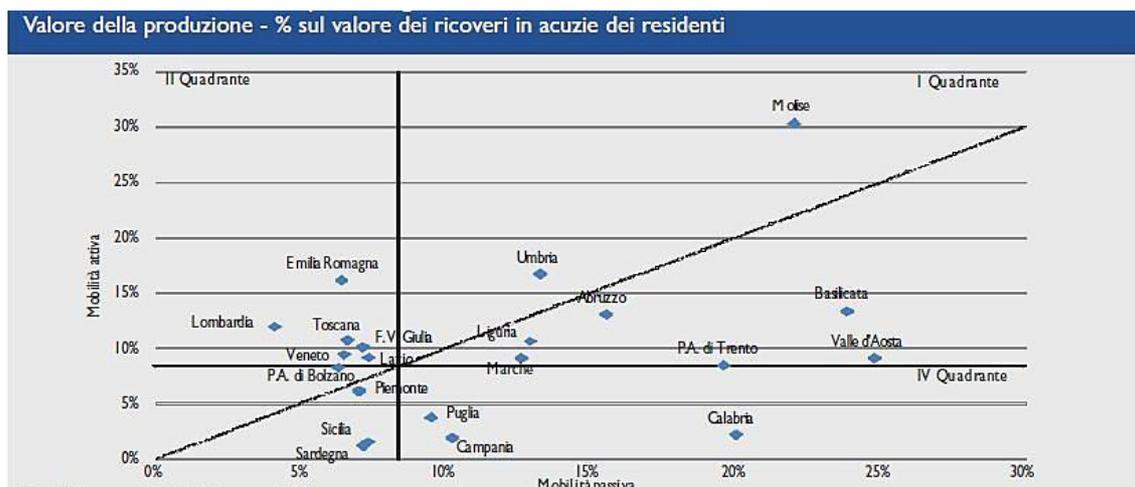
- La mobilità attiva può essere interpretata come la capacità di attrazione di una Regione, e dunque del proprio sistema sanitario. Le Regioni con maggiori valori sono Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Lombardia; al contrario le Regioni meno attrattive sono Calabria, Campania e Isole.
- La mobilità passiva è rappresentata in gran parte da ricoveri in regioni confinanti (mobilità di confine), un'altra parte è costituita dai ricoveri inappropriati<sup>17</sup> e la restante è attribuibile principalmente a ricoveri per alta specialità. Al contrario della mobilità attiva, quella passiva raggiunge valori molto elevati nelle Regioni di piccole dimensioni come ad esempio Basilicata, Molise, Abruzzo, Valle d'Aosta.

Il fenomeno della mobilità è molto complesso e difficilmente analizzabile. I saldi spesso sembrano fornire un quadro inadatto della realtà Regionale, il motivo è che i valori dipendono da caratteristiche differenti tra le varie Regioni (AGENAS, 2012).

---

<sup>17</sup> La valutazione si basa su indici di appropriatezza.

Figura 8: Mobilità attiva e passiva regionale (anno 2008)



Fonte: (AGENAS, 2012)

Dalla Figura 8 è possibile analizzare le varie condizioni regionali. Ognuna di esse è posizionata sul grafico sulla base dei valori medi delle due mobilità (collocate sugli assi).

Analizzando la figura è evidente la netta distinzione (AGENAS, 2012):

- Le Regioni al di sopra della bisettrice presentano un saldo di mobilità positivo. Le Regioni nel secondo quadrante<sup>18</sup> (in alto a sx) sono quelle realmente attrattive poiché presentano una mobilità attiva elevata e una mobilità passiva molto bassa, inferiore alla media.
- Al contrario, le Regioni posizionate al di sotto della bisettrice presentano un saldo di mobilità negativo. Esse registrano per la maggiorparte dei casi una mobilità attiva inferiore alla media e una mobilità passiva superiore. Il dato maggiormente rilevante è la Calabria che si posiziona nel quarto quadrante (in basso a dx).

L'osservazione che è possibile fare è che i dati esaminati nel tempo si confermano solo se rilevati sul valore della mobilità e non sul numero dei ricoveri. Il motivo è che i saldi della mobilità sono largamente influenzati dalle tariffe che vengono adottate (AGENAS, 2012).

### 3.1.4. Attendibilità dei dati

I modelli di CE analizzati nel precedente capitolo mostrano, come visto, un quadro ben dettagliato della situazione di ogni Regione. I valori riportati però, non risultano sempre attendibili. La veridicità dei dati è fortemente influenzata dai principi contabili a cui ogni Regione fa riferimento. La condizione necessaria affinché i dati presentati siano ammissibili è che *la somma algebrica dei valori rilevati dalle aziende sanitarie pubbliche della Regione sia pari a zero* (AGENAS, 2012).

$$\sum_{Regioni} (\text{mobilità attiva} + \text{mobilità passiva}) = 0$$

<sup>18</sup> Emilia Romagna, Toscana, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Veneto (AGENAS, 2012).

Questa constatazione si basa sulla dinamica di funzionamento della mobilità sanitaria: ogni paziente che riceve assistenza in un centro pubblico esterno dalla propria residenza, genera per quest'ultimo un ricavo; al contrario la Asl di residenza ne subisce un costo e dunque una perdita. La somma algebrica tra i due valori sarà pari a zero (AGENAS, 2012).

In alternativa, la condizione di attendibilità dei dati è che *il rapporto tra proventi e costi per mobilità infragruppo, rilevati dall'insieme delle aziende, sia pari a 1* (AGENAS, 2012).

$$\frac{\sum \text{Proventi per mobilità infragruppo}}{\sum \text{Costi per mobilità infragruppo}} = 1$$

Questa formula permette di controllare se la mobilità fornisce alle Regioni un margine positivo o negativo. Nonostante sia molto raro che questo rapporto si verifichi, gli scostamenti sono spesso molto bassi e poco rilevanti (AGENAS, 2012).

