



MIUR



A.D. MDLXII



F.S.E

Università degli Studi di Sassari

Dottorato di ricerca in Diritto ed Economia dei Sistemi Produttivi

Ciclo XXIII

Dinamiche di finanziamento ed equilibrio economico nelle aziende sanitarie. Profili teorici ed evidenze empiriche

Coordinatore:

Chiar.mo Prof. Michele M. Comenale Pinto

Tutor:

Chiar.mo Prof. Ludovico Marinò

*Tesi di dottorato della
Dott.ssa Angela Dalu*

Anno Accademico 2010-2011

INDICE

Introduzione	4
Capitolo I	
LA GOVERNANCE DEL SSN: INTRODUZIONE ALL'ANALISI DEL SISTEMA DI FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO IN ITALIA	9
1.1. La riforma aziendale della Pubblica Amministrazione.....	9
1.2. Lo sviluppo di logiche di Public Governance.....	18
1.3. La riforma aziendale del Sistema Sanitario Nazionale	23
1.4. Il ruolo della Regione nel governo del sistema sanitario	30
1.5. Il meccanismo di finanziamento del servizio sanitario tra federalismo e concorrenza amministrata	34
1.6. L'economicità nelle aziende sanitarie e l'equilibrio del gruppo regionale	40
Capitolo II	
IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO	44
2.1. L'allocazione delle risorse finanziarie tra le ASL: differenze regionali nella determinazione della quota capitaria	44
2.2. I differenti modelli di competizione attuati nelle Regioni	48
2.3. I Diagnosis Related Groups	54
2.4. Il sistema tariffario	60
2.5. Il fenomeno della mobilità	65
Capitolo III	
LA RELAZIONE TRA TARIFFE E RISULTATO ECONOMICO: I RISULTATI DI UN'INDAGINE EMPIRICA	71
3.1. Le variabili che influenzano l'equilibrio economico delle aziende sanitarie.....	71

3.2. Definizione del campione di Regioni oggetto di studio: note metodologiche.....	78
3.3. Struttura organizzativa dei Sistemi Sanitari Regionali	81
3.3.1. Il Sistema Sanitario della Regione Piemonte.....	82
3.3.2. Il Sistema Sanitario della Regione Lombardia.....	86
3.3.3. Il Sistema Sanitario della Regione Valle d’Aosta.....	89
3.3.4. Il sistema Sanitario della Regione Veneto	91
3.3.5. Il Sistema Sanitario della Regione Friuli Venezia Giulia.....	94
3.3.6. Il Sistema Sanitario della Regione Emilia Romagna	96
3.3.7. Il Sistema Sanitario della Regione Toscana.....	98
3.3.8. Il Sistema Sanitario della Regione Umbria.....	101
3.3.9. Il Sistema Sanitario della Regione Marche.....	103
3.3.10. Il Sistema Sanitario della Provincia Autonoma di Trento	105
3.4. Analisi e confronto dei sistemi tariffari regionali: il grado di investimento sulla remunerazione a tariffa	106
3.5. Scostamento delle tariffe medie regionali dalla tariffa media complessiva per ricovero e grado di utilizzo del meccanismo tariffario nel riparto del FSR.....	113
3.6. Il risultato economico delle aziende sanitarie pubbliche: confronto con le dimensioni studiate	117
RIFLESSIONI CONCLUSIVE	124
BIBLIOGRAFIA	127

Introduzione

A partire dagli anni '80, l'amministrazione pubblica italiana, in linea con quanto già accadeva a livello internazionale, è stata oggetto di un processo di ammodernamento, finalizzato all'introduzione di principi e strumenti di management orientati a migliorare le performance economico-finanziarie ed il livello qualitativo dei servizi.

Come molti altri paesi dell'Ocse, infatti, anche il nostro Paese presentava un'elevata spesa pubblica, che ha condotto ad un forte indebitamento e una scarsa qualità delle prestazioni erogate.

Il processo di riforma dell'amministrazione pubblica è avvenuto, in un primo momento, sulla base del paradigma del New Public Management, caratterizzato da principi fortemente orientati a logiche di mercato e all'adozione presso gli enti e le strutture pubbliche di criteri e strumenti di governo propri delle organizzazioni private.

Nello specifico, il New Public Management, allontanandosi nettamente dalla visione burocratica che ha da sempre caratterizzato l'organizzazione dell'attività pubblica, individua nei principi e negli strumenti manageriali, adottati nell'impresa privata, la soluzione più appropriata ai problemi di governo dall'apparato pubblico.

Accanto al New Public Management, tuttavia, si sono sviluppati nel contesto europeo dei nuovi filoni di pensiero, riconducibili al paradigma della Public Governance. Il nuovo paradigma, alla luce anche delle trasformazioni prodotte dall'applicazione degli stessi principi del NPM, propone rispetto a questo una visione più ampia delle realtà pubbliche. Infatti, mentre il NPM si limita a osservare e migliorare il funzionamento delle singole unità pubbliche, la Public Governance mette in rilievo anche le relazioni tra le unità pubbliche e fra queste e le organizzazioni private e l'ambiente esterno.

La Public Governance, in altre parole, presenta una visione reticolare della pubblica amministrazione, in cui un ente pubblico è chiamato ad organizzare e indirizzare, attraverso l'impiego di adeguati strumenti e meccanismi di governo, un complesso di unità pubbliche e private, verso il perseguimento di obiettivi comuni di natura pubblica, in condizioni di efficacia e di efficienza.

In tale contesto si inserisce la riforma aziendale del Servizio Sanitario Nazionale, avvenuta attraverso il d.lgs. n. 502/1992 e il d.lgs. n. 229/1999.

Il settore sanitario, infatti, al pari degli altri settori della pubblica amministrazione è stato oggetto di una profonda ristrutturazione, diretta a definire un'organizzazione del servizio capace di rispondere, con maggiore qualità ed efficienza, alle necessità di salute della popolazione.

Il Sistema Sanitario Nazionale è attualmente concepito come una rete composta da un complesso di unità pubbliche e private, indirizzate e coordinate, a livello locale dalla Regione e a livello centrale dallo Stato, verso il soddisfacimento, in condizioni di efficacia e di efficienza, del bisogno di salute sentito dalla comunità.

Nell'ambito del governo delle organizzazioni sanitarie, si rileva, in particolare, il ruolo svolto a livello locale dalle singole Regioni.

Queste, infatti, in virtù dell'ampia autonomia riconosciuta in materia sanitaria, derivante dal decentramento di funzioni e di responsabilità statali in capo ad esse, rappresentano i soggetti chiamati a indirizzare e coordinare, attraverso adeguati meccanismi e strumenti di governance, le organizzazioni sanitarie pubbliche e private operanti nel proprio territorio, verso il perseguimento della tutela della salute dei cittadini.

Lo Stato, per contro, detiene solamente il ruolo di regolatore del sistema, esercitato attraverso la definizione di principi ispiratori per gli enti locali nella definizione delle loro politiche, diretti a garantire comunque uniformità di trattamento a livello nazionale.

Il presente lavoro si propone di studiare il sistema di finanziamento del servizio sanitario, quale specifico meccanismo di governo esercitato dall'ente regionale sulle unità sanitarie operanti nel proprio territorio, diretto, in concomitanza con gli altri

strumenti e meccanismi adottati, a realizzare una gestione efficace ed efficiente del sistema.

In particolare, lo studio è diretto ad analizzare le differenze interregionali riguardanti l'allocazione delle risorse finanziarie, sia sulla base del fabbisogno della popolazione (quota capitaria), sia in relazione alle prestazioni erogate (tariffe). L'analisi mira principalmente a verificare l'esistenza di una relazione tra le tariffe regionali, dirette a remunerare le strutture sanitarie per le prestazioni erogate, e il risultato economico delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere.

Nel primo capitolo, pertanto, fatta una breve descrizione delle più importanti modifiche apportate alla pubblica amministrazione e in particolare al SSN, da cui si evince l'attuale ruolo riconosciuto all'ente regionale di soggetto preposto all'indirizzo e al coordinamento, attraverso l'impiego di adeguati meccanismi di governo, delle unità sanitarie operanti nel proprio territorio, l'attenzione si concentra da subito sullo specifico meccanismo di finanziamento delle aziende sanitarie.

Riguardo a questo si espongono brevemente, alla luce delle principali novità riguardanti il federalismo fiscale, le problematiche afferenti la definizione da parte dell'ente regionale delle risorse finanziarie (FSR) da destinare all'assistenza sanitaria; nonché, si descrive il quasi-market (o concorrenza amministrata), quale specifico meccanismo, introdotto dalla riforma, diretto a creare una sorta di competizione tra le strutture sanitarie pubbliche e private operanti all'interno del gruppo regionale e incentivare le stesse al perseguimento di migliori performance, sia in termini di qualità delle prestazioni erogate, sia in termini economici di contenimento dei costi produttivi.

Nel contesto della concorrenza amministrata, introdotta dal d.lgs. 502/1992, l'Azienda Sanitaria Locale assume il compito di garantire, in uno specifico ambito territoriale di sua competenza, i livelli essenziali di assistenza definiti in sede di programmazione nazionale e regionale. Per lo svolgimento di tale funzione l'Azienda Usl riceve dalla Regione delle risorse finanziarie, determinate sulla base di una quota pro-capite, esprimente il bisogno prospettico di salute dei cittadini.

Di fronte però alla libertà riconosciuta all'assistito di rivolgersi, per il soddisfacimento del proprio bisogno di salute, anche ad altre ASL, ad Aziende Ospedaliere o, ancora, a terze strutture accreditate, l'Azienda Sanitaria Locale competente dovrà eventualmente corrispondere alla struttura erogatrice una tariffa, ossia, un prezzo per la prestazione sanitaria fornita al proprio assistito.

Con l'introduzione della concorrenza amministrata si adotta, quindi, anche un sistema di finanziamento di tipo misto delle strutture sanitarie, basato in parte sui bisogni di assistenza della popolazione (quota capitaria), in parte sui livelli di produzione (sistema tariffario), assegnando alle Regioni il compito di modulare la combinazione tra i due criteri.

Il primo capitolo chiude con la definizione dell'equilibrio economico durevole ed evolutivo nelle aziende sanitarie pubbliche. Da un lato, si evidenzia come la riforma sanitaria, ispirata ai principi e alle logiche dell'economia aziendale, imponga alle organizzazioni sanitarie il conseguimento di un equilibrio economico. Tale concetto, tuttavia, viene opportunamente trattato e definito alla luce delle peculiarità riconosciute alle aziende sanitarie stesse, in qualità di aziende pubbliche orientate al perseguimento di fini sociali.

Il secondo capitolo è diretto, invece, ad approfondire le modalità allocative delle risorse finanziarie fra le strutture sanitarie.

Dapprima, in particolare, si effettua un confronto tra le diverse soluzioni adottate dalle Regioni riguardo alla definizione della quota capitaria, quale formula allocativa delle risorse finanziarie tra le ASL, la cui validità discende dall'osservazione da parte dell'ente regionale dei principi di equità distributiva delle risorse e di efficienza del sistema.

Di seguito, dopo aver descritto i diversi modelli di erogazione dell'assistenza sanitaria adottati nelle Regioni italiane, conseguentemente all'introduzione della concorrenza amministrata, si passa ad analizzare le modalità di determinazione delle tariffe per la remunerazione delle attività sanitarie svolte in regime di ricovero.

Nel terzo capitolo, infine, si espone l'indagine empirica svolta, diretta a verificare una possibile relazione tra i tariffari regionali e il risultato economico delle ASL e delle AO.

A riguardo, in particolare, considerato un campione di Regioni tendenzialmente omogeneo rispetto a specifici fattori condizionanti l'equilibrio economico delle aziende sanitarie pubbliche, si effettua un confronto dei singoli tariffari regionali sulla base di tre dimensioni di analisi: il grado di investimento sul sistema tariffario, lo scostamento della remunerazione media per ricovero rispetto ad una media complessiva calcolate per l'intero campione, il grado di utilizzo del sistema tariffario per l'allocazione delle risorse finanziarie. I risultati ottenuti sono stati posti infine a confronto con il risultato economico conseguito dalle ASL e dalle AO.

CAPITOLO I

LA GOVERNANCE DEL SSN: INTRODUZIONE ALL'ANALISI DEL SISTEMA DI FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO IN ITALIA

SOMMARIO: 1.1. La riforma aziendale della Pubblica Amministrazione. – 1.2. Lo sviluppo di logiche di Public Governance. – 1.3. La riforma aziendale del Sistema Sanitario Nazionale. – 1.4. Il ruolo della Regione nel governo del sistema sanitario. – 1.5. Il meccanismo di finanziamento del servizio sanitario tra federalismo e concorrenza amministrata. – 1.6. L'economicità nelle aziende sanitarie e l'equilibrio del gruppo regionale.

1.1. La riforma aziendale della Pubblica Amministrazione

A partire dagli anni novanta, la Pubblica Amministrazione¹ italiana è stata oggetto di un profondo cambiamento che ne ha ridefinito i principi di fondo e, conseguentemente, il modo di operare.

¹ L'Amministrazione Pubblica è intesa da Elio Borghonovi come "l'attività attuata per garantire il funzionamento delle diverse forme di organizzazione politica di una popolazione su un territorio". Tale definizione comprende il complesso delle attività esercitate dai vari istituti pubblici presenti in un territorio, diretti a definire e far rispettare le regole su cui si fonda l'organizzazione politica di un paese, nonché, in quanto rappresentativi della comunità nella quale operano, ad interpretare e tutelare gli interessi generali sentiti dalla stessa comunità. Nello specifico contesto italiano, la Pubblica Amministrazione comprende l'attività svolta dai cosiddetti istituti territoriali, come lo Stato e gli enti locali (Regioni, Province e Comuni), e l'attività di tutte le unità, siano anch'esse enti territoriali e non, gestite e controllate secondo varie modalità dai primi. Elio Borghonovi, in particolare, distingue gli enti operanti nel settore pubblico nelle due tipologie di Azienda Pubblica e di Impresa Pubblica, in funzione dell'autonomia finanziaria da questi posseduta. Più dettagliatamente, l'autore include nel concetto di Azienda Pubblica tutti gli "enti pubblici territoriali e non territoriali nei quali almeno una parte delle risorse finanziarie è ottenuta non tramite il corrispettivo dei beni ceduti, ma tramite tributi, contributi e/o altre forme di prelievo obbligatorio". Per contro, l'autore qualifica come Impresa Pubblica tutti gli istituti, autonomi sul piano giuridico e/o economico, che svolgono una attività di produzione di beni e di servizi di pubblica utilità, i quali vengono ceduti nel mercato contro il pagamento di un prezzo. BORGONOV E., *Principi e sistemi aziendali per le Amministrazioni Pubbliche*, Milano, Egea, 2002. Una definizione ed una classificazione delle aziende e delle amministrazioni pubbliche è stata elaborata anche da altri autorevoli aziendalisti, come Luca Anselmi e Umberto Bertini, per i quali si rinvia ai seguenti lavori: ANSELM L., *Il Processo di trasformazione della Pubblica Amministrazione. Il percorso aziendale*, Torino, Giappichelli, 1995; BERTINI U., *Scritti di politica aziendale*, Torino, Giappichelli, 1991. Si precisa, inoltre, come, sempre nel contesto italiano, la disciplina-economica aziendale e, antecedentemente a questa, la disciplina ragionieristica hanno sempre rivolto una certa

La riforma del sistema pubblico italiano si inserisce in un contesto internazionale caratterizzato dall'attuazione, anche in altri paesi ad economia avanzata, di importanti processi di riordino del proprio apparato pubblico, avviati già dagli anni ottanta².

L'elevata spesa pubblica, tradottasi in un forte indebitamento degli stati, e la scarsa qualità dei servizi offerti all'utenza sono considerati tra i principali fattori alla base della necessità comunemente sentita di ridefinire il ruolo dello stesso stato nella società e le logiche del suo intervento³.

attenzione alla pubblica amministrazione. Lo studio e l'analisi degli istituti di natura pubblica è riscontrabile, infatti, già negli scritti di Masini (1970), Amaduzzi (1964), Giannessi (1961), Zappa (1957), Onida (1951), nonché, in lavori di Pivato (1938), Chianale (1931), Besta (1922), Cerboni (1886) e Villa (1870), i quali vengono di seguito elencati: MASINI C., *Lavoro e risparmio*, Torino, Utet, 1970; AMADUZZI A., *Sull'economia delle aziende pubbliche di erogazione*, Torino, Giappichelli, 1964; GIANNESSE E., *Interpretazione del concetto di azienda pubblica*, Pisa, Cursi, 1961; ZAPPA G., *Le produzioni nell'economia delle imprese*, Milano, Giuffrè, 1957; ONIDA P., *Le discipline economico-aziendali: oggetto e metodo*, Milano, Giuffrè, 1951; PIVATO G., *Le imprese di servizi pubblici. Caratteristiche di gestione e di rilevazione*, Torino, Giuffrè, 1938; CHIANALE A., *Il patrimonio degli enti pubblici nei conti e nei bilanci*, Torino, Giappichelli, 1931; BESTA F., *La Ragioneria*, Vol. I, Milano, Vallardi, 1902; CERBONI G., *La Ragioneria scientifica*. Vol. I: *I prolegomeni*, Roma, Loescher, 1886; VILLA F., *Elementi di amministrazione e contabilità*, Pavia, Bizzoni, 1870.

² Il processo di riforma del sistema pubblico ha riguardato molti paesi dell'Ocse. Tra questi si ricordano innanzitutto i promotori della modernizzazione amministrativa, ossia, il Regno Unito, con l'attuazione dei programmi Next step e Financial Management Initiative, e gli Stati Uniti, con la definizione delle linee guida del rapporto Gore (*un governo che funziona meglio e che costa meno*), a cui seguono il Canada, l'Australia, la Nuova Zelanda e numerosi altri paesi ad economia avanzata, ognuno con specifici programmi di riordino del proprio apparato. Per un approfondimento si veda: MENEGUZZO M., *New Public Management e modelli innovativi di programmazione e controllo interistituzionale della spesa pubblica*, in MENEGUZZO M., *Managerialità, Innovazione e Governance: la P.A. verso il 2000*, Roma, Aracne, 2001.

³ In merito è stata sviluppata la teoria del fallimento del settore pubblico, la quale si contrappone concettualmente alla teoria economica del market failure. Infatti, mentre quest'ultima è diretta a giustificare l'intervento pubblico in ambito economico attraverso i cosiddetti fallimenti del mercato (individuati nell'asimmetria informativa, nelle esternalità positive e negative scaturenti dalla produzione, nei monopoli naturali e nell'esistenza dei cosiddetti beni pubblici puri), la teoria del fallimento del settore pubblico spiega le cause che stanno alla base del fallimento dell'intervento dell'amministrazione pubblica nella società. Per un approfondimento della teoria del market failure: FRANK R.H., *Microeconomics and behavior*, New York, McGraw-Hill, 1998. Sulla teoria del fallimento del settore pubblico, invece, si veda: LE GRANDE J., *La teoria del fallimento del settore pubblico*, in "Problemi di Amministrazione Pubblica", n° 3, settembre, 1992; DRUCKER P.F., *The deadly sins in Public Administration*, in "Public Administration Review", marzo-aprile, 1980; PIERCE W.S., *Bureaucratic failure and public expenditure*, New York, Academic Press, 1981; HOOD C., *Administrative diseases: some types of dysfunctionality in administration*, in "Public Administration", vol. 52, 1974.

Il processo di riforma della pubblica amministrazione, avviato in vari paesi dell'Occidente, tra cui l'Italia, è avvenuto sulla base di due fondamentali paradigmi: il *New Public Management* e la *Public Governance*, quest'ultimo, considerato in letteratura come una evoluzione ed un ampliamento del primo⁴.

Il *New Public Management* può essere definito come un complesso di principi e di strumenti che i vari paesi interessati dalla riforma hanno introdotto nel proprio apparato pubblico con l'intento di creare in questo le condizioni ritenute necessarie per conseguire un significativo miglioramento delle performance derivanti dalla gestione, caratterizzata da un'elevata inefficienza nell'impiego delle risorse ed inefficacia nel soddisfacimento dei bisogni⁵.

Caratteristica fondamentale dei principi esplicitati nel paradigma in discussione è il loro forte orientamento verso logiche di mercato e criteri e strumenti di governo propri delle organizzazioni private⁶. Più dettagliatamente, il *New Public Mana-*

⁴ CEPIKU D., *Governance: riferimento concettuale o ambiguità terminologica nei processi di innovazione della p.a.?*, in "Azienda Pubblica", n° 1, Gennaio-Marzo, 2005.

⁵ "Il *New Public Management* è una possibile filosofia di approccio ai problemi di miglioramento della gestione dei servizi pubblici diffusa ormai a livello mondiale", LAWRENCE L.J., THOMPSON F., *L'implementazione strategica del New Public Management*, in "Azienda Pubblica", n. 6, 1997. Per una visione dei principi del *New Public Management*, si vedano: HOOD C., *A Public Management for all Seasons?*, in "Public Administration", n° 69, 1991; OSBORNE D., GAEBLER T., *Reinventing Government. How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, Don Mills, Addison-Wesley Publishing, 1992; STEWART J., WALSH K., *Change in the management of Public Service*, in "Public Administration", n. 70, 1992; LAWRENCE L.J., THOMPSON F., *L'implementazione strategica del new Public Management*, op. cit.; MUSSARI R., *Il management delle aziende pubbliche: profili teorici*, Padova, Cedam, 1994; ANESSI PESSINA E., *Principles of Public Management*, Milano, Egea, 2000; LYNN L.E. Jr., *Public Management. A Concise History of the Field*, in FERLIE E., LYNN L.E. Jr., POLLITT C., *The Oxford Handbook of Public Management*, Oxford, Oxford University Press, 2005; HUGHES O., *What Is, or Was, New Public Management?*, paper presented at IRSPM12, Brisbane, 2008.

⁶ Si ritiene che il paradigma del *New Public Management* abbia origine in differenti teorie sviluppatesi nel corso del XX secolo, dirette a spiegare le cause che stanno alla base di una maggiore inefficienza e inefficacia dell'attività svolta dalla pubblica amministrazione rispetto all'attività dell'impresa privata, con la quale viene sempre più confrontata, e a proporre delle possibili soluzioni al problema. Fra queste teorie, appare opportuno ricordare, nello specifico, le tesi sostenute dalla *teoria dei diritti di proprietà*, dalla *teoria della Public Choice* e dalla *teoria dell'Agenzia*.

La *teoria dei diritti di proprietà* individua nella struttura proprietaria di tipo collettivo dell'azienda pubblica, e quindi nell'assenza in questa della spinta imprenditoriale verso l'eccellenza, associata al rischio d'impresa, la causa della sua minore efficienza ed efficacia rispetto all'organizzazione privata. Come soluzione a tale divario la teoria della proprietà propone, pertanto, la privatizzazione delle aziende pubbliche. La *teoria della Public Choice*, invece, attribuisce l'inefficienza e l'inefficacia della

gement individua nei principi e negli strumenti manageriali, adottati nell'impresa privata, la soluzione più appropriata ai problemi presenti nel sistema pubblico.

L'applicazione dei principi e degli strumenti manageriali in ambito pubblico, infatti, permetterebbe di ricreare nelle aziende e nelle unità che lo compongono quei meccanismi, presenti nelle realtà private, sia a livello decisionale che operativo, incentivanti al perseguimento di maggiori livelli di efficacia e di efficienza, del tutto assenti nell'organizzazione burocratica antecedente alla riforma⁷.

gestione pubblica alle caratteristiche dell'ambiente istituzionale in cui si svolge l'attività umana, ossia, all'assenza di concorrenza fra le aziende, alla mancanza della fase gestionale dello scambio, allo scarso significato economico attribuito al prezzo. Tali peculiarità, secondo la teoria in oggetto, rendono difficile, per il sistema umano che opera nell'azienda, orientare la gestione verso obiettivi di efficacia e di economicità. La teoria della public choice, quindi, per il miglioramento delle performance dell'amministrazione pubblica, sostiene la riproduzione di un contesto competitivo di quasi-mercato, tale da ricreare in ambito pubblico un processo decisionale tipico dell'azienda privata, maggiormente orientato alla dimensione economica della gestione.

L'inefficacia e l'inefficienza della gestione pubblica rispetto alla gestione privata viene spiegata anche attraverso *la teoria dell'Agenzia*. Secondo tale teoria, nel rapporto (definito appunto di agenzia) tra un soggetto, denominato agente, che opera per conto di un altro soggetto, denominato principale, esiste un'asimmetria informativa a vantaggio del primo che potrebbe essere utilizzata da questo per raggiungere dei fini personali, diversi da quelli del principale. Per quest'ultimo, pertanto, si pone il problema di controllare l'operato del proprio agente. L'asimmetria informativa tra i due soggetti e il controllo che il principale deve esercitare sull'operato dell'agente genera i cosiddetti costi di agenzia. In ambito pubblico il rapporto descritto è presente tra la comunità (principale) e l'organo politico (agente), tra l'organo politico (principale) e i manager (agenti). I costi di agenzia costituiscono per la teoria esaminata la causa della minore efficacia ed efficienza della gestione pubblica rispetto alla gestione privata. Per la riduzione di tale inefficacia ed inefficienza appare necessario, pertanto, creare dei meccanismi che incentivino l'agente ad agire nell'interesse del principale, ossia, dei meccanismi diretti ad allineare gli obiettivi del primo agli obiettivi del secondo.

Per un approfondimento sulle origini del paradigma del New Public Management: GRUENING G., *Origin and Theoretical basis of New Public Management*, in "International Public Management Journal", n° 4, 2001. Sulle teorie dei diritti di proprietà, della public choice e dell'Agency theory descritte, invece, si vedano rispettivamente: ALCHIAN A.A., *Elementi per una teoria economica dei diritti di proprietà*, in "Problemi di Amministrazione Pubblica", n. 13, 1989, e DEMSETZ H., *Toward A Theory Of Property Rights*, in "American Economic Review", n° 57, 1967; BUCHANAN J., *The Public Choice Perspectives*, in "Economia delle Scelte pubbliche", n° 1, 1983; REES R., *The Theory of principal and agent*, in "Bulletin of Economic Research", n° 37, 1985.

⁷ Per una visione dell'organizzazione burocratica del sistema pubblico si rinvia a: DECASTRI M., *Amministrazione pubblica e stereotipi. Alla ricerca della burocrazia perduta*, in DECASTRI M., HINNA L., MENEGUZZO M., MUSSARI R. (a cura di), *Economia delle aziende pubbliche*, Milano, McGraw-Hill, 2005; HINNA A., *Organizzazione e cambiamento nelle pubbliche amministrazioni*, Roma, Carocci, 2009. A riguardo si veda, inoltre, il lavoro di Max Weber, in cui l'autore propone un idealtipo di burocrazia che ha rappresentato un importante riferimento concettuale nei successivi studi ed analisi dell'organizzazione e del funzionamento degli apparati statali. WEBER M., *Wirtschaft und Gesellschaft*, Mohr, Tübingen, 1922.

Il rinnovo della Pubblica Amministrazione, pertanto, si contraddistingue per l'introduzione, anche nella realtà pubblica, delle logiche e degli strumenti impiegati nell'impresa privata o, per essere più precisi, per l'adozione, anche in ambito pubblico, dei principi, logiche e degli strumenti di management, adottati, fino a quel momento, prevalentemente nelle organizzazioni con soggetto economico privato⁸.

Con specifico riferimento al contesto italiano, la riforma della Pubblica Amministrazione, avvenuta attraverso numerosi provvedimenti normativi, chiaramente ispirati ai principi del paradigma discusso, ha condotto, innanzitutto, al decentramento di numerose funzioni detenute dallo Stato verso gli enti locali ed altri organismi territoriali, nonché, ad un forte ridimensionamento, a seguito dell'attuazione di un ampio processo di privatizzazione⁹, dell'intervento diretto pubblico nell'economia. Ciò, dal punto di vista istituzionale, ha determinato una profonda modifica della distribuzione dei compiti e, conseguentemente, dei rapporti fra lo Stato e gli enti locali, nonché, fra questi e il complesso delle unità pubbliche e private operanti nel territorio, nei confronti delle quali, i primi sono andati assumendo una funzione prevalentemente regolatrice.

Un secondo aspetto, oggetto anch'esso di profonde modifiche da parte della riforma aziendale attuata, concerne la modalità di gestione delle unità pubbliche.

⁸ In merito si parla di *managerialismo e/o aziendalizzazione della pubblica amministrazione*, proprio per evidenziare l'avvicinamento della realtà pubblica ai modelli gestionali tipici dell'impresa privata. Elio Borgonovi, in particolare, attribuisce a tali espressioni il seguente significato: "concentrare l'attenzione sul miglioramento dei processi economici tipici degli enti pubblici (aggiungere al principio della legalità dell'azione amministrativa quello della sua funzionalità e produttività); considerare le specificità dei processi economici che si svolgono in ambito pubblico", BORGONOV E., *Principi e sistemi aziendali per le Amministrazioni Pubbliche*, op. cit., pag.16.

⁹ Sul processo di privatizzazione si rinvia alle seguenti letture: MARINÒ L., *Strategie di riforma del settore pubblico in una prospettiva economico aziendale*, Torino, Giappichelli, 2005; ANSELM I L. (a cura di), *Privatizzazioni: come e perché*, Rimini, Maggioli, 1995; DOSSENA G., *La privatizzazione di imprese*, Milano, Egea, 1990; FERRARIS FRANCESCHI R., *Le privatizzazioni di imprese in Italia e in Germania: riflessioni per un'analisi comparata*, relazione presentata al Workshop "Privatizzazione di aziende pubbliche in Italia", Roma, CNR, 20 giugno 1997; DUNLEAVY P.J., *Explaining the privatisation boom: public choice versus radicals approaches*, in "Public Administration", vol. 64, 1986; KENT C.A., *Privatisations of public functions: promises and problems*, in WEAVER C.A. (a cura di), *Entrepreneurship and the privatising government*, Westport, Qorum Books, 1987; LE GRANDE J., ROBINSON R., *Privatisation and the welfare state*, London, Unwin Hyman, 1984.

Una prima fondamentale innovazione, a riguardo, è data dalla separazione tra le attività e le responsabilità di indirizzo attribuite all'organo politico, dalle attività e responsabilità gestionali, attribuite, invece, alla dirigenza.

L'organo politico, in quanto rappresentante (diretto o indiretto) dei membri di una comunità, a seguito della legittimazione da questi conferita attraverso il voto, detiene il compito di definire e di tutelare gli interessi pubblici che, in un determinato tempo, la stessa comunità esprime¹⁰.

Più dettagliatamente, l'organo politico, in quanto soggetto delegato dai membri di una collettività, nell'interesse dei quali agisce, ha il compito di stabilire i fini sociali da perseguire, verso il cui raggiungimento deve essere orientata l'attività pubblica.

La dirigenza, al contrario, rappresenta l'organo preposto al governo delle strutture destinate allo svolgimento operativo delle funzioni pubbliche. A questa, quindi, spetta il compito di guidare l'unità pubblica verso il perseguimento dei fini sociali fissati dall'organo politico, applicando, nello svolgimento della gestione, i criteri di efficienza, di efficacia e di economicità, osservati nelle realtà aziendali.

Una gestione efficace ed efficiente delle organizzazioni pubbliche, infatti, è considerata, come per le organizzazioni private, il presupposto necessario per la sopravvivenza di queste nel tempo e, conseguentemente, per la conservazione della loro capacità di perseguire in maniera continua il fine istituzionale assegnato¹¹.

¹⁰ Elio Borghonovi definisce gli interessi pubblici come “gli interessi verso i quali sono orientati gli sforzi congiunti di una comunità e per il cui raggiungimento sono impiegate risorse comuni e sono esercitati i «poteri pubblici», ossia i poteri delegati dall'intera comunità a determinati organi”, BORGHONOV E., *Principi e sistemi aziendali per le Amministrazioni Pubbliche*, op. cit., pag. 26.

¹¹ La dottrina economico aziendale, in merito, parla di equilibrio economico durevole ed evolutivo. Questo, in particolare, viene individuato dalla stessa dottrina come il fine di ogni istituto aziendale, dal cui conseguimento discende la sua capacità di sopravvivere nel tempo e, conseguentemente, di perseguire con continuità i fini istituzionali che gli sono stati assegnati. Il riconoscimento al fenomeno aziendale di un unico fine, rappresentato dalla sua stessa sopravvivenza, ha determinato il superamento della distinzione concettuale, sostenuta dalla dottrina di derivazione ottocentesca, fra le cosiddette aziende di produzione e le aziende di erogazione. Le prime, secondo la precedente impostazione, presentavano finalità di lucro, attuavano processi produttivi, scambiavano i prodotti nel libero mercato, avevano natura privata ed erano soggette al rischio imprenditoriale. Le seconde, invece, avevano come finalità il soddisfacimento dei bisogni umani, operavano in assenza di scambio, avevano prevalentemente natura pubblica e non erano soggette al rischio di fallimento.

La separazione dell'attività politica da quella gestionale, ossia, la distinzione delle finalità sociali, attribuite all'organo politico, dalle finalità aziendali, perseguite dalla dirigenza, è stata attuata attraverso il riconoscimento a quest'ultima di una maggiore autonomia decisionale¹², alla quale consegue, necessariamente, anche una maggiore responsabilità dei risultati conseguiti.

Già dagli anni sessanta, parte della dottrina economico-aziendale non distingue più fra aziende di produzione e aziende di erogazione, ma fra aziende e non aziende, sulla base del possesso o meno dei requisiti di azionalità. Questi ultimi, rappresentati dall'*ordine combinatorio* (combinazione funzionale dei fattori al raggiungimento dell'equilibrio economico aziendale), dall'*ordine di composizione* (esistenza di adeguate relazioni fra forze interne all'impresa e forze esterne a questa) e dall'*ordine sistematico* (presenza di un coordinato sistema di decisioni e di azioni), costituiscono, a loro volta, le condizioni dalle quali discende l'equilibrio economico durevole ed evolutivo, ossia, la sopravvivenza nel tempo del sistema aziendale.

Fra i più importanti sostenitori dell'unicità del fenomeno aziendale e del suo finalismo, si ricorda Egidio Giannessi, il quale, in merito, afferma: "Le considerazioni fatte permettono di giungere ad una conclusione molto importante, e cioè, che lo scopo dell'azienda non deve essere ricercato nel «conseguimento del lucro» o nel «soddisfacimento dei bisogni», ma per altra via. La ricerca, del resto, non offre molte difficoltà: basta osservare il comportamento del fenomeno aziendale per dedurre che questo non può avere né uno scopo transeunte come quello del conseguimento del lucro, né uno scopo indeterminato come quello del soddisfacimento dei bisogni, ma solo uno scopo durevole e definito, capace di imprimere all'attività aziendale un carattere inconfondibile con quello di qualsiasi altra forma di attività. Lo scopo indicato, nel quale si concreta l'essenza della vita aziendale, è dato dal conseguimento di un determinato equilibrio economico, promanante dalla combinazione di particolari fattori e dalla composizione di forze interne ed esterne, avente un carattere durevole e, sotto un certo aspetto, anche evolutivo. GIANNESI E., *Le aziende di produzione originaria*, vol. I, Pisa, Cursi, 1960.

¹² Il concetto di autonomia, nella dottrina aziendale, si lega inscindibilmente al concetto di equilibrio economico. Passando da un'ottica oggettiva di osservazione del fenomeno aziendale ad un'ottica soggettiva, infatti, è possibile evidenziare come il perseguimento dell'equilibrio economico durevole ed evolutivo, oltre che dalle condizioni oggettive, individuate negli ordini di composizione, di combinazione e sistematico, derivi anche, e soprattutto, dai principi, dalle scelte e dalle azioni degli individui che operano nel sistema aziendale ed, in primis, dal soggetto preposto alla sua guida. Di notevole importanza, pertanto, appare a riguardo l'autonomia decisionale detenuta da tale soggetto, ossia, il grado di libertà posseduto da questo nel decidere sulla gestione aziendale.

Con riferimento alle unità pubbliche, il concetto di autonomia ha assunto e assume tutt'oggi dei connotati particolari rispetto alle unità private. Le organizzazioni pubbliche, infatti, perseguono per loro natura delle finalità sociali, espresse dall'organo politico, le quali tendono a contrastare con il fine aziendale di economicità perseguita dal manager.

L'elevata importanza sociale riconosciuta ai fini istituzionali di tale tipologia di attività determina l'imposizione, da parte dell'organo politico, di importanti limiti e condizionamenti all'attività del manager, i quali vanno inevitabilmente a ridurre l'autonomia. Relativamente alle unità pubbliche, quindi, non è possibile parlare di autonomia in senso pieno. Questa, infatti, discende sempre dall'entità delle interferenze che il dirigente subisce dall'organo politico. Riguardo al concetto di autonomia aziendale si veda: FERRARIS FRANCESCHI R., *L'azienda: caratteri discriminanti, criteri di gestione, strutture e problemi di governo economico*, in CAVALIERI E. (a cura di), *Economia Aziendale*, vol. I, Torino, Giappichelli, 2000. Con riferimento specifico all'autonomia nelle aziende pubbliche, invece, si vedano: ZANGRANDI A., *Autonomia ed economicità nelle aziende*

Tale responsabilità, in particolare, è posseduta, sia nei confronti dell'organo politico, del quale bisogna rispettare gli obiettivi e gli indirizzi generali preposti, sia, soprattutto, nei confronti della comunità, i cui membri rappresentano, allo stesso tempo, i destinatari dei servizi pubblici offerti e, a seguito del prelievo fiscale, i principali finanziatori di questi¹³.

Il riconoscimento della maggiore autonomia e della correlata responsabilità sui risultati raggiunti ha profondamente modificato il ruolo e la funzione del dirigente all'interno delle organizzazioni pubbliche. Questo, infatti, è passato, dalla posizione di *public servant*, la cui funzione si limitava al rispetto formale delle procedure e degli atti, a quella di *public manager*, a cui spetta il compito di definire, attraverso un'opportuna attività di pianificazione, di organizzazione e di controllo, i modelli organizzativi e gestionali ritenuti più adeguati per il raggiungimento, nel rispetto dei principi di efficacia e di efficienza, degli obiettivi sociali stabiliti dall'organo politico.

A supporto delle funzioni manageriali di pianificazione, organizzazione e controllo, attribuite alla nuova figura della dirigenza, si procede, inoltre, ad introdurre, nelle organizzazioni pubbliche, degli strumenti tecnico-contabili, quali la contabilità,

pubbliche, Milano, Giuffrè, 2004; ZANGRANDI A., *Management pubblico e crisi finanziaria*, Milano, Egea, 2003.

¹³ A riguardo, in particolare, trovano applicazione i principi dell'*accountability*, ossia, lo sviluppo di funzioni e strumenti, diretti ad assicurare una maggiore trasparenza dell'attività del manager pubblico, attraverso l'obbligo da parte di questo di rendere conto, in termini di efficienza, di efficacia e di economicità, dell'impiego delle risorse pubbliche nella gestione. Per un approfondimento del concetto di *accountability* si veda: ROBERTS J., SCAPENS R., *Accounting systems and systems of accountability. Understanding accounting practices in their organizational contexts*, in "Accounting Organizations and Society", vol. 10, n° 4, 1985, pagg. 443-456; RABIN B., ROMZECK B.S., *Accountability in an intergovernmental arena: new governance and the National rural development partnership*, New York, Annual meeting of the American Political Science Association, 1999; GRAY R., OWEN D., ADAMS C., *Accounting and Accountability*, London, Prentice Hall, 1996; BUCCELLATO A., *I controlli nelle pubbliche amministrazioni: l'accountability ed il sistema informativo*, in FARNETI G., VAGNONI E., *I controlli nelle pubbliche amministrazioni*, Rimini, Maggioli, 1997; ALFIERO S., *Social accountability nella pubblica amministrazione, dal bilancio sociale al bilancio partecipato: un percorso innovativo per implementare la creazione di valore verso i cittadini*, in "Rivista Italiana di Ragioneria e di Economia Aziendale", quaderno monografico, n° 64, 2007; MUSSARI R., *L'azienda del comune tra autonomia e responsabilità*, Padova, Cedam, 1996; PEZZANI F., *L'accountability delle amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea, 2003.

sia generale che analitica, i sistemi di budget e reporting, i sistemi di pianificazione strategica, adottati nelle imprese private.

L'impiego di tali strumenti è diretto a realizzare anche nelle unità pubbliche un sistema informativo capace di evidenziare preventivamente e consuntivamente l'aspetto tecnico, economico e finanziario della gestione, i quali costituiscono, a loro volta, sia una guida per il processo decisionale del manager, sia un parametro di valutazione dell'attività da questo svolta.

L'intento di ricreare nelle unità pubbliche le condizioni per una gestione strategica e operativa simile a quella attuata nelle imprese private, infine, porta ad introdurre nel settore pubblico delle forme di competizione tra le stesse unità pubbliche e, fra queste e le organizzazioni private.