## **3.2. La Regione Emilia Romagna**

L'Emilia Romagna è una Regione appartenente all'area settentrionale dell'Italia, estesa per 22.451 km<sup>2</sup> e che conta circa 4,451 milioni di abitanti. Rappresenta una delle eccellenze italiane dal punto di vista dell'efficacia e dell'efficienza sanitaria (ISTAT, 2017B).

### **3.2.1. Mobilità attiva**

Come prevedibile, dunque, il tema della mobilità colpisce largamente questo territorio che registra alti valori soprattutto sul fronte della mobilità attiva, ad indicare che la Regione è fortemente attrattiva.

Figura 9: Mobilità attiva Regione Emilia Romagna (2010-2015).

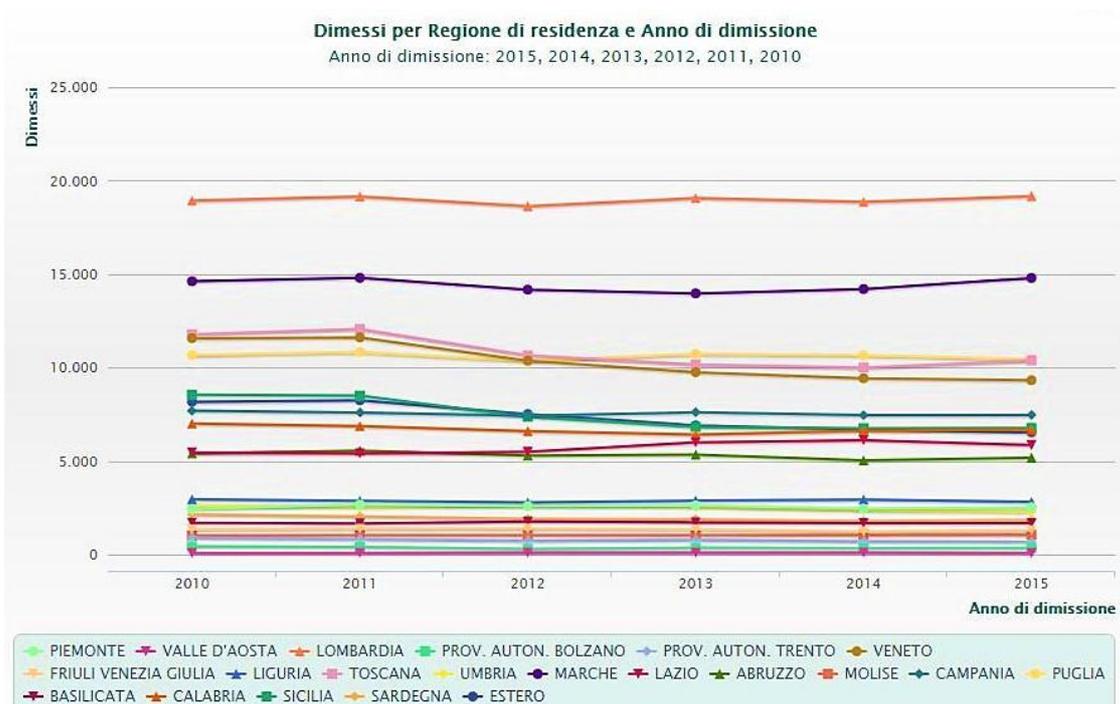
Anno di dimissione	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ESTERO	8183	8268	7527	6920	6700	6544
SARDEGNA	2162	2054	1925	1904	1816	1874
SICILIA	8561	8504	7379	6833	6768	6779
CALABRIA	7018	6881	6613	6432	6638	6685
BASILICATA	1716	1676	1780	1739	1704	1700
PUGLIA	10675	10838	10355	10736	10660	10444
CAMPANIA	7699	7608	7438	7628	7468	7481
MOLISE	1038	1064	1051	1070	1065	1076
ABRUZZO	5425	5575	5309	5358	5050	5197
LAZIO	5477	5428	5506	6019	6124	5878
MARCHE	14625	14804	14174	13976	14206	14798
UMBRIA	2650	2562	2654	2579	2384	2299
TOSCANA	11792	12064	10660	10171	10011	10391
LIGURIA	2965	2887	2800	2903	2956	2834
FRIULI VENEZIA GIULIA	1355	1389	1397	1363	1250	1315
VENETO	11577	11620	10382	9763	9442	9330
PROV. AUTON. TRENTO	922	843	764	809	724	695
PROV. AUTON. BOLZANO	453	420	326	380	360	376
LOMBARDIA	18936	19158	18643	19071	18878	19177
VALLE D'AOSTA	100	107	117	120	128	102
SALDO ATT	123329	123750	116800	115774	114332	114975

Fonte: (Banca dati SDO Emilia Romagna, 2018A)

La figura 9 mostra il numero di ricoveri<sup>19</sup> in Emilia Romagna, per anno e Regione di provenienza. Come è possibile osservare, il saldo di mobilità attiva è stato molto elevato negli anni 2010 e 2011 con valori intorno ai 123.000 pazienti esterni ricoverati. Nei successivi quattro anni il saldo si è mantenuto prevalentemente stabile in un *range* di 114.000 e 115.000 ricoverati.

<sup>19</sup> I dati si riferiscono a tutte le tipologie di ricovero e aree di degenza.

Figura 10: Dimessi per Regione di residenza dalla Regione Emilia Romagna (2010-2015).



Fonte: (Banca dati SDO Emilia Romagna, 2018B)

La figura 10 mostra cinque diversi livelli, ad ognuno dei quali corrisponde il numero di pazienti ricoverati dalla Regione Emilia Romagna.