Si assiste, pertanto, alla creazione e applicazione di differenti meccanismi, quali, il riconoscimento all'utente della possibilità di scegliere liberamente la struttura pubblica o privata presso cui soddisfare il proprio bisogno, l'introduzione di sistemi di finanziamento basati su tariffe associate alle prestazioni, l'impiego di parametri qualitativi e di efficienza, nonché, l'applicazione della logica dei contratti nell'offerta dei servizi pubblici, diretti a realizzare forme di concorrenza fra le strutture pubbliche e le strutture private, simili a quelle riscontrabili nel libero mercato.

L'ipotesi base è che un ambiente competitivo, in cui la redditività e lo sviluppo di un'organizzazione appaiono legati alla capacità della stessa di soddisfare le esigenze dell'utenza e di creare valore attraverso un impiego razionale dei fattori produttivi, dovrebbe incentivare il manager pubblico ad indirizzare la gestione verso il conseguimento di sempre maggiori livelli di efficacia e di efficienza.

Da quanto è stato appena esposto, è possibile evidenziare come attraverso il processo di riforma della pubblica amministrazione si è riconosciuta una sempre maggiore importanza alla *dimensione aziendale* del sistema pubblico, fino a quel momento "schiacciata" dalla *dimensione politico-istituzionale*¹⁴.

¹⁴ La dimensione politico-istituzionale delle unità pubbliche "si concretizza nella funzione di rappresentanza della collettività e di ricerca dell'interesse pubblico, nonché nelle norme che regolano il funzionamento degli organi, i momenti di vita, gli aspetti contabili, i rapporti con gli altri soggetti

La priorità riconosciuta al perseguimento dei fini sociali ha condotto molto spesso a sottovalutare l'aspetto economico legato alla produzione e all'erogazione dei beni e dei servizi destinati al soddisfacimento dei bisogni pubblici. Più dettagliatamente, il forte contenuto sociale che è stato attribuito all'attività della pubblica amministrazione ha portato per molto tempo a considerare i principi di economicità inconciliabili o, addirittura, moralmente non accettabili, per questa tipologia di attività.

In tale contesto, quindi, il ruolo dell'organo politico predominava rispetto a quello della dirigenza, la cui funzione si limitava al rispetto formale delle leggi e dei regolamenti definiti dall'organo politico stesso.

La crisi finanziaria cui è andato incontro il sistema pubblico ha portato però a riconsiderare l'importanza della razionalità economica nella gestione, conducendo, con le modalità sopra discusse, all'attribuzione di un ruolo più attivo alla figura del dirigente¹⁵.

1.2. Lo sviluppo di logiche di Public Governance

Accanto agli studi di New Public management appena descritti, si sono sviluppati nel contesto europeo dei nuovi filoni di pensiero, riconducibili al paradigma della Public Governance¹⁶.

istituzionali e civili per favorire il raggiungimento dei fini". La dimensione aziendale, invece, è "riconducibile alle persone strutturate in organi che assumono decisioni e sviluppano azioni per realizzare i processi gestionali (di acquisizione di risorse, di impiego delle stesse, di cessione delle prestazioni per soddisfare i bisogni) e condurre le unità verso i fini istituzionali", GIOVANELLI L., *Modelli contabili e di bilancio in uno stato che cambia*, Milano, Giuffrè, 2000, pag. 36.

¹⁵ Sulla riforma aziendale del sistema pubblico italiano: REBORA G., *Un decennio di riforme. Nuovi modelli organizzativi e processi di cambiamento delle amministrazioni pubbliche*, Milano, Guerini Associati, 1999; BORGONOV E., *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, op. cit.; ANSELM I L., *Il processo di trasformazione della pubblica amministrazione. Il percorso aziendale*, op. cit.; CAPANO G., *L'evoluzione storica della pubblica amministrazione*, in CAPANO G., GUALMINI E., *La pubblica amministrazione in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2006; HINNA A., *Organizzazione e cambiamento nelle pubbliche amministrazioni*, op. cit.

¹⁶ Tra i primi contributi scientifici in tema di Public Governance si ricordano: KOOIMAN J., VAN VLIET M., *Governance and public management*, in ELJASSEN K.A., KOOMAN J., *Managing public organizations: lessons from contemporary European experience* Sage, London, 1993; KICK-

I fenomeni di decentramento della pubblica amministrazione, di privatizzazione di numerosi servizi pubblici e di esternalizzazione di questi verso aziende autonome sia pubbliche sia private, hanno condotto ad una forte frammentazione del potere decisionale e delle responsabilità nel perseguimento degli interessi collettivi.

In tale nuovo contesto, si ritiene che l'attività dell'amministrazione pubblica debba essere diretta a favorire lo sviluppo socio economico di un sistema e, a tal fine, debba essere in grado di indirizzare e coordinare l'attività di una molteplicità di soggetti, pubblici e privati, verso specifiche finalità di natura pubblica. In altre parole, si ritiene che la pubblica amministrazione debba sviluppare capacità di governance.

La multidisciplinarietà dell'argomento e la flessibilità interpretativa che lo caratterizzano, hanno condotto, tuttavia, al proliferare di numerose definizioni di public governance, rendendo il concetto estremamente vago ed ambiguo, da cui ne è derivata anche l'impossibilità di individuare un riferimento univoco.

Nonostante l'estrema varietà delle definizioni date, un'analisi della letteratura sul tema ha evidenziato, però, anche degli aspetti ricorrenti nelle definizioni stesse¹⁷.

In queste, il paradigma della public governance viene tendenzialmente inteso come un concetto più ampio sia del government¹⁸, con il quale si intende una forma di governo, tipica dell'organizzazione burocratica, caratterizzata dall'esercizio di poteri sovraordinati da parte della pubblica amministrazione, in cui prevale l'utilizzo

ERT W.J.M., *Public Governance in the Netherlands. An alternative to Anglo American managerialism*, in "Public Administration", vol. 75, 1997.

¹⁷ CEPIKU D., *Governance: riferimento concettuale o ambiguità terminologica nei processi di innovazione della p.a.?*, op. cit.

¹⁸ In tal senso si veda: BORGONOV E., *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, op. cit.; RHODES R.A.W., *The new governance: governing without government*, in "Political Studies", vol. 44, 1996; SCHICK A., *The performing state: reflection on an idea whose time has come but whose implementation has not*, "OECD Journal on Budgeting", vol. 3, n. 2, 2003; PETERS B.G., PIERRE J., *Governance without Government? Rethinking Public Administration*, in "Journal of Public Administration Research and Theory", vol. 8, n. 2, 1998; STOCKER G., *Governance as theory: five propositions*, in "International Social Science Journal", vol. 50, 1998.

di strumenti gerarchici o proprietari, sia del paradigma del New Public Management¹⁹.

Rispetto a questi, la Public Governance presenta una visione più ampia della realtà pubblica. Più dettagliatamente, nell'affrontare la problematica del miglioramento dell'attività delle pubbliche amministrazioni, il paradigma della public governance, non si limita ad osservare il funzionamento delle singole unità pubbliche ma pone in rilievo le relazioni esistenti fra le varie strutture, pubbliche e private, operanti in un sistema, affermando la necessità, per la stessa pubblica amministrazione, di sviluppare la capacità di governare anche tali relazioni.

La funzione di governo da parte degli enti pubblici deve essere svolta ricorrendo principalmente a meccanismi e strumenti sia di natura formale che informale, diretti a creare consenso tra le varie unità operanti nel sistema pubblico attorno a specifici obiettivi di natura pubblica e ai programmi da adottare per il perseguimento di questi, o, comunque, in grado di indirizzare e coordinare l'attività delle singole organizzazioni operanti nel sistema verso il perseguimento di determinati interessi generali.

Tra i meccanismi, le logiche e gli strumenti di governo nella pubblica amministrazione, un ruolo importante continua ad essere riconosciuto anche ai principi e agli strumenti manageriali, i quali tuttavia, secondo il nuovo paradigma, andrebbero opportunamente adeguati alle specificità del contesto pubblico nel quale vengono adottati²⁰.

¹⁹ A riguardo: KICKERT W.J.M., *Public Governance in the Netherlands. An alternative to Anglo American managerialism*, op. cit.; KOOIMAN J., VAN VLIET M., *Governance and public management*, in ELJASSEN K.A., KOOIMAN J., *Managing public organizations: lessons from contemporary European experience* Sage, op. cit.; KETTL D.F., *The Global Public Management Revolution: a Report on the Transformation of Governance*, Washington DC, Brooking Institution Press, 2000; MENEGUZZO M., *Dal New Public Management alla Public Governance: il pendolo della ricerca sulla amministrazione pubblica*, in "Azienda Pubblica", n. 1, 1997.

²⁰ Il paradigma della Public Governace condanna la trasposizione acritica delle funzioni e degli strumenti manageriali privatistici alle realtà pubbliche, sostenuta dal New Public Management, e sostiene, invece, la definizione di funzioni e di strumenti manageriali adeguati a quelle che sono le peculiarità decisionali e gestionali delle aziende e delle amministrazioni pubbliche. Il paradigma del New Public Management, in particolare, viene ritenuto "troppo vicino al mondo delle imprese private e considerato quindi scarsamente critico, meccanicistico e poco capace di mettere in evidenza le

Il paradigma della Public Governance, infine, mette in evidenza il rapporto fra il sistema pubblico e l'ambiente, sostenendo l'importanza per le organizzazioni pubbliche di assumere, nella definizione delle proprie politiche, un maggiore orientamento all'esterno e, più in generale, all'ambiente economico-sociale, verso il cui sviluppo deve essere orientata la loro attività²¹.

La Public Governance, quindi, mette in luce una struttura reticolare dell'apparato pubblico dove assumono rilevanza e centralità le interazioni fra gli enti pubblici centrali e locali, le aziende e le unità, pubbliche e private, coinvolte in vario modo nel perseguimento di obiettivi sociali.

In particolare l'impostazione della Public Governance pone gli enti centrali e locali in posizione di «centri strategici di una rete» costituita da una pluralità di attori, pubblici e privati²², ognuno dotato di una propria autonomia e di propri obiettivi, i quali devono essere indirizzati e coordinati, attraverso un opportuno governo

specificità decisionali e gestionali delle amministrazioni pubbliche», MENEGUZZO M., *Dal New Public Management alla Public Governance: il pendolo della ricerca sulla amministrazione pubblica*, op. cit., pag. 24.

²¹ Longo nel proporre una classificazione della letteratura sulla public governance evidenzia, oltre i filoni di studio riguardanti la contrapposizione del termine government e del New Public Management al concetto di public governance, una terza linea di pensiero, riconducibile alla Corporate Governance, la quale, in ambito pubblico, diviene «government governance».

Sebbene a riguardo sia tutt'oggi presente una situazione di forte indeterminazione, il termine richiama l'analisi e la progettazione di regole di funzionamento interne alle istituzioni e ai loro organi, dirette a garantire un esercizio corretto del potere gestionale nell'organizzazione aziendale, in funzione dei legittimi interessi istituzionali a questa assegnati.

Per un approfondimento della Corporate Governance, si vedano: CADBURY COMMITTEE, *Report of the Committee on the Financial Aspects of Corporate Governance*, London, Professional Publishing, 1993; AA.VV., *Contemporary issues in Corporate Governance*, Oxford, Clarendon Press, 1995; BLAIR M., *Ownership and control*, Washington, The Brooking Institution, 1995; MONKS R.A.G., MINOW N., *Corporate Governance*, Blackwell, 1996; HODGES R., WRIGHT M., KEASEY K., *Corporate governance in the public services: concept and issues*, in «Public Money and Management», vol. 16, n. 2 (April-June), 1996; AIROLDI G., FORESTIERI G., *Corporate Governance: analisi e prospettive del caso italiano*, Milano, Etas Libri, 1998; DEL VECCHIO M., *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea, 2001.

Sulla classificazione della letteratura sulla Public Governance proposta: LONGO F., *Governance delle reti di pubblico interesse: quali strumenti manageriali per rispondere ai problemi attuativi?*, in «Azienda Pubblica», n° 1, Gennaio-Marzo, 2006. Per una rassegna completa in materia di Public Governance, infine: FERLIE E., HARTLEY J., MARTIN S., *Changing Public Services Organizations: Current Perspectives and Future Prospects*, in «British Journal of Management», vol. 14, 2003.

²² GIOVANELLI L., *Modelli contabili e di bilancio in uno Stato che cambia*, op. cit., pag. 173.

delle interazioni fra questi esistenti, verso interessi pubblici comuni e, più in generale, verso lo sviluppo del sistema socio-economico²³.

Si rileva, tuttavia, come il paradigma discusso non proponga dei modelli organizzativi e degli strumenti universalmente accettati ed empiricamente dimostrati, ma esprima solamente una visione della realtà pubblica e del ruolo della pubblica amministrazione nel perseguimento dei fini collettivi²⁴.

L'implementazione di tale approccio richiede, pertanto, l'individuazione, per ogni ambito di intervento pubblico, di specifici meccanismi e strumenti operativi, capaci di supportare gli enti pubblici nell'attività di indirizzo e di coordinamento degli istituti operanti nel sistema²⁵.

Il paradigma della Public Governance, in altre parole, apre la strada alla ricerca di nuovi modelli e di nuove forme organizzative dell'intervento pubblico, capaci di rispondere in modo efficiente ed efficace alle esigenze espresse dalla comunità e di contribuire, in linea più generale, allo sviluppo socio-economico del sistema.

²³ Sulla base di quanto detto, si evidenzia come la Public Governance integra in un unico concetto, una prospettiva micro, riguardante il funzionamento interno delle singole unità pubbliche, una prospettiva meso, riguardante la natura e la frequenza delle relazioni fra le varie unità operanti in una rete, e una prospettiva macro, relativo all'impatto della rete sul contesto socio-economico. In merito: CEPIKU D., *Le reti di amministrazioni pubbliche nella prospettiva economico-aziendale*, in "Azienda Pubblica", luglio-agosto, 2006.

²⁴ A riguardo Giovanni Valotti, discutendo sullo sviluppo delle logiche di governance nella pubblica amministrazione, scrive: "Siamo nella sostanza di fronte ad un cambiamento epocale dei modelli di sviluppo dei sistemi economico-sociali che mette in discussione concezioni e assetti consolidati, senza che peraltro siano ad oggi individuabili con chiarezza modelli alternativi di riferimento sufficientemente delineati e generalizzabili. Lo dimostra il fatto che lo stesso concetto di governance tende ad assumere una valenza di «principio ispiratore», variamente declinato sul piano definitorio, stentando a tradursi in indicazioni e soluzioni operative per il governo, modernamente inteso, dei sistemi territoriali", VALOTTI G., *Management Pubblico. Temi per il cambiamento*, Milano, Egea, 2005, pag. 26.

²⁵ La pubblica amministrazione opera in numerosi contesti, i quali differiscono fortemente per la natura, la numerosità e i fini degli istituti che ne fanno parte, per la tipologia delle relazioni esistenti tra questi, nonché per le prerogative di governo detenute dalla stessa pubblica amministrazione. Per ogni scenario di intervento pubblico appare pertanto necessario definire degli appositi meccanismi e strumenti di governance, in relazione alle specifiche caratteristiche da questi detenute. Cfr. LONGO F., *Governance delle reti di pubblico interesse: quali strumenti manageriali per rispondere ai problemi attuativi?*, op. cit.

1.3. La riforma aziendale del Sistema Sanitario Nazionale

Come prima evidenziato, anche il Sistema Sanitario Nazionale, istituito con la legge n. 833 del 1978²⁶, è stato oggetto di profonde modifiche, dirette a migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie erogate ed al contempo a ridurre notevolmente la spesa pubblica, la quale si caratterizzava per un costante e continuo incremento.

L'obiettivo della riforma sanitaria era, più specificatamente, quello di realizzare un sistema capace di rispondere, sia in maniera efficace, anche attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie di maggiore qualità, sia in maniera efficiente,

²⁶ Con l'istituzione del servizio sanitario nazionale si è modificato integralmente il precedente modello di organizzazione dell'assistenza sanitaria italiana, basato sulla contemporanea presenza delle cosiddette mutue, ossia di organismi di natura pubblica aventi la funzione di erogare prestazioni sanitarie a specifiche categorie di lavoratori dietro versamento di contributi assicurativi, dell'assistenza ospedaliera e di altri organismi gestiti dai comuni o dalle province, da cui scaturiva una offerta sanitaria fortemente frammentata, disorganica e con scarso controllo sulla spesa pubblica.

La legge n. 833/1978 aveva lo scopo di realizzare una rete capace di offrire equamente e in maniera integrata la assistenza sanitaria a tutti i cittadini italiani. Il modello delineato era di tipo accentrato, in cui allo Stato spettava il compito di definire, attraverso la redazione del piano sanitario nazionale, gli obiettivi e le linee di indirizzo del sistema complessivo, nonché, di disporre, attraverso la costituzione di un fondo, alimentato da imposte generali e da contributi sociali, le risorse finanziarie necessarie per il perseguimento degli obiettivi preposti.

Il fondo sanitario veniva ripartito dal CIPE fra le varie Regioni, le quali, a loro volta, dovevano provvedere alla definizione di linee di programmazione regionale, in osservanza di quanto già definito nel Piano Sanitario Nazionale, nonché, all'ulteriore ripartizione delle risorse finanziarie ricevute tra le varie Unità Sanitarie Locali operanti sul territorio. Queste ultime rappresentavano le strutture operative del sistema, in quanto destinate all'erogazione dei servizi sanitari, ed erano gestite dagli enti comunali.

La struttura organizzativa del Sistema Sanitario Nazionale, come definita dalla legge istitutiva, ha presentato da subito numerose criticità. Il modello definito dalla legge n. 833/1978 si è rivelato, infatti, estremamente inefficace ed inefficiente, caratterizzato da un elevato spreco di risorse finanziarie pubbliche. Ciò viene principalmente attribuito, sia alla scarsa autonomia delle Usl, la cui gestione subiva forti influenze da parte del potere politico locale (regionale e comunale), diretto, al fine di garantirsi il consenso, ad incrementare le prestazioni sanitarie, sforando regolarmente l'entità delle risorse assegnate dallo Stato, sia dall'assenza di appositi meccanismi di responsabilizzazione sull'utilizzo di dette risorse. L'eccessiva e l'inefficiente attività delle Usl si è tradotta in un continuo insorgere di rilevanti debiti, i quali venivano coperti attraverso ulteriori finanziamenti statali, determinando in tal modo un costante incremento della spesa pubblica. ATAGNI M., *La definizione del Sistema Sanitario Nazionale dalla legge di riforma n° 833 del 1978 al decreto legislativo n° 229 del 1999*, Messina, A. Lippolis, 2001; DEL VECCHIO M., *Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e sistema di rete pubblica*, in "Mecosan", n°46, 2003; GIORGETTI R., *Il servizio sanitario*, Rimini, Maggioli editore, 1992.

ottimizzando l'impiego delle risorse disponibili, alle esigenze di salute espresse dalla comunità²⁷.

In questa direzione si sono mossi, pertanto, i decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993, ai quali seguì, solamente sei anni più tardi, il d.lgs. n. 229/1999. Quest'ultimo, il quale rappresenta l'attuale riferimento normativo in materia sanitaria, aveva solamente lo scopo di completare la riforma già avviata con i precedenti decreti.

Le innovazioni apportate al Sistema Sanitario Nazionale attraverso i suddetti testi normativi sono tendenzialmente individuate nel decentramento di funzioni e di responsabilità dallo stato alle Regioni, nell'aziendalizzazione delle unità sanitarie locali e nell'introduzione di forme di competizione fra queste e le strutture pubbliche e private operanti nel settore.

Relativamente alla prima linea di cambiamento, il decreto legislativo n. 502/1992 assegna alle Regioni le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera. Ogni Regione nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, definisce l'assetto organizzativo dell'assistenza sanitaria nel proprio territorio. In particolare, l'ente regionale decide il numero e l'articolazione territoriale delle aziende sanitarie e, attraverso l'istituto dell'accreditamento, delle strutture pubbliche e private che possono operare nell'ambito del sistema. La Regione stabilisce, inoltre, le modalità di organizzazione, di funzionamento e di finanziamento delle stesse aziende sanitarie e svolge attività di indirizzo, promozione e controllo nei confronti di queste²⁸.

Lo Stato conserva il compito di definire, attraverso la redazione del Piano Sanitario Nazionale, gli obiettivi e le linee generali di indirizzo del complessivo sistema. In particolare, lo Stato stabilisce i Livelli Essenziali di assistenza, ossia le prestazioni sanitarie da assicurare in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale, e le risorse

²⁷ La salute è definita nella Costituzione dell'organizzazione mondiale della sanità (World Health Organization) nel seguente modo: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity", (W.H.O. Constitution, 1946).

²⁸ Art. 2 d.lgs. n. 502/1992, come modificato dal d.lgs. n. 229/1999.

finanziarie da assegnare, sulla base di una quota pro capite alle Regioni, per garantire l'erogazione dei servizi assistenziali indicati²⁹.

Ogni Regione, nell'ambito dell'autonomia riconosciuta, può comunque decidere di ampliare gli obiettivi definiti dallo Stato, ossia, di erogare ulteriori livelli di assistenza, con l'impegno, tuttavia, di coprire tale maggiore offerta con risorse finanziarie proprie. La Regione risponde inoltre con proprie risorse anche per il ripiano degli eventuali disavanzi derivanti dalla gestione delle aziende sanitarie operanti nel proprio territorio. A fronte dell'ampia autonomia riconosciuta dai decreti di riforma, all'Ente Regione, quindi, si attribuisce anche la responsabilità economica e finanziaria delle decisioni assunte, e conseguentemente dei risultati conseguiti, nell'ambito del sistema che è stata chiamata a governare³⁰.

Per quanto riguarda invece la seconda linea di cambiamento, riguardante l'aziendalizzazione delle Unità Sanitarie Locali, si rileva l'attribuzione a queste della natura di aziende dotate di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale³¹. Il d.lgs. n. 502/1992 prevede inoltre lo scorporo dalle Unità Sanitarie Locali dei presidi ospedalieri, ritenuti dalla Regione di rilievo nazionale e di alta specializzazione, e la costituzione di Aziende Ospedaliere, dotate della stessa personalità giuridica e della stessa autonomia riconosciuta alle Aziende Sanitarie Locali³².

²⁹ Art. 1 del d.lgs. 502/1992, come modificato dal d.lgs. n. 229/1999.

³⁰ Art. 13 del d.lgs. n. 502/1992.

³¹ Si veda l'art. 3 del d.lgs. n. 502/1992, come modificato dal decreto n. 229/1999. A riguardo si precisa come, non essendo possibile parlare di autonomia imprenditoriale in senso pieno in riferimento alle aziende sanitarie, in quanto organizzazioni di natura pubblica, non dotate di un capitale di rischio e sottoposte a dei vincoli istituzionali che vanno a limitarne l'autonomia imprenditoriale stessa, questa viene tendenzialmente intesa dalla dottrina economico-aziendale come libertà organizzativa e gestionale dell'azienda sanitaria, nonché, come discrezionalità per questa nel definire i propri rapporti con i terzi. MELE R., TRIASSI M., *Management e gestione delle aziende sanitarie*, Padova, Cedam, 2008, pagg. 37-38.

³² Art. 4 del decreto legislativo n. 502/1992. La stessa norma prevede, inoltre, la costituzione in Aziende Ospedaliere dei policlinici universitari che, sulla base del d.p.r. del 27 marzo 1992, devono essere inseriti nel sistema di emergenza sanitaria, nonché, riconosce alle Regioni la possibilità di costituire in Azienda anche i presidi ospedalieri operanti in strutture di pertinenza dell'Università, i presidi in cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina e gli ospedali destinati, ai sensi dello stesso d.p.r. 27 marzo 1992, a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza. I presidi ospedalieri che non presentano i requisiti per essere costituiti in aziende ospedaliere autonome restano, invece, in capo alle Aziende sanitarie Locali.

La direzione delle A.S.L e delle A.O è affidata al direttore generale, un organo monocratico di nomina regionale³³. A questo, con la collaborazione del direttore sanitario e del direttore amministrativo, di sua stessa nomina, spetta il compito di guidare l'organizzazione sanitaria verso il perseguimento del fine sociale della tutela della salute, sulla base degli obiettivi, degli indirizzi e dei programmi definiti dallo Stato e dalle Regioni, improntando lo svolgimento della gestione al conseguimento di condizioni di economicità³⁴.

Il direttore generale assume, quindi, il ruolo di manager della struttura sanitaria. Ad esso sono assegnate le funzioni di pianificazione, di organizzazione e di controllo dell'azienda, da svolgersi però nell'ambito dell'autonomia a questa riconosciuta, e perciò, nel rispetto delle disposizioni e dei programmi stabiliti dalla Regione.

A supporto delle attività di indirizzo e di controllo svolte dal direttore generale, la riforma prevede, inoltre, l'introduzione, sia nelle Aziende Sanitarie Locali sia nelle Aziende Ospedaliere, di adeguati strumenti tecnico-contabili, quali la contabilità generale ed analitica, il bilancio consuntivo di esercizio ed il bilancio pluriennale di previsione, il budget ed il sistema di reporting³⁵.

³³ Con l'istituzione dell'organo di governo monocratico di nomina regionale il controllo dell'azienda sanitaria locale passa dall'ente comunale alla Regione. Antecedentemente alla riforma, l'azienda sanitaria era gestita dal comitato di gestione, un organo collegiale, i cui membri venivano nominati dai consiglieri del comune dove la stessa azienda sanitaria operava. Nel 1991, con il decreto legge n°35 del 6 febbraio, convertito in legge 111/1991, il comitato di gestione viene sostituito dalla figura dell'Amministratore Straordinario e, successivamente, con il d.lgs. n. 502/1992, dal direttore generale. Per un approfondimento sull'evoluzione organizzativa delle aziende sanitarie locali: MARTINO G., *La riorganizzazione delle aziende sanitarie: il modello gestionale, responsabilità manageriale e controlli di gestione; le prestazioni sanitarie ed il d.lgs. n. 229/1999*, in BALDUZZI R., *L'aziendalizzazione nel d.lgs. n. 229/1999*, Milano, Giuffrè, 2001, pagg. 155-203; MELE R., TRIASSI M., *Management e gestione delle aziende sanitarie*, op. cit., pagg. 271-314; ACHARD P.O., *Economia e organizzazione delle imprese sanitarie*, Milano, FrancoAngeli, 1999; ADINOLFI P., *L'evoluzione organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche*, in "Mecosan", n° 37, 2001.

³⁴ A riguardo si vedano gli articoli 3, 3 bis e 4 del d.lgs. 502/1992, come modificato dal decreto n. 229/1999. Sul concetto di economicità nella dottrina economico-aziendale si rinvia al quinto paragrafo del presente capitolo.

³⁵ Art. 5 del d.lgs. n. 502/1992 come modificato dal decreto 229/1999. Per un approfondimento sugli strumenti di programmazione e controllo nelle aziende sanitarie si veda: ANSELMINI L., SAITA M., *La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie*, Milano, Il sole 24 Ore, 2002, pagg. 171-282; PAVAN A., OLLA G., *Il management nell'azienda sanitaria*, Milano, Giuffrè, 2000; SFORZA

L'impiego degli strumenti di contabilità economico-patrimoniale, in sostituzione della contabilità finanziaria precedentemente detenuta, oltre che supportare gli organi di governo nell'attività di indirizzo della struttura sanitaria, permette alle Regioni e, in generale, alla comunità di esercitare una maggiore azione di controllo sulla struttura stessa e di valutare l'attività da questa svolta.

Il direttore generale, infatti, a fronte dell'autonomia decisionale riconosciuta, è chiamato a rispondere del proprio operato, sia alla Regione, la quale attraverso specifici controlli verifica periodicamente il raggiungimento da parte delle aziende sanitarie degli obiettivi definiti in sede di pianificazione regionale³⁶, sia alla comunità, attraverso la pubblicazione dei risultati economico-finanziari conseguiti³⁷.

I documenti contabili adottati dalle singole aziende sanitarie operanti nel territorio potrebbero costituire, inoltre, per le Regioni, una fondamentale fonte di informazioni, da impiegare per il governo complessivo del sistema³⁸.

Coerentemente con la maggiore autonomia istituzionale e decisionale delle aziende sanitarie pubbliche, per favorire processi di responsabilizzazione e di razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse, vengono introdotti meccanismi di finanziamento

V., *L'Economia delle Aziende Sanitarie Pubbliche*, Padova, Cedam, 2005; BRUNO P., *Guida pratica alla direzione di struttura complessa in sanità: gli strumenti del management sanitario, come motore per il cambiamento organizzativo*, Milano, Il Sole 24 Ore, 2009. CASCIOLI S., *La gestione manageriale della sanità: gli strumenti a supporto del processo di programmazione, organizzazione, realizzazione e controllo*, Milano, FrancoAngeli, 2000.

³⁶ In particolare, l'art. 3-bis, comma 5 del d.lgs. n. 502/1992 dispone quanto segue: "le Regioni determinano preventivamente, in via generale, i criteri di valutazione dei direttori generali, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficacia, all'efficienza e alla funzionalità dei servizi sanitari".

³⁷ Art. 5 comma 5 del d.lgs. n. 502/1992.

³⁸ "La rilevazione e la rendicontazione contabile delle aziende sanitarie assume una duplice valenza a seconda dei punti di vista dai quali la si osserva. Per le aziende, infatti, il bilancio consuntivo è essenzialmente uno strumento di dimostrazione delle *performance* economiche, finanziarie e patrimoniali dell'esercizio amministrativo e, al tempo stesso, uno strumento di governo essenziale per la salvaguardia degli equilibri fissati nel bilancio economico preventivo, dai quali dipendono in linea teorica le sorti del vertice aziendale; per le Regioni i bilanci economici preventivi assumono un significato autorizzatorio (sia pure meno vincolistico rispetto ai bilanci finanziari) e rappresentano fondamentalmente il principale strumento per l'allocazione delle risorse (finanziarie) all'interno del gruppo, mentre i bilanci consuntivi consentono di verificare gli equilibri delle singole aziende e, in aggregato, dovrebbero in teoria fornire informazioni rilevanti per il governo del sistema regionale". MARINO L., *La ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali*", Torino, Giappichelli, 2008, pag. 91.

basati sulla logica del quasi mercato³⁹, tramite la ripartizione delle risorse in base ai volumi delle prestazioni che vengono remunerate con apposite tariffe. Si avvia così un sistema di “competizione pubblica” che, pur rispettando il carattere pubblico del bisogno di assistenza del cittadino, garantisce a quest’ultimo la “libertà di scelta” tra le diverse strutture sanitarie disponibili (a livello regionale ed extra-regionale), andando a condizionare, sia in maniera positiva che negativa, il livello di risorse rese disponibili alla struttura. L’obiettivo è di migliorare il livello di efficienza complessivo, aumentando allo stesso tempo i livelli qualitativi dell’assistenza. La competizione dovrà basarsi sia sulla riduzione dei costi, per rendere le tariffe adeguatamente remunerative, sia sull’innalzamento della qualità, per attrarre maggiori quote di domanda e di finanziamento.

Il sistema sanitario italiano è stato interessato anche da importanti cambiamenti inerenti all’organizzazione e al funzionamento del complessivo apparato pubblico. Tra questi, una particolare rilevanza è sicuramente riconosciuta all’introduzione del federalismo fiscale, avvenuta con il decreto legislativo n. 56/2000.

Il suddetto disposto normativo prevede l’abolizione di diversi trasferimenti finanziari dallo Stato alle Regioni, tra i quali si annovera anche il Fondo Sanitario Nazionale. A seguito di ciò, le Regioni dovrebbero finanziare l’assistenza sanitaria esclusivamente attraverso il gettito locale, mentre il ruolo dello Stato si limiterebbe alla distribuzione di un fondo perequativo istituito con il medesimo decreto, finanzia-

³⁹ Il sistema del quasi mercato si fonda, innanzitutto, sulla netta distinzione tra il soggetto incaricato dell’acquisto di un prodotto pubblico (o di un servizio), definito *purchaser*, e l’organizzazione individuata per la realizzazione dello stesso, definita *provider*. Tale sistema si differenzia da un mercato “normale” in quanto l’acquirente, costituito di norma dall’organismo pubblico che regola un dato settore, non coincide con il beneficiario del prodotto/servizio che, a sua volta, finanzia la struttura acquirente per mezzo della tassazione. Un’altra caratteristica fondamentale del quasi-market è rappresentata, inoltre, dalla modalità con la quale si distribuiscono le risorse finanziarie tra i provider. L’allocazione delle risorse fra i soggetti erogatori, infatti, avviene, in un contesto competitivo, in funzione delle scelte del cittadino che usufruisce del servizio. In merito si veda: LE GRANDE J., *Quasi-market and social policy*, in “Studies in decentralism and quasi-market”, Working Paper n. 1, Bristol, Saus Publication, 1990. Per un approfondimento dell’applicazione della teoria al servizio sanitario, invece, si veda: FRANCE G., *Healthcare quasi markets in a decentralised system of government*, in BARTLETT W., ROBERTS L.A., LE GRAND J. (ed), *Quasi-market reforms in the 1980s: a revolution in social policy*, Bristol, The Policy Press, 1998.

to dalle stesse Regioni e destinato al raggiungimento di obiettivi di solidarietà fra queste ed alla riduzione degli squilibri territoriali.

L'obiettivo del d.lgs. n. 56/2000 è, pertanto, quello di eliminare completamente la spesa sanitaria dal bilancio dello Stato e di rendere le Regioni completamente autonome nell'erogazione del servizio.

In tale direzione si sono mossi, inoltre, anche altri disposti normativi successivi al d.lgs. n. 56/00, come la legge costituzionale n. 3/2001, che ridefinisce i compiti dello Stato e delle Regioni anche in materia sanitaria, le leggi finanziarie, nonché gli accordi e le intese fra lo stesso Stato e gli enti regionali, fino ad arrivare al decreto legislativo n. 68/2011 (*Autonomia di entrata di Regioni a statuto ordinario e provincie nonché determinazione di costi e fabbisogni standard nel settore sanitario*)⁴⁰.

I cambiamenti sopra descritti hanno condotto ad un sistema sanitario completamente rinnovato sia nella struttura organizzativa, sia nei principi e nelle logiche di funzionamento⁴¹.

⁴⁰ Il percorso verso il federalismo fiscale inizia, più precisamente, con lo stesso decreto legislativo n. 502 del 1992, il quale prevede una riduzione dell'entità del Fondo Sanitario Nazionale e quindi, delle risorse finanziarie, derivanti dall'imposizione generale, da destinare all'assistenza sanitaria. Sulla base del suddetto disposto normativo, infatti, il Fondo Sanitario Nazionale ha solamente la funzione di integrare le risorse finanziarie delle regioni derivanti dai contributi sanitari. Un altro passo verso il federalismo si rinviene, inoltre, nell'abolizione dei contributi e nell'istituzione, attraverso la legge 446/1997, dell'Imposta Regionale sulle Attività Produttive (IRAP) e dell'Addizionale Regionale IRPEF le quali vanno a costituire una delle principali fonti di finanziamento dell'assistenza sanitaria delle Regioni, andando a ridurre, perciò, ulteriormente l'entità del Fondo Sanitario Nazionale. Con il decreto legislativo n. 56/2000 ed i successivi disposti normativi, si punta, infine, a sganciare completamente la spesa sanitaria dal bilancio dello Stato per farla divenire competenza esclusiva dell'ente regionale. GENSINI G.F., TRABUCCHI M., VANARA F., *La riforma federale del Servizio Sanitario Nazionale: aspetti etici e di giustizia*, in "Tendenze Nuove", n. 6, 2010; LEVAGGI R., MONTEFIORE M., *Federalismo fiscale efficienza, appropriatezza e perequazione*, in "Tendenze Nuove", n. 5, 2009; TEDIOSI F., GABRIELE S., LONGO F., *Governing decentralization in health care under tough budget constraint: What can we learn from the Italian experience?*, in "Health Policy", n. 90, 2009, pagg. 303-312; PETRETTO A., LORENZINI S., SCICLONE N., *La devoluzione in sanità tra novità costituzionali e organizzative*, in FALCITELLI N., TRABUCCHI M., VANARA F., *Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie. Rapporto Sanità 2003*, Bologna, Il Mulino, 2003, pagg. 333-371.

⁴¹ Sulla riforma aziendale del Sistema Sanitario Nazionale si vedano: ACHARD O.P., CASTELLO V., PROFILI S., *Il New Public Management nella sanità*, in "Rivista italiana di Ragioneria e di Economia Aziendale", luglio-agosto, 2003; BALDUZZI R., DI GASPARE G., *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/1999*, op. cit.; ZANGRANDI A., *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche: aspetti di gestione, organizzazione e misurazioni economiche*, Milano, Giuffrè, 1999, ADINOLFI P., *L'evoluzione organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche*, op. cit.; ATAGNI M., *La definizione del*

In particolare, la riforma ha delineato una struttura reticolare del Sistema Sanitario Nazionale, il quale appare composto da un complesso di sistemi regionali di cui gli stessi enti Regione costituiscono il centro strategico.

Questi, infatti, conseguentemente alla devolution attuata attraverso i processi di riforma e l'attuazione del federalismo fiscale, assumono il compito di indirizzare e coordinare, attraverso l'impiego di adeguati meccanismi e strumenti di governance, l'attività delle strutture sanitarie pubbliche e private operanti nel territorio verso il perseguimento, in condizioni di efficacia e di efficienza, del fine sociale, rappresentato dalla tutela della salute degli individui.

Lo Stato, invece, conserva solamente il ruolo di regolatore dei sistemi regionali, attraverso la definizione di principi ispiratori per gli enti locali nella definizione delle loro politiche, diretti a garantire comunque una certa uniformità di trattamento sanitario a livello nazionale.

1.4. Il ruolo della Regione nel governo del sistema sanitario

A seguito della riforma sanitaria e dei successivi interventi legislativi verso il federalismo fiscale, l'ente regionale assume il ruolo di capogruppo del sistema sanitario locale, ossia, di soggetto diretto ad orientare e coordinare, attraverso la definizione di specifici meccanismi e strumenti di governo di tipo aziendale, le scelte, il comportamento ed i risultati delle aziende operanti nel proprio territorio⁴².

sistema sanitario nazionale dalla legge di riforma n° 833 del 1978 al decreto legislativo n° 229 del 1999, op. cit.; DEL VECCHIO M., Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica, op. cit.; TONIOLO F., Sanità e Regioni: dalla riforma bis del 92 al nuovo patto per la salute 2006-2008, Milano, FrancoAngeli, 2009; CLAUDI M.C., L'evoluzione normativa delle aziende sanitarie: il processo di aziendalizzazione, in "Tendenze nuove", n. 2, 2010.

⁴² Nella letteratura economico-aziendale si ha un gruppo "quando più combinazioni economiche di produzione o composte pertinenti a soggetti giuridici diversi sono istituite e rette per un unitario soggetto economico" MASINI C., *Lavoro e risparmio*, Torino, Utet, 1979, pag. 57. Riguardo al concetto di gruppo quale soluzione macro-strutturale, alternativa ad altre forme organizzative per la gestione degli aggregati aziendali, si vedano: ONIDA P., *Economia d'azienda*, Torino, Utet, 1971;

Più specificatamente, alla luce dell'attuale normativa in materia, l'ente regionale è chiamato, innanzitutto, a definire la struttura del gruppo sanitario, sia a livello macro che micro.

A livello macro, attraverso l'individuazione del numero e della dimensione delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere che lo compongono, nonché, attraverso la determinazione dei criteri di finanziamento di queste e delle modalità di erogazione del servizio. A livello micro, invece, attraverso la definizione dell'organizzazione e delle modalità di funzionamento delle aziende sanitarie.

Alla Regione spetta, inoltre, la funzione di indirizzo tecnico, di promozione e di supporto delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere. Tale funzione è prevalentemente esercitata attraverso l'attività di pianificazione, la quale consiste nel definire gli obiettivi di salute, verso il cui perseguimento deve essere orientata l'attività delle singole aziende che vi operano, nonché, le linee politiche che queste devono attuare per il conseguimento degli obiettivi fissati.

L'attività di pianificazione si concretizza nella predisposizione del Piano Sanitario Regionale, il quale, rappresenta, infatti, uno dei fondamentali strumenti di governo strategico adottato dalla capogruppo nell'esercizio della funzione di indirizzo e di coordinamento delle aziende.

All'attività di pianificazione segue l'attività di controllo, diretta a verificare il conseguimento, da parte delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere, degli obiettivi fissati nel piano regionale.

Un adeguato controllo delle aziende sanitarie, oltre che permettere di valutare l'attività gestionale svolta, consente di supportare il direttore generale nella guida delle aziende stesse, nonché, permette alla Regione di predisporre di informazioni fondamentali su cui basare la futura pianificazione strategica⁴³.

AZZINI L., *I gruppi aziendali*, Milano, Giuffrè, 1975; BERETTA S., *Il controllo di gruppi aziendali*, Milano, Egea, 1990.

⁴³ Sul ruolo dell'ente regionale all'interno del gruppo sanitario si vedano: BORGONOV E., *Verso il governo regionale della sanità: i rischi di una politica sanitaria senza una strategia organizzativa*, in "Mecosa", n. 2, 1992; ZANGRANDI A., *Quale ruolo per le Regioni?*, in "Mecosan", n. 7, 1993; AA.VV., *Autonomia Regionale e sistema sanitario. Atti del IV Workshop di Economia Sanitaria*,

Dall'intensità con cui l'ente regionale esercita le prerogative di governo assegnate deriva un maggiore o minore grado di autonomia delle aziende sanitarie del gruppo.