1. La Regione Lombardia è il territorio da cui provengono il maggior numero di pazienti, con numeri praticamente stabili intorno ai 19.000 ricoverati l'anno.
2. Seguono, al secondo livello, i residenti nella Regione Marche con un andamento di 15.000 pazienti l'anno, leggermente decrescente negli anni 2012/2014.
3. Il terzo livello comprende le Regioni che hanno ceduto un *range* di pazienti che varia intorno ai 10.000 ricoverati l'anno. Le Regioni sono la Toscana, il Veneto e la Puglia.
4. Seguono le Regioni da cui provengono tra i 10.000 e i 5.000 pazienti, ovvero Lazio, Abruzzo, Campania, Calabria e Sicilia. In questo livello sono compresi anche i cittadini esteri, non residenti dunque in Italia.
5. Gli ultimi valori sono compresi tra un minimo di 71 pazienti (Valle D'Aosta) ad un massimo di 2965 (Liguria). Le restanti Regioni hanno ceduto ogni anno cittadini compresi tra questi numeri.

### 3.2.2. Mobilità passiva

I valori di mobilità passiva mostrano la capacità di altre Regioni di attrarre pazienti emiliani o, al contrario, l'incapacità della Regione di soddisfare i propri cittadini.

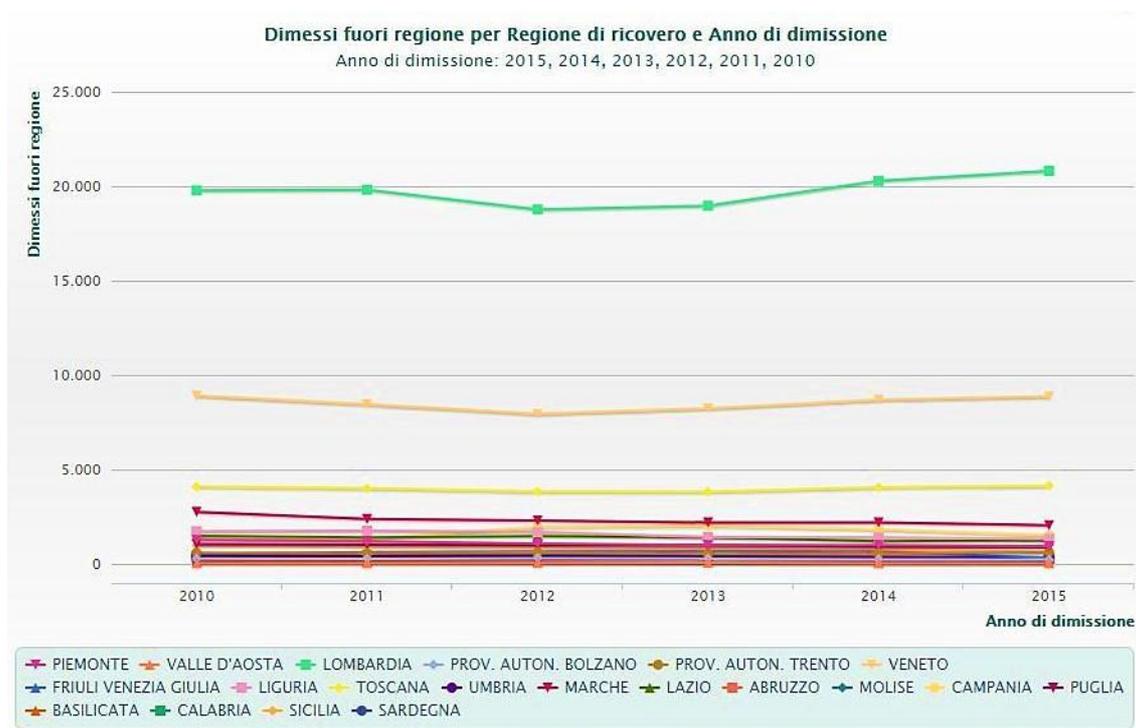
Figura 11: Mobilità passiva Regione Emilia Romagna (2010-2015).

Anno di dimissione	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SARDEGNA	334	340	318	329	319	318
SICILIA	1008	941	907	830	775	660
CALABRIA	404	480	472	457	277	327
BASILICATA	134	155	113	94	105	79
PUGLIA	1069	1031	1014	1011	940	889
CAMPANIA	1488	1338	1987	2028	1834	1531
MOLISE	79	86	94	89	71	76
ABRUZZO	430	444	441	396	409	318
LAZIO	1502	1414	1488	1439	1216	1268
MARCHE	2775	2406	2324	2214	2222	2062
UMBRIA	436	408	426	410	370	361
TOSCANA	4097	4014	3852	3841	4067	4149
LIGURIA	1750	1780	1703	1447	1415	1343
FRIULI VENEZIA GIULIA	547	645	675	699	684	334
VENETO	8910	8457	7962	8234	8700	8880
PROV. AUTON. TRENTO	607	570	626	537	578	631
PROV. AUTON. BOLZANO	305	297	327	293	261	246
LOMBARDIA	19780	19823	18774	18971	20287	20812
VALLE D'AOSTA	50	52	66	87	45	61
PIEMONTE	1291	1212	1102	1009	1013	958
SALDO PASS	46996	45893	44671	44415	45588	45303

Fonte: (Banca dati SDO Emilia Romagna, 2018A).

La Figura 11 mostra un saldo di mobilità passiva largamente inferiore rispetto a quello di mobilità attiva. I valori sono approssimativamente uguali ai 45.000 cittadini per tutti e sei gli anni considerati, con un picco massimo nel 2010 e uno minimo nel 2013.

Figura 12: Cittadini della Regione Emilia Romagna dimessi fuori Regione per Regione di ricovero (2010-2015).



Fonte: (Banca dati SDO Emilia Romagna, 2018B)

In questo caso, come è possibile osservare dalla figura 12, i valori si collocano su quattro livelli nettamente distinti:

1. La Regione che maggiormente accoglie pazienti emiliani è nuovamente la Lombardia con valori ancora intorno ai 20.000 residenti;
2. Il secondo livello è rappresentato dalla Regione Veneto, verso cui si dirigono circa 8.000 pazienti l'anno;
3. Successivamente si distingue la Toscana, che accoglie circa 4.000 residenti emiliani ogni anno;
4. Nell'ultimo gruppo rientrano tutte le restanti regioni. I valori sono compresi tra i 2.775 delle Marche ai 41 della Valle D'Aosta.

Dai dati osservati e analizzati emerge che gli scambi prevalenti avvengono con la Regione Lombardia e che, rispetto ai pazienti annualmente accolti nel territorio emiliano, il numero di residenti uscenti non è eccessivamente elevato. Ciò è indice di una efficiente organizzazione sanitaria.

### 3.3. La Regione Toscana

La Toscana è un territorio dell'Italia centrale che si estende su una superficie di 22.987 km<sup>2</sup> e che conta circa 3,753 milioni di abitanti. È considerata, insieme all'Emilia Romagna, uno dei territori d'eccellenza in termini di organizzazione e fornitura dei servizi sanitari (ISTAT, 2017C).

#### 3.3.1. Mobilità attiva

Figura 13: Mobilità attiva Regione Toscana (2010-2015).

REGIONE / ANNO DI DIMISSIONE	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ABRUZZO	1.548	1.689	1.732	1.454	1.500	1.510
BASILICATA	1.526	1.364	1.316	1.205	1.154	1.127
CALABRIA	5.347	4.908	4.881	4.414	4.401	4.490
CAMPANIA	8.850	8.307	8.086	7.501	7.622	8.282
EMILIA ROMAGNA	4.097	4.014	3.853	3.841	4.067	4.149
FRIULI VENEZIA GIULIA	337	380	430	463	403	342
LAZIO	10.300	10.371	11.858	12.709	13.949	14.990
LIGURIA	11.620	11.588	10.633	9.545	9.114	9.068
LOMBARDIA	3.672	3.657	3.495	3.214	3.085	3.206
MARCHE	1.943	1.981	2.074	1.966	1.761	1.726
MOLISE	491	492	457	407	399	387
PIEMONTE	1.660	1.678	1.556	1.548	1.510	1.474
PUGLIA	4.693	4.782	4.586	4.212	4.136	4.055
SARDEGNA	1.486	1.453	1.466	1.348	1.268	1.300
SICILIA	5.677	5.343	5.104	4.521	4.448	4.586
UMBRIA	6.359	6.598	6.748	7.120	7.035	7.207
VALLE D'AOSTA	112	107	109	69	91	110
VENETO	1.640	1.527	1.546	1.597	1.502	1.533
SALDO ATT	71.358	70.239	69.930	67.134	67.445	69.542

Fonte: dati forniti dall'agenzia regionale di sanità (ARS) della Toscana, (Giovannini 2008A)

La figura 13 mostra che, in termini di mobilità attiva, la Regione Toscana presenta valori molto meno elevati rispetto al territorio precedentemente analizzato. I valori di attrattività della Regione in termini di saldo sono quasi costanti e pari ai 70.000 pazienti. Le Regioni da cui provengono la maggior parte dei ricoverati sono il Lazio e la Liguria con valori variabili tra i 9.000 e i 14.000 residenti. La regione Valle D'Aosta invece, si conferma come il territorio che cede il minor numero di pazienti.

### 3.3.2. Mobilità passiva

In termini di mantenimento dei residenti nella propria Regione, la Toscana sembra essere meno efficace rispetto alla Regione emiliana.

Figura 14: Mobilità passiva Regione Toscana (2010-2015).

REGIONE / ANNO DI DIMISSIONE	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ABRUZZO	197	236	214	233	201	200
BASILICATA	93	97	93	97	72	68
CALABRIA	281	277	254	212	221	191
CAMPANIA	1.152	1.017	1.530	1.565	1.507	1.429
EMILIA ROMAGNA	11.792	12.064	10.660	10.171	10.011	10.391
FRIULI VENEZIA GIULIA	275	231	258	298	254	189
LAZIO	4.618	4.120	3.656	3.461	3.083	3.600
LIGURIA	6.623	6.330	5.617	5.602	5.352	5.193
LOMBARDIA	6.334	6.297	5.660	5.937	6.564	6.660
MARCHE	460	433	437	472	428	400
MOLISE	61	69	72	89	74	46
PIEMONTE	1.015	1.071	995	1.143	1.160	1.133
PUGLIA	495	400	345	345	348	335
SARDEGNA	347	364	346	355	315	312
SICILIA	661	678	717	607	498	482
UMBRIA	4.482	4.166	3.828	3.887	3.884	3.559
VALLE D'AOSTA	40	41	37	58	57	45
VENETO	1.579	1.623	1.599	1.645	1.754	1.939
SALDO PASS	40.505	39.514	36.318	36.177	35.783	36.172

Fonte: dati forniti dall'agenzia regionale di sanità (ARS) della Toscana, (Giovannini 2008B)

Dalla figura 14 è possibile analizzare che il saldo di mobilità passiva in Toscana raggiunge una media di 37.412 pazienti nei sei anni presi in considerazione. Il dato che risalta è che la Regione di maggiore destinazione dei residenti toscani è l'Emilia Romagna. Questo aspetto è notevole e permette di riflettere sulla reale percezione che i cittadini hanno della qualità dei servizi offerti nelle due Regioni.

Analizzando attentamente le più rilevanti situazioni di mobilità passiva, emerge la vicinanza territoriale delle Regioni maggiormente coinvolte, da cui dunque provengono i pazienti in numeri più elevati. Come già visto i cittadini emiliani preferiscono spostarsi in prevalenza verso la Regione Lombardia, al contrario i residenti nella Regione Toscana si dirigono per la maggior parte verso la Regione Emilia Romagna.

Gli aspetti comuni sono quindi due:

1. Lo spostamento dei cittadini verso Regioni più a Nord rispetto al territorio di residenza.
2. L'evidente preferenza di muoversi verso Regioni confinanti.