Da un lato, infatti, all'azienda sanitaria, l'articolo 3 c. 1 bis del decreto legislativo 229/1999, riconosce l'autonomia imprenditoriale, intesa in letteratura aziendale come libertà per il manager di decidere gli obiettivi strategici ed operativi e le vie per il loro raggiungimento⁴⁴.

Dall'altro lato, però, tale autonomia si sviluppa all'interno dei vincoli organizzativi e degli obiettivi definiti dalla Regione attraverso la legislazione locale.

L'autonomia imprenditoriale delle aziende sanitarie risulta essere, in altre parole, profondamente condizionata dalle modalità attraverso le quali le singole regioni danno contenuto alle linee di indirizzo dettate dalla normativa di riforma del settore.

Per tale tipologia di aziende appare importante, pertanto, distinguere fra agnizione ed esercizio dell'autonomia imprenditoriale. Quest'ultima, infatti, rappresenta lo spazio di discrezionalità riconosciuto dalla Regione alla direzione generale, che può essere poi adeguatamente sfruttato in base ad un atteggiamento proattivo o meno della stessa⁴⁵.

Torino, 4-5 giugno 1999, Milano, Guerini, 1999; LEGA F., LONGO F., *Programmazione e governo dei sistemi sanitari regionali e locali: il ruolo della regione e delle aziende a confronto*, in "Mecosan", n.41, 2002; LONGO F., CARBONE C., COSMI L., *La regione come capogruppo del SSR: modelli e strumenti a confronto in sei regioni*, in ANESSI PESSINA E., CANTÙ E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2003*, Milano, Egea, 2003, pagg. 121-168; PETRETTO A., LORENZINI S., SCICLONE N., *La devoluzione in sanità tra novità costituzionali e organizzative*, in TRABUCCHI M., FALCITELLI N., VANARA F., *Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie. Rapporto Sanità 2003*, op. cit.; ACHARD O., CASTELLO V., PROFILI S., *Il ruolo della dialettica regione-azienda nel governo del sistema sanitario*, in "Rivista Italiana di Ragioneria e di Economia Aziendale", gennaio-febbraio, 2004; BALDUZZI R., *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, Milano, Giuffrè, 2005; FRANCE G., TARONI F., DONATINI F., *The Italian health-care system*, in "Health Economics", n. 14, 2005; TEDISOSI F., GABRIELE S., LONGO F., *Governing decentralization in health care under tough budget constraint: what can we learn from the italian experience?*, op. cit.

⁴⁴ A riguardo si veda FERRARIS FRANCESCHI R., CAVALIERI E. (a cura di), *Economia Aziendale*, Torino, Giappichelli, 2000.

⁴⁵ "Il grado di autonomia (e di aziendalizzazione) lasciato alle organizzazioni sanitarie dipende infatti fortemente non solo dagli assetti istituzionali e dalle norme di regolamentazione delineati a livello regionale, ma anche dall'orientamento decisionale del vertice strategico. Quest'ultimo, infatti, dà contenuto all'autonomia manageriale e può esprimere comportamenti proattivi nell'ambito degli spazi

Pur senza disconoscere l'importanza delle leve strategiche poste a disposizione del management aziendale, a seguito dell'autonomia decisionale riconosciuta, appare, tuttavia, opportuno evidenziare il ruolo predominante dell'ente Regione nel governo dell'assistenza sanitaria.

Il direttore generale, in qualità di manager dell'azienda sanitaria, dovrebbe puntare a realizzare, attraverso un'adeguata pianificazione strategica⁴⁶, nell'ambito dello spazio decisionale riconosciuto e delle proprie abilità manageriali, le condizioni di *ordine combinatorio* (combinazione funzionale dei fattori al raggiungimento dell'equilibrio economico aziendale), di *ordine di composizione* (esistenza di adeguate relazioni fra forze interne all'impresa e forze esterne a questa) e di *ordine sistematico* (presenza di un coordinato sistema di decisioni e di azioni), individuati dalla letteratura aziendale come le condizioni oggettive dalle quali discende l'equilibrio economico durevole ed evolutivo e, quindi, la sopravvivenza nel tempo del sistema aziendale e la sua capacità di perseguire nel tempo il fine istituzionale assegnato⁴⁷.

e dei margini di autonomia conferiti”, ACHARD P.O., CASTELLIO V., PROFILI S., *Il ruolo della dialettica regione-azienda nel governo del sistema sanitario*, op. cit., pag. 87. Sull'autonomia delle aziende sanitarie si veda inoltre: FONTANA F., LORENZONI G., *L'architettura strategica delle Aziende Ospedaliere: un'analisi empirica*, Milano, FrancoAngeli, 2000; BRIZIOLI E., *Programmazione e gestione l'azienda sanitaria nell'era della devolution*, in TRABUCCHI M., FALCITELLI N., VANARA F., *Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie. Rapporto sanità 2003*, op. cit.; RUSCITTI G.C., *Aziende Sanitarie e Regione*, in TRABUCCHI M., FALCITELLI N., VANARA F., *Complessità del governo aziendale per la promozione della salute. Rapporto sanità 2009*, Bologna, Il Mulino, 2009; MONCHIERO G., *il governo delle aziende sanitarie tra risposte al bisogno, problematiche organizzative e vincoli economici*, in TRABUCCHI M., FALCITELLI N., VANARA F., *Complessità del governo aziendale per la promozione della salute. Rapporto sanità 2009*, Bologna, Il Mulino, 2009; ZANGRANDI A., *Amministrazione delle Aziende Sanitarie Pubbliche: aspetti di gestione, organizzazione e misurazioni economiche*, op. cit.

⁴⁶ Sulla pianificazione delle Aziende Sanitarie si rinvia a CUCCURULLO C., *Gli approcci strategici nelle aziende sanitarie pubbliche: un'analisi preliminare*, in ANESSI PESSINA E., CANTÙ E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2006*, Milano, Egea, 2006; CUCCURULLO C., *Il management strategico nelle aziende sanitarie pubbliche: metodi e strumenti di gestione strategica*, Milano, McGraw-Hill, 2003; VAGNONI E., *La direzione delle aziende sanitarie: criticità di contesto, economicità e tutela della salute*, Milano, FrancoAngeli, 2005; MELE R., TRIASSI M., *Management e gestione delle Aziende Sanitarie*, op. cit.; MACINATI M.S., *Le aziende sanitarie pubbliche: la ricerca dell'economicità tra vincoli e margini di azione*, Milano, FrancoAngeli, 2007; DEL VECCHIO M., *Strategia e pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche*, in “*Mecosan*”, n. 14, 1998.

⁴⁷ GIANNESI E., *Le aziende di produzione originaria*, op. cit.

È all'ente regione, tuttavia, che spetta il compito di definire, attraverso la propria attività legislativa e di indirizzo, una struttura organizzativa del sistema, dei meccanismi e degli strumenti di governo che inducano i manager delle singole aziende sanitarie operanti nel gruppo a indirizzare l'attività gestionale verso il perseguimento della finalità sociale di soddisfacimento del bisogno di salute in condizioni di economicità.

La definizione di un'ideale struttura organizzativa e l'adozione di adeguati principi e meccanismi di governance da parte della capogruppo, in altre parole, dovrebbe già creare i presupposti per una gestione efficace ed efficiente del servizio sanitario, sia a livello di singola azienda sia a livello di sistema regionale.

1.5. Il meccanismo di finanziamento del servizio sanitario tra federalismo e concorrenza amministrata

Attraverso la riforma si è modificato radicalmente il sistema di finanziamento dell'assistenza sanitaria, realizzando un progressivo decentramento, dallo Stato alle Regioni, delle responsabilità e delle leve di controllo sull'entità della spesa e sul reperimento delle risorse finanziarie; nonché, modificando integralmente i meccanismi di finanziamento delle aziende sanitarie locali e delle Aziende Ospedaliere.

L'attuazione del programma di decentramento, iniziata con il d.lgs. 502/92, si è progressivamente sviluppata sulla base di una serie di provvedimenti attuativi, integrativi e modificativi del suddetto decreto, adottati sia a livello nazionale che regionale.

Tale percorso ha portato al d.lgs. n.56/2000, introduttivo del cosiddetto *federalismo fiscale*, che mira a sganciare completamente la spesa sanitaria dal bilancio dello Stato per farla divenire competenza esclusiva dell'ente regionale.

Il nuovo disposto normativo, in particolare, tra le altre novità, prevede la soppressione, a decorrere dall'anno 2001, dei trasferimenti statali alle Regioni, comprendendo, quindi, le risorse derivanti dalla ripartizione del Fondo Sanitario Nazio-

nale. Tali risorse sono sostituite con una compartecipazione delle regioni al gettito dell'IVA e ad un aumento dell'aliquota dell'addizionale regionale IRPEF.

La legge n. 56/2000 prevede, tuttavia, la creazione di un Fondo Perequativo Nazionale, destinato a realizzare gli obiettivi di solidarietà interregionale, finanziato dalle stesse Regioni⁴⁸.

Con il nuovo sistema di finanziamento, quindi, si è resa automatica la distribuzione, tra il centro e la periferia, delle risorse. L'entità di queste, destinate alla sanità, infatti, non è più stabilita annualmente attraverso la determinazione del FSN ma deriva dalla quota di compartecipazione al gettito IVA, dall'addizionale IRPEF e da altre imposte locali⁴⁹.

Un ulteriore passo avanti verso la responsabilizzazione delle Regioni si è fatto, infine, recentemente con l'introduzione del decreto legislativo n. 68/2011 (*Autonomia di entrata di regioni a statuto ordinario e province nonché determinazione di costi e fabbisogni standard nel settore sanitario*), in attuazione della legge delega n. 42/2009.

Con tale provvedimento si dispone la completa soppressione a decorrere dal 2013 dei trasferimenti statali, con caratteristiche di generalità e permanenza. L'IRAP, l'addizionale IRPEF e la compartecipazione all'IVA permangono, quindi, le fonti principali di finanziamento delle funzioni regionali, tra cui l'erogazione delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza⁵⁰.

⁴⁸ Il Fondo Perequativo è alimentato dagli enti regionali attraverso il trasferimento di una quota della compartecipazione all'IVA e di una quota dell'Addizionale Regionale IRPEF e viene successivamente ripartito fra gli stessi enti in funzione alla capacità fiscale di questi, al fabbisogno sanitario e alle dimensioni geografiche. Si veda, a riguardo, l'art. 7 del d.lgs. n. 56/2000. Con la modifica del titolo V della Costituzione, avvenuta attraverso la Legge n. 3/2001, si è però successivamente lasciato, come unico parametro di perequazione, la capacità fiscale delle regioni.

⁴⁹ Si mette in evidenza tuttavia come, nonostante l'avvio del federalismo fiscale, lo Stato di fatto abbia continuato a trasferire delle proprie risorse finanziarie alle Regioni, non attuando quindi la scelta di eliminare il FSN, il quale ha continuato a sussistere quale importante forma di finanziamento della spesa sanitaria regionale.

⁵⁰ Per una visione approfondita dello sviluppo del federalismo fiscale si vedano: COLLICELLI C., DI FRANZIA C., *Regionalismo e sanità*, in "Tendenze Nuove", n. 1, 2001; FRANCE G., *Devoluzione politica e standard sanitari nazionali*, in FALCITELLI N., TRABUCCHI M., VANARA F., *Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie*. Rapporto

L'altra modifica apportata al sistema di finanziamento attraverso la riforma sanitaria, riguarda l'introduzione del meccanismo della concorrenza amministrata o quasi-mercato. Con questo, l'intento principale del legislatore era quello di creare una sorta di competizione tra i fornitori di prestazioni sanitarie, con il fine di incentivare gli stessi al perseguimento di migliori performance, sia in termini di qualità delle prestazioni, sia in termini economici di contenimento dei costi produttivi.

La competizione tra le strutture sanitarie è stata realizzata attraverso il riconoscimento al cittadino utente della possibilità di scegliere liberamente la struttura sanitaria cui soddisfare il proprio bisogno di salute e l'istituzione di un sistema di finanziamento a prestazione delle unità erogatrici.

Più dettagliatamente, nel modello di erogazione delineato dal d.lgs. n. 502/1992, così come modificato dal d.lgs. n. 229/1999, si assegna all'Azienda Sanitaria Locale la funzione di garantire, in uno specifico ambito territoriale di sua competenza, i livelli essenziali di assistenza definiti in sede di programmazione nazionale e regionale. Per lo svolgimento di tale compito l'Azienda USL riceve dalla Regione le risorse finanziarie necessarie, determinate in relazione al numero degli assistiti e al bisogno di salute stimato. Gli stessi assistiti, tuttavia, possono decidere di soddisfare il loro bisogno di salute presso altre Aziende Sanitarie Locali oppure presso le Aziende Ospedaliere o, ancora, presso altre strutture pubbliche e private accreditate.

In tale circostanza, l'Azienda Sanitaria Locale competente dovrà corrispondere alla struttura erogatrice una tariffa, ossia un prezzo, per la prestazione fornita al proprio assistito. Sulla base del modello descritto, le risorse finanziarie assegnate

Sanità 2003; LUCARELLI S., *Il finanziamento del sistema sanitario in Italia: dal disavanzo strutturale all'instabilità istituzionale*, in JOMMI C., *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, Egea, 2004; ZANARDI A., *Finanziamento e perequazione delle regioni e degli enti locali: problemi aperti*, Convegno, Milano, 2008; LEVAGGI R., MONTEFIORI M., *Federalismo fiscale, efficienza, appropriatezza e perequazione*, in "Tendenze Nuove", n. 5, 2009; CARUSO E., DIRINDIN N., *Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011*, Paper for the Espanet Conference "Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa" Milano, 29 Settembre - 1 Ottobre 2011; PAMMOLLI F., SALERNO N.C., *Le Differenze Regionali nella governance della spesa sanitaria. La Sanità alla sfida del Federalismo*, Working Paper n. 2, SaniRegio 2 di CeRM, 2011.

dalla Regione alle Aziende Sanitarie si distribuiscono, quindi, fra le varie unità operanti nel settore in relazione alle scelte effettuate dagli utenti.

In tale contesto, tutte le strutture sanitarie sarebbero incentivate al perseguimento di maggiori livelli di qualità dei servizi offerti, con lo scopo di attrarre l'utenza presso le proprie strutture, nonché, al perseguimento di maggiori livelli di efficienza, al fine di contenere i costi gestionali entro i limiti delle tariffe corrisposte.

Lo stesso disposto normativo introduce, tuttavia, anche delle limitazioni alla concorrenza fra le strutture sanitarie, prevedendo per le unità erogatrici, al fine di poter operare a carico del servizio sanitario, l'obbligo di stipulare degli accordi contrattuali con le Aziende Sanitarie Locali e con le Regioni⁵¹.

La funzione di tali accordi è quella di controllare e limitare gli eventuali comportamenti opportunistici che i soggetti operanti nel sistema, ed in particolare le Aziende Ospedaliere, possono sviluppare a seguito dell'operare in un ambiente competitivo.

Il finanziamento a prestazione potrebbe indurre, infatti, tale tipologia di aziende ad aumentare notevolmente la quantità delle prestazioni erogate, anche a scapito della qualità delle stesse. Ciò, infatti, consentirebbe all'Azienda Ospedaliera di ottenere dei maggiori flussi di finanziamento e di conseguire dei maggiori livelli di efficienza derivanti dalle economie di scala.

Questo comportamento strategico, il quale avrebbe sicuramente un effetto positivo sull'equilibrio economico aziendale, determinerebbe, tuttavia, una forte inefficienza a livello di sistema, con un conseguente aumento della spesa pubblica.

⁵¹ L'articolo 8 *bis* del d.lgs. n. 229/1999 detta quanto segue: "i cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito di soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali". L'accreditamento delle strutture erogatrici, disciplinato, a sua volta, dall'articolo 8 *quater*, rappresenta, insieme all'autorizzazione (art. 8 *ter*) la condizione necessaria per poter erogare prestazioni sanitarie. In particolare, l'autorizzazione è una condizione che permette semplicemente ad una struttura di poter svolgere attività sanitaria. L'accreditamento è, invece, una ulteriore condizione, rispetto all'autorizzazione, che consente alla struttura di operare per conto del Servizio Sanitario Nazionale. Per poter operare a carico di questo, tuttavia, appare necessario, per le organizzazioni interessate, stipulare dei contratti con le Asl e le Regioni. Gli accordi contrattuali tra ASL, Regioni e strutture accreditate sono disciplinati, a loro volta, dall'articolo 8 *quinquies* del d.lgs. n.229/1999, mentre l'art. 8 *sexies* dello stesso decreto tratta l'aspetto remunerativo di tali strutture.

Lo strumento del contratto, quindi, dovrebbe permettere di ridurre il conflitto di interessi tra le diverse organizzazioni sanitarie, scaturente dall'introduzione del quasi mercato, e di indirizzare le stesse verso il perseguimento di obiettivi sociali comuni. In altre parole, la stipula degli accordi contrattuali dovrebbe permettere di orientare l'attività delle singole aziende sanitarie non solo verso il conseguimento di specifici obiettivi di economicità ma verso il perseguimento di un equilibrio generale del sistema⁵².

Alla luce di quanto è stato appena esposto, alla Regione spetta il compito di definire l'entità delle risorse finanziarie da destinare all'assistenza sanitaria (FSR), nonché, decidere su come assegnare tali risorse alle aziende sanitarie operanti nel gruppo, in base al bisogno di assistenza (quota capitaria) e ai livelli di produzione (sistema tariffario).

Con tali politiche, la Regione va inevitabilmente a interferire sull'equilibrio economico delle singole aziende sanitarie, e di conseguenza dell'intero sistema. La quota capitaria e le tariffe, infatti, rappresentano, per tali organizzazioni, dei ricavi imposti, che inducono le stesse ad adottare dei comportamenti diretti, da un lato, a contenere i costi gestionali entro i limiti della quota assegnata e delle tariffe regionali, dall'altro a cercare di attirare delle ulteriori risorse finanziarie attraverso l'incremento della produzione remunerata a prestazione, producendo, ognuna con il suo operare, delle conseguenze economico-finanziarie rilevanti anche sul risultato di gruppo⁵³.

⁵² Riguardo al modello di erogazione appena descritto, si precisa come a seguito dell'ampia autonomia decisionale riconosciuta alle Regioni, nella quale si includono le scelte relative ai meccanismi di finanziamento delle aziende sanitarie operanti nel proprio territorio, questo abbia trovato una differente attuazione da parte degli stessi enti regionali, conducendo così alla realizzazione di sistemi organizzativi anche molto diversi tra di loro.

⁵³ Relativamente al sistema di finanziamento quale meccanismo di governo della Regione, Mario Del Vecchio scrive: "...i meccanismi di finanziamento, intesi come le regole che determinano l'andamento delle componenti positive e negative di reddito delle aziende sanitarie pubbliche sono in realtà più un insieme, variamente combinato, di regole, comportamenti e processi decisionali che un meccanismo in senso stretto. Nel concreto si osserva, infatti, come:

- a un livello sovraordinato rispetto a quello delle aziende sanitarie vengono definiti criteri la cui applicazione comporta un'allocazione ex ante delle risorse;

In tale contesto appare, pertanto, importante considerare il rapporto tra le risorse che vengono assegnate dall'ente regione alle ASL attraverso la ripartizione del FSR e l'effettiva entità di spesa che queste dovranno sostenere, nonché, la relazione tra la remunerazione (ossia le tariffe) delle prestazioni ed i costi sostenuti dall'azienda sanitaria per l'erogazione del servizio.

Fatto presente che l'attività delle aziende sanitarie è condizionata da un complesso di fattori rientranti nella sfera decisionale della Regione e da fattori ambientali, i quali vanno in qualche modo a limitarne l'autonomia gestionale, nell'ambito delle considerazioni appena fatte, circa lo specifico meccanismo di finanziamento, si potrebbe sostenere che, tanto più le scelte regionali hanno condotto ad una coerenza tra la quota capitaria (assegnata dalla Regione alle ASL per ogni singolo assistito in funzione degli obiettivi di salute attribuiti), le tariffe (definite per le singole prestazioni) e i costi (sostenuti dalle aziende per l'erogazione del servizio), tanto maggiore dovrebbe essere l'aspettativa di un equilibrio economico, sia a livello di singola azienda che di sistema.

-
- le aziende assumono decisioni e intraprendono corsi di azione sulla base di vari elementi e tra questi un ruolo rilevante è svolto da decisioni e comportamenti in genere dell'ente sovraordinato; sotto questo profilo quello finanziario è solo uno dei piani sui quali si esprime il ruolo regionale;
 - decisioni e corsi di azione generano conseguenze sul piano finanziario che non sempre sono in linea con le previsioni e i vincoli posti alle aziende;
 - tali conseguenze generano a loro volta nuove decisioni circa l'allocazione delle risorse finanziarie da parte dell'ente sovraordinato, il quale non può non assumersi, in logica ex post, il rischio economico dell'attività svolta e dei risultati prodotti da aziende poste interamente sotto il proprio controllo”.

DEL VECCHIO M., *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche: un'interpretazione*, in JOMMI C., *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, Egea, 2004.

1.6. L'economicità nelle aziende sanitarie e l'equilibrio del gruppo regionale

Con la riforma del sistema sanitario nazionale, alle organizzazioni sanitarie pubbliche, è stata riconosciuta la natura di azienda⁵⁴.

A queste, pertanto, alla luce dell'attuale impostazione dottrinale⁵⁵ si attribuisce come unica finalità il perseguimento dell'economicità, considerata la condizione necessaria per garantire la sopravvivenza nel tempo del sistema aziendale.

L'economicità, rappresenta la capacità del sistema d'azienda di perdurare nel tempo massimizzando l'utilità delle risorse impiegate e dipende, congiuntamente, dal conseguimento di performance di efficienza e di efficacia gestionale, nonché, dal rispetto di condizioni di equilibrio economico, patrimoniale e monetario-finanziario⁵⁶.

L'efficienza misura l'attitudine dell'impresa a determinare convenientemente e realizzare efficientemente sul piano economico le combinazioni operative, implicanti l'uso delle risorse richieste dalla perseguita produzione di beni o servizi. In particolare, l'azienda opera in condizioni di efficienza quando a parità di risorse impiegate aumenta la quantità e la qualità della produzione, nonché, quando a parità di livello quali e quantitativo dell'output, l'azienda impiega minori risorse per il processo produttivo.

L'efficacia, invece, esprime la capacità della gestione aziendale di conseguire gli obiettivi programmati (efficacia interna) e di soddisfare i bisogni sia in termini quantitativi che qualitativi per i quali è stata creata ed organizzata (efficacia esterna).

Un miglioramento dell'efficacia, e quindi della capacità aziendale di perseguire gli obiettivi preposti, a parità di risorse impiegate, indica una maggiore efficienza

⁵⁴ Art. 3 d.lgs. n. 229/1999.

⁵⁵ In merito si vedano: GIANNESI E., *Le aziende di produzione originaria*, op. cit., BERTINI U., *Il sistema d'azienda. Schema di analisi*, Pisa, Torino, Giappichelli, 1990; ONIDA P., *Economia d'azienda*, op. cit.; MASINI C., *Lavoro e risparmio*, Torino, op. cit.; FERRERO G., *Istituzioni di economia d'azienda*, Milano, Giuffrè, 1968; AMADUZZI A., *L'azienda nel suo sistema e nell'ordine delle sue rilevazioni*, Torino, Utet, 1969.

⁵⁶ SOSTERO U., *L'equilibrio economico delle aziende*, in "Rivista Italiana di Ragioneria e di Economia Aziendale", luglio-agosto, 2002.

dell'azienda. Quest'ultima si rinviene, anche, con l'impiego di minori quantità di risorse, realizzando un uguale soddisfacimento dei bisogni.

Pertanto, una reale capacità dell'azienda di utilizzare in maniera razionale le proprie risorse, si desume non solo controllando gli indici di efficienza, ma controllando anche le misure di efficacia, le quali, si precisa, sono comunque spesso legate a parametri strutturali e fattoriali simili a quelli dell'efficienza stessa, capaci di esprimere solo una potenziale capacità dell'azienda di soddisfare i bisogni.

Per quanto riguarda, infine, le condizioni di equilibrio economico, patrimoniale e monetario-finanziario, queste esprimono rispettivamente, il risultato del rapporto favorevole fra i costi (sostenuti dall'impresa per dotarsi delle risorse patrimoniali e umane necessarie allo svolgimento della gestione) e i ricavi (conseguiti dalla vendita dei prodotti e dei servizi realizzati); la solidità patrimoniale dell'azienda; il bilanciamento fra fonti e fabbisogni finanziari dell'impresa e la capacità della stessa di far fronte ai pagamenti cui è tenuta con i mezzi monetari di cui dispone.

Le condizioni di equilibrio appena descritte si presentano strettamente correlate fra di loro, tuttavia fra le stesse non vi è una completa interdipendenza. Il raggiungimento di un equilibrio non implica, infatti, che vengano raggiunti anche gli altri. Il medesimo tipo di relazione intercorre fra le stesse condizioni di equilibrio e le performance di efficacia ed efficienza⁵⁷.

Il concetto di economicità, definito in generale per tutte le realtà aziendali, va tuttavia riadattato a quelle che sono le peculiarità delle aziende pubbliche e, nel caso specifico, delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere.

Tra gli aspetti che caratterizzano tale tipologia di azienda si annovera, innanzitutto, la presenza di un potere politico sovraordinato, rappresentato dall'ente regionale, il quale, come si è già avuto modo di evidenziare in precedenza, definisce la

⁵⁷ Cfr. AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V., *Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino, 1994; MARCHI L., *Introduzione all'Economia Aziendale*, Torino, Giappichelli, 2000; PAVAN A., *L'amministrazione economica delle aziende*, Milano, Giuffrè, 2001; SARCONI S., *L'azienda. Caratteri d'Istituto-Soggetti-Economicità*, Milano, Giuffrè, 1997.

struttura organizzativa del sistema e l'obiettivo sociale da perseguire, con rilevanti conseguenze sull'economicità delle singole realtà aziendali.

Un'altra peculiarità delle aziende sanitarie riguarda l'assenza dello scambio durante la cessione nel mercato. Le prestazioni erogate dalle aziende sanitarie, infatti, sono prevalentemente finanziate attraverso trasferimenti diretti da parte della Regione o attraverso la corresponsione di tariffe, definite dalla stessa e, non dal pagamento di un corrispettivo diretto da parte del cittadino che usufruisce del servizio.

Di particolare importanza appare, infine, l'oggettiva difficoltà a valutare in termini economici i servizi erogati e i risultati ottenuti. Tale difficoltà è attribuibile al carattere generale della finalità istituzionale, rappresentata dal soddisfacimento del bisogno di salute della comunità⁵⁸.

Alla luce delle peculiarità appena esposte, per le aziende in oggetto, al fine di operare in condizioni di economicità, appare rilevante conseguire adeguati livelli di efficacia e di efficienza gestionale, ossia di riuscire a soddisfare il bisogno di salute della comunità attraverso un impiego ottimale e senza sprechi delle risorse.

Considerato infatti che, sia gli obiettivi da perseguire, sia l'entità delle risorse finanziarie per il perseguimento di questi, rientrano nella sfera decisionale regionale e statale, si può affermare che il conseguimento di adeguati livelli di efficacia e di efficienza gestionale consente maggiormente alle aziende sanitarie di raggiungere gli obiettivi di salute fissati dalla Regione, nel rispetto del vincolo di pareggio di bilancio, ossia, entro i limiti delle risorse finanziarie assegnate⁵⁹.

Come si è già osservato, le aziende sanitarie fanno parte di un sistema guidato dalla Regione, dalla quale subiscono una serie di limitazioni decisionali. Appare importante, pertanto, considerare non solo il risultato delle singole aziende ma le performance dell'aggregato in toto. In altre parole si ritiene che, per poter valutare l'efficacia organizzativa e gestionale dei servizi sanitari erogati, bisogna esaminare

⁵⁸ BORGONOV E., *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, op. cit.; DEL VECCHIO M., *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche*, op. cit.

⁵⁹ Cfr. SFORZA V., *L'economia delle aziende sanitarie pubbliche*, op. cit.

sia le prestazioni realizzate a livello aziendale, sia l'economicità a livello del sistema quale risultato dell'attività svolta dalle singole unità del gruppo.

A riguardo, appare importante considerare il grado di soddisfacimento del bisogno di salute dei cittadini, sia in termini qualitativi che quantitativi, e il conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario regionale, espresso dalla capacità del sistema sanitario di operare nei limiti delle risorse disponibili per l'erogazione dei LEA e di contenere il ricorso ad ulteriori finanziamenti istituzionali (riparto nazionale ed eventuali risorse aggiuntive regionali) e alla compartecipazione alla spesa dei cittadini⁶⁰.

L'economicità delineata nel presente paragrafo, sia a livello aziendale che di sistema, discende sicuramente dall'attività gestionale svolta dalle singole organizzazioni e, conseguentemente, dalle decisioni del direttore generale. A seguito del fenomeno della regionalizzazione, che ha posto in mano alle Regioni importanti leve strategiche, l'economicità aziendale e di gruppo non può che essere osservata anche alla luce delle linee politiche definite da queste.

Nell'ambito del presente lavoro hanno rilevanza le decisioni regionali afferenti il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere.

Di particolare importanza appaiono le decisioni relative all'entità delle risorse finanziarie che l'ente Regione destina all'erogazione del servizio sanitario e la definizione dei tariffari.

Il sistema di finanziamento costituisce un importante strumento di governance per la Regione, attraverso il quale può condizionare in modo rilevante il comportamento delle singole organizzazioni sanitarie, con significative conseguenze sia sull'economicità di queste, singolarmente considerate, sia sull'economicità del gruppo.

⁶⁰ ANESSI PESSINA E., SICILIA M., *L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali e delle loro aziende*, in CANTÙ E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2009*, Milano, Egea, 2009.

CAPITOLO II

IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO

SOMMARIO: 2.1. L'allocazione delle risorse finanziarie tra le ASL: differenze regionali nella determinazione della quota capitaria. – 2.2. I differenti modelli di competizione attuati nelle Regioni. – 2.3. I Diagnosis Related Groups. – 2.4. Il sistema tariffario. – 2.5 Il fenomeno della mobilità.

2.1. L'allocazione delle risorse finanziarie tra le ASL: differenze regionali nella determinazione della quota capitaria

Come osservato nel precedente capitolo, alle Regioni spetta il compito di allocare le risorse finanziarie, destinate all'assistenza sanitaria (FSR), fra le aziende operanti nel gruppo.

In particolare, il d.lgs. n. 229/1999 prevede che le Aziende Sanitarie Locali debbano essere finanziate dall'ente Regione attraverso il meccanismo della quota capitaria⁶¹, in relazione alle caratteristiche della popolazione residente, sulla base di parametri coerenti con quelli fissati dalla legge 662/1996, riguardante il trasferimento delle risorse dal Fondo Sanitario Nazionale alle Regioni. Dopo l'abolizione del FSN avvenuta per opera del d.lgs. n. 56/2000, a cui ha fatto seguito l'evoluzione del progetto federale, agli enti territoriali è stata assegnata completa responsabilità nel determinare le regole di riparto del Fondo Sanitario Regionale tra le Aziende Sanitarie Locali.

Tale processo di “*devolution*” regionale ha dato origine al problema di determinare le formule allocative, sulla base dei parametri prescelti per la pesatura della popolazione residente nel territorio di competenza delle diverse ASL, che possano

⁶¹ Art. 2 comma 2 *sexies* del d.lgs. n. 229/1999.

essere rappresentative del potenziale utilizzo delle risorse nelle diverse aree territoriali.

Alla base delle scelte del legislatore è posto il principio di equità, quale presupposto indispensabile per garantire l'efficienza e il funzionamento del SSN, poiché nell'ambito di un territorio nazionale, così come tra le diverse Asl di una regione, l'allocazione delle risorse economiche deve tendere a garantire a tutti i cittadini l'uguale possibilità di accedere ai servizi e di beneficiare delle risorse che il settore pubblico dedica alla sanità.

Anche gli aziendalisti tradizionalmente hanno considerato l'efficienza e l'equità come i criteri cui fare riferimento per la ripartizione delle risorse in sanità e, tra i diversi modelli di finanziamento, hanno indicato il meccanismo della quota capitaria ponderata come l'unico in grado di consentire il raggiungimento di entrambi gli obiettivi⁶².

Pertanto, anche le ricerche sul settore hanno dedicato la loro attenzione prevalentemente a cercare di trovare soluzione alle problematiche tecniche e procedurali connesse alla scelta delle formule di riparto del Fondo Sanitario Regionale tra le ASL, adottando a tal fine diversi meccanismi di pesatura della quota capitaria.

I pesi utilizzati per la determinazione della quota sono rappresentati da una serie di macro variabili che determinano la variabilità del consumo di risorse sanitarie per differenti livelli di assistenza. Tra tali fattori condizionanti si annoverano le caratteristiche demografiche della popolazione, le caratteristiche sociali e gli stili di vita, lo stato di salute; nonché, lo stato dell'offerta dei servizi, sia in termini quantitativi che qualitativi, e la variabilità dei comportamenti professionali. Mentre i primi tre fattori sono connessi a elementi (oggettivi) esterni al sistema sanitario, che in-

⁶² “Le assegnazioni su base capitaria possono avvenire in forma semplice oppure ponderando la popolazione in relazione ad indicatori del relativo livello di bisogno e quindi di domanda potenziale di assistenza. In generale, la presenza e la complessità dei sistemi di ponderazione riflette l'attenzione della Regione per il livello di equità sostanziale nel modello dichiarato, quindi, la misura in cui tale modello riconosce una delle dimensioni dei criteri di finanziamento introdotti dalla riforma del Ssn, cioè il finanziamento basato sul livello di bisogno”, CANTÙ E., JOMMI C., *I sistemi di finanziamento delle aziende sanitarie in cinque Regioni italiane*, in FALCITELLI N., TRABUCCHI M., VANARA F., *Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie. Rapporto Sanità 2003*, Bologna, Il Mulino, 2003.

fluenzano il bisogno di assistenza, gli ultimi due (soggettivi) sono legati a peculiarità organizzative e prassi professionali proprie del sistema sanitario in una data realtà territoriale.

Pertanto, mentre i primi tre fattori possono essere presi in considerazione per l'aggiustamento della quota capitaria, gli ultimi due tendono a dare luogo a una variabilità che potrebbe condurre a risultati distorti. Un diverso stato dell'offerta sia in termini quantitativi che qualitativi, causato da una diversa conduzione manageriale di una determinata organizzazione sanitaria, infatti, può essere causa di un differente utilizzo di risorse, determinato da diversi livelli di efficienza ed efficacia raggiunti dal sistema organizzativo.

È pacifico che per ogni sistema sanitario regionale sia fondamentale disporre di una formula allocativa valida, ma la validità di questa è a sua volta condizionata dalla bontà dei singoli indicatori utilizzati per la pesatura della popolazione in relazione alle tre diverse componenti sopra evidenziate (stato di salute, struttura demografica, fattori socio-economici); dalla coerenza interna tra gli indicatori utilizzati nella definizione di una formula allocativa unitaria ed efficace nella spiegazione della variabilità; dalla disponibilità di dati qualitativamente e quantitativamente idonei al calcolo di opportuni indicatori.

L'adeguatezza della formula allocativa al perseguimento dell'obiettivo di efficienza ed equità del Sistema Sanitario è condizionata, oltre che dalle caratteristiche tecniche che la contraddistinguono, anche dai modi con cui essa viene utilizzata (tempi, modi, procedure), quindi inevitabilmente anche dalla certezza dell'azione politica e dalla coerenza del programma di politica sanitaria nazionale o regionale⁶³.

L'adozione di diverse formule di riparto porta le Regioni a differenziarsi, non solo negli aspetti economici e procedurali, ma anche in quelli di natura politica e sociale, poiché, si ripercuote necessariamente sui modelli di solidarietà sociale che si

⁶³ In merito si veda: RICCIARDI G., CICCHETTI A., DAMIANI G., *Allocazione delle risorse e modelli di solidarietà sociale in un'epoca di devolution: l'effetto delle formule allocative per la pesatura della quota capitaria nelle regioni*, Convegno nazionale "La definizione dei fabbisogni sanitari attraverso la quota capitaria ponderata: criteri e proposte", Roma, 15 maggio 2003.

andranno a realizzare in ciascuna di esse. Il “principio di equità”, il “modello di giustizia sociale”, infatti, non risulterebbe più unico a livello nazionale, ma differenziato nelle diverse realtà regionali a seconda della formula di riparto adottata, con conseguenze non solo sui modelli organizzativi dei sistemi sanitari, ma anche sui modelli di solidarietà sociale delle Regioni italiane che inevitabilmente andranno riducendosi, a favore di un meccanismo di solidarietà infra-regionale che andrà invece sempre più rafforzandosi⁶⁴.

Alcuni studi, aventi ad oggetto il confronto delle differenti modalità di pesatura della quota capitaria e la valutazione delle conseguenze che queste scelte hanno sui modelli di solidarietà sociale e i principi di equità che si vengono di conseguenza a formare, hanno reso possibile classificare le Regioni, sulla base dei criteri adottati per il riparto del FSR, in tre gruppi più o meno omogenei⁶⁵.

Un primo gruppo, nel quale sono comprese le regioni del Lazio, del Molise, della Sicilia e della Sardegna, ha continuato a utilizzare i criteri nazionali ex l. n. 662/1996, poiché non hanno ancora elaborato un loro preciso modello allocativo e si affida al modello nazionale, caratterizzato per la presenza di criteri di ponderazione che si fondano sulla distribuzione per età della popolazione, sui consumi sanitari per classe di età e sul tasso standardizzato di mortalità.

Un secondo gruppo, di cui fa parte la Lombardia, la Liguria, il Veneto, l’Emilia Romagna, l’Umbria, la Puglia, le Marche, il Friuli Venezia Giulia, corregge, invece, i criteri nazionali, adattando la scelta degli indicatori, senza apportare tuttavia alcuna modifica al modello di solidarietà derivante dall’adozione dei criteri nazionali.

Il terzo gruppo, composto dalle Regioni Toscana, Piemonte, Campania e Abruzzo, infine, ha profondamente modificato il mix di criteri utilizzati per la pesatura della quota capitaria, aprendo così le porte alla modifica del modello di solida-

⁶⁴ CICCHETTI A., BRAGA M., RIENZI C., *Il fondo sanitario nazionale e le altre fonti di finanziamento*, in MASTROBUONO I. et al., *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie in Italia*, Roma, Il pensiero scientifico editore, 1999.

⁶⁵ Cfr. SPANDONARO F., FIORAVANTI L., *L’efficienza dei sistemi sanitari regionali. Le politiche regionali di allocazione delle risorse finanziarie per la sanità*, in DONIO S.A., MENEGUZZO M., MENNINI F.S., SPANDONARO F., *Il governo del sistema sanitario. Complessità e prospettive di nuovi assetti istituzionali*. Rapporto CEIS-SANITÀ, 2006.

rietà sociale “nazionale”. Più precisamente, la Regione Campania, per alcuni livelli non considera rilevante lo stato di salute iniziale della popolazione ma ridistribuisce diritti e servizi verso i cittadini economicamente più bisognosi anche se non necessariamente più “capaci di beneficiare”. La Regione Abruzzo, invece, ripartisce il Fondo Sanitario Regionale in base alla disponibilità dell’offerta e alla distribuzione della popolazione nei diversi territori. Infine, la Regione Toscana e la Regione Piemonte, hanno introdotto modalità alternative tali da far apparire un tentativo di sovvertire la tradizionale funzione dei criteri di riparto per quota capitaria dei Fondi Sanitari Regionali.

Si osserva, dunque, un processo di evoluzione che condurrà gli enti territoriali a sperimentare principi di equità distributiva e funzioni differenti per i medesimi strumenti previsti dalla legislazione nazionale.

Dallo studio è emerso che tutte le regioni più o meno esplicitamente, individuano nell’equità distributiva l’obiettivo dell’adozione di un determinato modello di riparto, evidentemente in relazione alla propria idea di “giustizia distributiva”.

In altre parole, pur in presenza delle indicazioni tecniche fornite dai criteri di riparto previsti per il fondo nazionale, da destinare ai Servizi Sanitari Regionali, e degli obblighi previsti dal d.lgs. n. 229/99 all’art. 8 *sexies*, le Regioni sono completamente libere di variare le proprie regole di allocazione in relazione alle proprie specifiche esigenze. In questo modo ognuna tende a definire criteri di riparto delle risorse che realizzano diversi modelli di redistribuzione con la conseguenza che, ciascun ente costruisce un proprio modello di solidarietà interna.

2.2. I differenti modelli di competizione attuati nelle Regioni

La seconda modalità di allocazione delle risorse del Fondo Sanitario Regionale è legata ai livelli di produzione delle singole Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere. Queste, infatti, in relazione alle prestazioni sanitarie erogate ricevono degli introi-

ti determinati sulla base di un sistema di tariffe (ossia di prezzi politici) definite dalla stessa Regione, rappresentative del valore economico dei servizi erogati.

Come è stato già in precedenza delineato, con lo scopo di recuperare efficienza e qualità, la riforma sanitaria del 1992 ha indirizzato il sistema verso una progressiva pluralità delle possibili sedi di erogazione dei servizi sanitari secondo un modello pro-concorrenziale.

La riforma sanitaria ha introdotto, infatti, elementi di competitività nel sistema pubblico sia al proprio interno, che tra pubblico e privato. In particolare, il legislatore italiano ha realizzato il modello della concorrenza amministrata in sanità attraverso l'introduzione del principio della libertà di scelta del cittadino e la liberalizzazione dell'accesso alle strutture pubbliche e private⁶⁶.

L'ampia autonomia decisionale riconosciuta agli enti regionali a fronte della maggiore responsabilità finanziaria, assegnata già con il decreto legislativo n. 502/1992 e progressivamente aumentata a seguito dello sviluppo del federalismo fiscale, ha condotto, anche relativamente alla concorrenza amministrata, alla realizzazione di modelli di competizione, tra le aziende sanitarie pubbliche e tra queste e le aziende private, molto differenti tra loro.

Il quadro nazionale di riferimento, infatti, è stato seguito da diverse interpretazioni date ad esso dalle singole Regioni, le quali hanno realizzato differenti forme di concorrenza amministrata, individuate dalla letteratura economico-aziendale nei tre distinti modelli della “*ASL terza pagatrice*”, “*ASL programmatrice*” e “*ASL sponsor*”⁶⁷.

⁶⁶ “L'obiettivo è quello di incentivare l'azione di meccanismi competitivi rivolti a promuovere l'efficienza nella produzione dei servizi, mantenendo però i principi solidaristici sottostanti il finanziamento e l'accesso ai servizi propri di un sistema pubblico”, UGOLINI C., *Verso una rilettura della concorrenza amministrata?*, in “La Rivista delle Politiche Sociali”, n. 4, 2004.

⁶⁷ REVIGLIO F., *Sanità*, Bologna, Il Mulino, 1999. La letteratura propone anche un'ulteriore classificazione dei meccanismi di quasi mercato introdotti in ambito sanitario che distingue tra le seguenti architetture istituzionali dei sistemi sanitari regionali:

a. modello a centralità aziende USL, in cui, l'Unità Sanitaria Locale, finanziata a quota capitaria, mantiene il possesso diretto della maggior parte delle strutture d'offerta, in particolare degli ospedali, ma è responsabilizzata sul pagamento della mobilità sanitaria in uscita;

Il modello della “*ASL terza pagatrice*” si distingue per il fatto che il consumatore è libero di scegliere tra tutti i fornitori accreditati, sia privati che pubblici, i quali vengono remunerati a tariffa dalle ASL, in funzione alle prestazioni rese.

Le Aziende Sanitarie Locali assumono, in tale modello, il ruolo di terzo pagatore, ossia, di soggetto preposto all’acquisto, attraverso le risorse finanziarie ricevute dalla Regione, di prestazioni sanitarie per i propri assistiti dalle Aziende Ospedaliere e dalle strutture accreditate. In altre parole, le ASL assumono, nel modello descritto, solamente il compito di acquirenti, lasciando l’erogazione delle prestazioni alle altre organizzazioni sanitarie.

Tra gli svantaggi di questo schema vengono sottolineati la limitata possibilità di programmare l’offerta complessiva ed una possibile crescita del settore privato, più flessibile e quindi relativamente facilitati rispetto alle strutture pubbliche.

L’autonomia concessa ai governi regionali, alla quale si è aggiunto un quadro normativo nazionale ambiguo, ha fatto sì che solo poche regioni (di fatto solo la Lombardia) abbiano realmente adottato questo schema.

Al contrario, il modello dell’ “*ASL programmatrice*” ha trovato attuazione nella gran parte delle regioni italiane.

In questo schema, l’Azienda Sanitaria Locale, ricalcando il dettato della normativa nazionale, svolge il duplice ruolo di fornitore e di acquirente. In particolare, le ASL hanno il compito di erogare ai propri assistiti la funzione assistenziale di primo livello attraverso le proprie strutture e di acquistare dalle Aziende Ospedaliere e dalle strutture accreditate prestazioni di secondo livello, ossia, di alta specialità. L’attività delle AO e delle altre strutture pubbliche e private accreditate è quindi

b. modello a centralità regionale, in cui la Regione finanzia tutte le strutture con meccanismi tariffari, definendo volumi finanziari per ogni azienda;

c. modello acquirente-produttore con libertà di scelta, in cui le aziende USL sono finanziate a quota capitaria, ma da esse sono scorporati tutti gli ospedali e le strutture specialistiche. Le USL devono pagare le prestazioni dei produttori esterni cercando di governare e indirizzare la domanda, la quale rimane formalmente libera;

d. modello conservatore o di transizione, in cui le Regioni continuano a pagare a piè di lista senza aver ancora definito il disegno del SSR. LONGO F., *Analisi dello scenario strategico per il governo della domanda. Logiche e strumenti possibili delle aziende USL*, Relazione presentata al IV Workshop di economia sanitaria, Torino, 4-5 giugno 1998.

residuale rispetto all'attività erogatrice delle ASL, le quali sono conseguentemente incentivate all'autosufficienza nell'erogazione dei servizi sanitari, andando così a limitare anche la concorrenza fra le strutture sanitarie stesse.

Tale modello presenta delle problematiche legate alla commistione dei ruoli tra pagatori ed erogatori, nonché si ritiene di scarso incentivo per il perseguimento di maggiori livelli qualitativi delle prestazioni sanitarie.

Il Modello della “*ASL Sponsor*”, adottato originariamente da qualche Regione e successivamente abbandonato, si caratterizza rispetto ai due modelli precedenti, per una forte limitazione della libertà di scelta dei cittadini.

In tale modello, le Aziende Sanitarie Locali, agendo per conto dei propri assistiti, selezionano sul mercato le strutture ospedaliere pubbliche e private che offrono la migliore combinazione prezzo-qualità e con queste concludono dei contratti sulla base di tariffe negoziate. La libertà di scelta dei pazienti si riduce, pertanto, ai soli fornitori preventivamente selezionati.

Accanto ai vantaggi della concorrenza amministrata, connessi principalmente alla maggiore responsabilizzazione degli operatori, allo stimolo verso la programmazione economica e l'uso efficiente delle risorse, sono stati nel tempo evidenziati anche una serie di limiti legati:

- all'asimmetria informativa fra gli acquirenti e i fornitori, che determina da parte dei primi difficoltà a verificare l'operato dei secondi, pregiudicando la possibilità di fissare una tariffa equa e di attuare un controllo valido sulle caratteristiche qualitative del servizio acquistato;
- all'esistenza di condizioni che limitano o impediscono l'esercizio del diritto di scelta del migliore fornitore della prestazione;
- alle manifestazioni di episodi di comportamento opportunistico da parte dei manager aziendali indotti dalle logiche competitive, con possibili conseguenti peggioramenti della qualità dei servizi⁶⁸.

⁶⁸ Sui limiti della teoria del quasi-mercato in sanità si vedano: BELLI P., *La rilevanza della teoria dei diritti di proprietà per lo studio della riforma sanitaria inglese*, in PETRETTO A. (a cura di), *Economia della sanità*, Bologna, Il Mulino, 1997; FIORENTINI G., UGOLINI C., *Accordi contrattuali tra*

La presenza dei limiti suddetti, emersi in diversi contesti regionali in cui è stata introdotta la competitività tra organizzazioni sanitarie, ha spinto progressivamente le autorità ad accostarsi sempre più a meccanismi di mercato “cooperativo”, caratterizzato da una competitività ridotta. In Italia a livello di legislazione nazionale, la prima innovazione come già osservato è stata introdotta, con la “terza riforma” apportata dal d.lgs. n. 229/1999, a cui sono seguite alcune significative iniziative promosse dalle singole politiche regionali.

Abbandonando i meccanismi totalmente gerarchici basati sul *command and control*, ma anche l’enfasi estrema sulla concorrenza in sanità, si sono privilegiati nel tempo dei modelli organizzativi in cui viene mantenuto un forte controllo di programmazione a livello regionale, in cui si cerca di mescolare più o meno sapientemente elementi di cooperazione con elementi di competizione⁶⁹.

In tale quadro, il sistema di finanziamento basato sul meccanismo di remunerazione delle prestazioni, secondo tariffe commisurate al relativo costo di produzione, comporta, quindi, nuove responsabilità di programmazione e nuove forme di controllo.

produttori e finanziatori in un contesto di programmazione sanitaria, Politica Economica, 2, 2000; BARTLETT W., *Quasi-Markets and Contracts: A Market and Hierarchies Prospettive on Nhs Reform*, Studies in Decentralisation and Quasi-Markets n. 3, Bristol, University of Bristol, School of Advanced Urban Studies, 1991; CAMPBELL, D., *The Relational Constitution of Contract and the Limits of Economics*, in “*Contracts, Co-operation, and Competition Studies in Economics, Management, and Law*”, edited by Simon Deakin and Jonathan Michie, OUP, Oxford, 1998; PREKER A.S., HARDING A., TRAVIS P., *Make or Buy Decisions in the Production of Health Care Goods and Services: New Insights from Institutional Economics and Organizational Theory*, in “*Bulletin of the World Health Organization*”, 78, 2000; DAWSON D., *Regulating competition in the NHS*, CHE, York, Discussion Paper 131, 1995.

⁶⁹ Discutendo sull’introduzione dei meccanismi pro-concorrenziali in diversi stati, Antonio Nicita scrive: “L’introduzione di un confronto concorrenziale tra erogatori ha registrato formulazioni e adattamenti alquanto diversi nei vari paesi che lo hanno adottato. Ai due estremi opposti (*programmazione pura e mercato puro*) corrispondono due schemi idealtipici, difficilmente riscontrabili nei diversi sistemi sanitari, sebbene sia possibile, con una certa forzatura, individuare nei tradizionali sistemi europei di *command and control* modelli più vicini all’ideal-tipo della *programmazione pura* e nel sistema sanitario statunitense modelli più vicini a quello del *mercato puro*. Man mano che ci si allontana da questi modelli idealizzati si possono generare *forme ibride* di organizzazione dell’offerta sanitaria caratterizzate da una sintesi originale di meccanismi gerarchici di controllo e di concorrenza tra strutture erogatrici NICITA A. *Concorrenza e sanità: il pendolo delle riforme in Europa*, Simple 13, Università di Siena. 2003. Per una classificazione dei differenti modelli intermedi ai due estremi di concorrenza pura e di mercato puro si veda SALTMAN R., VAN OTTER C., *Implementing Health Care Reform*, Open University Press, 1995.

L'attuazione di un sistema di tariffe incentiva gli erogatori a ridurre i costi di erogazione e a razionalizzare i costi organizzativi, in ragione del fatto che ogni risparmio ottenuto rispetto alla tariffa prefissata rappresenterebbe per l'organizzazione stessa un margine di profitto.

Il sistema del pagamento a prestazione comporta, quindi, che ciascun soggetto erogatore possa beneficiare di possibili vantaggi di costo realizzati rispetto alla tariffa.

Tuttavia, come è stato più volte evidenziato, in tale contesto è possibile rinvenire tra le organizzazioni sanitarie dei comportamenti distorti nella qualificazione delle prestazioni erogate sulla base delle tariffe ad esse associate, con una conseguente riduzione del livello di qualità del servizio e di un incremento complessivo della spesa sanitaria pubblica.

Allo scopo di limitare il suddetto rischio opportunistico, l'introduzione delle tariffe è associata all'applicazione di accordi contrattuali con le Regioni e con le ASL.

Queste, sulla base dei criteri stabiliti nel d.lgs. n. 229/1999⁷⁰ stipulano, con i soggetti erogatori (Aziende Ospedaliere ed altre strutture pubbliche e private accreditate), accordi di fornitura, attraverso i quali si definiscono gli obiettivi di salute da perseguire, il volume massimo delle prestazioni da erogare (con conseguenti tetti massimi di spesa), i requisiti qualitativi del servizio e la remunerazione concordata sulla base dei valori tariffari e della eventuale remunerazione extra-tariffaria per specifiche attività previste nell'accordo⁷¹.

Da quanto è stato appena esposto si conclude, quindi, mettendo nuovamente in evidenza un sistema di finanziamento articolato su due livelli di trasferimento delle

⁷⁰ Si veda l'articolo 8 *quinquies* del decreto legislativo n. 229/1999.

⁷¹ Per un approfondimento del tema: ZANGRANDI A., *I sistemi di contratti in sanità*, in "Mecosan", n. 26, 1998; DEL VECCHIO M., *I contratti tra le aziende USL e le aziende ospedaliere*, in "Mecosan", n. 25, 1997; CLERICO G., *Istituzioni, contratti e qualità dei servizi sanitari*, in SOBBRIO G., *Efficienza ed efficacia nell'offerta dei servizi sanitari*, Milano, FrancoAngeli, 2000; FIORENTINI G., UGOLINI C., *Accordi contrattuali tra produttori e finanziatori in un contesto di programmazione sanitaria*, op. cit.; MANGIA R., *Dalla programmazione geometrica alla contrattualistica responsabile*, in FALCITELLI N., TRABUCCHI M., VANARA F., *Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie. Rapporto Sanità 2003*, Bologna, Il Mulino, 2003.

risorse da parte della Regione alle aziende sanitarie operanti nel territorio. Il primo livello, descritto nel precedente paragrafo, è rappresentato dalla assegnazione su base capitaria corretta, che tiene conto delle caratteristiche demografiche, epidemiologiche e sanitarie delle popolazioni assistite da ciascuna ASL. Obiettivo di tale meccanismo è quello di ripartire equamente le risorse del Fondo Sanitario Regionale fra gli acquirenti collettivi di prestazioni sanitarie permettendo loro di soddisfare, a parità di condizioni, i bisogni delle popolazioni assistite. Il secondo livello si basa, invece, sull'applicazione di un sistema di remunerazione tariffario regionale per episodio clinico, determinato attraverso il cosiddetto sistema dei DRG (*Diagnostic related groups*), il quale consente la distribuzione delle risorse assegnate a ciascuna ASL, attraverso la quota capitaria, fra le organizzazioni sanitarie operanti nel gruppo sanitario o la fuoriuscita di queste dal territorio regionale, in funzione della scelta effettuata dal paziente.

2.3. I Diagnosis Related Groups

Il sistema di pagamento a tariffa per prestazione, usato per le attività sanitarie, sia di tipo ambulatoriale che in regime di ricovero ospedaliero, è determinato sulla base di criteri politici, in relazione ai fini sociali dell'organo politico che governa l'azienda e non secondo principi afferenti le esigenze gestionali e strategiche specifiche della stessa.

Ai sensi del D.M. del 15 aprile 1994, il tariffario viene definito suddividendo la produzione delle aziende ospedaliere in classi omogenee: DRGs (diagnosis related groups). Il sistema DRG (diagnosis related groups), l'equivalente in italiano di ROD (Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi), è un sistema di classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali per acuti elaborato da Fetter dell'Università di Yale, introdotto negli USA nel 1983 come base per la valutazione dell'assorbimento di risorse

nell'attività clinica ospedaliera⁷². In un secondo tempo il sistema è stato utilizzato per il finanziamento prospettico degli ospedali, a sostegno del funzionamento del sistema assistenziale americano MEDICARE, relativo ai pazienti con più di 65 anni di età⁷³. Il sistema si è poi diffuso, con notevoli varianti nella modalità di applicazione, ma conservando la sua struttura di classificazione, a molti paesi del mondo⁷⁴.

Nel modello elaborato da Fetter, l'ospedale è delineato come un'azienda multi-prodotto, che a partire da input, che costituiscono le risorse a disposizione dell'azienda stessa, sviluppa degli output o prodotti intermedi, indirizzati al paziente per ottenere un prodotto finale, rappresentato dalla valutazione e dalla eventuale variazione dello stato di salute del paziente stesso.

Secondo Fetter, la funzione di produzione di un ospedale si basa sull'osservazione che, poiché ciascun paziente riceve, nel corso del ricovero un certo numero di prodotti intermedi che sono specifici della sua condizione, le linee di produzione dell'azienda ospedale dovrebbero in teoria coincidere con il numero di pazienti trattati. Ciò renderebbe di fatto arduo qualsiasi sistema di valutazione economica e tariffazione che non volesse considerare minutamente il costo di ciascun servizio intermedio offerto a ciascun paziente.

⁷² FETTER R.B., FREEMAN J.L., *Diagnosis Related Groups: products line management within hospitals*, in "Accademy of Management Review", n. 1, 1986.

⁷³ In merito si veda: BERENSON R.A., PAWLSON L.G., *The Medicare Prospective Payment System and the care of the frail elderly*, in "J. Am. Geriatric Soc.", n. 8, 1984; VLADECK B.C., *Medicare Hospital Payment by Diagnosis-Related Groups*, in "Annal of Internal Medicine", 1984; KAHN K. L., RUBENSTEIN L.V., DRAPER D., KOSECOFF J., ROGERS W.H., KEELER E.B., BROOK R.H., *The Effects of the DRG-Based Prospective Payment System on Quality of Care for Hospitalized Medicare Patient*, in "The Journal of the American Association", n. 15, October 1990; RUSSEL L.B., *Medicare's new hospital payment system. It is working?*, The Brooking Institute, Washington, 1991; COULAM R.F., GAUMER G.L., *Medicare's prospective payment system: a critical appraisal*, in "Health Care Finacing Review", Annual Supplement, 1991; EDWARDS N., HONEMANN D., BURLEY D., NAVARRO M., *Refinement of the Medicare diagnosis-related groups to incorporate a measure of severity*, in "Health Care Financ Rev", n.16, 1994; BARNUM et. al., *Incentives and provider payment methods*, in "Health Planning Management", n. 10, 1995.

⁷⁴ L'adozione dei sistemi di classificazione dei ricoveri per la definizione del prodotto o, comunque, ai fini di valutazione complessiva degli ospedali è considerata oramai pressoché universale. In merito si veda: NONIS M., LERARIO M., *Valutazione e finanziamento degli ospedali, esperienze internazionali e politiche delle regioni in Italia*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2003.

Pertanto, per costruire un credibile e riproducibile metodo di misura dell'attività ospedaliera, Fetter ha avuto l'intuizione di sviluppare un sistema di classificazione dei pazienti dimessi, raggruppandoli in specifiche categorie in base all'utilizzo di un pacchetto di output intermedi sufficientemente simili tra di loro e deducibili non dalla misura diretta degli stessi output intermedi ricevuti, ma dalle loro caratteristiche cliniche.

Attualmente utilizzato anche in Italia (introdotto dal 1° gennaio 1995), il sistema DRG identifica un numero piuttosto elevato di classi finali di ricovero, definite in modo da risultare significative sotto il profilo clinico ed omogenee dal punto di vista delle risorse assorbite e quindi dei costi di produzione dell'assistenza ospedaliera (iso-risorse)⁷⁵.

Perciò il sistema DRG si può definire un sistema isorisorse in quanto orientato a descrivere la complessità dell'assistenza prestata al paziente, partendo dal principio che malattie simili, trattate in reparti ospedalieri simili, comportano approssimativamente lo stesso consumo di risorse. Tale sistema è stato quindi creato per poter predire la quantità ed il tipo di risorse utilizzate per assistere i pazienti.

I DRG consentono di mettere in relazione tra loro, nell'ambito dell'ospedale visto come struttura produttiva, gli input, cioè le risorse impiegate (uomini, materiali, attrezzature), gli output, cioè i servizi diagnostici, terapeutici ed alberghieri erogati e l'outcome, cioè il risultato conseguito dai pazienti in termini di miglioramento del loro stato di salute e la qualità, cioè la validità tecnico-scientifica dei procedimenti utilizzati.

Nel nostro paese, questo sistema si fonda sulle informazioni riportate nella scheda di dimissione ospedaliera⁷⁶ ed elenca circa 500 (538) tipi di casistiche legate

⁷⁵ Oltre ai DRG sono presenti altri sistemi di misurazione delle prestazioni ospedaliere. Tra questi, in particolare, si ricordano il Patient Management Categories, il quale, come il sistema DRG descritto, effettua una classificazione dei pazienti in funzione delle risorse necessarie per l'assistenza medica, il Disease Staging, che raggruppa, invece, i pazienti in classi omogenee dal punto di vista della gravità delle patologie; il Complex Severity Index, anche questo, sistema isoseverità che raggruppa i pazienti in relazione alla complessità della patologia presentata. Per un approfondimento: TARONI F., *DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1996.

⁷⁶ La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) è lo strumento attraverso il quale si raccolgono, per ogni

al consumo di risorse, alla durata della degenza, e al profilo clinico del paziente. Nella scheda nosologica sono contenute le informazioni di carattere clinico a cui il paziente è stato sottoposto, come la diagnosi principale e secondaria, gli interventi chirurgici, o le procedure diagnostiche e terapeutiche; tutti dati classificati utilizzando un codice internazionale delle malattie e delle cure⁷⁷.

Le 538 classi di casistiche sono articolate in 25 Major Diagnostic Categories (evidenziate nella tabella sottostante). L'associazione della diagnosi principale di dimissione indica la condizione morbosa che nel corso del ricovero ha comportato i maggiori problemi assistenziali e, quindi, ha assorbito la maggiore quantità di risorse, non necessariamente, quindi, coincidente con la maggiore importanza clinica o gravità della patologia trattata.

All'interno di ogni MDC si individua un numero variabile di DRG, elencati progressivamente, prima quelli chirurgici (per ricoveri con interventi chirurgici), poi

paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati, informazioni riguardanti gli aspetti clinici del ricovero (diagnosi e sintomi rilevanti, interventi chirurgici, procedure diagnostico-terapeutiche, impianto di protesi, modalità di dimissione) e gli aspetti organizzativi di questo (unità operativa di ammissione e di dimissione, trasferimenti interni, soggetto che sostiene i costi del ricovero). Le schede di dimissione sono compilate dai medici che hanno avuto in cura il paziente ricoverato e le informazioni raccolte e codificate sono trasmesse alle Regioni e da queste al Ministero della salute. La SDO è stata istituita con il Decreto Ministeriale del 28 dicembre 1991, seguito dal decreto 26 luglio del 1993, che ne ha definito il contenuto. Il D.M. del 26 luglio 1993 è stato a sua volta aggiornato con successivi decreti ministeriali. Allo stato attuale, la compilazione della SDO è regolamentata dal decreto 21 novembre 2005 e dal documento approvato dalla Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo il 9 luglio 2008 (indicazioni per la compilazione e codifica delle informazioni anagrafiche ed amministrative contenute nel tracciato nazionale delle scheda di dimissione ospedaliera).

⁷⁷ La Classificazione internazionale delle malattie (ICD) è un sistema di classificazione nel quale le malattie e i traumatismi sono ordinati per finalità statistiche in gruppi tra loro correlati. Nel 1893, la Conferenza dell'Istituto internazionale di statistica, riunitasi a Chicago, approvò la Classificazione internazionale delle cause di morte, le quali furono adottate, a partire dal 1924, anche in Italia per le statistiche sulla mortalità. Tale classificazione fu in seguito sottoposta a delle periodiche revisioni e nel tempo fu adottata anche per rilevare le cause di morbosità oltre che di mortalità. Nel 1975, a Ginevra, nel corso della 29^a Assemblea della Organizzazione Mondiale della Sanità fu approvata la 9^a revisione della Classificazione (ICD-9). Dal 1979, infine, negli Stati Uniti, un Comitato (in cui sono rappresentate le Associazioni professionali ed accademiche dei medici, le Associazioni degli ospedali, l'Ufficio regionale della Organizzazione Mondiale della Sanità, l'agenzia HCFA) ha sviluppato e provvede ad aggiornare annualmente, la ICD-9-CM (International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification). Cfr. MARTUZZI M., *Metodi e strumenti per studi epidemiologici di mortalità su base geografica in Italia*, in "Rapporti ISTISAN", n. 1, 2005; NONIS M., D'AMBROSIO M.G., LORENZONI L. (editors), *Guida alla ICD-9-CM*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2005. A partire dal 1° gennaio 2009, per la codifica delle diagnosi, principale e secondarie, e delle procedure, principale e secondarie, contenute nella SDO, viene adottata su tutto il territorio nazionale la versione 2007 della classificazione ICD-9-CM.

quelli medici (per ricoveri senza interventi chirurgici), distinti poi per le diverse tipologie di ricovero già indicate. Le versioni attive in Italia sono state le seguenti: 10, 14, 19, e l'attuale 24.

Le categorie diagnostiche principali (MDC): formano la struttura del sistema di classificazione DRG

1. Malattie e disturbi del sistema nervoso
 2. Malattie e disturbi dell'occhio
 3. Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso e della gola
 4. Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio
 5. Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio
 6. Malattie e disturbi dell'apparato digerente
 7. Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas
 8. Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo
 9. Malattie e disturbi della pelle, del sottocutaneo e della mammella
 10. Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali
 11. Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie
 12. Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile
 13. Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile
 14. Gravidanza, parto e puerperio
 15. Malattie e disturbi del sangue e degli organi ematopoietici e del sistema immunitario
 16. Malattie e disturbi del periodo neonatale
 17. Malattie e disturbi mieloproliferativi e tumori poco differenziati
 18. Malattie infettive e parassitarie (sistematiche)
 19. Malattie e disturbi mentali
 20. Uso di alcool o farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcool o farmaci
 21. Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci
 22. Ustioni
 23. Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari
 24. Traumi multipli significativi
 25. Infezioni da HIV
-

Le MDC sono costruite per fornire ai DRG una struttura che dia significatività e coerenza clinica, e rispondono a criteri anatomici, eziologici e di specialità clinica

simili a quelli che caratterizzano i settori diagnostici della classificazione internazionale ICD-9.

L'assegnazione di un caso a una specifica MDC avviene in base alla diagnosi principale di dimissione e rappresenta la prima fase del processo di attribuzione del DRG. Il DRG viene attribuito ad ogni paziente dimesso da una struttura ospedaliera tramite un software chiamato DRG-grouper mediante l'utilizzo di poche variabili specifiche del paziente: età, sesso, tipo di dimissione, diagnosi principale, diagnosi secondarie, procedure/interventi chirurgici. Tali variabili sono utilizzate dal software "DRG-grouper" a seguito della compilazione, da parte del medico responsabile della dimissione, della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) presente in tutte le cartelle cliniche dei dimessi dalla struttura ospedaliera e inserita in un tracciato informatizzato⁷⁸.

Si specifica come nei DRGs, appena descritti, siano comprese solamente le prestazioni ospedaliere effettuate in regime di ricovero ordinario, in day hospital, prestazioni di riabilitazione e ricoveri in reparti di lungodegenza.

Le prestazioni ospedaliere non effettuate in regime di ricovero come quelle ambulatoriali, di assistenza residenziale e semiresidenziale, di eliosoccorso e di

⁷⁸ Negli ultimi anni in Italia si sta applicando un altro codice oltre al sistema DRG che determina il livello di gravità del ricovero secondo l'attribuzione di gradi di serietà: il DS (Disease Staging). Si tratta di un software integrativo, e non sostitutivo al sistema DRG, che permette di analizzare il ricovero, oltre che in relazione alle risorse impiegate, anche in base alla gravità del paziente, riportando quindi l'attenzione sul malato e dando un valore non più unicamente economico ma umano alla persona (iso-severità). Oltre ai DRG e i DS la misurazione dei servizi ospedalieri può avvenire anche tramite il computer severity index, che effettua il raggruppamento in relazione alla severità dei pazienti (iso-severità) e il Patient Management categories che effettua il raggruppamento in relazione alla complessità dell'assistenza necessaria (iso-risorse). Per un approfondimento sul tema dei Drgs si vedano: SANDERSON et al., *Using diagnosis related groups in the NHS*, in "Medicine", n. 8, 1986; CODMAN E., *The Product of a Hospital*, in "Archives of Pathology and Laboratory Medicine", n. 114, novembre, 1990; TARONI F., *DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, op. cit.; TARONI F., CURCIO RUBERTINI B., *I Diagnosis Related Groups (DRGs) per la valutazione dell'attività ospedaliera*, Bologna, Clueb, 1991; LOUIS D.Z., YUEN E.J., BRAGA M., CICHETTI A., RABINOWITZ C., LAINE C., GONNELLA J.S., *Impact of a DRG-based hospital financing system on quality and outcomes of care in Italy*, in "Health Service Research", n. 34, April, 1999; LANGIANO T., *DRG: strategie, valutazioni, monitoraggio*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1997; FALCITELLI N., LANGIANO T., *Politiche innovative nel SSn: i primi dieci anni dei Drg in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2004; AA.VV., *Focus su DRG, tariffe e TUC (Tariffa Unica Convenzionale)*, Pharmaco Economics - Italian Research Articles, n. 8, 2006; ANCONA A., *I DRG in Italia. Le strategie verso il futuro*, in "Tendenze Nuove", n. 4-5, 2010.

assistenza termale, non vengono classificate nei Diagnosis Related Groups. Queste, infatti, vengono misurate attraverso altri indicatori, ma sono comunque presenti nel sistema tariffario. Esistono, inoltre, delle prestazioni non remunerabili attraverso l'applicazione di tariffe, in quanto caratterizzate da alta specializzazione, rilevanti esternalità ed elevati costi di erogazione. Rientrano in tale tipologia l'organizzazione del 118, il trapianto e il prelievo degli organi, la didattica, la ricerca, l'assistenza e la terapia dei grandi ustionati e altre attività specificate nel Piano Sanitario Nazionale e nei Piani Regionali. Per le suddette prestazioni vengono definiti dei specifici programmi di finanziamento regionale⁷⁹.

I DRGS hanno nettamente mutato la sanità italiana. Questi, infatti, si sono dimostrati degli strumenti validi nel ridefinire le relazioni intercorrenti tra produttori e soggetti paganti, nel consentire una programmazione regionale più rigorosa e, infine, nel mettere a disposizione di professionisti e *manager* un nuovo linguaggio valutativo unificato e riconosciuto. In altre parole, come sostenuto da Goldfield, il DRG ha finalmente consentito di definire in termini clinici ed economici il «prodotto» dell'ospedale in modo da consentire analisi retrospettive e prospettive a scala regionale, nazionale ed internazionale⁸⁰.

2.4. Il sistema tariffario

Sulla base di quanto esposto nel precedente paragrafo, i DRG possono essere considerati come uno strumento di politica sanitaria, adottati, non solo per classificare i ricoveri ospedalieri ma anche per il calcolo delle tariffe. Difatti, con l'obiettivo di raggiungere una maggiore efficienza operativa e di incoraggiare la concorrenza sulla qualità nell'elargizione dei servizi nosocomiali, la remunerazione delle prestazioni di

⁷⁹ Art. 3 del D.M. 30 giugno 1997 (Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994).

⁸⁰ GOLFIELD N., *Il contesto internazionale: stato dell'arte e sfida per i Drg*, in FALCITELLI N., LANGIANO T., *Politiche innovative nel SSn: i primi dieci anni dei Drg in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2004.

ricovero ospedaliero si ispira all'esperienza delle tariffe per DRG introdotte negli Stati Uniti a partire dagli anni 80. Gli importi tariffari vengono impiegati come *proxy* dei costi reali per valorizzare i dati relativi alle risorse fisiche impiegate nell'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese in uno specifico DRG. Con ciò non solo si realizzano apprezzabili economie procedurali ma si standardizzano di fatto le figure di costo, migliorando anche la confrontabilità dei risultati di studi diversi.

Con riferimento alle prestazioni sanitarie in regime di ricovero, subito dopo la riforma sanitaria del 1992, è stato introdotto attraverso il Decreto Ministeriale n. 169 del 14 dicembre 1994 il sistema tariffario nazionale, con riferimento alla versione 10' dei DRG. Tale tariffario è stato in seguito aggiornato con il D.M. n. 178 del 30 giugno 1997 e con il D.M. 12 settembre 2006, al quale si fa attualmente riferimento.

Ogni Regione, successivamente all'adozione del tariffario nazionale poteva decidere se adottare le tariffe indicate dal Ministero della Salute, eventualmente modificate in eccesso o in difetto di specifiche percentuali, definire delle proprie tariffe regionali, mantenendo i pesi nazionali e variando unicamente il valore per punto DRG, sulla base di una stima dei costi di produzione attribuibili a determinati raggruppamenti di diagnosi (cosiddetto metodo dei pesi)⁸¹, definire le proprie tariffe regionali sulla base di analisi di costo svolte sulle strutture del proprio territorio di riferimento, ovvero attraverso la stima dei costi standard di produzione di un panel di ospedali operanti nel territorio regionale (cosiddetto metodo analitico).

Sia nel metodo analitico che nel metodo dei pesi, le tariffe sono determinate in funzione al costo standard di produzione, calcolato considerando il costo del personale impiegato, dei materiali consumati, delle apparecchiature utilizzate ed i costi generali dell'unità produttiva della prestazione⁸².

⁸¹ Il sistema prevede l'attribuzione di un differente peso per ogni singolo DRG, chiamato "punto". La remunerazione degli ospedali, delle Asl e delle strutture pubbliche e private accreditate è data dal prodotto tra i punti del Drg ed il valore economico di un punto. Quest'ultimo (definito costo per punto) rappresenta il costo medio delle prestazioni sanitarie ricomprese nel Drg, ottenuto, a sua volta, suddividendo i costi sostenuti dalle aziende ospedaliere nazionali per i punti attribuiti al Drg prodotto. SAITA M., *Governance ed economicità nelle aziende sanitarie*, Milano, Il Sole 24 Ore, 2007.

⁸² Il costo fa riferimento alla composizione e alla qualità dei fattori produttivi impiegati per la produzione della prestazione, valorizzati sulla base dei prezzi unitari medi di acquisto riferiti all'ultimo

Al momento dell'introduzione del pagamento a prestazione, le tariffe nazionali relative alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero rappresentavano la remunerazione massima che ogni singola Regione poteva corrispondere alle organizzazioni sanitarie operanti nel proprio territorio per le prestazioni erogate⁸³. Allo stato attuale, tuttavia, a seguito dell'introduzione da parte di tutti gli enti regionali di specifici tariffari, i prezzi definiti a livello nazionale dovrebbero avere il solo scopo di favorire la determinazione dei volumi di finanziamento necessari per consentire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e non quello di definire tetti di remunerazione per singole prestazioni. Questi, infatti, costituirebbero un vincolo alla potestà di programmazione delle regioni, ostacolando, in tal modo, il perseguimento degli obiettivi di efficienza ed efficacia verso cui il SSR dovrebbe invece essere orientato⁸⁴.

Le singole Regioni hanno quindi definito dei propri tariffari, considerando le caratteristiche delle organizzazioni operanti nel proprio territorio e tendendo a discostarsi dal tariffario nazionale di riferimento.

In particolare, uno studio effettuato dalla CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) evidenzia come otto regioni su ventuno hanno definito un proprio sistema tariffario: due (Piemonte e Sicilia) hanno adottato il sistema dei pesi, sei (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Umbria) il metodo analitico e le restanti tredici regioni hanno basato il proprio tariffario su quello nazionale, apportando a questo solamente delle variazioni percentuali in aumento e in diminuzione in funzione ai specifici contesti regionali⁸⁵.

anno e delle relative eventuali variazioni attese in ragione del tasso di inflazione programmato. Cfr. CSA (Centro Studi Assobiomedica), *I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera*, in "Analisi", n. 10, giugno 2010.

⁸³ Cfr. art. 2 D.M. 14 dicembre 1994.

⁸⁴ MORANDI I., PIERONI E., GIULIANI F., CISLAGHI C., *Criticità delle tariffe del SSN*, Convegno annuale dell'AIES "I primi trent'anni del Servizio Sanitario Nazionale e il contributo dell'Economia Sanitaria", Matera, 9-10 ottobre, 2008.

⁸⁵ CERGAS (2007), *I sistemi di finanziamento: strumenti per governare i comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie?*, Rapporto di ricerca del CERGAS Bocconi per il Gruppo Merceologico Sanità di Assolombarda. A riguardo si veda anche: BARTOLI S., CANTÙ E., *Le analisi dei costi per la determinazione delle tariffe: esperienze regionali a confronto*, in CANTÙ E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2009*, Milano, Egea, 2009.

A riguardo, si sottolinea, inoltre, l'esistenza di varie realtà aziendali, come per esempio la presenza di ospedali che trattano dei casi notevolmente più complessi rispetto ad altri, oppure ospedali con livelli di attività notevolmente superiori alla media, ai quali, pertanto, corrispondono dei costi di produzione notevolmente differenti tra di loro. Le scelte regionali rispetto a questo tema sono oggetto, quindi, di continua evoluzione, con una tendenziale adozione di tariffe differenziate tra unità erogative⁸⁶.

In pochi anni si sono venuti così a creare tanti sistemi tariffari regionali, ognuno con la propria specificità e con tariffe molto diverse per gli stessi DRG. Per ovviare a questa molteplicità di tariffe, che rendeva difficoltosa, nell'ambito della mobilità sanitaria fra regioni⁸⁷, la remunerazione delle prestazioni sanitarie, diversamente tariffate per ogni ente regionale, in sede di conferenza Stato-Regioni nell'anno 2002, si stabilì di definire una tariffa unica convenzionale (T.U.C.) che rendesse unico il valore tariffario di ogni singolo D.R.G. La T.U.C. viene concordata annualmente dalle Regioni ai soli fini della compensazione della mobilità sanitaria interregionale relativa ai ricoveri ospedalieri, sulla base del ruolo "convenzionale" che esse stesse stabiliscono.

Alle tariffe delle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero, definite sulla base dei DRG, si affianca il nomenclatore tariffario nazionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, introdotto attraverso il Decreto Ministeriale del 7 novembre 1991 (*Revisione del nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali*) e aggiornato dal D.M. 22 giugno 1996 (*Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe*) e dal D.M. 12 settembre 2006 (*Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni Sanitarie*). Tali ultimi due decreti sono stati in parte annullati dal TAR, il primo limitatamente alle tariffe di laboratorio

⁸⁶ Cfr. JOMMI C., *I sistemi regionali di finanziamento delle aziende sanitarie: cinque realtà regionali a confronto*, in JOMMI C., *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, Egea, 2004.

⁸⁷ Sul tema si veda il paragrafo successivo.

con valore inferiore al D.M. 1991, il secondo nella parte afferente tutta la specialistica⁸⁸.

Nel nomenclatore tariffario, ad ogni prestazione specialistica è associata una tariffa, determinata, anche in questo caso, sulla base del costo standard della prestazione stessa, comprendente il costo del personale, dei materiali sanitari, gli ammortamenti specifici ed una quota dei costi generali aziendali.

Anche relativamente a tali prestazioni si evidenzia come ogni regione, nell'ambito della propria autonomia, possa definire specifici tariffari regionali. In tale ambito, anzi, si evidenzia la maggiore discrezionalità dell'ente regionale sullo stesso nomenclatore. La regione, infatti, può decidere di introdurre delle ulteriori prestazioni rispetto al tariffario nazionale ed effettuare degli accorpamenti delle prestazioni⁸⁹.

Appare comunque importante evidenziare come le tariffe regionali, a prescindere dalla modalità di calcolo adottata, dovrebbero comunque essere determinate, nel rispetto delle risorse disponibili, e cioè della quota del fondo sanitario che ciascuna regione ha destinato all'assistenza sanitaria, con l'obiettivo di remunerare adeguatamente gli erogatori pubblici e privati, di garantire l'ottimizzazione e l'equità nell'allocatione delle risorse, di concorrere a perseguire gli obiettivi della programmazione sanitaria in relazione ai volumi e alla tipologia di prestazioni assistenziali, di assicurare l'erogazione dei LEA.

Relativamente alla congruità delle tariffe rispetto ai costi sostenuti dagli erogatori si evidenzia come in realtà queste tendano a non remunerare completamente la prestazione sanitaria erogata.

Allo stato attuale non è possibile stabilire con esattezza i costi effettivi sostenuti nei percorsi diagnostici terapeutici.

⁸⁸ Allo stato attuale, quindi, risultano ancora valide le tariffe definite dal D.M. 22 giugno 1996 (*Prestitazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe*).

⁸⁹ Cfr. CARBONE C., JOMMI C., TORBICA A., *Tariffe e finanziamento dell'innovazione tecnologica: analisi generale e focus su due casi regionali*, in PESSINA E.A., CANTÙ E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2007*, Milano, Egea, 2007.

Ciò è dimostrabile dal fatto che nel ricostruire l'iter assistenziale di un paziente, in ogni organizzazione si rilevano notevoli differenze tra i costi di produzione e i DRG.

Tale problematica, che trova origine nei sistemi di misurazione impiegati, si ripercuote sulle aziende sanitarie pubbliche, le quali essendo costrette a svolgere anche prestazioni sanitarie non remunerative, si presentano tendenzialmente in perdita, con importanti conseguenze sull'equilibrio aziendale e del gruppo sanitario regionale⁹⁰.