### **3.4. La mobilità interregionale di confine**

La mobilità di confine è un fenomeno che permette di individuare quale sia la capacità di attrazione e di fuga che le Regioni esercitano nei confronti dei territori confinanti. Questa tipologia di spostamenti costituisce una parte rilevante della mobilità complessiva italiana: se da un lato è fortemente funzionale per le prestazioni ad alta complessità, dall'altra è un fenomeno che ha il rischio di far innalzare i costi senza incrementare la qualità delle prestazioni. In particolare per le prestazioni a bassa-media complessità, questi spostamenti hanno un alto rischio di inasprire i rapporti tra Regioni confinanti e di creare competizioni inutili (AGENAS, 2012).

Come detto le quote di mobilità di confine sono molto rilevanti e interessano tutti i tipi di attività. Questo fenomeno varia di Regione in Regione in base alle motivazioni, alle esigenze e alle tipologie di problematiche, per questa ragione è spesso oggetto di accordi specifici.

#### **3.4.1. Accordo di mobilità interregionale tra Emilia Romagna e Toscana**

Come già dimostrato, nello particolare caso delle Regioni analizzate, il flusso di pazienti è prevalentemente rivolto dalla Toscana verso l'Emilia Romagna (Giovannini, 2014).

*Nello specifico la Regione Emilia-Romagna e la Regione Toscana hanno scambi di mobilità sanitaria per l'attività di ricovero e specialistica ambulatoriale con valori reciprocamente pari a circa 47 ml. di € e 14 ml. di € - dati 2010 ultimo anno consolidato disponibile - e un trend di incremento, in particolare a carico delle strutture private accreditate. L'accordo tra questi due territori è stato strutturato sulla base dei principi fondamentali fissati dal Ssn: assicura al paziente la libertà di scelta e attribuisce alle Regioni e alle strutture del Ssn la responsabilità sull'appropriatezza e la qualità delle cure, in costanza del vincolo dell'equilibrio di bilancio (GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA, 2011).*

Le due Regioni hanno dunque deciso di stringere degli accordi sia per regolare la mobilità che per compensare le varie prestazioni ricevute<sup>20</sup>. Dopo un primo accordo, nel 2011, riguardante principalmente l'impegno a garantire a tutti i cittadini della Regione confinante il diritto alle cure, il successivo programma si basa sulla condivisione di esperienze e di innovazioni, volte a migliorare in modo omogeneo i due sistemi sanitari (Giovannini, 2014).

Lo scopo di questi accordi è quello di garantire ai cittadini delle due Regioni il diritto a ricevere un'assistenza necessaria e di qualità, con servizi facilmente accessibili e restando vicini alla propria abitazione. *Per realizzare questo intento, Toscana ed Emilia-Romagna collaborano condividendo i programmi di monitoraggio e controllo dell'attività effettuata, le modalità di valutazione dell'appropriatezza delle tipologie e delle prestazioni erogate, e la definizione di livelli essenziali di assistenza comuni (concordando sull'esclusione di particolari prestazioni e condividendo i criteri di accesso)* (Giovannini, 2014).

---

<sup>20</sup> in accordo a quanto previsto dal D.Lgs. 229/99 e dal Patto per la salute 2010-2012 (Giovannini, 2014).

Oltre agli accordi sulle modalità di erogazione dei servizi, i rapporti tra le due Regioni si rivolgono anche al tema dell'*equità di accesso alle cure*. La modalità che viene adottata è quella di analizzare con quale criterio le Regioni utilizzano le compartecipazioni alla spesa aggiuntiva, introdotte dalla legge finanziaria del 2007 (Giovannini, 2014).

Valutando i risultati dei patti e volendo continuare su questa direzione, le due Regioni hanno previsto nel Marzo del 2012 *una collaborazione biennale sullo sviluppo di tutta una serie di tematiche che risultano strategiche nella programmazione sia dell'Emilia-Romagna che della Toscana*. In questi accordi<sup>21</sup> si sviluppano delle strategie comuni di cooperazione tra i due sistemi sanitari, in cui vengono definiti sia i campi d'azione che le forme e le modalità operative (Giovannini, 2014). Le principali finalità della collaborazione sono (Giovannini, 2014):

- Sviluppo dei sistemi sanitari attraverso la collaborazione e alla condivisione delle modalità di organizzazione dei servizi;
- Attivazione di percorsi di formazione per i professionisti coinvolti;
- Condivisione delle innovazioni e dei progetti di ricerca interni;
- Attuazione di metodi comuni per valutare l'efficacia delle cure e l'efficienza dei servizi.

I temi che saranno affrontati sono molti, tra i principali (Giovannini, 2014):

- *Rete ospedaliera e territoriale;*
- *Rete dell'emergenza-urgenza;*
- *Metodi di tariffazione e valutazione dei servizi;*
- *Monitoraggio e controllo delle attività;*
- *Iniziative per la valorizzazione dei servizi sanitari regionali in ambito internazionale.*

### **3.4.2. Accordo interregionale per la compensazione della mobilità**

Il sistema di compensazione della mobilità sanitaria fra Regioni e Province autonome è il meccanismo fulcro, per continuare a garantire gli spostamenti dei pazienti fra le diverse realtà sanitarie regionali.

Come già visto la mobilità sanitaria viene regolata sulla base degli accordi interregionali fra i territori confinanti; un altro mezzo di monitoraggio e regolamentazione per questo fenomeno è dato dall'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria (CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME, 2016).

Nonostante i Servizi Sanitari Regionali ricevano un finanziamento per i cittadini residenti e per le prestazioni pro-capite erogate, è stato necessario *compensare i costi sostenuti per prestazioni rese a cittadini in ambiti regionali diversi da quelli che hanno ottenuto il finanziamento pro-capite*. Successivamente ai primi accordi<sup>22</sup> La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e la Commissione Salute hanno siglato accordi

---

<sup>21</sup> DGR Toscana n. 176 e DGR Emilia-Romagna n. 282 del 10-03-2014 (Giovannini, 2014).

<sup>22</sup> *La compensazione interregionale della mobilità sanitaria è stata inizialmente regolata dalle note del Ministero della Salute 100/scps/4.4583 del 23 marzo 1994, 100/scps/4.6593 del 9 maggio 1996 e 100/scps/4.344spec. del 28 gennaio 1997 (CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME, 2016).*

per integrare e modificare queste note ministeriali (CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME, 2016).