2.5. Il fenomeno della mobilità

Nel modello assistenziale delineato dalla normativa nazionale di riforma della sanità italiana, alle Aziende Sanitarie Locali è assegnato in primis il compito di assicurare ai cittadini, rientranti nel proprio ambito territoriale di operatività, i Livelli Essenziali di Assistenza, definiti nel Piano Sanitario Nazionale e riportati con maggiori specifiche nel Piano Sanitario Regionale⁹¹. Per il perseguimento di tale fine istituzionale la Regione ripartisce tra le ASL operanti nel proprio territorio il Fondo Sanitario Regionale, sulla base di una quota pro-capite, rappresentativa del bisogno prospettico di salute della popolazione, desumibile da diversi fattori, quali la densità demografica, dati epidemiologici, l'età media della popolazione ecc.

A seguito del riconoscimento al cittadino della possibilità di scegliere liberamente la struttura sanitaria cui soddisfare il proprio bisogno di salute, la ASL può trovarsi nella condizione di erogare direttamente la prestazione sanitaria (nel caso in cui l'assistito abbia deciso di rivolgersi alle strutture della propria Azienda Sanitaria Locale), oppure di acquistare il servizio sanitario da terze strutture scelte dall'assistito (altre ASL, AO e strutture pubbliche e private accreditate). In quest'ultimo caso, una parte delle risorse finanziarie della ASL assegnata dalla Regione andrebbe

⁹⁰ Cfr. SAITA M., *Governance ed economicità nelle aziende sanitarie*, op. cit.

⁹¹ Art. 3 decreto legislativo 229/1999.

a remunerare (sulla base delle tariffe regionali determinate) la struttura scelta dal cittadino per il servizio erogato. Allo stesso modo una ASL può erogare delle prestazioni sanitarie agli assistiti di altre Aziende Sanitarie Locali. Ciò comporterebbe per la ASL di riferimento una entrata finanziaria derivante dalla remunerazione tariffaria per il servizio erogato.

L'acquisto da parte di una ASL, per il proprio paziente, di prestazioni sanitarie da una terza struttura erogatrice, e la conseguente fuoriuscita di risorse finanziarie, costituisce per la ASL stessa, mobilità passiva.

Al contrario, l'erogazione da parte di una ASL di prestazioni sanitarie a pazienti assistiti da altre ASL, e il conseguente provento che ne scaturisce, rappresenta per la prima, mobilità attiva.

Nel primo caso, la ASL subirà un decurtamento delle risorse ricevute dalla Regione, in quanto una parte di queste andranno a remunerare le strutture erogatrici a cui i propri assistiti si sono rivolti per il soddisfacimento del bisogno di salute.

Nel secondo caso, invece, la ASL riceverà un incremento delle risorse finanziarie a seguito dei servizi erogati agli assistiti di altre ASL.

Più dettagliatamente, i suddetti passaggi finanziari tra Asl avvengono a livello regionale attraverso il calcolo del saldo della mobilità, dato dalla differenza tra il valore delle prestazioni cedute dalle ASL agli assistiti di altre ASL (mobilità attiva) e il valore delle prestazioni acquistate per i propri assistiti da altre strutture erogatrici (mobilità passiva).

In sede di ripartizione del Fondo Sanitario Regionale, quindi, ogni ASL riceverà, non solo la quota determinata su base capitaria, ma anche le risorse derivanti da un eventuale saldo positivo di mobilità. Al contrario, invece, un eventuale saldo negativo determinerebbe una riduzione della suddetta quota.

In tal senso, la Regione, in presenza di un saldo positivo di mobilità incrementa i trasferimenti finanziari assegnati alle ASL e riduce gli stessi in presenza di saldo negativo⁹².

⁹² A riguardo, anche per un maggior approfondimento del ruolo delle ASL nei diversi sistemi di quasi

Nell'ambito della libertà di scelta riconosciuta all'utente, questo può rivolgersi per il soddisfacimento del proprio bisogno di salute anche a strutture esterne alla propria Regione. Ciò comporta un'estensione del fenomeno appena descritto, di mobilità attiva e passiva, a livello extraregionale comportando un calcolo del saldo di mobilità anche fra regioni e non solo fra ASL operanti nello stesso gruppo regionale.

In tale circostanza sorge il problema legato all'esistenza di differenti tariffari regionali, a cui si è cercato di ovviare con l'introduzione delle tariffe uniche convenzionate (T.U.C.) avvenuta, come detto in precedenza, a seguito della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome nel 1° luglio 2003.

L'obiettivo fondamentale della T.U.C. era quello di assicurare una distribuzione più equa delle risorse finanziarie fra le singole regioni, garantendo un minor aggravio di spesa per quelle più svantaggiate, le quali, oltre che, presentare una già elevata mobilità passiva, dovevano spesso corrispondere alle strutture extraregionali delle tariffe più elevate rispetto a quelle definite nel proprio territorio con ovvie conseguenze negative sull'equilibrio economico di tali sistemi regionali⁹³.

In un contesto di quasi-mercato, come quello delineato dal decreto legislativo 229/1999, le organizzazioni sanitarie hanno l'interesse di attrarre i cittadini verso le proprie strutture, attraverso un miglioramento qualitativo delle prestazioni e, allo

mercato introdotti nelle varie Regioni, si veda: REBBA V., RIZZI L., *I modelli di finanziamento degli ospedali nell'ambito di un sistema sanitario regionale*, in SOBBRIO G., *Efficienza ed efficacia dei servizi sanitari*, Milano, FrancoAngeli, 2000.

⁹³ Antecedentemente all'introduzione delle Tariffe Uniche Convenzionate, il rimborso alla struttura erogatrice per la prestazione erogata avveniva sulla base del tariffario regionale di appartenenza della struttura erogatrice stessa. La forte disomogeneità dei tariffari regionali e, in particolare, della diversità dei criteri di remunerazione, non solo non garantivano la coerenza fra tariffe e costi di produzione fra Regioni, ma facevano sorgere il rischio di comportamenti opportunistici da parte degli enti territoriali ospitanti, volte a massimizzare i ricavi per mobilità. Da qui, la necessità di definire appunto una tariffa unica convenzionata, diretta, innanzitutto, a scoraggiare la mobilità per il ricorso a prestazioni di medio-bassa complessità e ad elevato rischio di inappropriately (nel cui ambito si manifestano maggiormente comportamenti opportunistici da parte delle Regioni), di garantire una adeguata remunerazione delle prestazioni ad alta specialità, nonché, di prevedere un incremento delle tariffe per i Centri di alta qualificazione, ossia, di strutture selezionate per la specificità delle patologie trattate o per l'impiego di tecnologie innovative. Cfr. DI LORETO P., SPOLAORE P., *L'evoluzione del sistema nelle politiche regionali*, in FALCITELLI N., LANGIANO T., *Politiche innovative nel SSn: i primi dieci anni di Drg in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2004. Sul tema si veda anche: CISLAGHI C., MORANDI I., DI VIRGILIO E., TAVINI G., *La mobilità ospedaliera*, quinto supplemento al n. 24 di "Monitor", 2009.

stesso tempo, di ridurre i costi gestionali entro i limiti delle risorse assegnate dalla Regione. Più dettagliatamente le ASL sono orientate a ridurre la mobilità passiva cercando di tenere presso le proprie strutture i loro assistiti, nonché ad attrarre gli assistiti di altre ASL. L'acquisto di prestazioni sanitarie da terze strutture, infatti, comporta per la ASL il sostenimento di un costo pari alla tariffa regionale, che rappresenta un costo pieno (comprensivo del costo del personale impiegato, dei materiali consumati, delle apparecchiature utilizzate ed i costi generali dell'unità produttiva della prestazione), per cui notevolmente maggiore rispetto al costo marginale che sosterebbe erogando direttamente il servizio. L'attrazione degli assistiti di altre ASL, per contro, comporta un incremento di risorse finanziarie.

Le Aziende Ospedaliere e le altre organizzazioni sanitarie accreditate sono orientate anch'esse ad attrarre la domanda presso le proprie strutture, nonché, contrariamente alle ASL sono incentivate ad incrementare il volume di attività. Per queste, infatti, le remunerazioni tariffarie pertinenti ai servizi erogati rappresentano la principale se non esclusiva fonte di finanziamento.

In altre parole, le ASL sono incentivate ad aumentare l'efficienza e al contempo perseguire un livello di qualità idoneo a limitare o evitare la mobilità passiva e la conseguente perdita di risorse finanziarie a beneficio di altri erogatori.

Le aziende ospedaliere e le altre strutture accreditate, invece, allo scopo di incrementare gli introiti tariffari, sono spinti ad attrarre la domanda attraverso un aumento della qualità percepita delle prestazioni erogate.

In tale stato di cose appare necessario sottolineare l'importanza per la ASL di governare il fenomeno della mobilità passiva e, quindi, la domanda.

L'attenzione, a riguardo, si concentra nel cercare di comprendere le molteplici cause che possono spingere un paziente a scegliere di curarsi fuori dalla propria residenza. Le spiegazioni a questo fenomeno sono legate ovviamente a diversi fattori, quali la ricerca dell'eccellenza specialistica, o da migliori condizioni logistico- alberghiere che possono risultare rilevanti per una patologia cronica o di lunga durata, da fattori di prezzo, o dai percorsi di vita (come la mobilità professionale, la migrazione, spostamenti occasionali ecc.).

Alcuni dei suddetti fattori, non derivano da scelte gestionali effettuate dalla singola ASL e non sono controllabili da questa, la quale, pertanto, non può intervenire direttamente per la loro eliminazione, al fine di ridurre la mobilità passiva, definita in tal caso come mobilità fisiologica (o inevitabile).

Si parla, invece, di mobilità patologica (o evitabile) quando la migrazione degli assistiti deriva da fattori legati a scelte effettuate dalla ASL e, perciò, governabili da questa.

Tale tipologia di mobilità è legata principalmente all'incapacità dell'azienda USL a rispondere adeguatamente in termini qualitativi o quantitativi al bisogno di salute dei propri cittadini⁹⁴.

Mentre le ragioni della mobilità inevitabile possono essere facilmente individuate, le ragioni della mobilità evitabile sono di più difficile individuazione, in quanto si legano strettamente alla libertà di scelta del cittadino oltre che a fattori di accessibilità, connessi alla mancanza di strutture nella regione di residenza, (ad esempio posti letto, le liste di attesa), o ad elementi qualitativi, come le performance cliniche⁹⁵.

Il fenomeno della mobilità sia regionale che extra-regionale è caratterizzato da un costante aumento con rilevanti riflessi sulla garanzia dell'uniformità delle prestazioni e sui rapporti finanziari tra gli enti. La mobilità presenta, infatti, numerose conseguenze negative, come costi privati e sociali elevati, perdita di risorse economiche pubbliche (in caso di mobilità extraregionale) per la regione d'origine del paziente migrante e conseguente incremento delle liste di attesa nella regione d'arrivo, nonché, aleatorietà dei singoli piani di programmazione sanitaria⁹⁶.

⁹⁴ Cfr. MARINÒ L., *La ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali. Concetti, modelli, decisioni*, Torino, Giappichelli, 2008.

⁹⁵ MORGAGNI S., *Studio sulle variabili della mobilità ospedaliera*, in "Aress" (Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari della Regione Piemonte), Torino, 2003.

⁹⁶ In merito si vedano: DI LORETO P., SPOLAORE P., *L'evoluzione del sistema nelle politiche regionali*, in FALCITELLI N., LANGIANO T., *Politiche innovative nel SSn: i primi dieci anni di Drg in Italia*, op. cit.; LEVAGGI R., MENONCIN F., *Fiscal Federalism, patient's mobility and the soft budget constraint: a theoretical approach*, in "Politica Economica", n. 26, 2008.

Il crescente tasso di mobilità delle persone, quindi, come sostiene Francesco Longo, avrà rilevanti ripercussioni sui mercati e sugli erogatori sanitari. A riguardo, pertanto, come scrive l'autore, appare importante “comprendere in che direzione e con quali meccanismi casuali si evolverà”⁹⁷.

⁹⁷ LONGO F., DEL VECCHIO M., LEGA F., *La sanità futura. Come cambieranno gli utenti, le istituzioni, i servizi e le tecnologie*, Milano, Università Bocconi Editore, 2010.

CAPITOLO III

LA RELAZIONE TRA TARIFFE E RISULTATO ECONOMICO: I RISULTATI DI UN'INDAGINE EMPIRICA

SOMMARIO: 3.1 Le variabili che influenzano l'equilibrio economico delle aziende sanitarie. – 3.2. Definizione del campione di Regioni oggetto di studio: note metodologiche. – 3.3. Struttura organizzativa dei Sistemi Sanitari Regionali. – 3.4. Analisi e confronto dei sistemi tariffari regionali: il grado di investimento sulla remunerazione a tariffa. – 3.5. Scostamento delle tariffe medie regionali dalla tariffa media complessiva per ricovero e grado di utilizzo del meccanismo tariffario nel riparto del FSR. – 3.6. Il risultato economico delle aziende sanitarie pubbliche: confronto con le dimensioni studiate.

3.1 Le variabili che influenzano l'equilibrio economico delle aziende sanitarie

Il perseguimento della condizione di economicità, espressa dal conseguimento contemporaneo delle condizioni di equilibrio economico, finanziario, patrimoniale e delle performance di efficacia e di efficienza, nelle strutture sanitarie pubbliche è condizionato da una complessità di fattori sia interni che esterni.

Lo studio in oggetto si sofferma sull'equilibrio economico inteso in senso stretto⁹⁸, ossia, sul conseguimento da parte del sistema aziendale di un divario positivo, o quantomeno di un pareggio, tra i ricavi conseguiti e i costi sostenuti a seguito dello svolgimento della gestione aziendale.

Sulla base di quanto è stato esposto nelle pagine precedenti, è utile osservare come i ricavi delle ASL siano rappresentati, per la maggior parte, dalle assegnazioni di risorse finanziarie da parte della Regione a seguito della ripartizione su base capitaria del FSR, dirette a consentire alla stessa ASL l'erogazione dei LEA ai propri assistiti.

⁹⁸ SOSTERO U., *L'equilibrio economico delle aziende*, op. cit.

A seguito dell'erogazione di assistenza sanitaria agli assistiti di altre ASL (mobilità attiva), le Aziende Sanitarie Locali ricevono, inoltre, anche una remunerazione sulla base delle tariffe definite sempre dall'ente Regione.

Per contro, i ricavi delle AO, in quanto soggetti preposti solamente all'erogazione di prestazioni sanitarie, sono rappresentati prevalentemente dai pagamenti su base tariffaria delle prestazioni erogate⁹⁹.

I costi di una struttura sanitaria, sia essa una ASL o una AO, sono legati, invece, al pari di una qualsiasi altra azienda, all'acquisizione dei fattori produttivi necessari per lo svolgimento della gestione.

Nel caso in specie i principali costi riguardano l'acquisizione di materiale e di servizi sanitari (medicinali, materiale chirurgico, consulenze, ecc.) e non sanitari (alimenti, materiale di manutenzione, formazione del personale, spese per utilities ecc.), la manutenzione ordinaria e la riparazione dei beni, il godimento di beni di terzi (canoni di leasing, noleggi, affitti) e il personale.

Per le sole ASL, a seguito della mobilità passiva, si presenta inoltre il costo legato all'acquisto di prestazioni sanitarie da altre strutture pubbliche e private accreditate.

I costi appena menzionati comportano per l'azienda sanitaria un'uscita di risorse finanziarie e rappresentano, pertanto, costi di natura monetaria. La stessa azienda sostiene tuttavia anche dei costi di tipo non monetario, i quali vanno comunque a incidere sul risultato finale di bilancio. Tali costi sono costituiti sostanzialmente dagli ammortamenti dei beni a lento ciclo di realizzo, ossia, delle immobilizzazioni¹⁰⁰.

Si precisa, però, come le risorse che la ASL riceve dall'ente Regione e l'importo delle tariffe sono diretti alla copertura dei soli costi monetari, legati alla gestione

⁹⁹ Le strutture di ricovero ricevono, infatti, dalle Regioni anche delle risorse dirette a finanziare particolari funzioni che, per l'alta specializzazione, le rilevanti esternalità, gli elevati costi di produzione o, ancora, per la rilevanza strategica che presentano, non è possibile remunerare su base tariffaria. Tali funzioni sono indicate nell'articolo 8 *sexies* del d.lgs. n. 229/1999 e riguardano, in linea generale, l'emergenza, il trapianto di organi, i grandi ustionati, la ricerca e la formazione ed altre attività per le quali la Regione prevede espressamente dei specifici programmi di finanziamento.

¹⁰⁰ Cfr. SFORZA V., *L'Economia delle aziende sanitarie pubbliche*, op. cit.; SAITA M., *Governance ed economicità nelle aziende sanitarie*, op. cit.

corrente dell'azienda. Pertanto, per le ASL e per le AO l'equilibrio economico si considera raggiunto nel momento in cui i ricavi conseguiti riescono a coprire i costi monetari¹⁰¹.

Considerato che, la definizione dell'entità dei ricavi (quota capitaria e tariffe) rientra completamente nell'ambito decisionale dell'ente regionale, le aziende sanitarie, al fine di conseguire un equilibrio economico o una situazione di pareggio di bilancio, possono agire prevalentemente sull'entità dei costi, cercando di contenere gli stessi entro i limiti delle tariffe e delle quote fissati dalla Regione. Sul livello dei ricavi, infatti, le aziende sanitarie possono intervenire solamente cercando di attrarre gli utenti verso le proprie strutture, al fine di ottenere una maggiore entrata finanziaria conseguente al rimborso delle prestazioni erogate.

L'equilibrio economico dell'azienda sanitaria andrebbe ricercato, quindi, attraverso la definizione di adeguate scelte strategiche da parte della direzione aziendale, la quale tuttavia, si ricorda, si muove e agisce all'interno dei vincoli di natura organizzativa, economica e finanziaria imposti dalla holding, capaci, insieme ai fenomeni legati al contesto ambientale, di condizionare il livello dei costi gestionali.

L'azienda sanitaria, in altre parole, ricerca il proprio equilibrio in un contesto in cui i ricavi sono definiti dalla Regione e il livello dei costi è influenzato da fattori e fenomeni non sempre facilmente controllabili dall'azienda stessa.

Tra i fattori determinanti l'entità dei costi delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere si annovera, innanzitutto, la dimensione della struttura aziendale. Da questa, infatti, derivano una serie di costi gestionali, come quelli del personale, non modificabili nel breve periodo.

¹⁰¹ Al fine di verificare il raggiungimento del pareggio di bilancio si procede quindi con l'eliminazione dei costi non monetari (quote di ammortamento) dal risultato di esercizio, la quale può avvenire, *extracontabilmente*, ossia, rilevando, sia i costi monetari sia i costi non monetari, e portando questi ultimi in aumento al risultato di esercizio; oppure, *contabilmente*, attraverso la contabilizzazione delle quote di ammortamento, imputando le stesse agli appositi fondi e la successiva neutralizzazione di tali costi attraverso l'accredito nella voce A.V. (costi capitalizzati) del C.E., della quota dei contributi in conto capitale, calcolata applicando la stessa aliquota dell'ammortamento dei cespiti, bilanciata dalla riduzione dei finanziamenti ricevuti dalla Regione per gli investimenti, contabilizzati, invece, nel Patrimonio Netto. Per un approfondimento: ANSELMINI L., *L'equilibrio economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Il Sole 24 Ore, 1996.

L'entità dei costi, per lo svolgimento della gestione corrente, discende, inoltre, dalla combinazione produttiva attuata, ossia dalle modalità di organizzazione e svolgimento dei processi di prevenzione, di diagnosi e di terapia, che costituiscono il *core business* delle aziende sanitarie, e delle attività di supporto a questo, come le attività tecnico-industriali, (servizi alberghieri, trasporti ecc.) e le attività amministrative (gestione del personale, ragioneria ecc.).

I processi produttivi delineati dovrebbero consentire l'erogazione dell'assistenza sanitaria in condizioni di efficacia e di efficienza, ossia, dovrebbero prevedere una combinazione dei fattori produttivi che consenta la massima produttività e il minor spreco possibile degli stessi. Una non efficiente combinazione dei suddetti fattori comporterebbe, a parità di risultato, l'impiego di una maggiore quantità di risorse e, quindi, un incremento dei costi aziendali.

L'entità dei costi di un'azienda sanitaria deriva, infine, dalla quantità delle prestazioni richieste e dalla qualità dei servizi erogati.

La prima si lega inscindibilmente alla domanda effettiva di salute, la quale è definita dai medici e, in particolare, dai medici di base, a seguito della decisione di far accedere al Servizio Sanitario Nazionale, attraverso le prescrizioni di esami diagnostici e di cure, i cittadini che hanno manifestato un bisogno di salute. Al medico di base spetta, infatti, il compito di filtrare la richiesta di salute avanzata dai cittadini (manifestazione del bisogno), consentendo l'accesso alle strutture sanitarie solamente a coloro per i quali si rinviene una reale necessità di cure (domanda propria) ed escludere, per contro, quelli per i quali non si prevede tale necessità (domanda impropria)¹⁰².

¹⁰² A proposito si parla di diversi stadi di manifestazione della domanda di assistenza sanitaria. Il primo stadio è rappresentato dalla manifestazione del bisogno di salute da parte del cittadino, il quale si reca dal proprio medico di base o ad una struttura sanitaria. Il bisogno di salute manifestato, può essere tuttavia solamente percepito, andando in tal modo a generare una domanda impropria di assistenza sanitaria, alla quale, in teoria, non dovrebbe seguire l'accesso del cittadino al servizio, in quanto non bisognoso di cure.

Al contrario, il bisogno di salute manifestato dal cittadino può essere reale, andando, in tal caso, a generare domanda propria, alla quale dovrebbe seguire la prescrizione da parte del medico del percorso diagnostico-terapeutico più adeguato. La prescrizione di assistenza sanitaria da parte del medico fa

In relazione all'entità delle richieste di salute, varieranno i costi legati all'acquisto dei fattori produttivi per l'espletamento del processo produttivo. In particolare ad un aumento della domanda effettiva coincide un incremento dei costi gestionali; ciò in quanto l'erogazione di una maggiore quantità di prestazioni sanitarie comporta necessariamente l'impiego di una maggiore quantità di fattori produttivi.

Relativamente alle sole ASL, a seguito della mobilità passiva, una maggiore richiesta di prestazioni sanitarie, comporta anche un incremento dell'acquisto di servizi da altre strutture, con un conseguente aggravio dei costi di esercizio¹⁰³.

Allo stesso modo, l'incremento del livello qualitativo delle prestazioni sanitarie richiede l'impiego di fattori produttivi di maggiore qualità, comportando un aumento dei costi sostenuti per il loro acquisto.

Tra i fattori appena elencati, l'azienda sanitaria presenta sicuramente un elevato margine di manovra sulla realizzazione di una combinazione produttiva efficace

divenire la semplice manifestazione del bisogno di salute domanda effettiva, per la quale il Servizio Sanitario Regionale subirà specifici costi per l'erogazione delle prestazioni richieste.

Tuttavia, spesso accade che, a seguito di diagnosi errate, possano essere prescritti a dei pazienti percorsi completamente inadeguati al loro effettivo bisogno di salute, oppure che, a seguito del conflitto tra responsabilità professionale ed economica assegnate ai medici, questi, dando maggiore importanza alla prima, possano prescrivere dei percorsi più costosi rispetto alle reali necessità assistenziali del paziente. In tali circostanze, nonostante ci sia un bisogno di assistenza da parte del cittadino, si è comunque in presenza di una domanda impropria di assistenza sanitaria, legata appunto all'inadeguatezza del percorso diagnostico-terapeutico prescelto dal medico. Vista l'importanza del fenomeno della domanda sui risultati economici delle aziende sanitarie, si sono sviluppati numerosi studi diretti ad una analisi del fenomeno stesso, al fine di identificare le modalità e gli strumenti attraverso i quali poterlo governare. Per un approfondimento: AA.VV., *Bisogno di salute e governo della domanda*, in "Salute e Territorio", numero monografico, n. 143, 2004; BELLERI G., *Cure primarie: quale governo della domanda*, in "Prospettive sociali e sanitarie", n. 9, 2006; REBBA V., *I ticket sanitari: strumenti di controllo della domanda o artefici di disuguaglianze nell'accesso alle cure?*, in "Politiche Sanitarie", Vol. 10, n. 4, ottobre-dicembre, 2009.

¹⁰³ A riguardo si precisa come per le ASL sia più conveniente erogare direttamente le prestazioni sanitarie ai propri assistiti, rispetto che acquistarle da terze strutture. Infatti, mentre attraverso la produzione propria la ASL sostiene un costo legato alla propria dotazione organica e strutturale (costi fissi) e all'acquisto delle materie prime (costi variabili), in caso di acquisto della prestazione da una terza struttura sostiene, sia il pagamento della tariffa regionale, calcolata considerando il costo pieno sostenuto dalla unità erogante (costi fissi più costi variabili), sia i costi fissi legati alla propria struttura.

"...per la ASL la mobilità in uscita rappresenta un fattore di duplicazione dei costi, almeno nelle circostanze in cui le prestazioni acquistate potrebbero normalmente essere prodotte all'interno. In questi casi, le aziende acquirenti infatti sosterranno il costo di acquisizione delle prestazioni, calcolato in base ai tariffari regionali, ed unitamente graveranno sulla loro gestione i costi di dotazione organica, strutturale e tecnologica", MARINÒ L., *La ricerca dell'economicità nelle Aziende Sanitarie Locali*, op. cit.

ed efficiente. Mentre la dimensione della struttura aziendale ricade pienamente nell'ambito decisionale dell'ente regionale, l'azienda sanitaria può agire, inoltre, seppur entro vincoli più stringenti, anche sulla qualità delle prestazioni erogate e sulla quantità di queste.

La qualità delle prestazioni sanitarie, infatti, è definita a monte da scelte statali e regionali, attraverso le quali si fissano appunto dei parametri qualitativi che le singole aziende devono obbligatoriamente rispettare. Ovviamente ciò non limita l'azienda dal perseguire dei maggiori livelli di qualità, agendo per esempio sulla scelta e sulla combinazione dei fattori produttivi impiegati per il ciclo produttivo.

Riguardo alla quantità delle prestazioni sanitarie, invece, si è già osservato come questa sia legata alla domanda di salute, derivante dalla richiesta di assistenza sanitaria da parte dei cittadini. La richiesta di assistenza sanitaria, e, quindi, il fabbisogno di salute complessivo di una comunità è, a sua volta, fortemente condizionato da una complessità di fattori individuali difficilmente modificabili, quali l'età e le caratteristiche genetiche delle persone, gli stili di vita di queste e dal contesto economico e sociale in cui esse vivono¹⁰⁴.

Rispetto a tale variabile si evidenzia tuttavia come le realtà aziendali osservate, ASL e AO, tendono a porsi in modo differente.

Infatti, mentre le Aziende Ospedaliere, essendo retribuite sulla base delle prestazioni erogate, possono tendere a incentivare la domanda al fine di ottenere dei maggiori introiti finanziari, le Aziende Sanitarie Locali, essendo sottoposte ad un vincolo finanziario rappresentato dalla quota del FSR, sono incentivate invece a contenere la domanda di salute da parte dei propri assistiti e, in particolar modo, a limitare il più possibile la domanda impropria; ciò, in modo tale da far rientrare i costi aziendali entro i limiti delle risorse assegnate dalla Regione¹⁰⁵. Le stesse ASL

¹⁰⁴ In merito si veda: DAHLGREN G., WHITEHEAD M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Stockholm, Institute for Futures Studies, 1991.

¹⁰⁵ Come è stato già esposto, il cittadino accede alle strutture del SSN, in via prevalente, attraverso la prescrizione di assistenza sanitaria da parte del medico, il quale viene, pertanto, individuato come l'ordinatore della spesa sanitaria. Per tale motivo, il contenimento della domanda di salute, non può che avvenire agendo su tale figura professionale. Le ASL, a riguardo, si sono mosse cercando di

però, al fine di beneficiare anch'esse dei finanziamenti a prestazione e incrementare così le entrate finanziarie, sono incentivate ad attrarre presso le proprie strutture gli assistiti di altre ASL.

Tali comportamenti, possono, tuttavia, condurre a un forte incremento della spesa sanitaria a livello di sistema e quindi ad uno squilibrio a livello macro e pertanto, sono stati tuttavia regolati attraverso l'introduzione di appositi contratti tra le ASL e le AO e l'imposizione, per le seconde, di tetti massimi di fatturato, diretti a ridurre la spinta competitiva tra tali aziende e ad indirizzare le stesse verso obiettivi comuni.

Sulla base di quanto è stato appena esposto si potrebbe affermare che, affinché le ASL e le AO conseguano una condizione di pareggio di bilancio appare necessario che i proventi, definiti dall'ente Regione (quota capitaria e tariffe), si rivelino adeguati alla copertura dei costi sostenuti dalle aziende sanitarie, la cui entità, come è stato appena descritto, deriva da una complessità di fattori rientranti, in parte, nell'ambito decisionale dello stesso ente Regione e del management aziendale, in parte, collegati all'ambiente di riferimento.

Più dettagliatamente, per il conseguimento della condizione di economicità, sia a livello di singola azienda che di sistema, appare importante che da parte della Regione ci sia un'efficace valutazione ex ante (attraverso la definizione della quota capitaria e delle tariffe) delle risorse finanziarie necessarie per il soddisfacimento del bisogno di salute della comunità; ovvero, che ci sia una valida stima del rapporto tra il finanziamento e la spesa che le aziende sanitarie dovrebbero sostenere per perseguire il proprio fine istituzionale. A riguardo, tuttavia, assume rilievo anche il comportamento delle stesse aziende sanitarie, il quale, come più volte evidenziato, dovrebbe essere diretto al perseguimento delle proprie finalità istituzionali nel rispetto delle condizioni di efficacia e di efficienza.

Nel quadro appena delineato l'entità delle risorse finanziarie e le tariffe fissate dalla Regione rappresenterebbero, quindi, anche degli standard di efficienza che le

predisporre dei programmi di attività diretti ad allineare gli interessi dei medici con gli interessi delle ASL. Fra i provvedimenti proposti si ricorda, a titolo di esempio, l'imposizione ai medici di base di tetti massimi sull'ordinazione di farmaci e di visite specialistiche, e la previsione di incentivi monetari e non, per coloro che rispettavano i limiti fissati.

aziende sanitarie, a seguito dell'introduzione dell'obbligo del pareggio di bilancio, sono chiamate a rispettare.

In conclusione, come afferma Del Vecchio, il finanziamento delle aziende sanitarie rappresenta il risultato di un complesso di decisioni assunte dalla Regione, guidato da logiche politico-istituzionali, attraverso le quali si cerca di condizionare il comportamento delle aziende stesse e la cui validità discende, dalle reali pressioni esercitate per il rispetto dei vincoli finanziari e dalla coerenza di tali vincoli con le altre variabili di governo esercitate dallo stesso ente regionale, tra le quali, un sicuro rilievo è riconosciuto alla definizione dei piani e dei programmi sanitari¹⁰⁶.

3.2. Definizione del campione di Regioni oggetto di studio: note metodologiche

Nel precedente paragrafo, sono stati esaminati i principali fattori che condizionano e influenzano l'economicità delle aziende sanitarie.

Poiché il lavoro in oggetto è dedicato allo studio dei sistemi di finanziamento e, in particolare, all'impatto dei tariffari regionali sull'equilibrio economico delle suddette aziende, appare opportuno isolare tale fattore rispetto agli altri in precedenza delineati.

La ricerca empirica è stata condotta, pertanto, su un campione di Regioni tendenzialmente omogeneo in relazione a parametri di tipo qualitativo e quantitativo, opportunamente selezionato secondo criteri statistici¹⁰⁷.

¹⁰⁶ DEL VECCHIO M., *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche: un'interpretazione*, op. cit.

¹⁰⁷ Il campione considerato è stato selezionato e impiegato per uno studio condotto da L. Giovanelli, L. Marinò, F. Rotondo e N. Fadda, diretto a verificare il grado di sviluppo e l'efficacia della funzione di valutazione delle performance del settore sanitario. In particolare, l'indagine svolta dai citati autori mira ad osservare una possibile relazione tra i sistemi di valutazione dei dirigenti introdotti nelle aziende sanitarie e le performance conseguite da queste. GIOVANELLI L., MARINÒ L., ROTONDO F., FADDA N., *La funzione di valutazione delle performance nel settore sanitario italiano. Evidenze alla luce di un'indagine empiriche*, paper presentato al IV Workshop Nazionale di Azienda Pubblica "Il sistema delle amministrazioni pubbliche per un modello di crescita economico sostenibile", Roma,

In particolare, il suddetto campione è stato scelto in relazione al livello di domanda espressa dalla popolazione, all'efficienza e all'economicità del servizio sanitario regionale.

Con particolare riferimento al livello di domanda effettiva di salute, la selezione del campione è stata effettuata utilizzando l'indicatore del *tasso di ospedalizzazione standardizzato*¹⁰⁸, determinato come media ponderata dei tassi specifici di ospedalizzazione per età, in cui, per ogni età i coefficienti di ponderazione sono ottenuti da una popolazione tipo, scelta come riferimento (standard).

Il tasso specifico di ospedalizzazione è dato, a sua volta, dal rapporto tra il numero dei dimessi residenti nel territorio regionale e il numero complessivo dei residenti stessi, moltiplicato per 1.000 abitanti.

L'impiego del tasso di ospedalizzazione standardizzato per la selezione del campione consente di eliminare le differenze di contesto, derivanti dalla diversa composizione per età delle popolazioni su cui è stato calcolato, rendendo così possibile il confronto fra tassi riferiti a popolazioni differenti. In altre parole, uno screening dei sistemi sanitari regionali in relazione all'indicatore descritto consente di individuare gruppi più omogenei rispetto alla richiesta di salute, ossia al livello di domanda di assistenza sanitaria.

L'altra variabile considerata per l'individuazione del campione è costituita dalla *qualità delle prestazioni erogate*, la quale esprime anche la capacità dei singoli sistemi di rispondere alle esigenze di salute avanzate dalla popolazione.

In particolare, ai fini della suddetta selezione, è stato considerato il tasso di soddisfazione degli utenti, determinato dall'ISTAT¹⁰⁹, e l'indicatore ISQ (*Indicatore Sintetico di Qualità*), definito nel lavoro di ricerca condotto da Pammolli, Salerno e Papa.

2010.

¹⁰⁸ I dati relativi al tasso di ospedalizzazione standardizzato sono stati prelevati dal *Rapporto nazionale di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza - anni 2005-2006*, del Ministero della Salute, di giugno 2009.

¹⁰⁹ ISTAT, *Sistema informativo territoriale su sanità e salute*, 2007.

L'indicatore sintetico di qualità (ISQ) dei Sistemi Sanitari Regionali è calcolato come media pesata degli indicatori riassuntivi di quattro differenti gruppi di indicatori. Il primo gruppo, utilizzato per il calcolo della media, è composto da indicatori di outcome, prelevati dal "Progetto Mattoni", condotto dal Ministero della Salute. Il secondo gruppo, riguardante, invece, il grado di soddisfazione dell'assistenza sanitaria nella Regione, è stato prelevato dall'indagine multiscopo dell'Istat sulle famiglie italiane "Analisi della vita quotidiana". Il terzo gruppo, prelevato dal sito del Ministero della Salute, esprime la mobilità regionale. Il quarto gruppo, infine, composto da 17 indicatori di rischio di ricovero per 9 aree diagnostiche, è stato estratto dall'"Atlante Sanitario 2008".

Ai fini del calcolo della media è stato assegnato un peso maggiore (1/2) agli indicatori di outcome, per la loro numerosità, il loro dettaglio e la loro natura oggettiva. Agli altri tre gruppi, invece, è stato assegnato il peso di 1/6 ciascuno¹¹⁰.

Per la selezione del campione omogeneo sono stati considerati, infine, *l'impiego delle risorse, i volumi di attività e le condizioni di equilibrio economico*. In particolare, tale selezione è avvenuta considerando l'incrocio tra il valore della spesa pro-capite e il risultato consolidato "avanzo-disavanzo regionale"¹¹¹.

L'operazione di screening, condotta sulla base degli indicatori descritti, ha dato come risultato un campione tendenzialmente omogeneo relativamente alla domanda effettiva di salute, alla qualità delle prestazioni erogate, alla spesa pro-capite e al risultato economico consolidato, composto dalle Regioni Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e dalla provincia autonoma di Trento. Si è quindi proceduto all'analisi dei singoli sistemi tariffari, al fine di verificare, attraverso un confronto tra le modalità di

¹¹⁰ PAMMOLLI F., PAPA G., SALERNO N.C., *La spesa sanitaria pubblica in Italia: dentro la "scatola nera" delle differenze regionali*, CERM, Il modello SaniRegio 2, *Competitività, Regolamentazione, Mercati*, Quaderno 2, 2009. Il citato lavoro è stato oggetto di recente aggiornamento, rinvenibile in PAMMOLLI F., SALERNO N.C., *Le differenze regionali nella governance della spesa sanitaria. La sanità alla sfida del federalismo*, Il modello saniRegio di CERM, Working Paper n.2, 2011.

¹¹¹ BERGAMASCHI M., LECCI F. (a cura di), *Le caratteristiche degli indicatori utilizzati nei sistemi di programmazione e controllo in sanità*, in CANTÙ E., *Rapporto Oasi 2009. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea, 2009.

determinazione delle tariffe stesse ed i risultati economici conseguiti dalle ASL e AO che compongono il gruppo, l'esistenza di una possibile relazione tra questi e l'economicità aziendale.

3.3. Struttura organizzativa dei Sistemi Sanitari Regionali

Prima di affrontare nello specifico il tema dei sistemi tariffari delle Regioni individuate nel precedente paragrafo, appare opportuno indicare, per ognuna di esse, le disposizioni normative poste alla base del proprio Sistema Sanitario e una breve descrizione della composizione del gruppo.

La visione delle principali normative regionali permette, infatti, di evidenziare alcune peculiarità organizzative e strutturali dei sistemi sanitari osservati e, conseguentemente di capire il contesto in cui i tariffari, successivamente analizzati, trovano applicazione.

In particolare, si sottolinea come, a seconda della struttura organizzativa del gruppo sanitario regionale, il meccanismo di remunerazione su base tariffaria, quale specifico strumento di governo, possa assumere una differente rilevanza, con evidenti riflessi sull'impatto di questo sulle performance aziendali.

Di seguito, pertanto, definita la normativa di riferimento, si procede con la presentazione della struttura del Servizio Sanitario di ogni singola Regione, ossia con l'indicazione del numero e delle dimensioni delle ASL presenti in ciascuna di esse, nonché del numero delle AO eventualmente presenti.

Si evidenzia, inoltre, il numero dei presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle ASL e la presenza o meno di altre strutture pubbliche e private accreditate, come i Policlinici Universitari, Ospedali classificati, Presidi qualificati ed enti di ricerca, tra cui eventuali IRCCS.

Si prospettano poi eventuali iniziative riguardanti l'adozione di specifici meccanismi di governance, diretti a rafforzare il legame e il coordinamento tra le diverse aziende sanitarie, e si evidenzia, inoltre, l'eventuale istituzione, a tal fine, di ulteriori

soggetti chiamati a svolgere delle funzioni di governo, sia a livello regionale, affiancando quindi l'ente regione nell'attività di indirizzo e coordinamento, sia a livello intermedio tra questo e le stesse aziende sanitarie.

A ciò segue un breve richiamo del meccanismo di finanziamento delle varie Regioni e, in particolare, si evidenziano le modalità di ripartizione del FSR fra le ASL e le caratteristiche fondamentali dei sistemi tariffari adottati. Relativamente a questi ultimi, in particolare, si indica, se le Regioni in oggetto dispongono di un proprio tariffario e il metodo utilizzato per la loro determinazione.

3.3.1. Il Sistema Sanitario della Regione Piemonte

I principali disposti normativi su cui si basa l'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario della Regione Piemonte, sono rappresentati dalla L.R. n. 18 del 6 agosto 2007 (*Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale*), dalla L.R. n. 10 del 24 gennaio 1995 (*Ordinamento, organizzazione e funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali*) e dalla L.R. n. 8 del 18 gennaio 1995 (*Finanziamento, gestione patrimoniale ed economico finanziaria delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere*). La L.R. 10/95 è stata successivamente modificata dalla stessa L.R. n. 18/2007, mentre la L.R. n. 8/1995 è stata modificata dalle leggi n. 64/1995, n. 94/1995, n. 69/1996 e n. 14/2005.

Attraverso le già menzionate leggi regionali n. 10/1995 e n. 18/2007 si definisce l'ambito territoriale delle ASL, prevedendo come questo debba coincidere con quello delle provincie, non escludendo, tuttavia, la possibilità di individuare all'interno di queste un numero maggiore di aziende¹¹².

¹¹² Art. 18 L.R. n. 18/2007.

Tali ASL, in linea anche con il disposto normativo nazionale n. 229/1999, sono organizzate in distretti, la cui definizione degli ambiti territoriali ricade nella sfera decisionale del direttore generale¹¹³, e in presidi ospedalieri¹¹⁴.

La Regione Piemonte riconosce alle ASL la funzione di assicurare la tutela psico-fisica della popolazione attraverso l'erogazione delle prestazioni sanitarie (LEA) definite nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) e nel Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR)¹¹⁵.