Il nuovo documento: l' *Accordo per la disciplina della compensazione interregionale della mobilità sanitaria*, ha lo scopo di dettare una disciplina uniforme per tutti e indica quali sono le attività da porre in compensazione. Queste prestazioni e i relativi dati saranno attestati elettronicamente tramite modelli riassuntivi. *Le prestazioni*<sup>23</sup> *specificate dal documento sono* (CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME, 2016):

- *Ricoveri ospedalieri e day hospital (flusso A)*
- *Medicina generale (flusso B)*
- *Specialistica ambulatoriale (flusso C)*
- *Farmaceutica (flusso D)*
- *Cure termali (flusso E)*
- *Somministrazione diretta di farmaci (flusso F)*
- *Trasporti con ambulanza ed elisoccorso (flusso G)*

I dati del 2015 riportano un valore di mobilità interregionale pari a 4,1 Mld. Si è potuta osservare una progressiva crescita rispetto ai 4 Mld del 2014 e ai 3,9 Mld del 2013 (IL SOLE 24 ORE-SANITÀ 24, 2016).

Gli accordi e le collaborazioni esposte si impongono di coinvolgere non solo i comitati, ma le singole aziende sanitarie. L'obiettivo principale, inoltre, è quello di permettere che un sistema sanitario ispiri l'altro tramite la condivisione di esperienze e di soluzioni e, cosa più importante, evitando sprechi di risorse su servizi e metodi rivelatisi inefficienti o inefficaci (Giovannini, 2014).

---

<sup>23</sup> Tutte le attività che non sono state elencate potranno essere compensate solo dietro fatturazione diretta (CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME, 2016).

## CONCLUSIONI

Gli obiettivi di efficienza ed efficacia sono, come visto, le nozioni principali cui si è fatto riferimento in tutte le innovazioni introdotte in ambito sanitario. A essi si accompagna un'altra componente: l'equità, uno dei principi cardine del Ssn esposti nel primo capitolo.

*Tradizionalmente l'efficienza e l'equità costituiscono i criteri guida per la valutazione economica di qualsiasi programma pubblico. L'aspetto più difficile è, però, lo stabilire delle definizioni che siano accettate comunemente. In relazione all'efficienza, ad ogni aspetto dell'attività economica è stata formulata una diversa definizione: un mercato è efficiente quando si verifica l'uguaglianza tra costo marginale e beneficio marginale; una produzione è efficiente sulla base del rapporto tra *input* e *output*; uno scambio commerciale è efficiente se il saggio marginale di sostituzione dei beni è lo stesso per tutti i consumatori ecc. Tutte queste definizioni soddisfano il concetto di efficienza paretiana e dunque di ottima allocazione di risorse, in cui non ci sono possibilità di miglioramenti. Le citate definizioni però, non tengono conto del concetto di equità. La difficoltà interviene nella ricerca di una enunciazione di tale concetto in ambito sanitario. Le definizioni maggiormente diffuse si muovono su due linee differenti: c'è equità se esiste parità di trattamento a parità di bisogno e, al contempo, se si verifica parità di accesso a parità di bisogno (George, 1993).*

Ai concetti di efficienza e di equità sanitaria è affiancata l'idea di orientamento alla qualità. È una nozione analizzabile su diversi fronti: in termini tecnici, come qualità dei servizi erogati; in termini professionali, come preparazione e competenza del personale e in termini di percezione, a esprimere il livello di soddisfazione del cliente. È possibile riassumere le varie definizioni in un'unica accezione: la qualità dell'assistenza sanitaria è la misura in cui i servizi sanitari forniti aumentano la probabilità di ottenere i risultati desiderati, sulla base delle conoscenze e delle risorse a disposizione (Cedon, 2009).

La mobilità sanitaria interregionale è un fenomeno complesso e rilevante che, come visto, merita di essere analizzato. Gli effetti prodotti dagli spostamenti si verificano sia su un arco temporale di lungo periodo che su un tempo più breve. Soffermandoci sugli aspetti di breve periodo, il risultato della mobilità in una condizione di differenza sanitaria territoriale, dovrebbe essere positivo. Le condizioni per cui però accada questo esito sono due (AGENAS, 2012):

1. Che l'offerta per i pazienti esterni non riduca la possibilità di accesso alle cure per i residenti;
2. Che i pazienti siano razionali e si dirigano verso strutture sanitarie effettivamente migliori rispetto alla propria, in modo da creare una reale classifica di qualità.

Uno dei maggiori aspetti positivi è che la possibilità di uscire dalla propria Regione, è un mezzo che migliora la qualità geografica in termini orizzontali e verticali, permettendo a tutti di accedere a cure migliori (AGENAS, 2012).

Per quanto riguarda l'aspetto economico, è chiaro che le strutture che accolgono pazienti esterni riducono i costi per unità prodotta; al contrario le strutture che cedono pazienti hanno costi unitari maggiori, poiché hanno minori pazienti per compensare i costi fissi. Non è possibile valutare con certezza se, nel breve periodo, ci sia un incremento di efficienza nel sistema. Ciò che è certo però è che le strutture che perdono molti pazienti a causa di un impiego inappropriato di risorse, subiscono una rilevante perdita di efficienza a causa della mobilità (AGENAS, 2012).

L'analisi effettuata fino ad ora sui bilanci delle Regioni Toscana ed Emilia Romagna ha permesso, in un primo momento, di analizzare i costi e i ricavi in ambito sanitario dei due territori. Questo lavoro ha condotto non solo all'analisi dei margini operativi, ma soprattutto al commento dei risultati di gestione annui di ciascun territorio. In secondo luogo è stato possibile studiare i flussi in entrata e in uscita dei pazienti in ogni Regione per giungere a considerazioni in termini di efficienza e sviluppo dei territori.