In particolare le ASL provvedono alla gestione delle attività sanitarie, di quelle socio assistenziali a rilievo sanitario e delle attività di assistenza. Tali attività possono essere erogate dalle ASL stesse attraverso i propri distretti, le strutture a gestione diretta, oppure, attraverso le Aziende Ospedaliere e altre strutture pubbliche e private accreditate.

Con riguardo specifico alle AO, si attribuisce a queste la funzione di unità erogatrici di attività specialistiche, nelle quali rientrano le prestazioni di ricovero, le prestazioni specialistiche ambulatoriali e le attività di emergenza e urgenza ospedaliere¹¹⁶.

Attraverso gli stessi disposti normativi si istituisce l'area di coordinamento sovrazonale, consistente nell'accentramento in alcune ASL, specificamente indicate dalla Regione, di funzioni relative a servizi amministrativi, logistici, tecnico-economici e, in particolare, di funzioni di approvvigionamento di beni e servizi, di gestione dei magazzini, di gestione delle reti informative e di organizzazione dei centri di prenotazione¹¹⁷.

L'obiettivo di tale meccanismo di coordinamento è il perseguimento di un maggior livello di efficacia e di efficienza dei processi produttivi.

¹¹³ L'ambito territoriale dei distretti è definito dal direttore generale sulla base dei criteri definiti dall'articolo 19 commi 1 e 2 della L.R. n. 18/2007.

¹¹⁴ Si veda a riguardo l'articolo 22 della L.R. n. 10/1995.

¹¹⁵ Art. 4 L.R. n. 10/1995.

¹¹⁶ Art. 4 L.R. n. 10/1995.

¹¹⁷ Si veda l'articolo 23 della L.R. n. 18/2007.

Il gruppo sanitario piemontese si compone, allo stato attuale, di 13 ASL a cui fanno complessivamente capo 61 presidi ospedalieri e ognuna delle quali assiste, in media, una popolazione di 338.559 utenti.

In aggiunta alle 13 ASL si computano 8 AO nonché, 12 strutture equiparate nelle quali rientrano 2 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)¹¹⁸ di diritto privato, 5 Ospedali classificati e 5 Presidi classificati.

La Regione conta, inoltre, 43 case di cura di cui 39 private accreditate e 4 private non accreditate. Non sono presenti, invece, IRCSS di diritto pubblico, nessun policlinico universitario a gestione diretta e nessun ente di ricerca¹¹⁹.

Le aziende sanitarie operanti nel gruppo sono indirizzate e coordinate dall'ente regionale il quale attraverso un'efficace attività di pianificazione definisce gli obiettivi sanitari da perseguire e le politiche da attuare. In tale attività di pianificazione, la Regione si avvale del Consiglio Regionale di Sanità e Assistenza (CORESA), istituita con la L.R. n. 30 del 4 luglio 1984, dell'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (ARESS), istituita con la L.R. n.10/1998, e della Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria¹²⁰.

L'attività di pianificazione svolta dalla Regione con l'ausilio degli enti indicati si concretizza con la predisposizione del Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR)¹²¹ a cui dal 2007 si affiancano i Profili e piani di salute (PEPS)¹²². Questi ultimi rappre-

¹¹⁸ Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) sono ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

¹¹⁹ I dati esposti sono tratti da: LECCI F., LIOTTA A., *La struttura del SSN*, in CANTÙ E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2009*, Milano, Egea, 2009.

¹²⁰ A riguardo si vedano gli articoli 4 e 6 della L.R. n 18/2007. L'articolo 10 dello stesso disposto normativo prevede, inoltre, la partecipazione al processo di pianificazione degli utenti, delle organizzazioni sindacali e di volontariato, delle associazioni di tutela e di promozione sociale e di altri soggetti del terzo settore.

¹²¹ Il Piano Socio-Sanitario Regionale è definito dall'articolo 11 della legge n. 18/2007 come lo strumento di programmazione attraverso il quale la Regione definisce gli obiettivi di salute di politica sanitaria regionale e adegua l'organizzazione dei servizi socio-sanitari in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione. L'articolo 12 della stessa legge definisce, invece, il contenuto del Piano, in cui rientrano gli obiettivi generali di salute e di benessere e le linee di governo.

¹²² L'art. 14 della L.R. n. 18/2007 definisce il PEPS come "strumento con cui la comunità locale, a

sentano strumenti di programmazione a livello distrettuale, posti sotto la diretta responsabilità dei Sindaci e disegnati in stretto contatto con la comunità che rappresentano: cittadini, forze sociali, economiche, istituzioni, operatori dei servizi.

Il PSSR e i PEPS sono infine attuati a livello locale dalle singole ASL e AO attraverso la predisposizione dei piani attuativi locali¹²³.

Relativamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria piemontese, disciplinato dalla legge n. 8/1995, si è già avuto modo di osservare nel precedente capitolo come il Piemonte rientri nel gruppo di Regioni che hanno notevolmente modificato l'insieme dei criteri utilizzati per la pesatura della quota capitaria, introducendo delle modalità alternative di riparto del Fondo Sanitario Regionale rispetto a quelle indicate dalla normativa nazionale¹²⁴.

Con riferimento al sistema tariffario, invece, si rileva che la Regione Piemonte dispone di un proprio tariffario la cui determinazione si basa sul cosiddetto metodo dei pesi, secondo il quale vengono mantenuti i pesi nazionali, il cui valore viene aumentato o ridotto per punto DRG, sulla base di una valutazione dei costi di produzione stabiliti per un dato gruppo di diagnosi.

Allo stato attuale l'ultimo aggiornamento delle tariffe di ricovero risale al DGR n. 44-2139/2006, integrato, a seguito del recepimento del Decreto Ministeriale del 18 dicembre 2008 (*Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere*), dalla DGR n. 59-11816 del 20 luglio 2009.

livello distrettuale, definisce il proprio profilo di salute, individua gli obiettivi di salute e produce linee di indirizzo volte ad orientare le politiche del territorio”.

¹²³ Art. 15 e 16 della L.R. n. 18/2007.

¹²⁴ A riguardo si rinvia a quanto già esposto nel primo paragrafo del secondo capitolo.

3.3.2. Il Sistema Sanitario della Regione Lombardia

Il sistema sanitario della Regione Lombardia è regolato da un'unica legge regionale, la n.31 dell'11 luglio 1997 (*Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali*), che disciplina il riassetto del servizio sanitario, l'organizzazione, il funzionamento e il finanziamento delle Aziende Sanitarie Regionali. Tale normativa ha subito nel corso degli anni una serie di modifiche tra cui, la più recente, avvenuta attraverso la L.R. n. 18/2009.

Anche nella Regione Lombardia gli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali tendono a coincidere con le circoscrizioni delle provincie, fatta eccezione per alcuni comuni¹²⁵.

In coerenza, inoltre, con le disposizioni normative nazionali, le ASL sono organizzate in distretti territoriali e presidi ospedalieri. È stato, altresì, istituito il dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate¹²⁶.

Le ASL hanno il compito di tutelare la salute dei cittadini, garantendo i livelli di assistenza definiti in sede di programmazione sanitaria nazionale e regionale. Tali livelli sono garantiti attraverso l'erogazione diretta delle prestazioni sanitarie, nonché, a seguito della libera scelta delle strutture riconosciuta al cittadino, attraverso l'acquisto da altri soggetti erogatori pubblici e privati accreditati, con i quali si stipulano gli accordi disciplinati dall'articolo 8 comma 5 del decreto di riordino (d.lgs. n. 229/1999)¹²⁷.

Tra i soggetti erogatori pubblici si evidenziano le Aziende Ospedaliere, le quali esercitano attività sanitarie specialistiche e di ricovero, e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCSS), che concorrono, insieme alle prime, alla realizzazione dei livelli essenziali di assistenza¹²⁸.

¹²⁵ Il comune di San Colombano al Lambro che fa parte integrante della ASL di Lodi e i comuni appartenenti alle ASL di Vallecambonica-Sebino. Vedi articolo 2 comma 3 delle L.R. 31/1997.

¹²⁶ Articoli 8 e 9 della L.R. n. 31/1997.

¹²⁷ Si veda a riguardo l'articolo 2 commi 3 e 4 della L.R. n. 31/1997. Relativamente all'accredimento delle strutture sanitarie si vedano, invece, gli articoli 4 e 12 dello stesso disposto normativo.

¹²⁸ Art. 3 commi 4 e 5 della L.R. n. 31/1997.

Nel Rapporto Oasi 2009 si evidenzia la presenza, nella Regione Lombardia, di 15 ASL, ognuna delle quali assiste una popolazione media di 642.827 abitanti.

In tutto il territorio regionale sono presenti solamente 2 presidi a gestione diretta delle ASL, contro 29 Aziende Ospedaliere, a cui si aggiunge la presenza di 33 strutture equiparate, di cui 21 IRCCS di diritto privato e 6 di diritto pubblico, nonché 6 ospedali classificati. Sono inoltre presenti 85 case di cura private, di cui 74 accreditate.

Non sono presenti, invece, policlinici universitari, presidi classificati e enti di ricerca¹²⁹.

L'elevata presenza di Aziende Ospedaliere e di terze strutture pubbliche e private, contro il numero ridotto di presidi ospedalieri a gestione diretta delle ASL, palesa la volontà della Regione Lombardia di adottare un modello di quasi-market fortemente orientato alla competizione fra le strutture sanitarie operanti nel territorio.

Si evidenzia come la Regione Lombardia, sia stata l'unica tra le regioni italiane ad aver puntato ad una marcata competitività, attraverso la distinzione netta tra soggetti acquirenti (ASL) e soggetti erogatori (AO e terze strutture accreditate) di prestazioni sanitarie.

In particolare, come si è già descritto in precedenza¹³⁰, alle Aziende Sanitarie Locali è stata fortemente limitata la funzione produttiva, scorporando da queste i presidi ospedalieri, i quali sono stati costituiti in Aziende Ospedaliere autonome, poste, a loro volta, in concorrenza con terze strutture, pubbliche e private, accreditate.

In tale contesto le ASL si limitano a garantire direttamente ai propri assistiti solamente alcuni servizi distrettuali come l'assistenza primaria (medicina di base) e le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (attività e servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze, servizi consultoriali assistenza domiciliare ecc.), provve-

¹²⁹ LECCI F., LIOTTA A., *La struttura del SSN*, in CANTÙ E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2009*, op. cit.

¹³⁰ Si veda a riguardo quanto esposto nel secondo capitolo del presente lavoro, discorrendo sui differenti modelli di competizione attuati nelle regioni italiane.

dendo, per contro, ad acquistare dalle AO e dalla terze strutture accreditate tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale e le prestazioni ospedaliere.

Nei confronti delle ASL e dei soggetti pubblici e privati operanti nel territorio, la Regione esercita le funzioni di indirizzo, coordinamento, controllo e supporto, le quali vengono esplicitate con la redazione del piano socio-sanitario. Attraverso quest'ultimo l'ente regionale definisce i livelli essenziali di assistenza stabiliti dal piano sanitario nazionale, prevedendo la possibilità di incrementare gli stessi attraverso l'impiego di proprie risorse finanziarie¹³¹.

Per ciò che concerne il sistema di finanziamento, si evidenzia infine come la Regione Lombardia, relativamente al calcolo della quota capitaria per la ripartizione del FSR, corregga i criteri nazionali definiti dalla legge n. 662/1996, adattando la scelta degli indicatori senza portare tuttavia alcuna modifica al modello di solidarietà previsto dagli stessi criteri nazionali¹³².

La quota capitaria, determinata sulla base di parametri oggettivi, è diretta alla copertura dei servizi direttamente erogati dalle ASL, nonché al pagamento delle prestazioni acquistate dalla ASL stessa per i propri assistiti, dai soggetti erogatori pubblici e privati accreditati¹³³.

L'acquisto di prestazioni da terze strutture è regolato da un apposito sistema tariffario, di cui l'ultimo aggiornamento risale alla D.G.R. 937/2010.

Gli importi tariffari sono definiti applicando il metodo analitico, consistente in un'analisi dei costi svolta sulle strutture presenti nel proprio territorio o attraverso una stima dei costi standard di produzione di un *panel* di ospedali operanti nella Regione.

¹³¹ Si veda l'articolo 1 commi 3, 4 e 5 della L.R. n. 31/1997.

¹³² Si veda a riguardo quanto esposto nel primo paragrafo del precedente capitolo.

¹³³ Art. 13 comma 12 della L.R. 31/1997.

3.3.3. Il Sistema Sanitario della Regione Valle d'Aosta

La normativa di riferimento, in materia di organizzazione sanitaria della Regione Valle d'Aosta è data dalla L.R. n. 5 del 25 gennaio 2000 (*Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella Regione*), modificata da una serie di interventi legislativi di cui i più recenti risalgono alla L.R. 15/ 2006 e 21/2006.

La Valle d'Aosta assicura i livelli essenziali e appropriati di assistenza attraverso un'unica azienda USL con sede in Aosta, coincidente con l'ambito territoriale della Regione¹³⁴.

Le prestazioni e le attività effettuate dall'azienda USL sono raggruppate ed ordinate nelle tre seguenti aree organizzative¹³⁵:

- area di degenza, preposta all'organizzazione, alla produzione ed all'erogazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera in forma di ricovero e alla fornitura di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Attività svolte dall'unico presidio ospedaliero operante nella Regione¹³⁶;
- area territoriale-distrettuale, preposta a livello extra-ospedaliero all'organizzazione, alla produzione ed all'erogazione dell'assistenza sanitaria di primo intervento o di emergenza, di prestazioni di diagnosi, di cura e di riabilitazione in forma generica o specialistica, di tipo ambulatoriale, residenziale o semiresidenziale, domiciliari o integrate con i servizi domiciliari, di prestazioni socio-sanitarie¹³⁷;

¹³⁴ Articolo 9 della L.R. n. 5/2000.

¹³⁵ Articolo 26 della L.R. n. 5/2000.

¹³⁶ Sull'organizzazione dei Presidi Ospedalieri si vedano gli articoli 27 e 28 della Legge Regionale di riordino del Sistema Sanitario.

¹³⁷ Articoli 29 e 30 della L.R. n. 5/2000.

– area della prevenzione, preposta agli interventi per la tutela e per la prevenzione della salute individuale o collettiva¹³⁸.

Non risultano presenti, nel territorio regionale della Valle d’Aosta, Aziende Ospedaliere e altre strutture di ricovero equiparate sia pubbliche che private¹³⁹.

I livelli di assistenza sono definiti dall’ente regionale, in conformità alle risorse finanziarie definite dalla stessa Regione, nelle leggi finanziarie vigenti nei periodi considerati.

Tali livelli, rappresentanti gli obiettivi di salute da perseguire da parte della USL, sono esplicitati, nel piano socio-sanitario regionale, definito dal disposto normativo come l’atto con il quale la Regione definisce gli interventi per il raggiungimento degli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi in relazione ai bisogni assistenziali e di salute della popolazione¹⁴⁰.

Relativamente all’allocazione delle risorse finanziarie all’interno del gruppo sanitario Valdostano, l’articolo 6 della L.R. 5/2000 prevede un trasferimento di risorse dalla Regione alla USL, effettuato, comunque, sulla base di una quota capitaria, calcolata considerando gli indici di accesso all’assistenza (determinati dalla programmazione sanitaria e socio-assistenziale regionale), i bisogni espressi dalla popolazione, la qualità delle cure e la loro appropriatezza, nonché l’economicità dell’impiego delle risorse.

Il finanziamento è destinato, tra le altre cose, alla copertura degli oneri di produzione sostenuti dall’azienda USL per l’erogazione delle prestazioni alla popolazione residente nella Regione, nonché per il pagamento delle prestazioni sanitarie erogate per conto della stessa azienda USL da altri soggetti erogatori pubblici e privati accreditati¹⁴¹.

¹³⁸ Articoli 31 e 32 della L.R. n. 5/2000.

¹³⁹ LECCI F., LIOTTA A., *La struttura del SSN*, in CANTÙ E., *L’aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2009*, op. cit.

¹⁴⁰ Art. 2 della L.R. n.5/2000.

¹⁴¹ Art. 6 comma 3 della L.R. n.5/2000.

Questi ultimi sono remunerati sulla base del sistema tariffario regionale (definito attraverso la DGR n. 1401/2009) che richiama il sistema nazionale, modificato di variazioni percentuali in aumento e in diminuzione, in relazione a caratteristiche specifiche del contesto sanitario regionale.

3.3.4. Il sistema Sanitario della Regione Veneto

Il Sistema Sanitario della Regione Veneto è disciplinato dalla L.R. n. 56 del 14 settembre 1994 (*Norme e principi per il riordino del Servizio Sanitario Regionale*) e dalla L.R. n. 55 del 14 settembre 1994 (*Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio-sanitarie e delle Aziende Ospedaliere*).

Entrambi i disposti normativi hanno subito nel corso degli anni varie modifiche, tra cui, le più recenti, apportate rispettivamente dalla L.R. n. 17 del 4 marzo 2010 e dalla L.R. n.46 del 9 settembre 1999.

Nel disposto regionale n. 56/1994 si definiscono gli ambiti territoriali delle ASL, designando 21 aziende a cui fanno capo 46 presidi ospedalieri a gestione diretta e si individuano 2 sole Aziende Ospedaliere¹⁴².

Le ASL venete, come nel caso delle altre Regioni già analizzate e in conformità con quanto espresso nella 229/1999, sono organizzate in distretti, ciascuno dei quali rappresenta il centro di riferimento dei cittadini per tutti i servizi dell'Unità locale socio-sanitaria, nonché il polo unificante dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali a livello territoriale¹⁴³; in presidi ospedalieri, mediante i quali l'Unità locale socio-sanitaria assicura l'assistenza ospedaliera in modo unitario ed integrato¹⁴⁴ e infine nel dipartimento di prevenzione, inteso come la struttura tecnico-funzionale

¹⁴² In merito si vedano gli allegati A e B all'articolo 9 della L.R. n. 56/1994.

¹⁴³ Art. 22 della L.R. n.56/1994.

¹⁴⁴ Art. 24 della L.R. n. 56/1994.

dell'Unità locale socio-sanitaria preposta alla promozione, nel territorio di competenza, della tutela della salute della popolazione¹⁴⁵.

All'azienda Sanitaria Locale viene riconosciuta la funzione di assicurare ai cittadini le prestazioni previste nei livelli uniformi di assistenza stabiliti dal Piano Socio Sanitario Regionale, nel rispetto del Piano sanitario Nazionale, avvalendosi delle proprie strutture o attraverso l'acquisto delle stesse prestazioni dalle Aziende Ospedaliere o da istituzioni sanitarie a gestione pubblica e privata accreditate, alle quali vengono corrisposte delle tariffe sulla base dell'apposito sistema tariffario regionale¹⁴⁶.

Relativamente alle istituzioni pubbliche e private accreditate si evidenzia la presenza, affianco alle ASL e alle AO, di 14 strutture di ricovero equiparate, includenti 3 IRCCS di diritto privato, una IRCSS di diritto pubblico, 6 Ospedali classificati e 4 Presidi classificati; nonché si contano 19 case di cura private di cui 16 accreditate¹⁴⁷.

Con riguardo all'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale Veneto appare opportuno evidenziare l'istituzione, attraverso la delibera regionale n. 2846/2006, di cinque "aree vaste" (Verona, Vicenza, Padova, Rovigo-Venezia e Belluno-Treviso), con funzione di accentramento di alcuni processi gestionali e servizio tecnico-amministrativi delle ASL.

Tale processo di accentramento è stato dettagliatamente descritto in uno studio, nel quale si mette in particolare evidenza la riorganizzazione degli acquisti da parte delle ASL, delineando un processo di approvvigionamento organizzato su tre livelli¹⁴⁸.

¹⁴⁵ Art. 23 della L.R. n. 56/1994.

¹⁴⁶ A riguardo si veda l'articolo 3 della L.R. n.56/1994.

¹⁴⁷ LECCI F., LIOTTA A., *La struttura del SSN*, in CANTÙ E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2009*, op. cit.

¹⁴⁸ AGENZIA REGIONALE SOCIO SANITARIA DEL VENETO, *Innovazione gestionale in Sanità: Riorganizzazione dei processi tecnico-amministrativi in materia di acquisti e logistica*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2010.

Un primo livello è quello regionale, riguardante gli acquisti omogenei per i quali è possibile ottenere un maggior risparmio, aggregando l'intero fabbisogno della Regione.

Un secondo livello è invece rappresentato dall'Area Vasta, che prevede l'esternalizzazione della "funzione acquisti" in capo ad un'Azienda Sanitaria Locale, individuata come capofila dell'Area vasta, con conseguente sgravio della stessa funzione da parte delle altre aziende aderenti.

Infine, si ha un livello aziendale riguardante tutti gli acquisti residuali non compresi nei livelli di Area vasta e regionali.

La Regione svolge, secondo il disposto normativo regionale, le funzioni di programmazione, indirizzo, controllo e coordinamento nei confronti delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere¹⁴⁹.

L'esercizio di tali funzioni avviene con il supporto dell'Agenzia Regionale Socio-Sanitaria, istituita con la L.R. n. 32/2001, e si traduce nella redazione del Piano Socio Sanitario Regionale.

Gli obiettivi e le politiche di indirizzo definite in tale documento sono, a loro volta, attuati dalle singole aziende sanitarie locali e ospedaliere attraverso l'impiego degli appositi strumenti di programmazione aziendale, disciplinati nella L.R. 55/1994¹⁵⁰.

Alla Regione spetta, inoltre, l'individuazione, attraverso l'approvazione del bilancio regionale, delle risorse finanziarie destinate all'erogazione dell'assistenza sanitaria e la ripartizione delle stesse fra le Aziende Sanitarie Locali operanti nel proprio territorio.

Tale ripartizione avviene sulla base di una quota capitaria, determinata considerando la popolazione residente distinta per classi di età e, corretta considerando

¹⁴⁹ Art. 2 della L.R. n. 56/1994.

¹⁵⁰ Si vedano, relativamente agli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie, gli articoli 1, 2 e 3 della L.R. 55/1994.

particolari condizioni ambientali ed aspetti organizzativi dovuti a direttive regionali¹⁵¹.

In particolare, con riferimento a quanto esposto nel precedente capitolo la Regione Veneto, come la Lombardia, per la determinazione della quota capitaria, corregge i criteri nazionali definiti dalla legge n. 662/1996, adattando la scelta degli indicatori, senza influenzare il modello di solidarietà derivante dall'adozione dei criteri nazionali.

In conclusione, come già vi è stato modo di indicare nel precedente capitolo, la Regione Veneto dispone di un proprio sistema di tariffe, il cui importo viene determinato attraverso una specifica analisi dei costi (metodo analitico), svolta sulle strutture operanti nel proprio territorio.

3.3.5 Il Sistema Sanitario della Regione Friuli Venezia Giulia

Il Sistema Sanitario della Regione Friuli Venezia Giulia è regolamentato dalla L.R. n. 41 del 15 giugno 1993 (*Norme propedeutiche e principi per il riordino della disciplina in materia sanitaria*), dalla L. R. n. 12 del 30 agosto 1994 (*Disciplina dell'assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario regionale ed altre disposizioni in materia sanitaria e sullo stato giuridico del personale regionale*) e dalla L. R. n. 49 del 19 dicembre 1996 (*Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione socio-sanitaria*).

Tutte le suddette disposizioni hanno subito varie modifiche, tra le quali si annoverano le più recenti: la L.R. n. 21/2005, che ha modificato la L.R. 41/1993, la L.R. n. 14/2006, che ha modificato la L.R. 12/1994, e la L.R. 13/1998, che ha modificato la L.R. n. 49/1996.

¹⁵¹ Articolo 26 della L.R. n. 56/1994.

Attraverso le Leggi Regionali n. 41/1993 e n. 12/1994, si definisce l'ambito territoriale delle ASL, prevedendo l'istituzione di 6 Aziende Sanitarie Locali¹⁵², a ciascuna delle quali corrisponde in media una popolazione di 203.677 assistiti. Queste, ai sensi dello stesso disposto normativo, sono organizzate in distretti, presidi ospedalieri (attualmente risultano operanti sul tutto il territorio regionale 8 presidi a gestione diretta delle ASL) e nelle strutture di dipartimento di prevenzione e dipartimento per la tutela della salute mentale¹⁵³.

Il gruppo sanitario friulano, oltre alle citate ASL, include 3 Aziende Ospedaliere, 4 strutture di ricovero equiparate, di cui 2 IRCCS di diritto privato e 2 di diritto pubblico, nonché 5 case di cura private e accreditate¹⁵⁴.

Relativamente alla struttura organizzativa del sistema sanitario della Regione appare opportuno evidenziare l'istituzione, attraverso il D.G.R. n. 3479 del 10 novembre 2000 (*Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nell'anno 2001*), di 3 "Conferenze di area vasta", quali sedi di concertazione delle strategie comuni alle Aziende territoriali e alle Aziende Ospedaliere pubbliche e private.

A riguardo, si evidenzia, inoltre, l'istituzione attraverso la L.R. n. 20 del 2004 del Centro Servizi Condivisi (CSC), un Ente Regionale predisposto alla gestione centralizzata degli acquisti e dei servizi amministrativi delle Aziende Sanitarie operanti nel gruppo.

Sulla base del disposto normativo n. 41/1993 all'Ente Regione spetta il compito di indirizzare e coordinare le Aziende Sanitarie operanti nel territorio¹⁵⁵.

Le funzioni, di indirizzo e di coordinamento, si esplicano attraverso un adeguato processo di pianificazione, diretto a definire gli obiettivi di salute e le modalità per

¹⁵² Art. 5 della L.R. n. 41/1993 e Art. 8 della L.R. n.12/1994.

¹⁵³ Artt. 14,21,20 22 e 23 della L.R. n. 12/1994.

¹⁵⁴ LECCI F., LIOTTA A., *La struttura del SSN*, in CANTÙ E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2009*, op. cit.

¹⁵⁵ Art. 2 della L.R. n. 41/1993.

il loro raggiungimento, nonché le risorse finanziarie e i criteri di finanziamento delle aziende¹⁵⁶.

In relazione a quest'ultimo aspetto si evidenzia come il Friuli Venezia Giulia, al pari delle Regioni Lombardia e Veneto già trattate, proceda ad una ripartizione del Fondo Sanitario Regionale tra le ASL, sulla base di una quota capitaria, determinata apportando delle correzioni ai criteri nazionali, senza modificare il modello di solidarietà scaturente da questi.

Si evidenzia, inoltre, l'adozione da parte della stessa Regione di un sistema di tariffe, diretto a regolare le operazioni di acquisto di prestazioni sanitarie dalle Aziende Ospedaliere e da terze strutture pubbliche e private accreditate, determinate apportando semplicemente delle variazioni percentuali alle tariffe definite dal sistema tariffario nazionale.

3.3.6. Il Sistema Sanitario della Regione Emilia Romagna

I principali disposti normativi, su cui si basa l'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario della Regione Emilia Romagna, sono la L.R. n. 19 del 12 maggio 1994 (*Norme per il riordino del servizio sanitario regionale*), modificata da una serie di interventi legislativi successivi, tra i quali il più recente è dato dalla L.R. n.4/2008, e la L.R. n. 50 del 20 dicembre 1994 (*Norme in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere*), anch'essa modificata dalla recente L.R. n. 4/2008.

Come si evince dal Rapporto Oasi 2009 risultano operanti nella Regione Emilia Romagna 11 Aziende Sanitarie Locali, a ciascuna delle quali fanno capo, in media, 338.709 assistiti, e i cui ambiti territoriali sono definiti dalla normativa regionale n.19/1994¹⁵⁷.

¹⁵⁶ Art. 12 della L.R. n. 49/1996.

¹⁵⁷ Art. 3 della L.R. n. 19/1994.

Tali strutture sono organizzate ai sensi dello stesso disposto normativo¹⁵⁸ in distretti, destinati ad assicurare alla popolazione di riferimento l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e sociali ad elevata integrazione sanitaria¹⁵⁹, in presidi ospedalieri (all'interno della Regione Emilia Romagna si contano 21 presidi a gestione diretta), preposti alla erogazione di prestazioni e servizi specialistici¹⁶⁰, e nel dipartimento di sanità pubblica, preposto alla tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, allo svolgimento di attività epidemiologiche, nonché al supporto in ordine alla elaborazione dei piani per la salute e alla loro realizzazione

Le 11 Asl sono affiancate da 4 Aziende Ospedaliere e da un'unica struttura accreditata, raffigurata da una IRCSS di diritto pubblico. All'interno del gruppo sanitario emiliano operano, inoltre, 47 case di cura private di cui 45 accreditate¹⁶¹.

Come si è già avuto modo di vedere relativamente al Veneto e al Friuli Venezia Giulia, anche in Emilia Romagna sono state istituite delle aree vaste. In particolare, nella Regione in oggetto si sono individuate le aree di Emilia Nord, Emilia Centrale e Romagna, ognuna delle quali raggruppa una serie di ASL, al fine di coordinare le strategie e i processi di acquisto delle stesse.

In base alla normativa vigente, all'Ente Regionale spetta il compito di indirizzare e coordinare le Aziende Sanitarie operanti nel territorio. Tali funzioni si concretizzano nella stesura del Piano Sanitario Regionale, nel quale si esplicitano gli obiettivi di salute da perseguire e si definiscono l'entità delle risorse finanziarie da destinare al Servizio Sanitario e i criteri di riparto delle stesse¹⁶². Nello svolgimento delle suddette attività di indirizzo e coordinamento, l'Ente Regione è supportato, ai sensi della L.R. n. 50/1995, dall'Agenzia Sanitaria Regionale. A questa, lo stesso disposto normativo, riconosce, in particolare, il compito di fornire assistenza alle Aziende

¹⁵⁸ Art. 4 comma 3 della L.R. n. 19/1994.

¹⁵⁹ Art. 9 della L.R. n. 19/1994.

¹⁶⁰ Art. 5 della L.R. n.19/1994.

¹⁶¹ LECCI F., LIOTTA A., *La struttura del SSN*, in CANTÙ E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2009*, op. cit.

¹⁶² Art. 17 della L.R. n. 19/1994.

Sanitarie operanti nel territorio regionale e di elaborare delle proposte per la definizione dei parametri di finanziamento delle aziende stesse¹⁶³.

Relativamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria regionale, si rileva come la Regione Emilia Romagna effettua, come la Lombardia, il Veneto e il Friuli Venezia Giulia, la ripartizione del FSR fra le ASL sulla base di una quota capitaria corretta in relazione agli elementi indicati dalla Legge n. 662 del 23 dicembre 1996¹⁶⁴. Per la regolamentazione degli scambi tra le Aziende Sanitarie Locali e le terze strutture pubbliche e private, riguardanti l'acquisto da parte delle prime di prestazioni sanitarie per i propri assistiti, la Regione emiliana detiene un sistema tariffario (l'ultimo aggiornamento risale al DGR n. 119/2011), le cui tariffe sono determinate sulla base di una analisi dei costi sostenuti dalle strutture operanti nel proprio territorio.

3.3.7 Il Sistema Sanitario della Regione Toscana

Il Sistema Sanitario della Regione Toscana è regolato dalla L.R. n. 40 del 24 febbraio 2005 (*Disciplina del servizio sanitario regionale*), modificata attraverso una serie di interventi legislativi, tra cui il più recente risale alla L.R. n. 65/2009.

L'appena citato disposto normativo n. 40/2005 definisce l'ambito territoriale delle Aziende Sanitarie Locali, istituendo 12 strutture, ciascuna delle quali si occupa di erogare servizi di assistenza sanitaria a una popolazione media di 306.421 utenti¹⁶⁵.

¹⁶³ Art. 39 della L.R. n. 50/1994.

¹⁶⁴ Art. 8 della L.R. n. 19/1994.

¹⁶⁵ Art. 32 comma 1 della L.R. 40/2005.

Le ASL, sulla base della stessa L.R. n. 40/2005¹⁶⁶, vengono organizzate in distretti¹⁶⁷, presidi ospedalieri (nella Regione Toscana si contano 26 presidi a gestione diretta)¹⁶⁸ e nel dipartimento di prevenzione¹⁶⁹.

Le ASL hanno la funzione di garantire i livelli essenziali di assistenza, definiti nel programma nazionale e regionale, attraverso l'erogazione diretta delle prestazioni sanitarie ai propri assistiti oppure, attraverso l'acquisto delle stesse dalle Aziende Ospedaliere e da terze strutture pubbliche o private accreditate.

Relativamente a queste ultime, dal Rapporto Oasi 2009 risultano operanti, allo stato attuale, all'interno del territorio toscano, 4 Aziende Ospedaliere, 28 case di cura accreditate e 6 strutture di ricovero equiparate, di cui 2 IRCCS di diritto privato, 3 presidi privati qualificati e un ente di ricerca¹⁷⁰.

Sempre attraverso la normativa regionale si sono individuate 3 comitati di area vasta: Area vasta nord-ovest, comprendente le ASL di Massa e Carrara, di Lucca, di Pisa, di Livorno, di Viareggio e l'Azienda ospedaliero-universitaria Pisana; Area vasta centro, comprendente le ASL di Pistoia, di Prato, di Firenze, di Empoli e le Aziende ospedaliero-universitarie di Firenze; Area vasta sud-est, comprendente le ASL di Siena, di Arezzo, di Grosseto e l'Azienda ospedaliero-universitaria Senese.

Attraverso la costituzione delle 3 aree vaste si realizza una programmazione interaziendale, i cui contenuti e gli obiettivi principali sono definiti dal piano sanitario e sociale integrato regionale¹⁷¹.

Per l'esercizio dei servizi tecnico-amministrativi, viene istituito, inoltre, per ogni area, un Ente di Area Vasta (ESTAV), dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica¹⁷².

¹⁶⁶ Art. 63 della L.R. n. 40/2005.

¹⁶⁷ Artt. 64 e 66 della L.R. n. 40/2005.

¹⁶⁸ Artt. 68, 72 e 73 della L.R. n. 40/2005.

¹⁶⁹ Art. 67 della L.R. n. 40/2005.

¹⁷⁰ LECCI F., LIOTTA A., *La struttura del SSN*, in CANTÙ E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2009*, op. cit.

¹⁷¹ Art. 9 della L.R. n. 40/2005.

All'Ente Regionale spettano le funzioni di indirizzo e di coordinamento delle Aziende Sanitarie e degli Enti per i Servizi Tecnico-amministrativi di Area Vasta (ESTAV)¹⁷³.

Tali funzioni vengono esercitate attraverso un'adeguata attività di programmazione, la quale trova concretezza nella redazione del piano sanitario e sociale integrato regionale¹⁷⁴ e dei piani di area vasta, esplicitanti gli obiettivi di politica sanitaria e sociale regionale e i criteri per l'organizzazione del servizio sanitario.

L'Ente Regione, nell'esercizio della funzione di indirizzo e di coordinamento, è supportato dall'Agenzia Regionale di Sanità, istituita con la L.R. n. 71/1998. A questa, in particolare, la normativa vigente assegna, fra gli altri, i compiti di effettuare studi preparatori per gli atti di programmazione regionale, definire gli indicatori sullo stato di salute della popolazione e sui risultati delle attività del servizio sanitario regionale, effettuare delle analisi dei bisogni sanitari e verificare la qualità delle prestazioni sanitarie¹⁷⁵.

Per quanto riguarda il finanziamento delle aziende sanitarie operanti nel territorio, la legge n. 40/2005 prevede, per le Aziende Sanitarie Locali, l'assegnazione delle risorse finanziarie attraverso la ripartizione su base capitaria del Fondo Sanitario Regionale¹⁷⁶. Quest'ultima, come si è già avuto modo di vedere, viene determinata, così come per il Piemonte, impiegando un mix di criteri, che si discostano notevolmente da quelli definiti a livello nazionale, incidendo in tal modo, in maniera considerevole, nel modello di solidarietà sociale elaborato da questi.

Per le Aziende Ospedaliere la normativa prevede, invece, il finanziamento in relazione al volume delle prestazioni erogate, sulla base delle tariffe fissate dalla Regione¹⁷⁷.

¹⁷² Articoli 100 e seguenti della L.R. 40/2005.

¹⁷³ Art. 10 della L.R. n. 40/2005.

¹⁷⁴ Art. 18 della L.R. n. 40/2005.

¹⁷⁵ Art. 82 *bis* della L.R. n.40/2005.

¹⁷⁶ Art. 27 della L.R. n. 40/2005.

¹⁷⁷ Art. 28 della L.R. n.40/2005. L'articolo citato prevede altresì l'assegnazione alle stesse Aziende

Anche la Toscana, come la Lombardia, l'Emilia Romagna e il Veneto basa la determinazione delle tariffe su una preventiva analisi dei costi sostenuti dalle aziende sanitarie operanti nel proprio territorio.

3.3.8. Il Sistema Sanitario della Regione Umbria

I principali disposti normativi su cui si basa l'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario della Regione Umbria, sono rappresentati dalla L.R. n. 3 del 20 gennaio 1998 (*Ordinamento del Sistema Sanitario Regionale*) e dalla L. R. n. 51 del 19 dicembre 1995 (*Norme in materia di contabilità, di amministrazione dei beni di attività contrattuale e di controllo delle Aziende Sanitarie Regionali*). Entrambe le norme hanno subito una serie di modifiche, di cui le più recenti apportate, rispettivamente, con le Leggi Regionali n. 6/2011 e n. 8/2007.

Attraverso apposito allegato alla L.R. n. 3/1998 vengono definiti gli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali, individuando, in tutto il territorio regionale, 4 strutture, a ognuna delle quali corrisponde una popolazione media di 221.113 assistiti.

Ciascuna ASL si articola in distretti¹⁷⁸, in presidi ospedalieri (nel territorio Umbro, allo stato attuale, si contano 9 presidi a gestione diretta delle ASL)¹⁷⁹ e nel dipartimento di prevenzione¹⁸⁰.

Oltre alle 4 ASL, lo studio effettuato da Rapporto Oasi 2009, mette in evidenza la presenza nel territorio regionale di 2 Aziende Ospedaliere e di 5 case di cura private e accreditate¹⁸¹.

Ospedaliere di “quote dei fondi per lo sviluppo dei servizi di cui all’ articolo 25, comma 1, lettera b), per il finanziamento di funzioni di riferimento regionale non sufficientemente remunerate dalle tariffe e per specifiche finalità previste dagli strumenti di programmazione sanitaria e sociale integrata regionale”.

¹⁷⁸ Artt. 17 e 18 della L.R. n. 3/1998.

¹⁷⁹ Art. 19 della L.R. n. 3/1998.

¹⁸⁰ Art. 20 della L.R. n. 3/1998.

La normativa regionale attribuisce alla Regione i compiti di programmazione, di indirizzo e di coordinamento delle attività svolte nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, nonché la determinazione delle risorse dirette al loro stesso finanziamento¹⁸².

Relativamente all'attività di programmazione, la Regione approva il Piano Sanitario Regionale, attraverso il quale definisce i livelli uniformi di assistenza da assicurare su tutto il territorio regionale e gli indirizzi per l'organizzazione dei servizi¹⁸³.

L'Ente Regionale nell'esercizio delle funzioni di indirizzo e coordinamento è supportato dalla Agenzia Umbria Sanità (AUS), istituita attraverso la L.R. n. 16/2007 a cui viene riconosciuto il compito di raccordare e coordinare le funzioni tecnico-amministrative delle aziende sanitarie regionali con quelle della Direzione regionale.

Con riferimento al finanziamento delle Aziende Sanitarie operanti nella Regione umbra, la disciplina n. 3/1998 prevede per le Unità sanitarie locali l'assegnazione delle risorse finanziarie su base capitaria, con riferimento alla popolazione residente, corretta secondo parametri di natura epidemiologica e demografica.

La regione Umbria, come si è già visto per il Veneto, la Lombardia, l'Emilia Romagna e il Friuli Venezia Giulia, nella scelta del criterio di riparto del Fondo Sanitario Regionale, segue i criteri nazionali, limitandosi ad adattare la scelta degli indicatori, senza compromettere o modificare il modello di solidarietà sociale nazionale.

L'acquisto delle prestazioni sanitarie da parte delle Aziende Sanitarie Locali dalle Aziende Ospedaliere e da altre strutture accreditate è regolato, invece, dal pagamento di apposite tariffe, definite nel Sistema Tariffario Regionale e determinate attraverso l'analisi dei costi sostenuti dalle aziende operanti nel gruppo con l'impiego del metodo analitico.

¹⁸¹ LECCI F., LIOTTA A., *La struttura del SSN*, in CANTÙ E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2009*, op. cit.

¹⁸² Art 3 della L.R. n. 3/1998.

¹⁸³ Art. 22 della L.R. n. 3/1998.

3.3.9. Il Sistema Sanitario della Regione Marche

La normativa di riferimento, in materia di organizzazione sanitaria della Regione Marche è data dalla L.R. n. 22 del 28 giugno 1994 (*Ridelimitazione degli ambiti territoriali e norme per la gestione transitoria delle Unità Sanitarie Locali*), dalla L.R. n. 26 del 17 luglio 1996 (*Riordino del servizio sanitario regionale*) e dalla L.R. n. 47 del 19 novembre 1996 (*Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo delle Aziende sanitarie*). La L.R. n. 26/1996 ha modificato la legge n. 22/1994 ed ha subito a sua volta delle modifiche, delle quali, la più recente, effettuata attraverso la L.R. n. 17/2011. Anche la L.R. n. 47/1996 ha subito una serie di variazioni, di cui l'ultima risalente alla L.R. n. 14/2007.

Anche la Regione Marche, così come la Valle d'Aosta, assicura ai cittadini l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza, stabiliti sia dal Piano Sanitario Nazionale che da quello Regionale, attraverso un'unica azienda USL, coincidente con l'ambito territoriale della Regione. Tale azienda, a sua volta, assicura i livelli essenziali di assistenza, avvalendosi delle proprie strutture, delle Aziende Ospedaliere e di altre Istituzioni sanitarie pubbliche o private accreditate¹⁸⁴.

Il disposto normativo 26/1996 stabilisce l'articolazione dell'azienda sanitaria in distretti¹⁸⁵, presidi ospedalieri (nella Regione Marche, allo stato attuale, sono presenti 29 presidi ospedalieri a gestione diretta ASL)¹⁸⁶ e nel dipartimento di prevenzione¹⁸⁷.

Nella Regione, in base ai dati del Rapporto OASI, aggiornati al 2009, operano, oltre all'unica ASL, che assiste l'intera popolazione, pari a 1.553.063 utenti, anche 2 Aziende Ospedaliere, 3 IRCCS di diritto pubblico e 13 case di cura accreditate¹⁸⁸.

Relativamente all'organizzazione del sistema Sanitario marchigiano appare importante evidenziare la creazione, attraverso la delibera del Consiglio Regionale

¹⁸⁴ Art. 5 comma 2 della L.R. n. 26/1996.

¹⁸⁵ Artt. 20 e 21 della L.R. n. 26/1996.

¹⁸⁶ Art. 22 della L.R. n. 26/1996.

¹⁸⁷ Art. 24 della L.R. n. 26/1996.

¹⁸⁸ LECCI F., LIOTTA A., *La struttura del SSN*, in CANTÙ E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2009*, op. cit.

115/2009, di 5 aree vaste, rappresentanti un'articolazione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), dirette alla gestione dei servizi amministrativi e del personale.

Alla Regione, sulla base della L.R. 26/1996, spetta il compito di definire il Piano Sanitario Regionale, attraverso il quale, in accordo con quanto indicato dal PSN, si definiscono gli obiettivi di salute da perseguire e i modelli organizzativi del servizio sanitario¹⁸⁹.

Anche nelle Marche, così come per altre Regioni già precedentemente analizzate, si è istituita l'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS), rappresentante un valido strumento operativo per la gestione, a livello regionale, delle funzioni del dipartimento per la salute e per i servizi sociali e per il raccordo con gli enti del servizio sanitario regionale¹⁹⁰.

Relativamente alla distribuzione delle risorse finanziarie all'interno del gruppo sanitario Marchigiano, la normativa regionale, prevede un trasferimento di risorse dalla Regione alla USL, effettuato, comunque, sulla base di una quota capitaria, riferita alla popolazione residente per classi di età e corretta in relazione a particolari condizioni epidemiologiche, ambientali ed organizzative¹⁹¹. La quota capitaria viene determinata, quindi, modificando i criteri nazionali definiti dalla legge 662/1996, senza stravolgere, tuttavia, il modello di solidarietà derivante da questi.

Le risorse ricevute dall'Ente Regione sono destinate, oltre che alla copertura degli oneri di produzione sostenuti dall'ASUR per l'erogazione diretta delle prestazioni sanitarie ai proprio assistiti, anche per l'acquisto delle stesse prestazioni da altri erogatori pubblici e privati accreditati. Questi ultimi sono remunerati sulla base del sistema di tariffe regionali, determinate modificando il sistema nazionale attraverso variazioni percentuali in aumento e in diminuzione, in relazione a caratteristiche specifiche del contesto sanitario regionale.

¹⁸⁹ In merito si vedano gli articoli 2 e 31 della L.R. n. 26/1996.

¹⁹⁰ Art. 4 della L.R. n. 26/1996.

¹⁹¹ Art. 35 comma 3 della L.R. n. 26/1996.

3.3.10. Il Sistema Sanitario della Provincia Autonoma di Trento

Il sistema sanitario della Provincia Autonoma di Trento è regolato da un'unica legge provinciale, la L.P. n. 16 del 23 luglio 2010 (*Tutela della salute in provincia di Trento*) che ha abrogato e sostituito la precedente L.P. 10/1993.

La normativa vigente definisce l'Azienda Provinciale quale unico ente strumentale della Provincia, diretto all'erogazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie per l'intero territorio (per una popolazione di 513.357 assistiti), sulla base di quanto disposto dal piano provinciale per la salute¹⁹².

Tale azienda è organizzata, ai sensi della stessa Legge Provinciale¹⁹³, in distretti¹⁹⁴, in presidi ospedalieri (la Provincia di Trento conta 11 presidi ospedalieri a gestione diretta della ASL)¹⁹⁵ e nel dipartimento di prevenzione¹⁹⁶.

Nella Provincia in oggetto, secondo i dati di Rapporto OASI 2009, non opera alcuna Azienda Ospedaliera. Sono presenti, tuttavia, 2 Ospedali classificati e 5 case di cura private accreditate¹⁹⁷.

Nei confronti della ASL e dei soggetti pubblici e privati operanti nel territorio, la Provincia Autonoma di Trento esercita le funzioni di indirizzo, coordinamento e supporto, le quali vengono esplicitate con la redazione del piano provinciale per la salute¹⁹⁸.

Quest'ultimo, concordando con quanto definito nel Piano Sanitario Nazionale, mette in evidenza gli obiettivi di salute da perseguire, le strategie di intervento in

¹⁹² Art. 27 della L.P. n. 16/2010.

¹⁹³ Art. 31 della L.P. n. 16/2010.

¹⁹⁴ Art. 33 della L.P. n. 16/2010.

¹⁹⁵ Art. 34 della L.P. n. 16/2010.

¹⁹⁶ Art. 30 della L.P. n. 16/2010.

¹⁹⁷ LECCI F., LIOTTA A., *La struttura del SSN*, in CANTÙ E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2009*, op. cit.

¹⁹⁸ Art. 6 della L.P. n. 16/2010.

materia sanitaria e socio-sanitaria da adottare e le risorse necessarie all'erogazione delle prestazioni garantite¹⁹⁹.

Relativamente a quest'ultimo aspetto, la Provincia, annualmente, stabilisce il riparto del Fondo Sanitario fra l'Azienda Provinciale per i servizi sanitari e altri enti o soggetti, sulla base di una quota capitaria, determinata in osservanza dei criteri definiti a livello nazionale²⁰⁰.

Le risorse ricevute sono impiegate dall'azienda per l'erogazione diretta delle prestazioni sanitarie alla popolazione residente nel territorio, nonché per l'acquisto delle stesse da altri soggetti erogatori pubblici e privati accreditati, in virtù della libertà di scelta riconosciuta al cittadino.

I soggetti erogatori di cui sopra sono remunerati sulla base del sistema tariffario che richiama il sistema nazionale, modificato di variazioni percentuali, in relazione a caratteristiche specifiche del contesto sanitario regionale.

3.4. Analisi e confronto dei sistemi tariffari regionali: il grado di investimento sulla remunerazione a tariffa

Dall'analisi e dal confronto dei sistemi tariffari attualmente in vigore si mettono in luce delle rilevanti differenze interregionali, frutto delle diverse scelte adottate dalle stesse Regioni, a seguito dell'ampia autonomia loro concessa nell'organizzazione e nella guida del servizio sanitario²⁰¹.

Una prima importante differenza tra i gruppi regionali osservati riguarda le modalità di determinazione delle tariffe per le prestazioni di ricovero.

¹⁹⁹ Art. 13 della L.P. n. 16/2010.

²⁰⁰ Art. 17 della L.P. n. 16/2010.

²⁰¹ A riguardo, si precisa come l'analisi di seguito presentata si circostringe alle tariffe dei ricoveri ordinari, tralasciando, quindi, le tariffe previste per le altre tipologie di ricovero (Day Hospital e Day Surgery, riabilitazione e lungodegenza) e per i casi anomali di ricovero per durata di degenza (ricoveri di 1 giorno e outliers).

La Lombardia, l'Emilia Romagna, l'Umbria, il Veneto e la Toscana, infatti, hanno definito il proprio sistema tariffario sulla base di una preventiva analisi dei costi di produzione delle prestazioni sanitarie, svolta sulle strutture operanti nel territorio di riferimento (metodo analitico).

Più specificatamente, tale metodologia consiste nello stimare, partendo dall'analisi dei costi sostenuti da un panel di strutture opportunamente selezionate secondo criteri di efficienza e di qualità dell'assistenza erogata, i costi standard di produzione dei singoli DRG, in funzione dei quali sono definite poi le tariffe per la remunerazione degli stessi.

Le Regioni indicate, pur adottando lo stesso metodo per la definizione del proprio tariffario si distinguono, tuttavia, per l'approccio impiegato nella definizione del costo standard per DRG. Mentre la Lombardia, l'Emilia Romagna, l'Umbria e il Veneto utilizzano, infatti, l'approccio top-down, la Toscana impiega il metodo bottom-up²⁰².

La Regione Piemonte, invece, definisce il proprio tariffario considerando i pesi definiti dal Ministero della Salute e modificando il valore per punto DRG, in base ad una stima dei costi standard di produzione di determinati raggruppamenti di diagnosi, da cui si ricostruiscono poi i valori tariffari di tutti gli altri, moltiplicando il valore del punto DRG determinato per i relativi pesi (metodo dei pesi)²⁰³.

²⁰² Per metodo top-down si intende quel processo tramite il quale i costi aziendali, attraverso una opportuna contabilità analitica, vengono imputati a specifici centri di costo (finali, intermedi o ausiliari) e vengono successivamente imputati, attraverso un procedimento a cascata all'oggetto di costo finale, rappresentato, in tale circostanza dal DRG. Per bottom-up, invece, si intende il metodo attraverso il quale partendo da uno specifico oggetto di costo (DRG), si identificano le risorse effettive o standard consumate da questo. Per un approfondimento degli approcci top-down e bottom-up, si veda: MOGYOROSY Z., SMITH P., *The main methodological issues in costing health care services: a literature review*, CHE (Centre for Health Economics Research Paper), 2005. Per un approfondimento delle metodologie di calcolo del costo per DRG adottate nelle Regioni indicate, si veda, invece: BARTOLI S., CANTÙ E., *Le analisi dei costi per la determinazione delle tariffe: esperienze regionali a confronto*, in CANTÙ E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009*, op. cit.

²⁰³ Le tariffe attualmente in vigore in Piemonte sono quelle definite attraverso la DGR 44-2139 del 07 febbraio 2006, determinate sulla base di pesi regionali per DRG definiti considerando i pesi indicati dal D.M. del 30 giugno 1997 ed il TUC 2006, differenziati per regime e durata del ricovero. Si evidenzia tuttavia come al momento nella Regione sia in corso un'analisi dei costi sulla base del metodo bottom-up.

Le Marche, la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e la Provincia Autonoma di Trento, infine, considerano per la remunerazione delle prestazioni sanitarie il tariffario nazionale, al quale apportano semplicemente delle variazioni in aumento o in difetto in relazione a specifici contesti territoriali.

Un'altra importante diversità tra i tariffari regionali osservati, riguarda la considerazione o meno di possibili differenze di costo tra le strutture operanti nel gruppo regionale, derivanti da specifiche caratteristiche organizzative e gestionali da queste possedute.

Relativamente a tale aspetto, infatti, si evidenzia come la maggior parte delle Regioni esaminate (l'Emilia Romagna, la Lombardia, la Toscana, il Friuli Venezia Giulia, l'Umbria, il Piemonte, le Marche e la P.A. di Trento), predispongano differenti tariffe in relazione alle caratteristiche dei produttori.

L'Emilia Romagna, il Friuli Venezia Giulia, il Piemonte, la Toscana e le Marche, in particolare, distinguono le proprie strutture sanitarie in fascia A e in fascia B, includendo nella prima, i produttori che presentano dei maggiori livelli di complessità organizzativa-gestionale e ai quali sono conseguentemente riconosciute per la remunerazione delle prestazioni erogate, delle tariffe più elevate.

La Lombardia, l'Umbria e la P.A. di Trento articolano, invece, le proprie strutture sanitarie in tre fasce, prevedendo, anche in tal caso, per i produttori rientranti nella fascia più alta (identificata sempre come fascia A, o di primo livello nel caso della Toscana), ossia per i produttori caratterizzati da maggiori livelli di complessità, delle tariffe più elevate rispetto alle strutture rientranti nelle fasce inferiori.

Il Veneto, e la Valle d'Aosta, per ultimo, non effettuano alcuna distinzione delle tariffe per tipologia di struttura. Tali Regioni presentano un unico tariffario da applicare a tutte le aziende sanitarie operanti nel territorio.

Dall'analisi dei tariffari si rinvencono, inoltre, per alcune Regioni, delle differenziazioni di tariffe anche all'interno del medesimo DRG, effettuate in relazione a specifiche caratteristiche del paziente o a particolari procedure e dispositivi impiegati nel trattamento; nonché, la previsione di rimborsi extra tariffa per determinate prestazioni sanitarie.

Ulteriori differenze tra le Regioni osservate riguardano anche la presenza, o meno, di strumenti di controllo delle prestazioni di ricovero erogate e di penalizzazioni di eventuali comportamenti opportunistici da parte dei produttori, derivanti dalla adozione del finanziamento a tariffa per prestazione.

Ad eccezione del Piemonte e delle Marche, si evidenzia infatti come le altre Regioni prevedono, per specifici DRG, degli incentivi all'impiego di forme alternative di ricovero rispetto a quello ordinario, come il day hospital e il day surgery, oppure al ricorso alle prestazioni ambulatoriali. Alcune delle Regioni osservate hanno stabilito anche degli abbattimenti tariffari per specifici DRG, considerati ad elevato rischio di inappropriatazza ed altre ancora hanno attivato dei nuclei operativi di controllo a livello regionale o aziendale, aventi la funzione di verificare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Tutte le Regioni osservate, infine, in attuazione del D.M. del 18 dicembre 2008, hanno provveduto ad adottare la versione 24 del sistema dei DRG e, conseguentemente, ad integrare, adeguare ed eventualmente aggiornare, le tariffe esistenti.

Un'analisi e un confronto dettagliato dei tariffari regionali è stato svolto dal Centro di Ricerche sulla gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS)²⁰⁴.

Lo studio presenta una classificazione dei Sistemi Sanitari, in relazione al grado di investimento da parte degli Enti Regionali sul proprio sistema tariffario, effettuata considerando le seguenti quattro dimensioni di analisi:

- la rimodulazione delle tariffe in base ad analisi dei costi delle prestazioni;
- il riconoscimento di possibili differenze di costo tra erogatori e tra ricoveri che rientrano nel medesimo DRG;
- la frequenza delle revisioni e degli aggiornamenti dei tariffari regionali;
- la presenza di strumenti formali di controllo delle prestazioni di ricovero erogate e di penalizzazioni di eventuali comportamenti inappropriati.

²⁰⁴ CERGAS (Centro di Ricerche sulla gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale), *I sistemi di finanziamento: strumenti per governare i comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie?*, Ricerca del CERGAS Bocconi per il Gruppo Merceologico Sanità di Assolombarda, 2007.

Con riferimento alla prima dimensione è stata indagata, in particolare, la misura in cui le Regioni provvedono all'analisi dei costi effettivi nella definizione delle tariffe. Un'attenta valutazione dei costi gestionali permetterebbe, infatti, di garantire agli erogatori una remunerazione adeguata nel tempo e di agire sulla offerta degli stessi, incentivandoli o meno all'erogazione di specifiche prestazioni sanitarie. L'indagine è stata svolta calcolando la dispersione degli scostamenti tra tariffe regionali e nazionali in termini di deviazione standard dal tariffario nazionale e ha evidenziato che le Regioni che presentano una deviazione standard più elevata, coincidono con quelle che determinano le tariffe attraverso una preventiva analisi dei costi di produzione, ossia, con le Regioni che calcolano le proprie tariffe attraverso il metodo analitico e il metodo dei pesi.

Riguardo alla seconda dimensione, invece, è stata osservata la propensione dell'ente Regionale a riconoscere le differenze di costo che possono sussistere fra le strutture erogatrici, a seguito di specifiche caratteristiche organizzative e gestionali da queste possedute, e fra diversi trattamenti sanitari, in relazione a specifiche caratteristiche del paziente o dei dispositivi impiegati nella cura.

Tale propensione è stata valutata esaminando, attraverso l'analisi dei singoli tariffari, le scelte regionali afferenti la differenziazione delle tariffe per caratteristiche organizzative e gestionali delle strutture, la previsione di diverse valorizzazioni dei ricoveri rientranti nello stesso DRG, in relazione alle caratteristiche del paziente e alle procedure e ai dispositivi impiegati per il trattamento, e la definizione di rimborsi extra-tariffa per specifici trattamenti sanitari.

Le Regioni che hanno presentato al contempo differenziazioni tariffarie per tipologia di struttura, rimborsi extra-tariffa e almeno una differenziazione tariffaria all'interno del medesimo DRG sono state considerate le più attente alle possibili differenze di costo fra le strutture operanti nel gruppo, riconoscendo a quelle che subiscono dei maggiori oneri anche dei rimborsi più elevati.

La terza dimensione di analisi, ossia, la frequenza delle revisioni e degli aggiornamenti dei tariffari regionali è diretta a valutare la volontà dell'ente Regionale

di utilizzare il tariffario e incidere così nelle scelte gestionali delle singole aziende sanitarie.

Per determinare la posizione dei SSR rispetto a tale variabile di osservazione è stato considerato il numero degli aggiornamenti effettuati sul sistema tariffario a partire dall'anno 2000 e il numero di modifiche effettuate al nomenclatore. Le Regioni che hanno eseguito almeno 4 aggiornamenti e un numero di modifiche non inferiore a 40 sono state classificate come le Regioni più attive sul grado di manutenzione del proprio tariffario.

L'ultima dimensione di analisi, infine, è diretta a valutare l'attenzione della Regione al contenimento dei comportamenti opportunistici delle aziende erogatrici attraverso l'uso del sistema tariffario. Un controllo efficace delle prestazioni erogate permetterebbe, infatti, di disincentivare le strutture sanitarie dall'adottare scelte strategiche dirette a migliorare esclusivamente le performance economiche delle stesse, a scapito anche della qualità delle prestazioni erogate e dell'equilibrio complessivo del SSR. La valutazione è stata effettuata considerando l'adozione da parte degli enti Regionali di specifiche politiche, dirette a garantire l'appropriatezza dei ricoveri. In particolare, è stata considerata l'adozione di incentivazioni a regimi di ricovero alternativi a quello ordinario, l'individuazione di valori soglia per i DRG ad elevato rischio di inappropriatezza, l'attivazione di nuclei operativi di controllo e l'abbattimento dei tariffari per trattamenti e procedure ritenuti inappropriati.

Le Regioni maggiormente orientate al contenimento dei comportamenti opportunistici delle aziende sanitarie operanti nel territorio, sono state individuate selezionando quelle che presentavano almeno tre delle politiche sopra elencate.

I SSR che si sono presentati maggiormente attivi, rispetto ad almeno due delle quattro dimensioni osservate, sono stati, infine, individuati come i gruppi che presentano il maggior grado di investimento sul proprio sistema tariffario.

Limitando l'osservazione alle Regioni studiate nel presente lavoro si riporta nella *tabella 1* la posizione di queste rispetto alle quattro dimensioni analizzate.

Tabella 1. Posizionamento delle Regioni rispetto alle dimensioni di analisi.

	Grado di aggiornamento	Rimodulazione delle tariffe in base ai costi	Grado di differenziazione delle tariffe	Penalizzazione dei comportamenti opportunistici
E.Romagna	X	X	X	X
F. V. Giulia	X		X	
Lombardia	X	X	X	X
Marche			X	
Piemonte		X	X	
Toscana	X	X	X	X
P.A. Trento				
Umbria	X	X		
Valle d'Aosta				
Veneto	X	X		X

Fonte: Cergas 2007

Dalla tabella si evince come la gran parte delle Regioni osservate investano sul proprio tariffario. A ciò fanno eccezione, infatti, solamente la Valle d'Aosta, la P.A di Trento e le Marche. In particolare, si evidenziano le Regioni Emilia Romagna, Lombardia e Toscana, le quali si presentano attive su tutte e quattro le dimensioni analizzate, seguite dalla Regione Veneto, attiva su tre dimensioni e dalle Regioni Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Umbria attive, invece, solamente su due.

Si ricorda come il meccanismo di finanziamento delle aziende sanitarie, all'interno del quale si colloca la remunerazione per prestazione qui analizzata, rappresenti un insieme combinato di regole, di comportamenti e di processi decisionali, che vanno a influenzare le componenti positive di reddito delle aziende sanitarie pubbliche.

Ai fini del conseguimento di una condizione di equilibrio economico da parte delle strutture sanitarie, quindi, apparirebbe importante, definire ex ante delle ade-

guate regole e validi criteri di allocazione delle risorse finanziarie fra le stesse strutture sanitarie²⁰⁵.

In particolare, con riguardo specifico alla remunerazione per prestazione, si considera rilevante definire adeguate valorizzazioni dell'output aziendale che siano rappresentative dei costi che le aziende sanitarie sono chiamate a sostenere per il conseguimento degli obiettivi fissati dalle Regioni, considerando, tuttavia, ai fini della determinazione delle tariffe stesse, i costi standard attesi dallo svolgimento di una gestione aziendale ritenuta efficiente.

In considerazione delle osservazioni appena fatte, si potrebbe, pertanto, concludere ipotizzando che, i gruppi sanitari regionali classificati ad alto grado di investimento sul sistema tariffario, sulla base del loro grado di attività rispetto alle dimensioni analizzate, presentino delle tariffe maggiormente rappresentative dei costi sostenuti dalle aziende sanitarie, a cui dovrebbe conseguentemente corrispondere anche una maggiore tendenza delle aziende sanitarie stesse a conseguire un pareggio di bilancio.

3.5 Scostamento delle tariffe medie regionali dalla tariffa media complessiva per ricovero e grado di utilizzo del meccanismo tariffario nel riparto del FSR

Al fine di poter verificare una possibile relazione tra tariffe ed equilibrio economico delle aziende sanitarie pubbliche, sono state considerate, oltre alla classificazione delle Regioni in base al grado di investimento sul tariffario, altre due dimensioni di analisi, ritenute in grado di facilitare la formulazione di un giudizio riguardo alla problematica trattata.

²⁰⁵ Cfr. DEL VECCHIO M., *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche: un'interpretazione*, in JOMMI C., *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, op. cit.

La prima dimensione riguarda l'analisi dello scostamento della tariffa media di ciascuna Regione rispetto alla media complessiva delle tariffe calcolate sull'intero campione.

Per l'analisi della suddetta dimensione si è da prima proceduto con la determinazione della media aritmetica delle tariffe per le prestazioni sanitarie in regime di ricovero ordinario di ciascuna Regione, la quale rappresenterebbe la remunerazione media di un generico ricovero che avviene nella Regione stessa.

Ai fini del calcolo della media sono stati presi in considerazione i singoli tariffari regionali attualmente in vigore.

In particolare per le Regioni che hanno effettuato una differenziazione delle tariffe in funzione a specifiche caratteristiche organizzativo-gestionali delle strutture sanitarie, si è deciso di considerare le valorizzazioni più elevate, ossia quelle dirette a remunerare le aziende con un maggior livello di complessità.

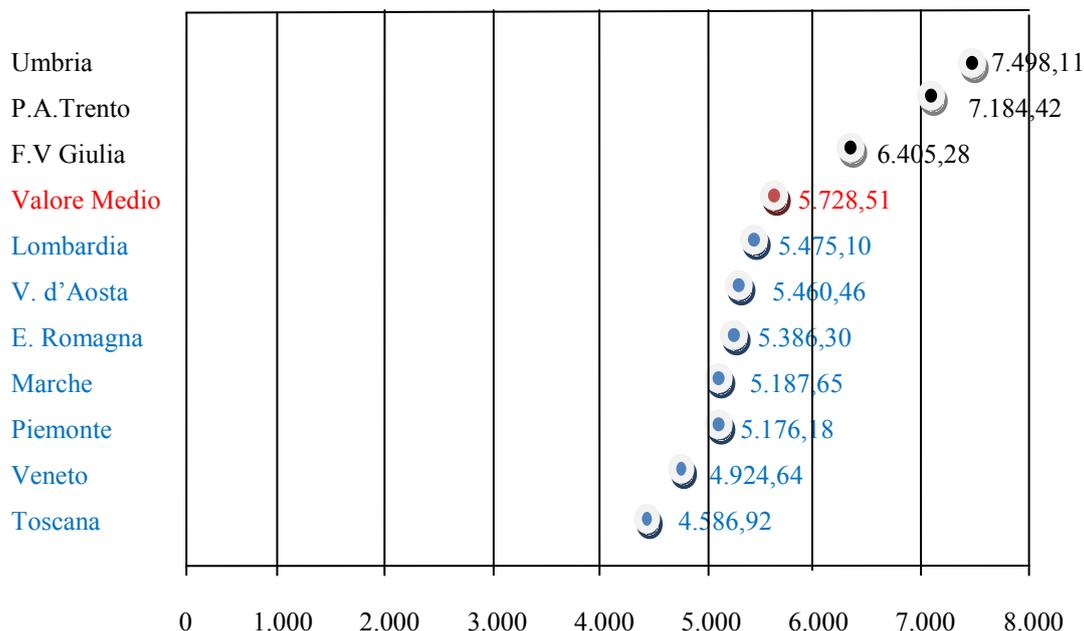
Nel caso di tariffari regionali in cui vengono associate più tariffe al singolo DRG si è deciso inoltre di considerare la media di queste.

Definite le tariffe medie regionali si è proceduto con la stima della tariffa media complessiva, calcolata come media delle tariffe medie delle singole Regioni; nonché con l'evidenziare la posizione delle prime rispetto alla seconda.

Dall'analisi svolta si evince (cfr. grafico 1) una tariffa media complessiva pari ad euro 5.728,51, al di sopra della quale si collocano, in ordine decrescente di scostamento, l'Umbria, la P.A. di Trento e il Friuli Venezia Giulia.

Si collocano, invece, al di sotto della tariffa media, in ordine di scostamento crescente, le Regioni Lombardia, Valle d'Aosta, Emilia Romagna, Marche, Piemonte, Veneto e Toscana.

Grafico 1: posizione dei SSR rispetto alla tariffa media complessiva per ricovero



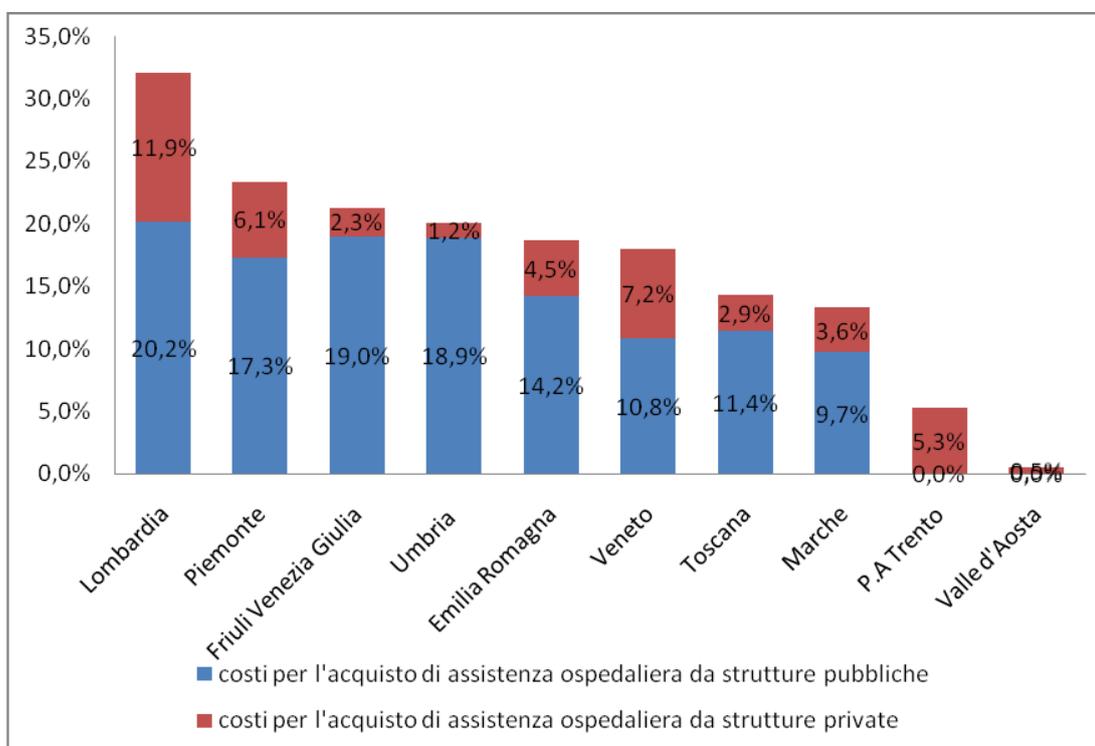
La posizione delle tariffe medie delle singole Regioni rispetto alla tariffa media complessiva, permette di confrontare l'entità delle remunerazioni riconosciute da ciascuna Regione alle proprie strutture, ipotizzando che a valorizzazioni più elevate dell'output aziendale corrisponda una maggiore possibilità per le strutture stesse di raggiungere un pareggio di bilancio.

La seconda dimensione di analisi riguarda, invece, il grado di utilizzo del sistema tariffario come criterio di riparto del Fondo sanitario Regionale.

Questo è stato determinato, utilizzando i dati contenuti nei modelli CE delle Aziende Sanitarie Locali, calcolando l'incidenza dei costi sostenuti dalle stesse per remunerare le prestazioni ospedaliere erogate ai propri residenti da altri soggetti pubblici e privati accreditati della Regione sul totale dei contributi da Fondo Sanitario Regionale²⁰⁶.

²⁰⁶ Nello specifico i dati utilizzati per il calcolo del grado di utilizzo del sistema di finanziamento per la ripartizione del Fondo Sanitario Regionale sono quelli contenuti nei modelli C.E. pubblicati nel sito del Ministero della Salute, aggiornati al 2008.

Grafico 2: Incidenza dei costi per mobilità passiva verso strutture pubbliche e private per assistenza ospedaliera sui contribuiti da FSR.



Dall'analisi dei risultati emerge (Cfr. grafico 2) un'elevata variabilità interregionale delle incidenze complessive delle prestazioni di ricovero remunerate a tariffa ed erogate da ospedali pubblici e privati accreditati delle Regioni, con un massimo rappresentato dalla Lombardia (32,1%) e un minimo dalla Valle d'Aosta (0,5%).

L'analisi presentata permette di evidenziare l'entità del ricorso alla remunerazione per prestazione all'interno di ogni SSR, ipotizzando che un maggiore utilizzo del sistema tariffario sia associato ad una maggiore influenza sul risultato economico conseguito dalle aziende sanitarie.

3.6 Il risultato economico delle aziende sanitarie pubbliche: confronto con le dimensioni studiate

Presentata la posizione delle Regioni oggetto di studio rispetto alle dimensioni analizzate, si procede infine con l'evidenziare i risultati di esercizio conseguiti dalle ASL e dalle AO operanti nei SSR osservati. Di seguito, si riporta, infatti, la tabella (Cfr. Tabella 2) contenente tali informazioni, costruita utilizzando i dati prelevati dal database del Ministero della Salute²⁰⁷, relativi all'esercizio chiuso nel 2008²⁰⁸.

Tabella 2: Risultato economico delle ASL e delle AO operanti nelle Regioni oggetto di studio

Regione	ASL con risultato economico positivo	ASL con risultato economico negativo	Tot. ASL	AO con risultato economico positivo	AO con risultato economico negativo	Tot. AO
E.Romagna	0	11	11	0	4	4
Lombardia	15	0	15	29	0	29
Toscana	5	7	12	3	1	4
Veneto	2	20	22	1	1	2
Umbria	4	0	4	1	1	2
Piemonte	0	13	13	2	6	8
F.V. Giulia	5	1	6	3	0	3
Marche	1	0	1	2	0	2
V. d'Aosta	1	0	1	0	0	0
P.A. Trento	1	0	1	0	0	0
Totale			86			54

Dal prospetto sopra evidenziato si evince come la Lombardia, le Marche, la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli Venezia Giulia e l'Umbria si distinguono per la maggiore percentuale di aziende che conseguono un risultato economico positivo. In particolar modo si evidenziano le prime tre Regioni e la

²⁰⁷ I dati sui risultati economici delle ASL e delle AO sono stati prelevati dalla banca dei dati economico-finanziari regionali, dal sito www.salute.gov.it.

²⁰⁸ Si precisa come la classificazione è avvenuta considerando tra le aziende con risultato economico positivo, non solamente quelle che hanno conseguito un pareggio di bilancio ma anche quelle che hanno registrato una perdita non superiore ai 100 euro.

Provincia Autonoma di Trento per le quali si è avuta una chiusura positiva del 100% delle aziende considerate.

Il Friuli Venezia Giulia e l'Umbria, invece, presentano una percentuale di strutture che ha chiuso positivamente l'esercizio pari, rispettivamente, all'89% e 80%.

A queste segue la Toscana, nella quale la condizione di equilibrio viene conseguita solamente dal 50% delle aziende considerate.

Infine, la percentuale di organizzazioni sanitarie che realizza un risultato positivo nelle Regioni Veneto e Piemonte sono, rispettivamente, del 12,5% e 9,5%, seguite dall'Emilia Romagna, in cui il 100% delle aziende chiude in negativo.

Al fine di poter osservare una possibile relazione tra le tariffe regionali e il risultato economico delle aziende sanitarie pubbliche, si procede di seguito con il classificare le Regioni appartenenti al campione rispetto ai risultati delle analisi effettuate e rispetto al risultato di esercizio conseguito dalle aziende operanti nel proprio territorio. Sulla base di queste classificazioni, si procede successivamente con il costruire tre distinte matrici rappresentanti rispettivamente la correlazione tra le tre dimensioni osservate e il risultato economico delle aziende sanitarie.

Rispetto alla prima dimensione di analisi svolta (il grado di investimento di ogni singola Regione sul proprio sistema tariffario), i SSR vengono distinti in 2 cluster:

- Regioni ad alto grado di investimento, le quali si sono mostrate attive su due o più dei parametri osservati (grado di aggiornamento, rimodulazione delle tariffe in base ai costi, grado di differenziazione delle tariffe e penalizzazione dei comportamenti opportunistici),
- Regioni a basso grado di investimento, le quali si sono mostrate completamente inattive o attive rispetto ad un solo parametro tra quelli considerati.

Rispetto alla seconda dimensione di analisi, invece (scostamento della tariffa media di ciascuna Regione rispetto alla media complessiva delle tariffe calcolate sull'intero campione), le Regioni sono state distinte nei due seguenti gruppi:

- Regioni che presentano una tariffa media per ricovero superiore alla tariffa media complessiva (16,7%);
- Regioni che presentano una tariffa media inferiore alla media complessiva.

Anche rispetto alla terza dimensione, riguardante il grado di utilizzo del meccanismo di finanziamento per il riparto del FSR, le Regioni sono state classificate in due gruppi:

- Regioni ad alto grado di utilizzo, caratterizzate da un tasso di incidenza dei finanziamenti a tariffa per i ricoveri ospedalieri sul totale del FSR superiore al 16,7% , rappresentante l'incidenza media calcolata sull'intero campione,
- Regioni a basso grado di utilizzo, caratterizzate da una incidenza dei finanziamenti a tariffa sul totale dei contributi da FSR inferiore alla media.

Con riguardo, infine, al risultato economico conseguito dalle aziende sanitarie, le Regioni sono state distinte fra quelle che presentano più della metà delle aziende in utile o quantomeno in pareggio e, quelle che invece, presentano almeno la metà delle aziende in perdita.

Sulla base delle classificazioni effettuate, si presentano di seguito le tre matrici, dirette ad evidenziare una possibile correlazione tra le dimensioni osservate ed il risultato economico conseguito dalle strutture sanitarie.

La prima matrice, di seguito riportata (cfr. Figura 1), posiziona le Regioni studiate rispetto al grado di investimento sul sistema tariffario e risultato economico delle strutture.

Figura 1: Posizionamento dei SSR rispetto al grado di investimento sui sistemi tariffari e al risultato economico della aziende sanitarie.

		Risultato economico delle aziende sanitarie	
		Basso	Alto
Investimento sui sistemi tariffari	Alto	Emilia Romagna; Toscana; Piemonte; Veneto	Lombardia; Umbria; F.V.Giulia
	Basso		Marche; Valle d'Aosta; P.A. Trento

La seconda matrice, invece, (Cfr. figura 2) mette in evidenza la posizione delle Regioni riguardo allo scostamento dei loro singoli tariffari rispetto alla media complessiva e all'equilibrio economico conseguito dalle aziende sanitarie.

Figura 2: Posizionamento dei SSR rispetto alle tariffe medie regionali e al risultato economico delle aziende sanitarie.

		Risultato economico delle aziende sanitarie	
		Basso	Alto
Valorizzazioni regionali rispetto alla tariffa media complessiva	Maggiore alla media complessiva		Umbria; P.A. Trento; F.V. Giulia
	Inferiore alla media complessiva	Emilia Romagna; Toscana; Veneto; Piemonte	Lombardia; Marche; Valle d'Aosta

La terza matrice (Cfr. figura 3), infine, evidenzia la posizione delle Regioni rispetto al grado di utilizzo del sistema tariffario per il riparto del Fondo sanitario Regionale e al risultato economico conseguito dalle aziende.

Figura 3: Posizionamento dei SSR rispetto al grado di utilizzo delle tariffe e al risultato economico delle aziende sanitarie.

		Risultato economico delle aziende sanitarie	
		Basso	Alto
Utilizzo del sistema tariffario	Alto	Emilia Romagna; Veneto; Piemonte	Lombardia; Umbria; F.V. Giulia
	Basso	Toscana	Marche; Valle d'Aosta; P.A. Trento

Concentrando dapprima l'attenzione sulle Regioni che presentano delle aziende sanitarie con performance economiche positive, dall'osservazione delle matrici presentate si evince come l'Umbria e il Friuli Venezia Giulia siano caratterizzate da un alto investimento nel sistema tariffario, da una tariffa media notevolmente più alta rispetto alla tariffa media complessiva e un elevato grado di utilizzo del finanziamento a prestazione nel riparto del FSR, lasciando pertanto supporre, almeno riguardo a tali Regioni, una relazione positiva tra tariffe ed equilibrio economico delle strutture.

Sulla base delle ipotesi avanzate nei precedenti paragrafi, infatti, si suppone che al crescere del grado di investimento da parte delle Regioni sul tariffario ed all'aumentare delle valorizzazioni dell'output aziendale, derivino migliori performance aziendali.

Il grado di utilizzo del tariffario, invece, evidenzia l'effettivo impiego delle tariffe per il finanziamento delle aziende sanitarie, con una conseguente maggiore incidenza di queste sul risultato economico conseguito dalle aziende stesse.

Differentemente la Lombardia, a fronte di un elevato grado di investimento sul tariffario e di utilizzo di questo, presenta una tariffa media regionale inferiore alla media complessiva calcolata per l'intero campione. Anche per tale Regione si manifesta una tendenziale corrispondenza delle ipotesi avanzate. La tariffa media si presenta inferiore alla media complessiva ma ciò non implica che questa non sia rappresentativa dei costi subiti dalle strutture operanti nella Regione.

Le Marche, la Valle d'Aosta e la P.A. di Trento, infine, presentano sia un basso investimento sul tariffario, sia un basso utilizzo di questo. Tuttavia, mentre le prime due mostrano anche una tariffa più bassa della media complessiva, quella della P.A. di Trento appare molto più elevata.

Per la Valle d'Aosta e per la P.A. di Trento si evidenzia però la quasi totale assenza di terzi soggetti erogatori rispetto alle ASL, il che implica un utilizzo pressoché nullo del sistema tariffario²⁰⁹. In entrambe le Regioni, infatti, l'assistenza sanitaria è erogata dall'unica Azienda Sanitaria Locale presente nel territorio, finanziata esclusivamente attraverso la quota capitaria. Tale caratteristica rende vana qualsiasi considerazione relativa all'esistenza di una possibile relazione tra tariffe e risultato economico conseguito.

Più dubbia appare la situazione delle Marche che pur presentando un certo grado di utilizzo del sistema tariffario (13,3%), questo appare comunque abbastanza

²⁰⁹ Mentre nella Valle d'Aosta sono del tutto assenti delle terze strutture erogatrici rispetto alla ASL, nella P.A. di Trento operano due ospedali classificati e cinque case di cura. In merito si veda quanto già esposto nel terzo paragrafo del presente capitolo.

modesto, portando ad assimilare la situazione di tale Regione alla Valle d'Aosta e alla P.A. di Trento precedentemente analizzate.

Relativamente alle Regioni che presentano delle strutture sanitarie tendenzialmente in perdita si evidenzia come, sia l'Emilia Romagna, che il Piemonte e il Veneto, presentino degli alti gradi di investimento e di utilizzo del sistema tariffario, nonché una tariffa più bassa rispetto alla media.