Sulla base dell'indice di performance sanitaria, l'Emilia Romagna è la regione più efficiente nell'intero servizio sanitario italiano, seguita da Marche, Veneto, Toscana e Umbria, considerate anch'esse Regioni d'eccellenza (Demoskopika, 2018).

Anche dalle osservazioni effettuate tramite i flussi di mobilità, l'Emilia Romagna risulta essere maggiormente attrattiva.

Figura 15: Saldo totale di mobilità Regione Emilia Romagna (2010-2015).

ANNI	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SALDO MOBILITA' ATTIVA	123.329	123.750	116.800	115.774	114.332	114.975
SALDO MOBILITA' PASSIVA	46.996	45.893	44.671	44.415	45.588	45.303
SALDO TOTALE (ATTIVA-PASSIVA)	76.333	77.857	72.129	71.359	68.744	69.672
MEDIA	72.682					

Fonte: elaborazione personale su Banca dati (SDO Emilia Romagna, 2018 A)

Dall'analisi del precedente capitolo (Figura 15) è possibile osservare, che il saldo totale di mobilità della Regione Emilia Romagna ha raggiunto, nei sei anni presi in analisi, un valore medio di 72.682,33 pazienti. Ciò significa che, eliminati tutti i cittadini emiliani usciti dalla Regione per curarsi, questo territorio ha avuto un *surplus* in entrata di quasi 73.000 pazienti esterni l'anno.

Al contrario la Regione Toscana, non molto inferiore dal punto di vista della popolazione (circa 3,7 milioni di abitanti contro i 4,4 dell'Emilia), ha registrato un saldo di mobilità medio di circa 32.000 pazienti esterni ricoverati ogni anno, al netto dei propri cittadini usciti dal territorio (Figura 16).

Figura 16: Saldo totale di mobilità Regione Toscana (2010-2015).

ANNI	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SALDO MOBILITA' ATTIVA	71.358	70.239	69.930	67.134	67.445	69.542
SALDO MOBILITA' PASSIVA	40.505	39.514	36.318	36.177	35.783	36.172
SALDO TOTALE (ATTIVA-PASSIVA)	30.853	30.725	33.612	30.957	31.662	33.370
MEDIA	31.863					

Fonte: elaborazione personale su dati forniti dall'ARS Toscana, (Giovannini 2008 A e B)

Si può dunque osservare che la Regione Toscana ha ottenuto una media complessiva pari a meno della metà di quella della Regione confinante. Nonostante siano dunque due Regioni fortemente produttive rispetto alla media nazionale, è possibile confermare che l'Emilia Romagna si rivela essere la più attrattiva e di conseguenza la più efficiente sulla base delle scelte della popolazione. Maggiore dunque è il numero di pazienti esterni che entrano in Regione, maggiori saranno le entrate economiche, con cui finanziare le innovazioni e lo sviluppo.

Quello della mobilità si rivela allora essere un circolo improduttivo in cui le Regioni ricche continuano a innovare, dunque ad attrarre pazienti e quindi fondi, mentre i territori meno sviluppati rimangono in una condizione di stallo dovuta alle basse entrate finanziarie, per mancanza di cittadini esterni accolti nelle proprie aziende sanitarie.

L'obiettivo che quindi bisognerebbe fissare nel prossimo futuro è quello di ridurre la mobilità, almeno negli ingenti flussi da sud a nord. Le misure su cui bisognerebbe intervenire si muovono su tre diversi fronti (AGENAS, 2012):

1. Diminuire gli incentivi per le strutture che accolgono pazienti;
2. Analizzare e intervenire per garantire l'equità di accesso alle cure, anche ai cittadini meno abbienti e non in grado di spostarsi dal proprio territorio;
3. Mappare e modificare le condizioni geografiche e strutturali che giustificano la mobilità.

## Bibliografia

AGENAS (2015), *Schede regionali - Andamento della spesa sanitaria 2008-2015*, ([http://www.agenas.it/images/agenas/monitoraggio/spesa\\_sanitaria/monitoraggio\\_spesa/2008\\_2015/schede\\_regionali\\_2015.pdf](http://www.agenas.it/images/agenas/monitoraggio/spesa_sanitaria/monitoraggio_spesa/2008_2015/schede_regionali_2015.pdf) ).

AGENAS (2012), *“LA MOBILITÀ SANITARIA” I Quaderni di Monitor - Elementi di analisi e osservazione del sistema salute, Supplemento 9 al numero 29 di Monitor*, Roma, ([http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/11\\_MOBILITA\\_SANITARIA.pdf](http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/11_MOBILITA_SANITARIA.pdf) ).

ARS (Agenzia Regionale di Sanità della Toscana) - OSSERVATORIO DI ECONOMIA SANITARIA, (2005), *Analisi di bilancio delle Ausl Toscane 1998-2002*, 14 Aprile 2005, Firenze. ( <https://www.ars.toscana.it/files/pubblicazioni/Volumi/2005/14bilancio.pdf> ).

BANCA DATI SISTEMA DI DIMISSIONI OSPEDALIERE (SDO) REGIONE EMILIA- ROMAGNA, (2018 A), *Matrice di mobilità interregionale- Dimessi per Regione di residenza e anno di dimissione, GRAFICO DI MOBILITA' ATTIVA INTERREGIONALE*. (<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/sanita/sdo/analisi-statistica/reporter-sdo-4>).

BANCA DATI SISTEMA DI DIMISSIONI OSPEDALIERE (SDO) REGIONE EMILIA- ROMAGNA, (2018 B), *Matrice di mobilità interregionale- Dimessi fuori regione per Regione di ricovero e anno, GRAFICO DI MOBILITA' PASSIVA INTERREGIONALE* (<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/sanita/sdo/analisi-statistica/reporter-sdo-4>).

BALDUZZI R., CARPANI G. (2013), *Manuale di diritto sanitario*, Il Mulino, (<https://www.mulino.it/isbn/9788815234704#> ).