Per questo gruppo di Regioni si rileva una discordanza rispetto all'ipotesi avanzata che ad un alto grado di investimento corrisponda un altrettanto positivo risultato economico delle strutture. Tuttavia si osserva come queste presentino una tariffa media inferiore rispetto alla media complessiva.

A Riguardo si evidenzia in particolare la Regione Veneto, la cui tariffa si discosta in modo molto più marcato, rispetto alle altre, dal valore medio (803,87 euro).

Considerando che le tre Regioni discusse presentano un elevato grado di utilizzo del sistema tariffario, che lascerebbe supporre una certa incidenza delle tariffe sui ricavi delle strutture sanitarie, si potrebbe ipotizzare che la perdita registrata dalle aziende operanti in queste Regioni possa derivare dalla definizione di tariffe non remunerative.

Tuttavia, in tale circostanza appare discordante anche il fatto che a Regioni caratterizzate da un elevato grado di investimento, che implica quindi una particolare attenzione nella determinazione delle tariffe, effettuata attraverso una preventiva analisi dei costi, corrispondano delle tariffe non remunerative o non rappresentative di quelli che sono i costi aziendali, lasciando presupporre quindi che le performance negative delle aziende di queste Regioni possano essere legate a fattori non riguardanti il sistema tariffario.

Per ultimo si evidenzia la Regione Toscana, la quale presenta, come le tre Regioni appena descritte, un alto grado di investimento sul sistema tariffario, rilevando anche in questo caso una discordanza tra questo e il risultato economico conseguito dalle aziende operanti nella Regione.

Anche la Toscana presenta una tariffa media che si discosta negativamente e in modo marcato dalla media complessiva.

A differenza dell'Emilia Romagna, del Veneto e del Piemonte però, la Toscana presenta, nonostante l'elevato grado di investimento su questo, un basso utilizzo del tariffario nazionale (14,3%).

Come per le Regioni sopra esaminate, anche per la Regione discussa si potrebbe supporre un legame tra la tariffa che appare eccessivamente al di sotto della media e le performance tendenzialmente negative delle aziende operanti nella Regione, ritenendo la stessa non remunerativa delle attività da queste svolte.

Anche in tal caso tuttavia, visto l'elevato grado di investimento sul sistema tariffario, e quindi la determinazione delle tariffe attraverso una preventiva analisi dei costi, si ritiene inverosimile ipotizzare che le tariffe regionali pur essendo più basse rispetto alla media, possano essere considerate non rappresentative dei costi gestionali.

Alla luce delle osservazioni fatte si conclude quindi affermando che, solamente per tre Regioni del campione studiato (Lombardia, Umbria e F. V. Giulia) si potrebbe ipotizzare una relazione positiva tra le dimensioni osservate e il risultato economico perseguito dalle aziende.

Fatta eccezione per le Marche, la Valle d'Aosta e la P.A. di Trento, che presentano un utilizzo abbastanza ridotto del tariffario, tanto da escludere a priori che le performance economiche conseguite possano derivare dalle tariffe impiegate, per le restanti Regioni (Emilia Romagna, Toscana, Piemonte e Veneto) non si rileverebbe alcuna relazione palese tra le dimensioni osservate e i risultati economici conseguiti in queste Regioni.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Il meccanismo di finanziamento rappresenta un importante strumento di governo per gli enti regionali, capace di influenzare le scelte e quindi i comportamenti e i risultati delle aziende sanitarie.

L'introduzione di un sistema di finanziamento di tipo "misto", cioè basato in parte sul trasferimento diretto di risorse alle Aziende Sanitarie Locali e in parte sulle prestazioni erogate, ha lo scopo di incentivare le strutture sanitarie a perseguire delle migliori performance, sia in termini di qualità delle prestazioni erogate sia in termini di efficienza gestionale.

In particolare, attraverso il meccanismo di finanziamento delineato, le Aziende Sanitarie Locali si presentano motivate a contenere i costi gestionali, legati sia all'erogazione diretta delle prestazioni sanitarie ai propri assistiti, sia all'acquisto di prestazioni sanitarie da terze strutture, cercando da un lato, di conseguire una maggiore efficienza gestionale e dall'altro, di migliorare la qualità delle prestazioni erogate, al fine di contenere la mobilità passiva.

Anche le Aziende Ospedaliere, finanziate prevalentemente in funzione alle prestazioni erogate, tendono, attraverso il miglioramento della qualità dei servizi, ad attrarre l'utenza presso le proprie strutture, al fine di conseguire dei maggiori ricavi; nonché, mirano a perseguire maggiori livelli di efficienza gestionale, diretta a contenere i costi entro i limiti delle tariffe definite dalla Regione.

Tuttavia il modello di quasi mercato introdotto nel sistema sanitario necessita di particolari attenzioni, affinché le spinte competitive create tra aziende sanitarie e la propensione di queste verso l'efficienza, non si traducano in comportamenti opportunistici, determinando così un incremento della spesa complessiva del sistema.

La capacità del meccanismo di finanziamento di influenzare le scelte delle aziende sanitarie e quindi i loro risultati, dipende in parte dal grado di accettazione da parte delle stesse, delle regole definite dalla Regione. Tale accettazione deriva a sua

volta dall'equità e dalla realistica del sistema di regole percepita dalle aziende sanitarie.

Con riferimento specifico ai sistemi tariffari analizzati nel presente lavoro, le tariffe definite, devono essere da un lato rappresentative dei costi gestionali che le aziende sanitarie sono chiamate a sostenere per il perseguimento del fine sociale assegnatogli, dall'altro devono rappresentare un valido parametro di efficienza richiesto alle aziende sanitarie.

Tuttavia appare opportuno mettere in evidenza come il risultato economico delle strutture sanitarie sia influenzato, oltre che dal meccanismo di finanziamento, anche da un complesso di fattori sia interni all'azienda sanitaria (legati a scelte del management aziendale) sia esterni a questa, derivanti da specifiche scelte regionali e da fenomeni ambientali.

Alla luce di quanto su esposto, si ritiene quindi abbastanza difficoltoso stabilire o verificare una relazione diretta tra tariffe, definite dalla Regione, e performance conseguite dalle aziende sanitarie.

L'indagine empirica è stata svolta su un campione di Regioni tendenzialmente omogeneo rispetto a vari fattori influenzanti l'economicità delle aziende sanitarie, permettendo in tal modo di isolare la variabile osservata e verificare un'eventuale relazione tra le caratteristiche dei sistemi tariffari delle Regioni osservate e l'equilibrio economico conseguito dalle ASL e AO operanti nei loro territori.

Come già messo in evidenza, nel campione osservato sono presenti tre Regioni (Marche, Valle d'Aosta e P.A. di Trento) per le quali, visto lo scarso utilizzo dei sistemi tariffari quale meccanismo di allocazione delle risorse finanziarie fra le strutture sanitarie, non è possibile osservare la relazione tra tariffe e il risultato economico conseguito da queste, emergendo palesemente come le performance conseguite dalle aziende operanti in tali Regioni derivino da altri fattori che esulano dalla definizione delle tariffe.

Per quanto riguarda le restanti Regioni si è notato inoltre come solamente per tre di queste (Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Umbria) si avesse una corrispondenza positiva tra le ipotesi avanzate nell'indagine empirica e il risultato ottenuto.

Ad un elevato grado di investimento e di utilizzo del sistema tariffario, infatti, si riscontrano per queste Regioni delle aziende sanitarie che conseguono un risultato positivo di esercizio.

Mentre le Regioni Umbria e Friuli Venezia Giulia presentano, a conferma delle buone performance conseguite, anche una tariffa media regionale superiore alla media complessiva, la Regione Lombardia presenta invece una tariffa media inferiore.

Ciò tuttavia non significa che le tariffe non siano comunque rappresentative dei costi aziendali sostenuti dalle strutture sanitarie lombarde.

Maggiori dubbi sorgono invece circa le ultime quattro Regioni analizzate (Toscana, Piemonte, Veneto ed Emilia Romagna), per le quali si rileva una discordanza tra il grado di investimento sul sistema tariffario e il risultato economico conseguito dalle aziende.

Si rileva inoltre come queste presentino delle tariffe medie più basse rispetto alla media complessiva, in particolar modo il Veneto e la Toscana.

Quest'ultimo aspetto tuttavia contrasta con l'elevato grado di investimento che queste Regioni detengono, che dovrebbe far presupporre una maggiore attenzione da parte delle stesse nella definizione delle tariffe.

In particolare si rileva come tali gruppi regionali effettuino per la determinazione delle tariffe una preventiva analisi dei costi, rendendo non sostenibile l'ipotesi che le tariffe applicate da queste Regioni possano essere non rappresentative dei costi aziendali, lasciando pertanto supporre una non corrispondenza tra tariffe e risultato economico perseguito.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV., *Contemporary issues in Corporate Governance*, Oxford, Clarendon Press, 1995.

AA.VV., *Autonomia Regionale e sistema sanitario. Atti del IV Workshop di Economia Sanitaria*, Torino, 4-5 giugno 1999, Milano, Guerini, 1999.

AA.VV., *Bisogno di salute e governo della domanda*, in "Salute e Territorio", quaderno monografico, n.143, 2004.

AA.VV., *Focus su DRG, tariffe e TUC (Tariffa Unica Convenzionale)*, Pharmaco Economics - Italian Research Articles, n. 8, 2006.

ACHARD O.P., *Economia e organizzazione delle imprese sanitarie*, Milano, FrancoAngeli, 1999.

ACHARD O. P., CASTELLO V., PROFILI S., *Il New Public Management nella sanità*, in "Rivista italiana di Ragioneria e di Economia Aziendale", luglio-agosto, 2003.

ACHARD O.P, CASTELLO V., PROFILI S., *Il ruolo della dialettica regione-azienda nel governo del sistema sanitario*, in "Rivista Italiana di Ragioneria e di Economia Aziendale", gennaio-febbraio, 2004.

ADINOLFI P., *L'evoluzione organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche*, in "Mecosan", n° 37, 2001.

AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V., *Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino, 1994.

AIROLDI G., FORESTIERI G., *Corporate Governance: analisi e prospettive del caso italiano*, Milano, Etas Libri, 1998.

ALCHIAN A.A., *Elementi per una teoria economica dei diritti di proprietà*, in "Problemi di Amministrazione Pubblica", n. 13, 1989.

ALFIERO S., *Social accountability nella pubblica amministrazione, dal bilancio sociale al bilancio partecipato: un percorso innovativo per implementare la creazione di valore verso i cittadini*, in “Rivista Italiana di Ragioneria e di Economia Aziendale”, quaderno monografico, n°64, 2007.

AMADUZZI A., *Sull'economia delle aziende pubbliche di erogazione*, Torino, Giappichelli, 1964.

AMADUZZI A., *L'azienda nel suo sistema e nell'ordine delle sue rilevazioni*, Torino, Utet, 1969.

ANCONA A., *I DRG in Italia. Le strategie verso il futuro*, in “Tendenze Nuove”, n. 4-5, 2010.

ANESSI PESSINA E., *Principles of Public Management*, Milano, Egea, 2000.

ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2003*, Milano, Egea, 2003.

ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2006*, Milano, Egea, 2006.

ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2007*, Milano, Egea, 2007.

ANESSI PESSINA E., SICILIA M., *L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali e delle loro aziende*, in CANTÙ E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2009*, Milano, Egea, 2009.

ANSELMI L., *Il Processo di trasformazione della Pubblica Amministrazione. Il percorso aziendale*, Torino, Giappichelli, 1995.

ANSELMI L. (a cura di), *Privatizzazioni: come e perché*, Rimini, Maggioli, 1995.

ANSELMI L., *L'equilibrio economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Il Sole 24 Ore, 1996.

ANSELMI L., SAITA M., *La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie*, Milano, Il sole 24 Ore, 2002.

ATAGNI M., *La definizione del Sistema Sanitario Nazionale dalla legge di riforma n° 833 del 1978 al decreto legislativo n° 229 del 1999*, Messina, A. Lippolis, 2001.

AZZINI L., *I gruppi aziendali*, Milano, Giuffrè, 1975.

BALDUZZI R., DI GASPARE G., *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/1999*, Milano, Giuffrè, 2001.

BALDUZZI R., *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, Milano, Giuffrè, 2005.

BARNUM H., *Incentives and provider payment methods*, in "Health Planning Management", n. 10, 1995.

BARTLETT W., *Quasi-Markets and Contracts: A Market and Hierarchies Perspective on Nhs Reform*, Studies in Decentralisation and Quasi-Markets n. 3, Bristol, University of Bristol, School of Advanced Urban Studies, 1991.

BARTLETT W., ROBERTS L.A., LE GRAND J., *Quasi-market reforms in the 1980s: a revolution in social policy*, Bristol, The Policy Press, 1998.

BARTOLI S., CANTÙ E., *Le analisi dei costi per la determinazione delle tariffe: esperienze regionali a confronto*, in CANTÙ E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2009*, Milano, Egea, 2009.

BELLERI G., *Cure primarie: quale governo della domanda*, in "Prospettive sociali e sanitarie", n.9, 2006.

BELLI P., *La rilevanza della teoria dei diritti di proprietà per lo studio della riforma sanitaria inglese*, in PETRETTO A. (a cura di), *Economia della sanità*, Bologna, Il Mulino, 1997.

BERENSON R.A., PAWLSON L.G., *The Medicare Prospective Payment System and the care of the frail elderly*, in "J Am Geriatric Soc", n. 8, 1984.

BERETTA S., *Il controllo di gruppi aziendali*, Milano, Egea, 1990.

BERGAMASCHI M., LECCI F. (a cura di), *Le caratteristiche degli indicatori utilizzati nei sistemi di programmazione e controllo in sanità*, in CANTÙ E., *Rapporto Oasi 2009. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea, 2009.

BERTINI U., *Il sistema d'azienda. Schema di analisi*, Pisa, Torino, Giappichelli, 1990.

BERTINI U., *Scritti di politica aziendale*, Torino, Giappichelli, 1991.

BESTA F., *La Ragioneria*, Vol. I, Milano, Vallardi, 1902.

BLAIR M., *Ownership and control*, Washington, The Brooking Institution, 1995.

BORGONOV E., *Verso il governo regionale della sanità: i rischi di una politica sanitaria senza una strategia organizzativa*, in "Mecosan", n. 2, 1992.

BORGONOV E., *Principi e sistemi aziendali per le Amministrazioni Pubbliche*, Milano, Egea, 2002.

BRIZIOLI E., *Programmare e gestire l'azienda sanitaria nell'era della devolution*, in TRABUCCHI M., FALCITELLI N., VANARA F., *Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie. Rapporto sanità 2003*, Bologna, Il Mulino, 2003.

BRUNO P., *Guida pratica alla direzione di struttura complessa in sanità: gli strumenti del management sanitario, come motore per il cambiamento organizzativo*, Milano, Il Sole 24 Ore, 2009.

BUCELLATO A., *I controlli nelle pubbliche amministrazioni: l'accountability ed il sistema informativo*, in FARNETI G. VAGNONI E., *I controlli nelle pubbliche amministrazioni*, Rimini, Maggioli, 1997.

BUCHANAN J., *The Public Choice Perspectives*, in "Economia delle Scelte pubbliche", n° 1, 1983.

CADBURY COMMITTEE, *Report of the Committee on the Financial Aspects of Corporate Governance*, London, Professional Publishing, 1993.

CAMPBELL, D., *The Relational Constitution of Contract and the Limits of `Economics*, in "Contracts, Co-operation, and Competition Studies in Economics, Management, and Law", edited by Simon Deakin and Jonathan Michie, OUP, Oxford, 1998.

CANTÙ E., JOMMI C., *I sistemi di finanziamento delle aziende sanitarie in cinque Regioni italiane*, in FALCITELLI N., TRABUCCHI M., VANARA F., *Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie. Rapporto Sanità 2003*, Bologna, Il Mulino, 2003.

CANTÙ E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2009*, Milano, Egea, 2009.

CAPANO G., *L'evoluzione storica della pubblica amministrazione*, in CAPANO G., GUALMINI E., *La pubblica amministrazione in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2006.

CARBONE C., JOMMI C., TORBICA A., *Tariffe e finanziamento dell'innovazione tecnologica: analisi generale e focus su due casi regionali*, in ANESSI PESSINA E., CANTU E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2007*, Milano, Egea, 2007.

CARUSO E., DIRINDIN N., *Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011*, Paper for the Espanet Conference "Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa" Milano, 29 Settembre – 1 Ottobre 2011.

CASCIOLI S., *La gestione manageriale della sanità: gli strumenti a supporto del processo di programmazione, organizzazione, realizzazione e controllo*, Milano, FrancoAngeli, 2000.

CAVALIERI E. (a cura di), *Economia Aziendale*, Torino, Giappichelli, 2000.

CEPIKU D., *Governance: riferimento concettuale o ambiguità terminologica nei processi di innovazione della p.a.?*, in "Azienda Pubblica", n° 1, Gennaio-Marzo, 2005.

CEPIKU D., *Le reti di amministrazioni pubbliche nella prospettiva economico-aziendale*, in "Azienda Pubblica", luglio-agosto, 2006.

CERBONI G., *La Ragioneria scientifica*, Vol. I: *I prolegomeni*, Roma, Loescher, 1886.

CERGAS, *I sistemi di finanziamento: strumenti per governare i comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie?*, Rapporto di ricerca del CERGAS Bocconi per il Gruppo Merceologico Sanità di Assolombarda, 2007.

CHIANALE A., *Il patrimonio degli enti pubblici nei conti e nei bilanci*, Torino, Giappichelli, 1931.

CICCHETTI, A. BRAGA M., RIENZI C., *Il fondo sanitario nazionale e le altre fonti di finanziamento*, in MASTROBUONO I. et. al., *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie in Italia*, Roma, Il pensiero scientifico editore, 1999.

CISLAGHI C., MORANDI I., DI VIRGILIO E., TAVINI G., *La mobilità ospedaliera*, supplemento n. 5 a "Monitor", n. 24, 2009.

CLAUDI M.C., *L'evoluzione normativa delle aziende sanitarie: il processo di aziendalizzazione*, in "Tendenze nuove", n. 2, 2010.

CLERICO G., *Istituzioni, contratti e qualità dei servizi sanitari*, in SOBBRIO G., *Efficienza ed efficacia nell'offerta dei servizi sanitari*, Milano, FrancoAngeli, 2000.

CODMAN E., *The Product of a Hospital*, in "Archives of Pathology and Laboratory Medicine", n. 114, Novembre, 1990.

COLLICELLI C., DI FRANCIA C., *Regionalismo e sanità*, in "Tendenze Nuove", n. 1, 2001.

COULAM R.F., GAUMER G.L., *Medicare's prospective payment system: a critical appraisal*, in "Health Care Financing Review", Annual Supplement, 1991.

CSA (Centro Studi Assobiomedica), *I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera*, in "Analisi", n. 10, giugno 2010.

CUCCURULLO C., *Il management strategico nelle aziende sanitarie pubbliche: metodi e strumenti di gestione strategica*, Milano, McGraw-Hill, 2003.

CUCCURULLO C., *Gli approcci strategici nelle aziende sanitarie pubbliche: un'analisi preliminare*, in ANESSI PESSINA E., CANTÙ E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2006*, Milano, Egea, 2006.

DAHLGREN G., WHITEHEAD M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Stockholm, Institute for Futures Studies, 1991.

DAWSON D., *Regulating competition in the NHS*, CHE, York, Discussion Paper 131, 1995.

DECASTRI M., *Amministrazione pubblica e stereotipi. Alla ricerca della burocrazia perduta*, in DECASTRI M., HINNA L., MENEGUZZO M., MUSSARI R. (a cura di), *Economia delle aziende pubbliche*, Milano, McGraw-Hill, 2005.

DEL VECCHIO M., *I contratti tra le aziende USL e le aziende ospedaliere*, in "Mecosan", n. 25, 1997.

DEL VECCHIO M., *Strategia e pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche*, in "Mecosan", n. 14, 1998.

DEL VECCHIO M., *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea, 2001.

DEL VECCHIO M., *Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e sistema di rete pubblica*, in "Mecosan", n°46, 2003.

DEL VECCHIO M., *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche: un'interpretazione*, in JOMMI C., *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, Egea, 2004.

DEMSETZ H., *Toward A Theory Of Property Rights*, in "American Economic Review", n° 57, 1967.

DI LORETO P., SPOLAORE P., *L'evoluzione del sistema nelle politiche regionali*, in FALCITELLI N., LANGIANO T., *Politiche innovative nel SSn: i primi dieci anni di Drg in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2004.

DONIO S.A., MENEGUZZO M., MENNINI F.S., SPANDONARO F., *Il governo del sistema sanitario. Complessità e prospettive di nuovi assetti istituzionali*, Rapporto Ceis-Sanità, 2006.

DOSSENA G., *La privatizzazione di imprese*, Milano, Egea, 1990.

DRUCKER P. F., *The deadly sins in Public Administration*, in "Public Administration Review", marzo-aprile, 1980.

DUNLEAVY P.J., *Explaining the privatisation boom: public choice versus radicals approaches*, in "Public Administration", vol. 64, 1986.

EDWARDS N., HONEMANN D., BURLEY D., NAVARRO M., *Refinement of the Medicare diagnosis-related groups to incorporate a measure of severity*, in "Health Care Financ Rev" n.16, 1994.

ELIASSEN K.A., KOOMAN J., *Managing public organization: lesson from contemporary European experience* sage, London, 1993.

FALCITELLI N., TRABUCCHI M., VANARA F., *Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie. Rapporto Sanità 2003*, Bologna, Il Mulino, 2003.

FALCITELLI N., LANGIANO T., *Politiche innovative nel SSn: i primi dieci anni dei Drg in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2004.

FARNETI G. VAGNONI E., *I controlli nelle pubbliche amministrazioni*, Rimini, Maggioli, 1997.

FERLIE E., HARTLEY J., MARTIN S., *Changing Public Services Organizations: Current Perspectives and Future Prospects*, in "British Journal of Management", vol. 14, 2003.

FERRARIS FRANCESCHI R., *Le privatizzazioni di imprese in Italia e in Germania: riflessioni per un'analisi comparata*, relazione presentata al Workshop "Privatizzazione di aziende pubbliche in Italia", Roma, CNR, 20 giugno 1997.

FERRARIS FRANCESCHI R., *L'azienda: caratteri discriminanti, criteri di gestione, strutture e problemi di governo economico*, in CAVALIERI E. (a cura di), *Economia Aziendale*, vol. I, Torino, Giappichelli, 2000.

FERRERO G., *Istituzioni di economia d'azienda*, Milano, Giuffrè, 1968.

FETTER R.B., FREEMAN J.L., *Diagnosis Related Groups: products line management within hospitals*, in "Accademy of Management Review", n. 1, 1986.

FIORENTINI G., UGOLINI C., *Accordi contrattuali tra produttori e finanziatori in un contesto di programmazione sanitaria*, in "Politica Economica", n. 2, 2000.

FONTANA F., LORENZONI G., *L'architettura strategica delle Aziende Ospedaliere: un'analisi empirica*, Milano, FrancoAngeli, 2000.

FRANCE G. *Healthcare quasi markets in a decentralised system of government*, in BARTLETT W., ROBERTS L.A., LE GRAND J., *Quasi-market reforms in the 1980s: a revolution in social policy*, Bristol, The Policy Press, 1998.

FRANCE G., *Devoluzione politica e standard sanitari nazionali*, in FALCITELLI N., TRABUCCHI M., VANARA F., *Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie*. Rapporto Sanità 2003.

FRANCE G., TARONI F., DONATINI F., *The Italian health-care system*, in "Health Economics", n. 14, 2005.

FRANK R. H., *Microeconomics and behavior*, New York, McGraw-Hill, 1998.

GENSINI G. F., TRABUCCHI M. VANARA F., *La riforma federale del Servizio Sanitario Nazionale: aspetti etici e di giustizia*, in "Tendenze Nuove", n. 6, 2010.

GIANNESI E., *Interpretazione del concetto di azienda pubblica*, Pisa, Corsi, 1961.

GIORGETTI R., *Il servizio sanitario*, Rimini, Maggioli editore, 1992.

GIOVANELLI L., *Modelli contabili e di bilancio in uno stato che cambia*, Milano, Giuffrè, 2000.

GIOVANELLI L., MARINÒ L., ROTONDO F., FADDA N., *La funzione di valutazione delle performance nel settore sanitario italiano. Evidenze alla luce di un'indagine empiriche*, paper presentato al IV Workshop Nazionale di Azienda Pubblica "Il sistema delle amministrazioni pubbliche per un modello di crescita economico sostenibile", Roma, 2010.

GOLFIELD N., *Il contesto internazionale: stato dell'arte e sfida per i Drg*, in FALCITELLI N., LANGIANO T., *Politiche innovative nel SSn: i primi dieci anni dei Drg in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2004.

GRAY R., OWEN D., ADAMS C., *Accounting and Accountability*, London, Prentice Hall, 1996.

GRUENING G., *Origin and Theoretical basis of New Public Management*, in "International Public Management Journal", n° 4, 2001.

HINNA A., *Organizzazione e cambiamento nelle pubbliche amministrazioni*, Roma, Carocci, 2009.

HODGES R., WRIGHT M., KEASEY K., *Corporate governance in the public services: concept and issues*, in "Public Money and Management", vol. 16, n. 2 (April-June), 1996.

HOOD C., *Administrative diseases: some types of dysfunctionality in administration*, in "Public Administration", vol. 52, 1974.

HOOD C., *A Public Management for all Seasons?*, in "Public Administration", n° 69, 1991.

HUGHES O., *What Is, or Was, New Public Management?*, paper presented at IRSPM12, Brisbane, 2008.

ISTAT, *Sistema informativo territoriale su sanità e salute*, 2007.

JOMMI C., *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, Egea, 2004.

KAHN K. L., RUBENSTEIN L.V., DRAPER D., KOSECOFF J., ROGERS W.H., KEELER E.B., BROOK R.H., *The Effects of the DRG-Based Prospective Payment System on Quality of Care for Hospitalized Medicare Patient*, in "The Journal of the American Association", n. 15, October 1990.

KENT C.A., *Privatisations of public functions: promises and problems*, in WEAVER C.A. (a cura di), *Enterpreunership and the privatising government*, Westport, Qorum Books, 1987.

KETTL D.F., *The Global Public Management Revolution: a Report on the Transformation of Governance*, Washington DC, Brooking Institution Press, 2000.

KICKERT W. J. M., *Public Governance in the Netherlands. An alternative to Anglo American managerialism*, in "Public Administration", vol. 75, 1997.

KOOIMAN J., VAN VLIET M., *Governance and public management*, in ELJASSEN K. A. KOOMAN J., *Managing public organizations: lessons from contemporary European experience* Sage, London, 1993.

LANGIANO T., *DRG: strategie, valutazioni, monitoraggio*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1997.

LAWRENCE L.J., THOMPSON F., *L'implementazione strategica del New Public Management*, in "Azienda Pubblica", n. 6, 1997.

LECCI F., LIOTTA A., *La struttura del SSN*, in CANTÙ E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2009*, Milano, Egea, 2009.

LEGA F., LONGO F., *Programmazione e governo dei sistemi sanitari regionali e locali: il ruolo della regione e delle aziende a confronto*, in "Mecosan", n. 41, 2002.

LE GRANDE J., ROBINSON R., *Privatisation and the welfare state*, London, Unwin Hyman, 1984.

LE GRANDE J., *Quasi-market and social policy*, in "Studies in decentralism and quasi-market", Working Paper n. 1, Bristol, Saus Publication, 1990.

LE GRANDE J., *La teoria del fallimento del settore pubblico*, in "Problemi di Amministrazione Pubblica", n° 3, settembre, 1992.

LEVAGGI R., MENONCIN F., *Fiscal Federalism, patient's mobility and the soft budget constraint: a theoretical approach*, in "Politica Economica", n. 26, 2008.

LEVAGGI R., MONTEFIORI M., *Federalismo fiscale, efficienza, appropriatezza e perequazione*, in "Tendenze Nuove", n. 5, 2009.

LYNN L. E. Jr., *Public Management. A Concise History of the Field*, in FERLIE E., LYNN L. E. Jr., POLLITT C., *The Oxford Handbook of Public Management*, Oxford, Oxford University Press, 2005.

LONGO F., *Analisi dello scenario strategico per il governo della domanda. Logiche e strumenti possibili delle aziende USL*, Relazione presentata al IV Workshop di economia sanitaria; Torino, 4-5 giugno 1998.

LONGO F., CARBONE C., COSMI L., *La regione come capogruppo del SSR: modelli e strumenti a confronto in sei regioni*, in ANESSI PESSINA E., CANTÙ E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2003*, Milano, Egea, 2003.

LONGO F., *Governance delle reti di pubblico interesse: quali strumenti manageriali per rispondere ai problemi attuativi?*, in “Azienda Pubblica”, n° 1, Gennaio-Marzo, 2006.

LONGO F., DEL VECCHIO M., LEGA F., *La sanità futura. Come cambieranno gli utenti, le istituzioni, i servizi e le tecnologie*, Milano, Università Bocconi Editore, 2010.

LOUIS D.Z., YUEN E.J., BRAGA M., CICHETTI A., RABINOWITZ C., LAINE C., GONNELLA J.S., *Impact of a DRG-based hospital financing system on quality and outcomes of care in Italy*, in “Health Service Research”, n. 34, April, 1999.

LUCARELLI S., *Il finanziamento del sistema sanitario in Italia: dal disavanzo strutturale all'instabilità istituzionale*, in JOMMI C., *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, Egea, 2004.

MACINATI M.S., *Le aziende sanitarie pubbliche: la ricerca dell'economicità tra vincoli e margini di azione*, Milano, FrancoAngeli, 2007.

MANGIA R., *Dalla programmazione geometrica alla contrattualistica responsabile*, in FALCITELLI N., TRABUCCHI M., VANARA F., *Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie. Rapporto Sanità 2003*, Bologna, Il Mulino, 2003.

MARCHI L., *Introduzione all'Economia Aziendale*, Torino, Giappichelli, 2000.

MARINÒ L., *Strategie di riforma del settore pubblico in una prospettiva economico aziendale*, Torino, Giappichelli, 2005.

MARINÒ L., *La ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali*, Torino, Giappichelli, 2008.

MARTINO G., *La riorganizzazione delle aziende sanitarie: il modello gestionale, responsabilità manageriale e controlli di gestione; le prestazioni sanitarie ed il d.lgs. n. 229/1999*, in BALDUZZI R., *L'aziendalizzazione nel d.lgs. n. 229/1999*, Milano, Giuffrè, 2001.

MARTUZZI M., *Metodi e strumenti per studi epidemiologici di mortalità su base geografica in Italia*, in “Rapporti ISTISAN”, n. 1, 2005.

MASTROBUONO I., et. al., *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie in Italia*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999.

MASINI C., *Lavoro e risparmio*, Torino, Utet, 1979.

MELE R., TRIASSI M., *Management e gestione delle aziende sanitarie*, Padova, Cedam, 2008.

MENEGUZZO M., *Dal New Public Management alla Public Governance: il pendolo della ricerca sulla amministrazione pubblica*, in "Azienda Pubblica", n. 1, 1997.

MENEGUZZO M., *New Public Management e modelli innovativi di programmazione e controllo interistituzionale della spesa pubblica*, in MENEGUZZO M., *Managerialità, Innovazione e Governance. La Pubblica Amministrazione verso il 2000*, Roma, Aracne, 2001.

MINISTERO DELLA SALUTE, *Rapporto nazionale di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza - anni 2005-2006*, giugno 2009.

MOGYOROSY Z., SMITH P., *The main methodological issues in costing health care services: a literature review*, CHE (Centre for Health Economics Research Paper), 2005.

MONCHIERO G., *Il governo delle aziende sanitarie tra risposte al bisogno, problematiche organizzative e vincoli economici*, in TRABUCCHI M., FALCITELLI N., VANARA F., *Complessità del governo aziendale per la promozione della salute. Rapporto sanità 2009*, Bologna, Il Mulino, 2009.

MONKS R.A.G., MINOW N., *Corporate Governance*, Blacwell, 1996.

MORANDI I., PIERONI E., GIULIANI F., CISLAGHI C., *Criticità delle tariffe del SSN*, Convegno annuale dell'AIES "I primi trent'anni del Servizio Sanitario Nazionale e il contributo dell'Economia Sanitaria", Matera, 9-10 ottobre, 2008.

MORGAGNI S. *Studio sulle variabili della mobilità ospedaliera*, in "Aress" (Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari della Regione Piemonte), Torino, 2003.

MUSSARI R., *Il management delle aziende pubbliche: profili teorici*, Padova, Cedam, 1994.

MUSSARI R., *L'azienda del comune tra autonomia e responsabilità*, Padova, Cedam, 1996.

NICITA A. *Concorrenza e sanità: il pendolo delle riforme in Europa*, Simple 13, Università di Siena. 2003.

NONIS M., LERARIO M., *Valutazione e finanziamento degli ospedali, esperienze internazionali e politiche delle regioni in Italia*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2003.

NONIS M., D'AMBROSIO M.G., LORENZONI L., editors. *Guida alla ICD-9-CM*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2005.

ONIDA P., *Le discipline economico-aziendali: oggetto e metodo*, Milano, Giuffrè, 1951.

ONIDA P., *Economia d'azienda*, Torino, Utet, 1971.

OSBORNE D., GAEBLER T., *Reinventing Government. How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, Don Mills, Addison-Wesley Publishing, 1992.

PAMMOLLI F., PAPA G., SALERNO N.C., *La spesa sanitaria pubblica in Italia: dentro la "scatola nera" delle differenze regionali*, CERM, Il modello SaniRegio 2, Competitività, Regolamentazione, Mercati, Quaderno 2, 2009.

PAMMOLLI F., SALERNO N.C., *Le Differenze Regionali nella governance della spesa sanitaria. La Sanità alla sfida del Federalismo*, Working Paper n. 2, SaniRegio 2 di CeRM, 2011.

PAVAN A., OLLA G., *Il management nell'azienda sanitaria*, Milano, Giuffrè, 2000.

PAVAN A., *L'amministrazione economica delle aziende*, Milano, Giuffrè, 2001.

PETERS B. G., PIERRE J., *Governance without Government? Rethinking Public Administration*, in "Journal of Public Administration Research and Theory", vol. 8, n. 2, 1998.

PETRETTO A. (a cura di), *Economia della sanità*, Bologna, Il Mulino, 1997.

PETRETTO A., LORENZINI S., SCICLONE N., *La devoluzione in sanità tra novità costituzionali e organizzative*, in FALCITELLI N., TRABUCCHI M., VANARA F., *Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie. Rapporto Sanità 2003*, Bologna, Il Mulino, 2003.

PEZZANI F., *L'accountability delle amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea, 2003.

PIERCE W. S., *Bureaucratic failure and public expenditure*, New York, Academic Press, 1981.

PIVATO G., *Le imprese di servizi pubblici. Caratteristiche di gestione e di rilevazione*, Torino, Giuffrè, 1938.

PREKER A.S., HARDING A., e TRAVIS P., *Make or Buy Decisions in the Production of Health Care Goods and Services: New Insights from Institutional Economics and Organizational Theory*, in "Bulletin of the World Health Organization", 78, 2000.

RABIN B., ROMZECK B.S., *Accountability in an intergovernmental arena: new governance and the National rural development partnership*, New York, Annual meeting of the American Political Science Association, 1999.

REBBA V., RIZZI L., *I modelli di finanziamento degli ospedali nell'ambito di un sistema sanitario regionale*, in SOBBRIO G., *Efficienza ed efficacia dei servizi sanitari*, Milano, FrancoAngeli, 2000.

REBBA V., *I ticket sanitari: strumenti di controllo della domanda o artefici di disuguaglianze nell'accesso alle cure?*, in "Politiche Sanitarie", Vol. 10, n. 4, ottobre-dicembre, 2009.

REBORA G., *Un decennio di riforme. Nuovi modelli organizzativi e processi di cambiamento delle amministrazioni pubbliche*, Milano, Guerini Associati, 1999.

REES R., *The Theory of principal and agent*, in "Bulletin of Economic Research", n° 37, 1985.

REVIGLIO F., *Sanità*, Bologna, Il Mulino, 1999.

RHODES R.A.W., *The new governance: governing without government*, in "Political Studies", vol. 44, 1996.

RICCIARDI G., CICCHETTI A., DAMIANI G., *Allocazione delle risorse e modelli di solidarietà sociale in un'epoca di devolution: l'effetto delle formule allocative per la pesatura della quota capitarla nelle regioni*, Convegno nazionale "La definizione dei fabbisogni sanitari attraverso la quota capitaria ponderata: criteri e proposte", Roma, 15 maggio 2003.

ROBERTS J., SCAPENS R., *Accounting systems and systems of accountability. Understanding accounting practices in their organizational contexts*, in "Accounting Organizations and Society", vol. 10, n° 4, 1985.

RUSCITTI G. C., *Aziende Sanitarie e Regione*, in TRABUCCHI M., FALCITELLI N., VANARA F., *Complessità del governo aziendale per la promozione della salute. Rapporto sanità 2009*, Bologna, Il Mulino, 2009.

RUSSEL L.B., *Medicare's new hospital payment system. It is working?*, The Brook-
ing Institute, Washington, 1991.

SAITA M., *Governance ed economicità nelle aziende sanitarie*, Milano, Il Sole 24
Ore, 2007.

SALTMAN, R. e VAN OTTER C., *Implementing Health Care Reform*. Open Uni-
versity Press, 1995.

SANDERSON et al., *Using diagnosis related groups in the NHS*, in "Medicine", n.
8, 1986.

SARCONE S., *L'azienda. Caratteri d'Istituto-Soggetti-Economicità*, Milano, Giuf-
frè, 1997.

SCHICK A., *The performing state: reflection on an idea whose time has come but
whose implementation has not*", OECD Journal on Budgeting, vol. 3, n. 2, 2003.

SFORZA V., *L'Economia delle Aziende Sanitarie Pubbliche*, Padova, Cedam, 2005.

SOBBRIO G., *Efficienza ed efficacia dei servizi sanitari*, Milano, FrancoAngeli,
2000.

SOSTERO U., *L'equilibrio economico delle aziende*, in "Rivista Italiana di Ragione-
ria e di Economia Aziendale", luglio-agosto, 2002.

SPANDONARO F., FIORAVANTI L., *L'efficienza dei sistemi sanitari regionali. Le politiche regionali di allocazione delle risorse finanziarie per la sanità*, in DONIO S.A., MENEGUZZO M., MENNINI F.S., SPANDONARO F., *Il governo del sistema sanitario. Complessità e prospettive di nuovi assetti istituzionali*. Rapporto CEIS-SANITÀ, 2006.

STEWART J. WALSH K., *Change in the management of Public Service*, in "Public Administration", n. 70, 1992.

STOCKER G., *Governance as theory: five propositions*, in "International Social Science Journal", vol. 50, 1998.

TARONI F., CURCIO RUBERTINI B., *I Diagnosis Related Groups (DRGs) per la valutazione dell'attività ospedaliera*, Bologna, Clueb, 1991.

TARONI F., *DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1996.

TEDIOSI F., GABRIELE S., LONGO F., *Governing decentralization in health care under tough budget constraint: What can we learn from the Italian experience?*, in "Health Policy", n. 90, 2009.

TONIOLO F., *Sanità e Regioni: dalla riforma bis del 92 al nuovo patto per la salute 2006-2008*, Milano, FrancoAngeli, 2009.

TRABUCCHI M., FALCITELLI N., VANARA F., *Complessità del governo aziendale per la promozione della salute. Rapporto Sanità 2009*, Bologna, Il Mulino, 2009.

UGOLINI C., *Verso una rilettura della concorrenza amministrata?* In "La Rivista delle Politiche Sociali", n. 4, 2004.

VAGNONI E., *La direzione delle aziende sanitarie: criticità di contesto, economicità e tutela della salute*, Milano, FrancoAngeli, 2005.

VALOTTI G., *Management Pubblico. Temi per il cambiamento*, Milano, Egea, 2005.

WEBER M., *Wirtschaft und Gesellschaft*, Mohr, Tübingen, 1922.

- VILLA F., *Elementi di amministrazione e contabilità*, Pavia, Bizzoni, 1870.
- VLADECK B.C., *Medicare Hospital Payment by Diagnosis-Related Groups*, in “Annal of Internal Medicine, 1984.
- ZANGRANDI A., *Quale ruolo per le Regioni?*, in “Mecosan, n. 7, 1993.
- ZANGRANDI A., *I sistemi di contratti in sanità*, in “Mecosan”, n. 26, 1998.
- ZANGRANDI A., *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche: aspetti di gestione, organizzazione e misurazioni economiche*, Milano, Giuffrè, 1999.
- ZANGRANDI A., *Management pubblico e crisi finanziaria*, Milano, Egea, 2003.
- ZANGRANDI A., *Autonomia ed economicità nelle aziende pubbliche*, Milano, Giuffrè, 2004.
- ZANARDI A., *Finanziamento e perequazione delle regioni e degli enti locali: problemi aperti*, Convegno, Milano, 2008.
- ZAPPA G., *Le produzioni nell'economia delle imprese*, Milano, Giuffrè, 1957.