BIFULCO R. (2004), *Le regioni*, Bologna, il Mulino.

BOSI P. (2015), *Corso di scienza delle finanze*, Bologna, il Mulino.

- CAMERA DEI DEPUTATI (2009), “Legge 5 maggio 2009, n. 42-Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell’articolo 119 della Costituzione”, *Gazzetta Ufficiale*, No. 103, 6 Maggio 2009 (<http://www.camera.it/parlam/leggi/09042l.htm> ).
- CAMERA DEI DEPUTATI (2016), “ La riforma Costituzionale”, *Gazzetta Ufficiale*, No.88,15 Aprile 2016, (<http://documenti.camera.it/leg17/dossier/pdf/ac0500n.pdf> ).
- CEDON P. (2009), *Il Risarcimento del danno non patrimoniale*, Assago, Utet Giuridica.
- CENSIS (2017), *Pubblicato il VII Rapporto RBM-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermediata*, Comunicati stampa, Roma, 31 luglio 2017. ([http://www.censis.it/7?shadow\\_comunicato\\_stampa=121127](http://www.censis.it/7?shadow_comunicato_stampa=121127) ).
- CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME (2016), *Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria*, Novembre 2016. (<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato6181093.pdf> ).
- DEMOSKOPIKA (2018), *Sanità. Sul podio Emilia Romagna, Marche e Veneto. Giù Sicilia e Molise*, 28 Marzo 2018, ( <https://www.demoskopika.eu/single-post/perfomancesanitaria2018> ).
- DI VIVO N., TATTOLI A. (2015), *Andamento della spesa sanitaria nelle Regioni 2008-2015*, AGENAS. ([http://www.agenas.it/images/agenas/monitoraggio/spesa\\_sanitaria/monitoraggio\\_s pesa/2008\\_2015/andamento\\_spesa\\_2015.pdf](http://www.agenas.it/images/agenas/monitoraggio/spesa_sanitaria/monitoraggio_s pesa/2008_2015/andamento_spesa_2015.pdf) ).
- GEORGE F., ERMANNIO A. (1993), *Economia Sanitaria- Linee e tendenze di ricerca in Italia*, Milano, Giuffrè Editore.
- GIOVANNINI V., ORLANDINI E. (2008 A), *SDO-Analisi mobilità attiva*, Regione Toscana, (<http://www.regione.toscana.it/documents/10180/70866/SDO%20Analisi%20Mobilita%60%20Attiva/e2db1601-3008-4878-8fcb-10a6c7a822d7> ).
- GIOVANNINI V., ORLANDINI E. (2008 B), *SDO-Analisi mobilità passiva*, Regione Toscana, (<http://www.regione.toscana.it/documents/10180/70866/SDO%20Analisi%20Mobilita%60%20Passiva/9b8aa2ef-87ab-4b90-b329-e6f5c84fd71d> ).

GIOVANNINI V., SINISGALLI E., MATARRESE D. (2014), *Accordo di collaborazione tra Toscana ed Emilia-Romagna*, Salute e Territorio, Fascicolo N.201.

(<http://www.formas.toscana.it/rivistadellasalute/fileadmin/files/fascicoli/2014/201/02-giovannini.pdf>).

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA (2011), *Accordo triennale 2012-2014 per la gestione della mobilità sanitaria tra le regioni Emilia-Romagna e toscana*, Bologna, (file:///C:/Users/User/Downloads/Testo\_delibera\_GPG20112105.pdf ).

IL SOLE 24 ORE-SANITÀ 24 (2016), *Mobilità sanitaria: ecco l'accordo interregionale per la compensazione*, 2 Dicembre 2016. (<http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2016-12-02/mobilita-sanitaria-ecco-l-accordo-interregionale-la-compensazione--164657.php?uuid=ADkXdF6B>).

IL SOLE 24 ORE-SANITÀ 24 (2017), *Schizza a 37,3 mld la spesa sanitaria «out of pocket» delle famiglie italiane. E 12,2 mln di cittadini rinunciano alle cure*, 31 Luglio 2017. (<http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2017-07-31/schizza-373-mld-spesa-sanitaria-out-of-pocket-famiglie-italiane-e-122-mln-cittadini-rinunciano-cure--165747.php?uuid=AEgIW6B> ).

ISTAT (2017 A), *Il sistema dei conti della sanità per l'Italia, Report-Statistiche*, 4 Luglio 2017 (<https://www.istat.it/it/files/2017/07/CS-Sistema-dei-conti-della-sanit%C3%A0-anni-2012-2016.pdf?title=Conti+della+sanit%C3%A0+-+04%2Fflug%2F2017+-+Testo+integrale.pdf> ).

ISTAT (2017 B), *Bilancio demografico anno 2017 Regione Emilia Romagna*, Statistiche demografiche, (<http://demo.istat.it/bilmens2017gen/index.html> ).

ISTAT (2017 C), *Bilancio demografico anno 2017 Regione Emilia Toscana*, Statistiche demografiche, (<http://demo.istat.it/bilmens2017gen/index.html> ).

MINISTERO DELLA SALUTE (2017A), *In Gazzetta Ufficiale i nuovi Lea. Lorenzin: "passaggio storico"*, 18 Marzo 2017. ([http://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2842](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2842) ).

MINISTERO DELLA SALUTE (2017B), *Monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA)*, 12 Ottobre 2017, ([http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=1302&area=programmazioneSanitariaLea&menu=lea](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1302&area=programmazioneSanitariaLea&menu=lea) ).

MINISTERO DELLA SALUTE (2017C), *Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale*, 13 marzo 2017, ([http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?id=4752&area=programmazioneSanitariaLea&menu=dati](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=4752&area=programmazioneSanitariaLea&menu=dati)).

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE (MEF) – RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO (2017), *Il monitoraggio della spesa sanitaria*, Rapporto No.2, Roma, (<http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2017/IMDSS-RS2017.pdf> ).

TOTH F. (2014), *La sanità in Italia*, Bologna, il Mulino.